

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE MEDICINA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE

Maria Denise Rodrigues Tameirão

**“QUALQUER AMOR JÁ É UM POUQUINHO DE SAÚDE”:** construindo laços entre as agentes comunitárias de saúde e os/as adolescentes nas delicadezas do gênero e da sexualidade

UBERLÂNDIA  
2021

Maria Denise Rodrigues Tameirão

**“QUALQUER AMOR JÁ É UM POUQUINHO DE SAÚDE”:** construindo laços entre as Agentes Comunitárias de Saúde e os/as adolescentes nas delicadezas do gênero e da sexualidade

Dissertação apresentada como requisito do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Uberlândia para obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Mestranda: Maria Denise Rodrigues Tameirão

Orientadora: Profa. Dra. Flávia do Bonsucesso Teixeira

Coorientador: Prof. Dr. Sérgio Ferreira Junior

Linha de pesquisa :Atenção Integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis

UBERLÂNDIA

2021

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU  
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

T157 Tameirão, Maria Denise Rodrigues, 1978-  
2021 QUALQUER AMOR JÁ É UM POUQUINHO DE SAÚDE [recurso  
eletrônico] : Construindo laços entre os/as agentes  
comunitários de saúde nas delicadezas do gênero e da  
sexualidade / Maria Denise Rodrigues Tameirão. - 2021.

Orientadora: Flávia do Bonsucesso Teixeira.  
Coorientadora: Sérgio Ferreira Júnior.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de  
Uberlândia, Pós-graduação em Saúde da Família.  
Modo de acesso: Internet.  
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2022.96>  
Inclui bibliografia.  
Inclui ilustrações.

1. Ciências médicas. I. Teixeira, Flávia do  
Bonsucesso, 1968-, (Orient.). II. Ferreira Júnior, Sérgio  
1963-, (Coorient.). III. Universidade Federal de  
Uberlândia. Pós-graduação em Saúde da Família. IV.  
Título.

CDU: 61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Mestrado Profissional**

Av. Pará, 1720, Bloco 2U, Sala 08 - Bairro Umuarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902  
 Telefone: - [www.famed.ufu.br](http://www.famed.ufu.br) - [ppsa@famed.ufu.br](mailto:ppsa@famed.ufu.br)



**ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO**

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde da Família				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional nº 005/2021 do PPSAF				
Data:	27 de agosto de 2021	Hora de início:	15h	Hora de encerramento:	16h47min
Matrícula do Discente:	11912PSF005				
Nome da Discente:	Maria Denise Rodrigues Tameirão				
Título do Trabalho:	"Qualquer amor já é um pouquinho de saúde" Construindo laços entre as/os agentes Comunitários de Saúde e os/as adolescentes nas delicadezas do gênero e da sexualidade				
Área de concentração:	Saúde da Família				
Linha de pesquisa:	Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	"Qualquer amor já é um pouquinho de saúde" Construindo laços entre as/os agentes Comunitários de Saúde e os/as adolescentes nas delicadezas do gênero e da sexualidade				

Reuniu-se, via webconferência, na sala virtual do PPSAF, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Uberlândia, na Plataforma Webex (<https://ufu.webex.com/ufu-pt/j.php?MTID=m98b06512e8b036315097b1ab201f8053>), em conformidade com a Portaria nº 36, de 19 de março de 2020, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, assim composta: Professores Doutores: Sergio Ferreira Junior coorientador - Programa de Pós-graduação em Odontologia/UFU; Emerson Fernando Rasera – IPUFU/UFU; Laura Vilela e Souza – FFCL/USP; Suplente: Tiago Rocha Pinto FAMED/UFU e Flavia do Bonsucesso Teixeira – FAMED-UFU, orientadora da candidata.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Flavia do Bonsucesso Teixeira, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu à Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(as) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Flávia do Bonsucesso Teixeira, Presidente**, em 27/08/2021, às 17:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Emerson Fernando Rasera, Professor(a) do Magistério Superior**, em 27/08/2021, às 18:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Laura Vilela e Souza, Usuário Externo**, em 27/08/2021, às 19:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://www.sei.ufu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2994975** e o código CRC **F03462B4**.

UBERLÂNDIA

2021

“Só se pode viver perto de outro,  
e conhecer outra pessoa,  
sem perigo de ódio,  
se a gente tem amor.

Qualquer amor já é um pouquinho de saúde,  
um descanso na loucura”.

*João Guimarães Rosa*

## RESUMO

Apesar do reconhecimento da importância da atuação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como elo entre a equipe de saúde, usuários/as e comunidade, a revisão de literatura revela as dificuldades e limites da interação desses/as profissionais com os/as adolescentes, principalmente quando os temas estão relacionados ao gênero e à sexualidade. Pesquisas recentes demonstraram que gênero e sexualidade são determinantes que atuam promovendo barreiras no acesso e na qualidade da atenção integral no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente na Estratégia da Saúde da Família (ESF). No município em que a pesquisadora principal atua, cenário desta proposta, identificamos situação semelhante. Assim desenvolvemos o projeto de intervenção com o objetivo de promover situações de conversações que permitissem os/as ACS refletirem sobre seus modos de interação com os/as adolescentes considerando a perspectiva deles/as e mediadas por novos conhecimentos. Formatado como um espaço dialógico virtual, os encontros tiveram duração de 10 horas distribuídas em 02 horas semanais e 05 semanas. Foram convidados/as a participar do projeto 15 ACS que trabalham no município. Os/As Enfermeiros/as coordenadores/as das equipes de ESF indicaram os/as ACS participantes como sujeitos-chave, uma vez que os/as adolescentes não conheciam os ACS de seu território. Os principais achados da pesquisa foram: a) a crença compartilhada de que os/as adolescentes (de hoje) são mais informações e capazes de tomar suas decisões; b) a romantização do presente mediado pela tecnologia que tornaria a experiência da adolescência mais tranquila; c) a permanência da centralidade dos aspectos fisiológicos como recortes para tratar as questões da sexualidade; e, por fim, d) o reconhecimento da ausência de formação continuada que facilitasse a abordagem da temática para as/os ACS. As reflexões oportunizadas durante o projeto demonstram sua potência como mediador de transformações no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, ainda que, diferentemente de outras pesquisas, no caso das/os ACS identificamos o desejo de saber/fazer. Como produto desse trabalho constam como apêndices o artigo com o relato da experiência realizada e a cartilha sugerindo a possibilidade de reprodução da experiência em outros municípios.

**Palavras-chave:** Adolescência. Atenção Básica. Gênero. Sexualidade. Saúde.

## ABSTRACT

Despite the recognition of the importance of the role of Community Health Agents (CHA) as a link between the health team, users and the community, the literature review reveals the difficulties and limits of the interaction of these professionals with adolescents, especially when the themes are related to gender and sexuality. Recent research has shown that gender and sexuality are determinants that act by promoting barriers to access and quality of comprehensive care in the Unified Health System (SUS), especially in the Family Health Strategy (ESF). In the municipality where the main researcher works, the setting for this proposal, we identified a similar situation. Thus, we developed the intervention project with the objective of promoting conversational situations that would allow the CHAs to reflect on their modes of interaction with adolescents, considering their perspective and mediated by new knowledge. Formatted as a virtual dialogic space, the meetings lasted 10 hours distributed in 02 hours a week and 05 weeks. 15 CHAs who work in the municipality were invited to participate in the project. The Nurses coordinators of the ESF teams indicated the participating CHAs as key subjects, since the adolescents did not know the CHAs in their territory. The main findings of the research were: a) the shared belief that teenagers (of today) are more informed and capable of making their own decisions; b) the romanticization of the present mediated by technology that would make the experience of adolescence more peaceful; c) the permanence of the centrality of physiological aspects as outlines for dealing with issues of sexuality; and, finally, d) the recognition of the lack of continuing education that would facilitate the approach of the subject for the CHAs. The reflections offered during the project demonstrate its power as a mediator of changes in the daily life of Basic Health Units (BHU) and, even though, unlike other studies, in the case of the CHA, we identified the desire to know/do. As a product of this work, the article with the report of the experience carried out and the booklet suggesting the possibility of reproducing the experience in other cities are included as appendices.

**Keywords:** Adolescence. Primary Care. Gender. Sexuality. Health.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS	Atenção Primária a Saúde
EPS	Educação Popular em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
LGBT	Referente ao público composto por Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCP	Projeto de Conversações Públicas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	10
1.1	A EQUIPE DE ACS NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA - HISTÓRICO E ATUALIZAÇÕES DA POLÍTICA QUE DEFINIU AS FUNÇÕES	10
1.2	TROPEÇANDO NO GÊNERO E NA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: DESAFIOS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE	11
1.3	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTE	13
1.3.1	<b>A adolescência e a relação com os serviços de saúde</b>	13
1.3.2.	<b>Limites para a implementação da política: (in)visibilidade dos/as adolescente</b>	14
1.4	<b>OBJETIVOS</b>	17
1.4.1	Objetivo geral	17
1.4.2	Objetivos específicos	17
2	<b>METODOLOGIA</b>	18
2.1	DELINAMENTO DA PROPOSTA	18
2.2	PESSOAS-CHAVE	18
2.3	FACILITADORES/AS	19
2.4	PARTICIPANTES	20
2.5	ESTRUTURA DOS ENCONTROS	21
2.6	RECRUTAMENTO	22
2.7	ASPECTOS ÉTICOS	23
2.8	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	24
2.9	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	24
2.10	RISCOS	24
3	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	25
3.1	OLHANDO PARA TRÁS, RELEND O HOJE	26
3.2	MAS PRECISA MESMO?	27
3.3	TROPEÇANDO NOS CONCEITOS: A GENTE (NÃO) FALA DAQUILO QUE (NÃO) SABE	28
3.4	O QUE FAREMOS COM VOCÊ AQUI?	29
3.5	CAMINHOS PARA CHEGAR ATÉ O SERVIÇO DE SAÚDE	30
4	<b>CONCLUSÃO</b>	32
	<b>REFERÊNCIAS</b>	34

<b>APÊNDICES .....</b>	38
<b>APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO .....</b>	39
<b>APÊNDICE 2 – ARTIGO.....</b>	41
<b>APÊNDICE 3 – CARTILHA .....</b>	60
<b>APÊNDICE 4 – NORMAS DA REVISTA .....</b>	73
<b>ANEXOS .....</b>	75
<b>ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM.....</b>	76

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 A EQUIPE DE ACS NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA - HISTÓRICO E ATUALIZAÇÕES DA POLÍTICA QUE DEFINIU AS FUNÇÕES

A Constituição Federal de 1988 determinou que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. O acesso a esse direito deve ser garantido por meio de políticas sociais que visem a redução de situações de vulnerabilidade a doenças e outros agravos. Esse direito foi materializado na aprovação da Lei 8080 de 1990, que estabeleceu os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando a determinação social do processo saúde-doença, em 1991 foi elaborado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) cujo foco principal era a ampliação da cobertura da Atenção Básica. Deu-se a criação do profissional conhecido como Agente Comunitário de Saúde (ACS), trabalhador da saúde cujas atribuições estariam relacionadas ao controle de peso, orientações a comorbidades específicas, distribuição de medicamentos, entre outras (CHIESA; FRACOLLI, 2004).

Em 1994, o governo brasileiro apresenta o Programa de Saúde da Família (PSF) visando a reestruturação do sistema de saúde e a reorganização do modelo assistencial. Na nova proposta, o ACS assumiu posição de destaque na Atenção Básica, sendo considerado o elo entre a equipe de saúde, famílias e usuários.

Posteriormente, a proposta tornou-se mais complexa e ampliada, deixando de ser um Programa para tornar-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nela, a coordenação do cuidado com o planejamento da oferta de serviços a partir do contexto epidemiológico incorpora outros atributos da Atenção Básica, tais como a longitudinalidade e a integralidade (SAMPAIO; LIMA, 2004).

Originalmente, o/a ACS deveria pertencer ao mesmo universo do/a usuário/a, residir no território da Unidade de Saúde e, portanto, estaria mais próximo dos usuários para compreender as demandas e os agravos mais importantes do local. Por essa mesma razão, a superação de barreiras no acesso e, em alguns casos, facilitaria o diálogo da equipe com as pessoas da comunidade. Em média, um ACS deveria acompanhar até 750 pessoas residentes no território (FILGUEIRAS; SILVA, 2011).

A Visita Domiciliar (VD) desde o início foi considerada como a principal estratégia e atribuição do/a ACS. É uma atividade utilizada com o objetivo de subsidiar o plano de

intervenção para indivíduos ou o planejamento de ações visando a promoção de saúde da coletividade (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001).

Para os demais profissionais de saúde, trabalhar no domicílio muitas vezes pode representar uma nova forma de atuação: perde-se a proteção das paredes do consultório, obrigando-o a entrar em contato com as singularidades da família, suas angústias e subjetividade, ao mesmo tempo em que permite maior compreensão dos processos de saúde e doença e suas formas de cuidado (REIS *et al*, 2007). No entanto, para o/a ACS, as casas, o bairro e as ruas são os espaços principais de sua interação. Para esses/as profissionais, a proximidade com o cotidiano dos usuários deve traduzir-se em ferramenta para promover aproximação da equipe com os problemas coletivos/individuais existentes no território.

No cotidiano de trabalho, as tensões que se produzem nas interfaces entre a dinâmica comunitária e a intencionalidade dos serviços colocam, para o/a ACS, o papel de mediador/a de conflitos, cuja resolução está referida à uma dinâmica mais ampla das relações de produção e reprodução das condições da existência. Também é esperado que o/a ACS atue como um educador/a e como agente mobilizador da comunidade (BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

A PNAB 2017, revisada em 2020, previu a possibilidade de cadastramento de equipes de Saúde da Família (SF) com apenas um/a ACS e equipes AP (eAP) sem ACS. A possibilidade de ausência do/a ACS afeta um dos pilares do modelo assistencial que caracteriza a ESF em seu componente comunitário e de promoção da saúde, pautado pela concepção da determinação social do processo saúde-doença e da clínica ampliada (GIOVANELLA *et al*, 2020).

A recomendação é de unificar as atribuições do/a ACS com as dos Agentes de Controle de Endemias (ACE) e, ainda, facultar a eles as competências atualmente desempenhadas pelos técnicos de enfermagem, tais como: aferição de pressão, glicemia capilar, aferição de temperatura axilar e curativos limpos, o que pode sobrecarregar esse profissional e limitar sua capacidade de interagir com a comunidade (MELO *et al*, 2018).

## 1.2 TROPEÇANDO NO GÊNERO E NA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: DESAFIOS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

A sexualidade é um aspecto fundamental no desenvolvimento humano, envolvendo práticas e experiências relacionadas à satisfação, afetividade, prazer, sentimentos e saúde. Tais experiências variam segundo contextos temporais, sociais e geracionais, construindo a identidade adolescente. No entanto, em muitas sociedades, essas experiências são censuradas e limitadas por tabus, preconceitos e relações de poder (SEHNEM *et al*, 2019).

A sexualidade também contribui para a subjetivação do/a adolescente. Nesta etapa, múltiplas identificações envolvem a aceitação da imagem corporal, a descoberta do outro como elemento de amor ou desejo, do encontrar-se e das relações com os familiares, grupos e profissionais (NOTHAFT *et al*, 2014).

No entanto, falar sobre a sexualidade ainda é, por vezes, delicado e difícil para algumas pessoas. O tema aparece silenciado ou obliterado nos discursos empreendidos nas famílias. No contexto escolar, observa-se que a sexualidade continua sendo trabalhada sob o enfoque do risco, tomando por base a promoção da saúde sexual e prevenção da gestação e de doenças a partir de práticas educativas que enfocam um viés individualizado, utilizando abordagens pedagógicas centradas na “conscientização do risco” e na necessidade de negociar o sexo seguro com o parceiro. Deixam para um segundo plano as necessidades do adolescente e as questões culturais que fazem parte da sua formação e influenciam o seu comportamento (NOTHAFT *et al*, 2014).

Ainda segundo NOTHAFT *et al* (2014), a escassez de diálogo em casa colabora para que os/as adolescentes busquem conversar com amigos/as e colegas, que passam a ser fonte de informação mais acessível. Utilizam também, como fonte de pesquisa, os sites disponíveis na internet, livros e revistas.

As expectativas e modos de posicionar diferentemente meninos e meninas reforça a desigualdade de gênero na experimentação e aprendizado da sexualidade. Reconhecemos que a relação entre homens e mulheres ainda é marcada pela desigualdade e opressão. Esse padrão foi historicamente construído e legitimado de modo que estas posições normativas parecem ser produtos de consensos e não de um conflito na sociedade (PORTELA; PORTELA, 2005).

Em relação às práticas sexuais e ao exercício da sexualidade, em um cenário que privilegia a heterossexualidade, os adolescentes são estimulados a terem relações sexuais como parte da comprovação de sua virilidade, de domínio sobre as mulheres e conquista o espaço público adulto. Por outro lado, a autonomia sexual das adolescentes permanece sendo negada e, se possível, controlada (MARTINEZ; ARTMANN; NASCIMENTO, 2020).

Os/As adolescentes do grupo LGBT são alvo de discriminação nas famílias e nos serviços de saúde e, por isso, frequentemente utilizam estratégias para ocultar sua identidade sexual e ter acesso à informação sobre saúde sexual e reprodutiva, geralmente procurada sob a suspeita de estarem doentes e não por demanda de cuidado de si (MARTINEZ; ARTMANN; NASCIMENTO, 2020).

Apesar de existirem políticas e programas de saúde voltadas para os/as adolescentes, no geral, estes/as experimentam muitas barreiras nos serviços de saúde, principalmente relacionadas às questões sexuais e reprodutivas. A maioria das abordagens, quando existentes, limitam-se ao caráter biomédico, fisiológico e prescritivo. Essas políticas desconsideram a sexualidade como parte do desenvolvimento humano e os conceitos de amor, sentimentos, emoções, intimidade e desejo, com frequência, não são abordados como integrantes da promoção da saúde sexual e de saúde reprodutiva (BRASIL, 2010).

Por outro lado, os serviços/profissionais de saúde não estão preparados para entender as singularidades e para a visão integral das necessidades em saúde dos/as adolescentes, como preconizado pelo art. 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente. Ainda não há espaços e suporte adequados e resolutivos às demandas dessa população para orientação, proteção ou recuperação da sua saúde sexual e saúde reprodutiva (BRASIL, 2017).

## 1.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTE

### 1.3.1 A adolescência e a relação com os serviços de saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera adolescência o período compreendido entre 10 e 19 anos de idade. Este período é marcado por profundas mudanças biopsicossociais e do ponto de vista biológico e caracteriza-se pelo elevado crescimento e a maturação sexual, sendo o marco biológico mais importante nesta fase a puberdade (BRASIL, 2017).

Segundo a OMS, alguns grupos de adolescentes são especialmente vulneráveis porque enfrentam maior exposição aos riscos para a saúde. Eles geralmente têm menos acesso aos serviços de saúde, piores resultados de saúde e mais consequências sociais adversas como resultado da saúde precária. São representados pelos: estigmatizados/marginalizados por causa de orientação sexual, identidade de gênero ou etnia; que vivem em contextos humanitários e frágeis; que não estão na escola; entre outros.

No Brasil, devido às suas peculiaridades socioculturais, identificam-se como condições agravantes a serem enfrentadas o elevado número de mortes por causas externas e violência, a gravidez não planejada, abortos e abandono paterno, alto índice de desemprego e evasão escolar, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e o envolvimento com álcool e outras drogas (TORRES *et al.*, 2010).

Entre os grupos de maior vulnerabilidade para adoecimentos e agravos em saúde estão os/as adolescentes. Como modo de explicitar as condições de vulnerabilidades, no período de 1980 a 2018, foram notificados 22.416 casos de pessoas na faixa etária dos 10 aos 19 anos vivendo com Vírus da Imunodeficiência Humana (SEHNEM *et al*, 2019).

No que tange à gravidez na adolescência, segundo a OMS, estima-se que nos países de baixa e média renda, anualmente, 21 milhões de meninas adolescentes entre 15 e 19 anos engravidem e destas, 16 milhões, conseguem levar a gravidez até o fim. Já é bem definida a associação entre gravidez na adolescência e maior índice de parto cesariana, além de haver também uma associação positiva com abortamento, parto prematuro e baixo peso ao nascer (SEHNEM *et al*, 2019).

Em 2010, com base na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens, lançada em 2006, o governo federal lançou as *Diretrizes nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde* com o objetivo de sensibilizar os gestores para as necessidades desta população específica, buscando também apontar e enfatizar a importância da construção de estratégias interfederativas e intersetoriais para a modificação do quadro de vulnerabilidade e influenciando no desenvolvimento saudável.

Em 2017, o Ministério da Saúde, no Brasil, lançou outro documento visando ampliar a inserção dos adolescentes na Atenção Primária à Saúde (APS), propondo a atuação dos profissionais no cuidado à saúde, hábitos saudáveis e aspectos clínicos. Este documento é o “**Proteger e cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica**”. Nele está enfatizado o objetivo de programar as ações direcionadas à sexualidade, consulta ginecológica, planejamento reprodutivo, anticoncepção de emergência, gravidez e prevenção de IST (SEHNEM *et al*, 2019).

### **1.3.2. Limites para a implementação da política: (in)visibilidade dos/as adolescentes**

Para ampliar o cuidado aos/as adolescentes, é necessário aprender um novo modo de fazer saúde pautado na integralidade, com respeito à diversidade e a certeza de que, para a promoção de uma vida saudável, deve-se visar, antes de tudo, a inclusão de todos/as. É preciso valorizar a subjetividade e criar espaços para discussões de questões e assuntos formulados pelos/as adolescentes em uma linha de cuidado que pressuponha horizontalidade nas relações

profissionais, favorecendo o acesso, o acolhimento e o vínculo (MARQUES; QUEIROZ, 2012).

O acesso do/a adolescente à atenção básica deve ser garantido e adequado às suas necessidades, contemplando a política de atenção à saúde desses jovens. O serviço deve promover ações que facilitem o engajamento do/a jovem em seu cuidado nas dimensões preventivas e de promoção da saúde. A partir do acesso e do acolhimento, os/as adolescentes constroem suas relações de vínculo com os/as profissionais de saúde e, desse modo, alcançam a autonomia para compartilhar a tomada de decisão sobre as possibilidades de preservar a saúde (COSTA *et al*, 2012).

A implementação da política de atenção à saúde do/a adolescente no Brasil esbarra em diversas dificuldades e uma delas é a formação dos recursos humanos. Os/As profissionais de saúde não estão capacitados nem sensibilizados/as para o trabalho com adolescentes, e nem todos/as se dispõem a trabalhar com esta população. Muitos/as desses/as profissionais percebem os/as adolescentes como pessoas em formação, que precisam de orientação e não têm maturidade nem autonomia suficiente para exercer plenamente seus direitos (SANTOS *et al*, 2017).

Ainda segundo Santos *et al* (2017), a maioria dos serviços de saúde não possui ações voltadas especificamente para este público. Ressalta-se que grande parte das atividades desenvolvidas nas UBSF destinada aos/as adolescentes são realizadas de modo esporádico, individual e exclusivamente com a demanda espontânea do serviço, ou seja, não existe programação específica com estratégias, metas e objetivos a serem alcançados (SANTOS *et al*, 2017).

Em relação a atuação do/a ACS com os/as adolescentes, o Ministério da Saúde estabelece que esse/a trabalhador/a deve identificar os/as adolescentes de sua microárea de abrangência e participar das atividades visando orientá-los/as quanto a: esquema vacinal, sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, anticoncepção, gravidez, uso de álcool e outras drogas, importância da educação, violência e acidentes, riscos no trânsito, atividade física e saúde, hábitos saudáveis e saúde bucal (BRASIL, 2009).

As ações educativas dos/as ACS com a população adolescente devem ocorrem por meio do diálogo e da escuta e principalmente nas visitas domiciliares e grupos educativos, sendo um processo de construção permanente, realizado com linguagem simples, acessível e precisa, além de considerar o conhecimento e a experiência dos/as participantes para permitir troca de ideias

e estimular o autocuidado, fortalecendo a autoestima, a autonomia e os vínculos de solidariedade comunitária (BRASIL, 2009).

Uma pesquisa realizada com 28 Agentes Comunitários do Ceará, em 2014, identificou que estes até mesmo desconheciam a quantidade de adolescentes presentes em sua área de abrangência. Isso se deve ao fato de muitas vezes este grupo não ser prioridade pelos gestores, que estabelecem metas a serem cumpridas pelos/as ACS (AMORIM *et al*, 2014).

A resistência dos/as adolescentes em comparecer à unidade básica também foi identificada na referida pesquisa. Destacou também que estes/as preferem apresentar suas demandas ao ACS. Este trabalhador de saúde, por ser morador da comunidade em que atua e possuir características socioculturais semelhantes às famílias adstritas à área de trabalho, é eleito pelos adolescentes como a pessoa mais próxima para representá-los junto a equipe de saúde (AMORIM *et al*, 2014).

As pesquisas demonstram que existem lacunas nas práticas de cuidados destinadas aos/as adolescentes, de forma a não atenderem peculiaridades dos/as mesmos/as. Não há um programa de atenção de forma sistematizada, e sim práticas individuais para responder às demandas da unidade, pois os/as adolescentes não constituem grupos prioritários para atendimento na Atenção Básica. As pesquisas apontam também que a ampliação do campo de atenção e cuidado, poderia favorecer o aumento da procura e, consequentemente, o crescimento da oferta de serviços nas unidades básicas de saúde e respectivas áreas de abrangência (COSTA *et al*, 2012).

Este projeto surgiu a partir da observação da pesquisadora sobre a dificuldade dos/as ACS na abordagem de temas que envolvem gênero e sexualidade, principalmente com o público adolescente. Ao mesmo tempo em que reconhece a importância do trabalho dos/as ACS no contato direto com este público, suas condutas podem muitas vezes estabelecer barreiras e não pontes para o acesso deles/as à UBS.

Dessa forma, justificou-se uma proposta de intervenção com o objetivo promover situações de conversação que permitissem os/as ACS interagirem com os/as adolescentes de modo a refletirem sobre as questões de gênero e sexualidade a partir da perspectiva deles/as e mediados/as por novos conhecimentos.

Esse projeto de intervenção visou construir estratégias para aprimoramento da Atenção Primária em Saúde com a elaboração de uma Cartilha Educativa como produto do Mestrado Profissional em Saúde da Família que poderá ser replicada em outros municípios (Apêndice 3).

## 1.4 OBJETIVOS

### 1.4.1 Objetivo geral

Elaborar e executar um projeto de intervenção, como uma estratégia de educação em saúde, que utilize como ferramenta a tecnologia virtual, voltado para os agentes comunitários, com enfoque nas questões de gênero e sexualidade na adolescência.

### 1.4.2 Objetivos específicos

Colaborar para ampliação do repertório dos/as Agentes Comunitários de Saúde sobre as questões de sexualidade e gênero.

Potencializar os saberes dos/as Agentes Comunitários de Saúde sobre a adolescência e os adolescentes de seu território.

Oportunizar espaços de diálogo para que os/as ACS possam identificar barreiras e propor solução para os serviços de saúde.

## 2 METODOLOGIA

### 2.1 DELINEAMENTO DA PROPOSTA

Trata-se de um projeto de intervenção que foi inspirado pelas estratégias do Projeto de Conversações Públicas (PCP) para a promoção de diálogos sobre gênero e sexualidade com os/as ACS que trabalham nas UBS do município de Bom Despacho-MG.

O ideal da participação comunitária sustenta que a população deve ter voz, desenvolver recursos e dirigir o seu destino. Fortemente associado aos esforços de construção de uma sociedade democrática, tal ideal pressupõe que a participação qualificada dos cidadãos é fator fundamental na melhoria das condições de vida da população. O trabalho comunitário que promove tal ideal pode se dar a partir de diferentes aportes teóricos, segundo metodologias variadas (RASERA, 2017).

PCP é o nome de uma instituição norte-americana que propôs um formato de facilitação de diálogos em contextos de difícil estabelecimento de consensos e que tem realizado intervenções em diferentes países com sucesso (MOSCHETA *et al*, 2016).

O PCP começou em 1989 como um grupo de *brainstorming* no *Family Institute of Cambridge*, Massachusetts, explorando a possibilidade de que os terapeutas de família têm maneiras de trabalhar com o conflito que podem ser adaptadas e aplicadas a questões divisivas de significado público (HERZIG, 2001).

Ainda segundo Moscheta, o PCP propõe um ambiente dialógico seguro para pessoas com opiniões distintas possam tratar sobre temas considerados polêmicos. Dessa forma, esperava-se que as pessoas saíssem do PCP com uma percepção de si e do outro ampliada, entendendo nuances que marcam o conflito social e a opinião alheia (MOSCHETA *et al*, 2016).

O PCP pode oferecer uma tecnologia social para que se revitalize o processo de discussão pública, em uma junção do político e do pessoal. Assim, para além do debate político polarizado, das opiniões dos especialistas, da restrição à coibição do direito alheio, da liberdade de expressão, condições necessárias, mas não suficientes para a criação de uma sociedade plenamente democrática, ele oferece um modo de desenvolver a conversa entre cidadãos comuns, suas histórias cotidianas, pautada pelo entendimento das ameaças à sua dignidade e pela curiosidade e interesse mútuo (RASERA, 2017).

### 2.2 PESSOAS-CHAVE

A estratégia de recrutamento mediante pessoas-chave considerou a importância da indicação dos/as ACS participantes pelos adolescentes moradores da sua área. Essa indicação traria a percepção deles/as de que essa pessoa teria (ou não) a sensibilização para o tema. Para isso, foram realizados encontros preparatórios com adolescentes para discutir a proposta e metodologia dos grupos, bem como para acompanhar e discutir o processo de recrutamento.

**Quadro 1 - Adolescentes anteriormente escolhidos/as como pessoas-chave**

Nome fictício	Idade	Raça\etnia	Orientação sexual/identidade de gênero	Informações adicionais
Estela	14	Negra	bisexual/cisgênero	
Maria Fernanda	14	Branca	Heterosexual/ cisgênero	Gêmea
Mariana	14	Branca	heterossexual /cisgênero	Gêmea
Ana	14	Branca	heterossexual /cisgênero	Mãe aos 14 anos
Luisa	14	Branca	Heterosexual/transexual	
Maria Cecília	19	Branca	heterossexual /cisgênero	Gestante
Augusto	19	Negro	heterossexual /cisgênero	Vive em comunidade quilombola
Isabel	19	Branca	Heterosexual/ cisgênero	
Lucas	19	Branca	heterossexual /cisgênero	Defende relação sexual somente após o casamento
Ana Laura	14	Branca	heterossexual /cisgênero	Blogueira com ascendência entre os/as jovens da cidade
Alana	19	Negra	Homosexual/ cisgênero	Agente comunitária de saúde

Obs: Os nomes foram modificados para preservar o anonimato dos/as adolescentes.

No entanto, no momento da realização dos encontros individuais com as pessoas-chave, nenhuma delas foi capaz de nomear um/a ACS de sua área. Nem mesmo aquela que foi entrevistada na própria UBS em que a pesquisadora atua. Desse modo, o recrutamento dos/as participantes foi modificado e a indicação foi redefinida passando os coordenadores das UBS para o papel de pessoas-chave.

### 2.3 FACILITADORES/AS

Foram convidados/as como facilitadores/as para condução dos encontros três profissionais que trabalham com a temática e possuíam experiência na condução de grupos,

evitando desvios de assuntos e discussões mais acaloradas, lembrando sempre dos acordos estabelecidos (HERZIG, 2001).

**Quadro 2 - Descrição dos/as facilitadores/as**

Encontro	Facilitadores/as
1º Encontro	Uma antropóloga heterossexual; Um odontólogo homossexual;
2º Encontro	Uma antropóloga heterossexual; Um odontólogo homossexual;
3º Encontro	Uma antropóloga heterossexual; Uma psicóloga heterossexual;
4º Encontro	Uma antropóloga heterossexual; Um odontólogo homossexual;
5º Encontro	Uma antropóloga heterossexual; Um odontólogo homossexual; Uma psicóloga heterossexual.
A pesquisadora (médica heterossexual) participou como observadora/relatora.	

## 2.4 PARTICIPANTES

O município de Bom Despacho-MG conta hoje com 88 ACS contratados; alguns, em função da pandemia de COVID-19, estão afastados ou desviados de função. São dezessete UBS com 100% do município coberto pela ESF. Houve uma tentativa de recrutamento de pelo menos um/a ACS de cada UBS para participação no Projeto, porém, ao longo do processo de recrutamento, houveram algumas intercorrências: uma coordenadora não indicou um/a ACS, mesmo após o contato e a conversa sobre a importância o projeto, esta coordenadora ignorou o convite; uma unidade recém aberta não contava com acesso à internet; e a unidade da zona rural, por possuir um horário de trabalho diferente das demais, também não teve representante. Dessa forma, ao final do recrutamento, haviam quatorze ACS. Destes/as, uma desistiu da participação antes dos encontros começarem.

**Quadro 3 - Informações sobre as ACS**

Número para identificação	Idade	Tempo de atuação na UBS	Escolaridade	Religião	Raça/ cor	Estado civil:	Tem filhos? quantos e qual a idade deles?
1	28	1 ano e 3 meses	Ensino superior completo	Católica	Parda	Solteiro	Sim, uma filha, 7 anos
2	35	9 anos	Ensino Médio	Católica	Parda	Casado	2 filhos 17 anos e 3 anos
3	25	1 ano	Ensino Médio	Católica	Branca	Solteiro	Não
4	34	8 anos	Ensino Médio	Católica	Branca	Casado	Sim/ 2 dois filhos, 5 anos, 14 anos
5	36	13 anos	Ensino Médio	Católica	Branca	Divorciado	2, de 14 anos e 7 anos
6	55	5 anos	Ensino Médio	Evangélica	Parda	Casado	Tenho 2 filhos com 30 anos e com 26 anos.
7	46	4 anos	Ensino Médio	Católica	Branca	Casado	Sim, 2 filhos, 23 e 20 anos
8	55	14 anos	Ensino Médio	Evangélica	Parda	Casado	Sim, 02, de 36 e 28 anos
9	40	18 anos	Ensino superior incompleto	-	Parda	-	Não
10	51	14 meses	Ensino Médio	Católica	Parda	Divorciado	Uma filha, 19 anos
11	26	8 meses	Ensino Médio	Católica	Parda	Solteiro	1 e 3 anos
12	21	1 ano e 3 meses	Ensino Médio	Católica	Parda	União estável	1 filha, 7 meses
13	27	4 anos	Ensino Médio	Evangélica	Branca	Solteiro	Não
14	40	6 anos	Ensino Médio	Católica	Branca	Casado	1 filho, 9 anos

## 2.5 ESTRUTURA DOS ENCONTROS

Em razão da pandemia do COVID-19, foi formatado um espaço dialógico virtual e os encontros ocorreram na plataforma virtual *Google Meet*. Os encontros foram gravados através dos recursos da própria plataforma e posteriormente transcritos e apagados. Foram 05 encontros com duração de 02 horas semanais, perfazendo um total de 10 horas distribuídas em 05 semanas alternadas quinzenalmente. Os/As ACS participaram no próprio local de trabalho e tiveram a liberação da gestão municipal, com reserva de horário de trabalho protegido.

Antes de cada encontro foram estabelecidos e reforçados acordos de conversa tais como: os/as participantes falarem no grupo a partir de suas próprias experiências; buscarem ouvir os/as demais com atenção e respeito; não emitirem julgamentos com relação ao relato alheio; e não utilizarem a retórica da argumentação e contra argumentação, uma vez que a proposta do encontro não é a do convencimento ou da persuasão (MOSCHETA *et al*, 2016).

A estrutura de cada encontro seguiu a estrutura proposta por Herzig (2006), com uma primeira fase que incluia a abertura, comentários, introduções, acordos de grupo, esclarecimento de funções e uma apresentação geral da proposta para a reunião. Na fase intermediária eram apresentadas questões disparadoras que foram diferentes a depender de cada encontro. Vídeos, histórias, conjunto de questões e casos-problema trouxeram perguntas que foram cuidadosamente formuladas e estruturadas para convidar as pessoas a conversar sobre o tema. Geralmente todos/as os/as participantes foram estimulados a falar, em um formato de “rodada”. No final da reunião, uma conversa entre os/as participantes era facilitada, no sentido de apontar para a próxima reunião.

Ao final de cada encontro, os/as participantes foram convidados/as a dar um feedback, destacando a parte mais significativa do encontro.

Os temas das conversações foram planejados considerando a espiral de complexidade e entrecruzamento dos mesmos, conforme demonstrado no quadro a seguir:

**Quadro 4 - Descrição dos temas**

Encontro	Tema
1º Encontro	Adolescência: como foi/é para mim?
2º Encontro	Sexualidade: O que eu sei, quero e preciso saber?
3º Encontro	Gênero: invenção, moda ou identidade?
4º Encontro	O que eu posso/quero falar com você?
5º Encontro	Caminhos para chegar até o serviço de saúde

## 2.6 RECRUTAMENTO

A pesquisadora principal iniciou o recrutamento conversando com a gestora do município (coordenadora da Atenção Básica). Explicou o projeto e levou o cronograma dos encontros com os temas que seriam trabalhados em cada encontro. Pactuou com a gestora a liberação dos/as ACS no horário dos encontros para participação dos mesmos. A gestora, então, enviou um e-mail para cada UBS para que cada coordenador/a já tomasse ciência do projeto. Então, a pesquisadora entrou em contato com cada coordenador/a (pessoalmente ou por telefone), explicando detalhadamente o projeto, enviando o cronograma dos encontros e solicitando a indicação do/a ACS que mais poderia se beneficiar do projeto.

Os coordenadores indicaram as/os ACS que deveriam participar do encontro. Todas as conversas com os/as coordenadores/as foram realizadas pela pesquisadora e questionado o

motivo da indicação dos/as participantes: serem interessados/as no tema, considerados/as mais abertos/as para o diálogo e mais acessíveis para a população foram os critérios acionados pelos/as coordenadores/as das UBS.

Após a indicação do/a ACS pelo coordenador, a pesquisadora entrou em contato por telefone ou pessoalmente com os/as ACS indicados e fez o convite para participação, além de explicar, em detalhes, os objetivos e o formato dos encontros, explicitando o tema do diálogo de cada reunião e o objetivo geral da proposta.

A maioria aceitou e ficou muito entusiasmado/a com o convite; duas pessoas recusaram o convite e foram substituídas por outras da mesma UBS. Das quinze unidades possíveis, três não foram incluídas. Uma pela falta de rede de internet na unidade recém-criada, uma por ser na zona rural e o horário de trabalho diferenciado não favorecia a participação nos encontros e outra que a coordenadora recusou o convite para ser pessoa-chave.

Após o recrutamento de quatorze ACS, foi criado um grupo de WhatsApp com os/as mesmos/as sob a administração da pesquisadora para intercâmbio de informações. O cronograma com previsão das datas, horários e tema a serem discutidos foi enviado para o grupo, bem como o link das reuniões. Após esse momento, uma ACS desistiu alegando motivos pessoais e foi removida do grupo antes do início dos encontros.

Todas as participantes foram informadas que as mensagens constantes no grupo poderiam ser utilizadas como parte dos dados da análise.

Assim, para participar dos grupos, as participantes demonstraram interesse no tema da conversa, assentiram com a metodologia proposta e regras do encontro, como também consentiram com o uso do material produzido no encontro com finalidades de produção do artigo e da cartilha.

Foi encaminhado um formulário para cada participante através do celular com um link com questões sobre dados sociodemográficos, participação da proposta, experiências anteriores com o tema e expectativas com o projeto (APÊNDICE 1).

## 2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Ainda que os projetos de intervenção não demandem a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, formularemos na perspectiva de pesquisa-intervenção e seguiremos as diretrizes estabelecidas nas Resoluções Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e Nº 510 de 7 de abril de

2016, do Conselho Nacional de Saúde. Projeto apresentado e aprovado no Sistema de Informação da Extensão SIEX da Universidade Federal de Uberlândia com o número: 22858.

## 2.8 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos/as os/as ACS lotados/as nas UBS do município de Bom Despacho indicados/as pelas pessoas-chave e que consentiram em participar da proposta.

## 2.9 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos/as os/as ACS que não foram indicados/as ou mesmo, se indicados/as decidiram não participar da proposta. Também foram excluídos/as aquelas que estavam de férias ou licença no período de execução da proposta.

## 2.10 RISCOS

Os riscos possíveis decorrentes da participação neste projeto eram de ordem emocional, como a possibilidade de constrangimento ao lidar com temas que, para muitos, representam um “tabu” desde a sua própria infância ou adolescência. Tais riscos foram minimizados já que os/as facilitadores possuem habilidade e competência na área de gestão de grupos e produziram suporte para os/as participantes.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

É necessário demarcar que esta pesquisa foi desenvolvida durante o enfrentamento da pandemia do COVID-19 e que todos/as os/as participantes estavam na linha de frente de atuação desde seu início. Não somente o formato da proposta foi modificado para atender às demandas das normas sanitárias, mas nosso processo de trabalho e nossas vidas cotidianas também sofriam o impacto desse momento.

Inicialmente definimos que os/as adolescentes seriam nossas pessoas-chave porque gostaríamos de que pudessem identificar, no território em que vivem, quais as/os ACS deveriam ser convidados/as para essa conversa e qual a justificativa eles/as apresentariam para a indicação. No entanto, durante as conversas individuais com cada um/a deles/as, percebemos que eles/as desconheciam a UBS de referência, não conheciam o/a ACS e acabariam por delegar para o/a responsável a prerrogativa da escolha. Desta maneira, definimos outra estratégia para a escolha das/os participantes. Elegemos os/as coordenadores enfermeiros/as das UBS para que eles/as pudessem indicar aquela ou aquele ACS que tivesse perfil para integrar o projeto.

Essa possibilidade não estava afastada quando do delineamento do projeto uma vez que conforme algumas pesquisas, na Atenção Básica não há um atendimento de forma sistematizada para o público adolescente, e sim de acordo com a demanda de cada unidade, pois as prioridades são estabelecidas para outros grupos populacionais, e que, por essa razão, no processo de organização de trabalho, os/as adolescentes são preteridos/as (COSTA *et al*, 2012; MARQUES; QUEIROZ, 2012).

O contato com as/os coordenadoras/es da UBS foi surpreendente para a pesquisadora principal, a receptividade dos/as enfermeiros/as, marcadas por longas conversas sobre as condições de trabalho, em alguns momentos, o choro compartilhado era um modo de dizer das dificuldades e medos, alguns/algumas enfermeiros/as eram conhecidos por partilhar espaço de trabalho, outros/as foram contatados/as em função do projeto. No entanto, a maioria dizia que indicaria “seus/suas melhores agentes”, ou seja, avaliados/as como os/as mais envolvidos/as com o trabalho, mais empolgados/as.

Alguns/algumas dos/as ACS indicados/as também eram conhecidos por ocasião de terem trabalhado na mesma UBS ou em situações de trabalho com a pesquisadora, alguns/algumas poucos/as eram desconhecidos/as. Nenhuma relação de amizade ou proximidade com elas/es, exceto uma que era usuária da UBS da pesquisadora por residir na área de abrangência onde ela atua como médica de família e comunidade.

Embora os temas dos encontros tenham sido divididos e apresentados separadamente, as discussões atravessavam os temas, independente dos dias, os/as participantes retomavam questões tratadas nos encontros anteriores e a participação de uma facilitadora fixa em todos os encontros contribuía para o resgate das conversas, bem como a presença da pesquisadora principal que referendava o grupo com sua presença.

No primeiro encontro a pesquisadora, inicialmente, assumiu a posição de observadora-relatada; no entanto, foi sendo chamada a participar, contando suas experiências, vivências, erros e acertos, e incentivava os/as participantes a dizer mais sobre si. A presença-ação das/os pesquisadores/as como parte a ser considerada na pesquisa é elemento consensual na antropologia e outros campos de conhecimento que adotaram a pesquisa-intervenção, pesquisa participante ou pesquisa-ação como modo de produzir conhecimento. O trânsito da pesquisadora foi se conformando no processo de fazer-se grupo e, desse modo, alinhavando a cumplicidade-compromisso, conforme descrito por Soraia Fleischer (2018).

### 3.1 OLHANDO PARA TRÁS, RELEND O HOJE

O primeiro encontro objetivava provocar uma conversa sobre como os/as participantes experimentaram a adolescência: desafios, alegrias, conflitos, quais questões marcaram essa etapa.

A adolescência como período difícil aparece nas conversas sempre que atrelada ao tema da sexualidade. A ausência de diálogo em casa, com abordagens restritas às orientações sobre cuidados de higiene, fisiologia (surgimento da menarca) e o controle da gravidez e das IST parecem constituir um núcleo de consenso no grupo.

As proibições referentes ao exercício da sexualidade das mulheres indicavam situações de controle das mesmas, que se estendiam da família para espaços da cidade que não deveriam ser frequentados, para evitar “ser falada”. Um controle que era exercido, compartilhado e poucas vezes apareceu como objeto de contestação. Descrito como datado no tempo, a ausência ou relaxamento desse controle foi apresentado como principal indício de mudança do tempo.

Entre as sexualidades que escapavam às normas, relatos sobre amigas/conhecidas lésbicas foram mais recorrentes do que de amigos gays. A homossexualidade feminina surgiu não somente de modo espontâneo, mas sobretudo com maior frequência do que gravidez na adolescência.

Ao comparar as experiências da adolescência com as vividas por adolescentes hoje, formou-se um consenso em torno da ideia de que os/as mesmos hoje possuem mais acesso às informações e, que a internet possibilita maior acesso e conhecimento sobre o tema da sexualidade. No espaço para deslocar o consenso o encontro permitiu que os/as participantes refletissem se ter acesso a informações seria equivalente a ter espaço para conversar sobre o tema.

Entre o ontem e o hoje o grupo foi construindo uma perspectiva em que, apesar de alguns/algumas considerarem que é mais fácil ser adolescente hoje, essa facilidade não estaria representada pelo diálogo possível em casa e nem mesmo em outros espaços.

O encontro termina sem que o grupo consiga responder sobre com quem os/as adolescentes de hoje conversariam sobre suas dúvidas, angústias e descobertas. Irmãs/irmãos, primos/as, mães, madrinhas e professoras ainda aparecem como prováveis interlocutoras/es dessa conversa difícil.

### 3.2 MAS PRECISA MESMO?

Disparado a partir da exibição do documentário “¿Cuál es la diferencia?”<sup>1</sup>, o segundo encontro materializou a dificuldade de conversar sobre a sexualidade. Enquanto o tema circulava entre prescrições e aspectos considerados técnicos da sexualidade (planejamento familiar, menstruação e IST), os/as participantes diziam com desenvoltura seus afazeres no território. Regidos pela heteronormatividade, as práticas e os direitos sexuais dos/das adolescentes pareciam consensuais e acolhidos nos serviços de saúde. Mas a pergunta sobre o preenchimento do quesito orientação sexual no cadastro<sup>2</sup> foi suficiente para desencarrilar as conversas.

A dedução a partir de gestualidades, histórias ouvidas ou mesmo situação conjugal são indícios para suprimir a necessidade de perguntar ao/a usuário/a. Sem que um exemplo sobre adolescentes fosse acionado, a conversa desse encontro foi conduzida por meio da maior ou menor habilidade pessoal da/o ACS para abordar os/as usuários/as e a expectativa de que estes/as anunciassem sua orientação sexual, mesmo diante da ausência da pergunta pelo/a ACS. Ou seja, caberia ao/a usuário/a a “saída do armário” posto que a “falta de treinamento” não produziu nas/os ACS a confiança na competência para abordar esse tema “difícil, muito difícil”.

---

1 Disponível em: <https://youtu.be/doyf6m79Zls>.

2 Ficha de cadastro individual e-SUS, Atenção Básica.

A ausência de educação permanente sobre a temática e a falta de espaços para que os/as profissionais de saúde discutissem ou até mesmo conhecessem a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT foram apresentados em outros trabalhos como o de Marcos Silva (2018) que tratou especificamente sobre o acesso e a qualidade do cuidado para a população LGBT no SUS, a partir da perspectiva dos/as ACS. Danilo Paulino (2016) descontou o mecanismo do “não querer saber”, como parte de um dispositivo de silenciamento e exclusão da população LGBT que seria acionado por médicos/as de família e comunidade entrevistados/as em sua pesquisa. No entanto, essas/es ACS estavam falando de um desejo de cuidar, apesar da falta de preparo para lidar com o tema que se aproximaria dos achados de Silva (2018).

### 3.3 TROPEÇANDO NOS CONCEITOS: A GENTE (NÃO) FALA DAQUILO QUE (NÃO) SABE

O terceiro encontro foi marcado pela explosão dos conceitos e dos usos dos termos pelos/as participantes. O vídeo da ativista Lorelay Fox<sup>3</sup> foi utilizado como disparador para trazer os conceitos que são utilizados para nomear as posições de sujeito e os lugares das identidades no contexto atual. As dificuldades em nomear e também as incertezas sobre o que seria direito das pessoas e dever dos serviços/servidores da saúde tiveram espaço privilegiado para serem apresentados. Esse encontro foi marcado pelo reconhecimento do não saber. As dúvidas, as inseguranças e os conflitos foram trazidos explicitando que o espaço do encontro estava se consolidando como um lugar seguro para os/as participantes. A confusão entre identidade de gênero e orientação sexual tomou a centralidade do debate e foi discutida com respeito e empatia no grupo. As conversas sobre a performance do/a usuário/a que, apesar de ser considerada feminina ou masculina pelo/a ACS, não implicaria em sua posição como homem ou mulher e nem mesmo sua orientação sexual como hetero/homossexual foram desenrolando experiências de cuidado e vivências das/os participantes em que situações de preconceito não foram, em outras situações, percebidas como tal.

Algumas pesquisas demonstraram que ocorrem violências nos serviços de saúde que sequer seriam nomeadas ou reconhecidas como tal.

---

<sup>3</sup> Lorelay Fox: Drag Queen criadora do canal “Para tudo” no YouTube, que aborda vários temas desde maquiagem até discussões sobre preconceito e diversidade.

Normatizações de gênero e sexualidade caracterizam um modelo de atendimento em saúde que: pressupõe heterossexualidades, violenta identidades dela divergentes, negligencia atendimentos, atrapalha sonhos/desejos e exclui modos de vida que se distanciam da estreita definição de “normalidade” em saúde. Decorrente disso percebemos que as usuárias e usuários relatam uma não procura do serviço de saúde (prejuízos no acesso e na adesão), ou evitam expor suas práticas sexuais (MOSCHETA; FÉBOLE; ANZOLIN, 2016).

As falas das/os nossos/as participantes se afastavam da posição dos médicos/as entrevistados/as por Danilo Paulino (2016). Se os/as participantes diziam de um não saber que parecia autorizativo para o não fazer, nos encontros, a demanda por educação permanente indicava um desejo de “fazer melhor”, uma possibilidade de saber/fazer que poderia implicar na qualificação do acesso dessa população na Atenção Básica.

Um momento do encontro que demarcou o espaço como uma possibilidade de produzir respostas positivas para o enfrentamento das barreiras no serviço de saúde foi quando uma das participantes conta de sua vivência como mulher lésbica. A orientação sexual da participante não era de conhecimento do grupo, nem mesmo das mais próximas, mas foi um anúncio acolhido como o sentido de potência e o reconhecimento da legitimação dessa identidade pelo estado brasileiro – representado pela Política Pública.

O reconhecimento das demandas LGBTs pelo Estado, bem como a promoção de valores e práticas de respeito à diversidade de orientações sexuais e identidades de gênero, são mecanismos importantes para ampliar as possibilidades de reconhecimento, a formação de uma opinião pública mais favorável, inclusive, proposição de leis que assegurem cidadania plena à população LGBT (SOUZA, 2015).

### 3.4 O QUE FAREMOS COM VOCÊ AQUI?

A presença dos/as adolescentes nos serviços de saúde foi tema retomado no quarto encontro, sendo utilizado como disparador o livro do Rubem Alves, “O Gambá que não sabia sorrir”. Convidados/as a refletir sobre o serviço de saúde sob a ótica dos/as adolescentes, os/as participantes puderam apresentar as motivações para que os/as mesmos/as buscassem a UBS em que trabalham.

Foram apresentadas as percepções de como acreditamos que sabemos o que é melhor para o/a outro/a. Das dificuldades em propor ações de saúde que considerem os modos de pensar e as trajetórias dos/as usuários/as de modo geral (ALVES, 2015). Em relação às/-aos

adolescentes, as conversas apontavam para uma prática que prioriza as ações curativas e condições agudas, centradas na atuação do/a médico/a a partir da demanda e não nas avaliações de potencialidades da equipe/território/usuário/as (CAMPOS *et al*, 2014).

Já dissemos que os/as trabalhadores/as têm dificuldade de reorganizar o trabalho e tendem a não reconhecer a importância de valorizar as necessidades de saúde individuais e coletivas da população adscrita (QUEIROZ, 2012). Esses processos geram e acumulam tensões e produzem práticas “não cuidadoras” entre os agentes envolvidos nesse processo – trabalhadores, gestores e usuários –, sendo que muitas vezes os/as usuários/as não são ouvidos/as como parte do processo de cuidado. Quando se trata dos/as adolescentes, a postura prescritiva parece ainda maior, uma vez que são considerados/as incapazes para decidir e outros momentos, considerados/as desinteressados/as e ausentes, ou até mesmo “que nascem sabendo”, ainda que a equipe não deseje saber ou se interesse sobre o que ele/a saberia. O encontro, a escuta e interpretação das intenções que conduz o/a adolescente às consultas não ocorre. Isto enseja sentimento de desvalorização, pois muitas vezes não foram “acolhidos” na unidade de serviço, configurando-se como descuidado em relação a essa população (QUEIROZ, 2012).

A ausência de ações voltadas para eles/as (inexiste meta de atendimento para adolescente) aliada à preocupação focada no controle da gravidez e IST foram identificados como principais limites dos serviços. A presença dos/as adolescentes nos serviços de saúde sem demanda aparente (casos agudos) ou acompanhamento regular (como diabetes e gravidez) acaba produzindo desconfiança e estranhamento.

Nesse encontro foram pensadas estratégias para aproximar os/as adolescentes e pensar sobre quais espaços poderiam ser articulados na comunidade e como o serviço de saúde poderia também ser um lugar seguro para educação em saúde e apoio no enfrentamento de preconceitos e violências.

Nesse contexto, o modelo do PCP demonstrou sua potência, o diálogo público contribuiu para diminuir os estereótipos e a alienação promovida por slogans simplistas, ampla e repetidamente divulgados e ofereceu uma oportunidade de expressão autêntica, informada e complexa (RASERA, 2017).

### 3.5 CAMINHOS PARA CHEGAR ATÉ O SERVIÇO DE SAÚDE

Nesse encontro foi possível avaliar a proposta. Não é possível desconsiderar que vivemos em tempos de pandemia. Os encontros aconteceram nos espaços do trabalho, o que ocasionou também a flutuação das/os participantes, que nem sempre conseguiram acompanhar todos os encontros. Mas a possibilidade de que os encontros virtuais ocorressem nos espaços de trabalho também fez com que a temática circulasse naqueles espaços, mesmo que de modo extraoficial.

Desses encontros ficou marcado para os/as participantes a necessidade de espaços de conversa sobre os temas, além da responsabilidade dos serviços e profissionais de saúde na promoção de saúde e na garantia da equidade. Além disso, a necessidade de inserir a adolescência na agenda não mais como aquele/a que sujeito quase oculto, mas como uma população importante e que os/as ACS podem/devem atuar como mediadores de um conhecimento que pode estar amparado nos pilares da educação popular em saúde: escuta e amorosidade.

Assim como nos disse Paulino (2018), amorosidade é realmente o amor pelo outro, pelo trabalho em saúde, pelo cuidado de si e do outro. É amar e integrar-se de corpo, alma e coração ao diálogo e à construção coletiva compartilhada. É respeitar o próximo e acolhê-lo em sua integralidade para que ele possa expressar-se da forma como é, sem julgamentos, preconceitos ou limitações.

O atendimento dos/as adolescentes vai muito além da demanda de casos agudos, e quando o tema é atravessado pela sexualidade dos/as adolescentes, antes de qualquer coisa, demanda o reconhecimento como humano, sujeito de direitos, com demandas específicas e necessidade de serviços de saúde que só eles/as podem dizer, mas que só dirão, se for acolhido no serviço de saúde (PAULINO, 2016).

Nesse encontro, a produção da Cartilha como modo de organizar e devolver às /aos participantes os resultados do projeto foi apresentada e valorizada pelos/as mesmos/as.

## 4 CONCLUSÃO

O acesso dos/as adolescentes aos serviços de saúde, sobretudo na Atenção básica, ainda é muito incipiente. A ESF que, em tese, se configura como a porta de entrada para todos/as os/as usuários/as do Sistema Público de Saúde, visando um atendimento pautado nos princípios da SUS, como a Integralidade e a Equidade, não tem se mostrado eficaz para esse grupo etário específico. As/Os adolescentes, por sua vez, não reconhecem a UBS como um espaço protegido para conversas sobre saúde, dúvidas sobre sexualidade, mudanças no corpo, etc. Para os/as adolescentes e também para a equipe de Saúde, a Unidade se configura um espaço para tratamento de doenças. Dessa forma, observa-se uma não procura deste grupo pelos serviços da UBS, uma vez que a mesma não oferta atividades específicas, nem se preocupa em ouvir suas demandas.

Aliado a este fato, percebe-se uma dificuldade da equipe, notadamente dos/as ACS, em lidar e estabelecer um vínculo com sua população adolescente adscrita. Quando o assunto envolve questões relacionadas à sexualidade, essa dificuldade se torna ainda maior. A dificuldade acontece em função do modo como os/as agentes lidam com estas questões, reproduzindo práticas e saberes sobre a adolescência e sexualidade ancoradas em scripts simplistas, prescritivos e socialmente valorizados/disseminados.

As conversas demonstraram que importa promover espaços dialógicos que possibilitem o encontro de saberes e conversas sobre esses assuntos considerados tabus e sobre a dificuldade em abordá-los no dia a dia. A impossibilidade de realizar os encontros conjuntos entre os/as ACS e os/as adolescentes nos levou a abandonar a proposta de utilizar integralmente o PCP como estratégia de intervenção. Mantemos dele a potência do estímulo à conversa numa perspectiva dialógica mediada pelos/as facilitadores/as. Essa mostrou-se uma estratégia promissora para que as/os participantes pudessem refletir sobre suas experiências e seu processo de trabalho ampliando suas compreensões sobre quais seriam de fato, as práticas que acolheriam os/as adolescentes com mais abertura de possibilidades de demandas que extrapolam a prescrição e controle de seus corpos.

O interesse e os modos de relacionar com a comunidade referidos pelos/as ACS nos dizem de um querer/fazer e de uma demanda por saber/fazer que resultaria na oferta de um cuidado em saúde qualificado. O que identificamos é que, na ausência de uma formação adequada sobre o tema, os/as ACS açãoam principalmente as suas experiências pessoais para lidar com os/as usuários/as adolescentes; esses encontros traduzidos na ética da amorosidade

devem ser valorizados, uma vez que, “qualquer amor já é um pouquinho de saúde”. Mas podem ser amplificados e tornados mais complexos para alcançar o que se pretende ao estabelecer uma Política Pública de Saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, P. C. Itinerário terapêutico e os nexus de significados da doença. **Revista de Ciências Sociais - Política & Trabalho**, n. 1, v. 42, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/23308>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- AMORIM, Delane Uchôa *et al.* Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com adolescentes. **Saúde em Debate** [online]. 2014, v. 38, n. 101 pp. 254-226. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140023>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- BECKER, C.; CHASIN, L.; CHASIN R., HERZIG, M.; ROTH, S. Do debate estagnado a uma nova conversação sobre questões controversas: um relato do projeto de conversação pública. In: SCHNITMAN, D. F.; LITTLEJOHN, S. (Orgs.). **Novos paradigmas em mediação** (p. 259-273). Porto Alegre: ArtMed, 1999.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Proteger e cuidar da saúde dos adolescentes na atenção básica**, Brasília, 2017.
- CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L.; GAMA, C. A. P.; CAMPOS, G. W. S.; TRAPE, T. L.; DANTAS, D. V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 252-264, out 2014.
- CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho dos Agentes Comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde. **Revista de Saúde da Família**, Brasília, ano V, n.7, ed. esp., jan. 2003 a abr. 2004.
- COSTA, R. F.; QUEIROZ, M. V. O.; ZEITONE, R. C. G. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol. 16, núm. 3, setembro 2012, pp. 466-472. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127723305006>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- FLEISCHER, S. **Cenas de microcefalia, de cuidado, de antropologia** (Recife, setembro de 2017). Cadernos de Campo (São Paulo - 1991), [S. l.], v. 27, n. 1, p. 118-131, 2018.
- FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente comunitário de saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil, **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 21, v. 3, p. 899-915, 2011.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 25, n. 4, pp. 1475-1482. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Acesso em: 10 jul. 2021.

GRILLO, C. F. C.; CADETE, M. M. M.; FERREIRA, R. A.; GUIMARÃES, P. R.; MIRANDA, S. M. **Saúde do Adolescente**. Belo Horizonte: Nescon, 2012.

HERZIG, M. **Fostering welcoming communities through dialogue**. 2011. Disponível em: <http://www.welcomingamerica.org/wp-content/uploads/2011/10/wac.dialogue.w01.pdf>. Acesso em: 03 maio 2012.

HERZIG, M.; CHASIN, L. **Fostering dialogue across divides**: nuts and bolts guide from the public conversations project. Watertown: Public Conversations Project, 2006.

LUIZ, C. L. Saúde para pessoas LGBT. **Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região**. 2011. Psicologia e diversidade sexual (pp. 25-32). São Paulo: CRPSP.

MARQUES, J. F.; QUEIROZ, M. V. Cuidado do Adolescente na Atenção Básica, necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Rev. Gaúcha Enferma**. [online]. 2012, v. 33, n. 3, pp.65-72. ISSN 1983-1447. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000300009>.

MARTINEZ, H. L. H.; ARTMANN, E.; NASCIMENTO, M. Desvendando barreiras de gênero no acesso de adolescentes a informação sobre saúde sexual e reprodutiva na Venezuela. **Cad. Saúde Pública** 2020. n. 36, v. 4.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; OLIVEIRA, J. R.; ANDRADA, J. C. L.; Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 38-51, setembro 2018.

MOSCHEMA, Murilo *et al.* Da (im)possibilidade do diálogo: conversações públicas e os direitos LGBTs. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 28, n. 3, p. 516-525, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 10 jul. 2021.

MOSCHEMA, Murilo dos Santos; FÉBOLE, Daniele da Silva; ANZOLIN, Bárbara. Visibilidade seletiva: a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais. **Sau. & Transf. Soc.**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v. 7, n. 3, p. 71-83, 2016.

NOTHAFT S. C. S.; ZANATTA, E. A.; BRUMM, M. L. B.; GALLI, K. S. B.; ERDTMANN, B. K.; BUSS, E. Educators' perspective on adolescent sexuality: possible education practices. **Rev Min Enferm.** 2014. N. 18, v. 2, p. 290-294. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140022>. Acesso em: 10 jul. 2021.

OLIVEIRA, I. V. P. B. **Agentes comunitários de saúde**: o elo entre os estigmatizados e o acesso à saúde. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Sexual). Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Ciências e Letras (Campus Araraquara), 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), 2010.

PAULINO, D. B. **Discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT entre médicos(as) da estratégia saúde da família.** Dissertação de mestrado. 2016. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil.

PAULINO, D. B.; ALVES, L. S.; BARROS, M. C. V.; LIMA, R. P. O. A Educação Popular em Saúde na formação e prática médica: ressignificando o cuidado com diálogo e amorosidade. In: BOTELHO, Bruno Oliveira de; VASCONCELOS, Eymard Mourão; CARNEIRO, Daniela Gomes de Brito; PRADO, Ernande Valentin do; CRUZ, Pedro José Santos Carneiro (Orgs.). **Educação popular no Sistema Único de Saúde.** 1ed. São Paulo: Hucitec, 2018, v. 1, p. 209-220.

PORTELA, V.; PORTELA, A. V. **Gravidez na Adolescência.** Brasília, 2005.

RASERA, E. F. Diálogo público e trabalho comunitário: o caso do Projeto de Conversações Públicas. In: GRANDESSO, Marilene (Org.). **Práticas colaborativas e dialógicas em distintos contextos e populações:** um diálogo entre teoria e práticas. 1ed. Curitiba: CRV, 2017, p. 419-434.

REIS, M. A. S. *et al.* Labor process organization in a family health unit: challenges to practice change. **Interface: comunicação, saúde, educação,** Botucatu, v. 11, n. 2, p. 655-666, 2007.

SAMPAIO, L. F. R.; LIMA, P. G. A. Apoio ao Programa de Saúde da Família. **Revista de Saúde da Família.** Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.saudefamilia.rs.gov.br/>. Acesso em: 10 jul. 2021.

SANTOS, S. C. *et al.* A prevenção do vírus da Imunodeficiência Humana pela Equipe de Atenção Primária voltada aos Adolescentes. **Rev. enferm UFPE on line,** Recife, v. 11, n.8, p. 3050-3056, ago., 2017.

SEHNEM, D. G.; CRESPO, T. T. B.; LIPINSKI, M. J.; RIBEIRO, C. A.; WILHELM A. L.; ARBOIT, J. Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes: percepções dos profissionais em enfermagem. **Av Enferm.** 2019, n. 37, v. 3, p. 343-352. Disponível em: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.78933>. Acesso em: 10 jul. 2021.

SILVA, M. P. **Cuidando da Saúde:** diálogos sobre a política de atenção integral para a população LGBT. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, 2018

SOUZA, C. C. C. Políticas públicas para população LGBT no Brasil: do estado de coisas ao problema político. **VII Jornada Internacional Políticas Públicas,** São Luiz, MA. 25 a 28 de agosto de 2015.

STOTZ, E. M.; DAVID, H. M. S. L.; BORNSTEIN, V. J. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. **Rev. APS,** v. 12, n. 4, p. 487-497, out./dez. 2009.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 135. p. 43-46.

TORRES, C. A.; BARBOSA, S. M.; PINHEIRO, P. N. C.; VIEIRA, N. F. C. A saúde e a educação popular com adolescentes. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 4, p. 47-56, 2010.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 14, v. 1, p.67-83, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adolescent pregnancy**. Genebra: World Health Organization; 2018. Disponível em: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>. Acesso em: 10 jul. 2021.

# **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

### PÚBLICO-ALVO: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

- 1- Ano de ingresso como ACS:
- 2- Tempo de atuação nessa UBS:
- 3- Data de nascimento. ..../..../....
- 4- Escolaridade:
  - 4.1(  )Ensino Fundamental
  - 4.2(  )Ensino médio
  - 4.3(  )Ensino superior incompleto
  - 4.4(  )Ensino superior completo

4.3a Qual curso?.....

4.3b Tipo de Instituição: (  ) pública (  ) privada com bolsa (  ) privada sem bolsa

4.3c Em que período você fez o curso: (  ) manhã (  ) tarde (  ) noturno

4.3d Ano de conclusão do curso: ..../..../....

4.4(  )Pós-graduação

4.4a Qual curso?.....

4.4b Tipo de Instituição: (  ) pública (  ) privada com bolsa (  ) privada sem bolsa

4.4c Em que período você fez o curso: (  ) manhã (  ) tarde (  ) noturno

4.4d Ano de conclusão do curso: ..../..../....

5- Você se reconhece como

5.1(  ) Homem. 5.2(  ) Mulher 5.3 (  ) Outro: \_\_\_\_\_

5.4(  ) Cisgênero 5.5 (  ) Transgênero 5.6 (  ) Não Binário

6- RELIGIÃO:

6.1(  )Cristã 7.2(  ) Evangélica 6.3(  ) Matriz africana 6.4(  ) Espírita

6.5(  )Outras 7.5a. Qual ? .....

7- RAÇA/cor:

7.1(  ) Branca 7.2(  )Parda 7.3(  ) Negra 7.4(  ) Amarela

8- Estado civil:

8.1 (  )Solteiro(a) 8.2(  )Casado(a) 8.3(  ) Viúvo(a) 8.4(  ) Separado(a) 8.5 (  ) União estável

9- Orientação Sexual:

9.1(  ) Heterossexual 9.2 (  ) Homossexual 9.3 (  ) Bissexual 9.4 (  ) outro:

10- Você tem filhos? 10.1 (  ) Não 10.2 (  )Sim, quantos? \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

11- Ao preencher o cadastro do SUS você tem dificuldade de perguntar sobre a religião do(a)s usuário(a)s?

11.1(  ) SIM 11.2(  ) NÃO

12- Você acha importante perguntar sobre a religião do(a)s usuário(a)s?

12.1( ) SIM 12.2( ) NÃO

13- Ao preencher o cadastro do SUS você tem dificuldade de perguntar sobre a cor/raça do(a)s usuário(a)s?

13.1( ) SIM 13.2( ) NÃO

14- Você acha importante perguntar sobre a cor/raça do(a)s usuário(a)s?

14.1( ) SIM 14.2( ) NÃO

15- Ao preencher o cadastro do SUS você tem dificuldade de perguntar sobre a orientação sexual do(a)s usuário(a)s?

15.1( ) SIM 15.2( ) NÃO

16- Você acha importante perguntar sobre a orientação sexual do(a)s usuário(a)s?

16.1( ) SIM 16.2( ) NÃO

17- Ao preencher o cadastro do SUS você tem dificuldade de perguntar sobre o estado civil do(a)s usuário(a)s?

17.1( ) SIM 17.2( ) NÃO

18- Você acha importante perguntar sobre o estado civil do(a)s usuário(a)s?

18.1( ) SIM 18.2( ) NÃO

## APÊNDICE 2 – ARTIGO

**PERIÓDICO: Revista Em Extensão (UFU)**

**MODALIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**Título: O QUE COMPLICA A ADOLESCÊNCIA? conversas com as/os agentes comunitárias/os de saúde sobre gênero e sexualidade<sup>4</sup>**

### **RESUMO:**

Este relato de experiência descreve um projeto de intervenção cujo objetivo foi promover situações de conversações que permitissem às/-aos Agentes Comunitários de Saúde - ACS refletirem sobre seus modos de interação com os/as adolescentes. Os encontros dialógicos e participativos ocorreram por meio remoto e deles participaram 14 ACS, trabalhadores/as da Estratégia da Saúde da Família ESF e 03 facilitadores/as. Os principais achados foram: a) a crença de que os/as adolescentes (de hoje) possuem mais e melhores informações para subsidiar suas decisões; b) o tempo presente, mediado pela tecnologia, tornaria a experiência da adolescência mais tranquila; c) a permanência da centralidade dos aspectos fisiológicos como recortes para tratar as questões da sexualidade; e d) a ausência de formação continuada para os/as profissionais de saúde que facilitasse a abordagem da temática. Dois elementos se destacaram: a compreensão de que o suposto desconcerto da adolescência estaria relacionado às questões relacionadas à sexualidade e ao gênero e que, as/os ACS demonstravam o desejo de saber/fazer, e a abertura para que a temática do cuidado da população LGBT adentrasse a Unidades Básicas de Saúde - UBS. Os resultados demonstram a pertinência da proposta, destacando sua potência como mediadora de transformações no cotidiano das UBS.

**PALAVRAS-CHAVE: Adolescência, Atenção Básica, Gênero, Sexualidade, Saúde.**

### **ABSTRACT:**

This experience report describes an intervention project with the objective to promote conversation situations that would allow Community Health Agents [ACS] to reflect on

---

<sup>4</sup> Esse trabalho resulta do projeto de intervenção que foi desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, mestrado profissional vinculado à Rede PROFSAUDE que tem como objetivo construir estratégias para aprimoramento da Atenção Primária em Saúde.

their ways of interacting with adolescents. The dialogic and participatory meetings took place online, with participation of 14 ACS, workers of the Family Health Strategy [ESF] and 03 facilitators. The main discoveries were: a) the belief that adolescents (today) have more and better information to support their decisions; b) the present time, mediated by technology, would make the experience of adolescence more peaceful; c) the maintenance of the centrality of the physiological aspects as clippings to deal with issues of sexuality; and d) the lack of continuing education for health professionals that would facilitate the approach. Two elements stood out: the understanding that the supposed disconcerting of adolescence would be related to issues related to sexuality and gender and that the ACS demonstrated the desire to know/do, and the openness to the issue of care for the population LGBT to enter the Basic Health Units [UBS]. The results demonstrate the relevance of the proposal, highlighting its power as a mediator of transformations in the UBS's daily life.

**KEYWORDS: Adolescence, Primary Care, Gender, Sexuality, Health.**

## **INTRODUÇÃO:**

### **Agentes Comunitários/as de Saúde: a experiência de tradução no território**

A Constituição Federal de 1988 determinou que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. O acesso a esse direito deve ser garantido por meio de políticas sociais que visem a redução de situações de vulnerabilidade a doenças e outros agravos. Esse direito foi materializado na aprovação da Lei 8080 de 1990 que estabeleceu os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS.

Considerando o princípio da Universalidade do acesso, em 1991, foi elaborado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) cujo foco principal era a ampliação da cobertura da Atenção Básica. Com ele foi criada a atribuição do Agente Comunitário de Saúde (ACS), trabalhador/a da saúde responsável por acompanhar a população em relação ao controle de peso, orientações a comorbidades específicas, distribuição de medicamentos, entre outras (CHIESA, FRACOLLI, 2004).

Em 1994, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), o Agente Comunitário de Saúde (ACS) assumiu posição de destaque na Atenção Básica sendo considerado o elo entre a equipe de saúde, famílias e usuários. Posteriormente, a proposta tornou-se mais complexa e ampliada deixando de ser um Programa para tornar-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nela, a coordenação do cuidado com o planejamento da oferta de

serviços a partir do contexto epidemiológico, incorpora outros atributos da Atenção Básica, tais como a longitudinalidade e integralidade (SAMPAIO; LIMA, 2004).

Desse modo, a/o ACS deveria partilhar do universo próximo do/a usuário/a, residir no território da Unidade de Saúde e, portanto, compreender as demandas e os agravos mais importantes do local. Por essa mesma razão, colaboraria para a superação de barreiras no acesso e, em alguns casos, facilitaria o diálogo da equipe com as pessoas da comunidade. Em média, um/a ACS deveria acompanhar até 750 pessoas residentes no território (FILGUEIRAS; SILVA, 2011). Para o/a ACS, as casas, o bairro e as ruas são os espaços principais de sua interação. A proximidade com o cotidiano dos/as usuários/as deve traduzir-se em ferramenta para promover aproximação da equipe com os problemas coletivos/individuais existentes no território.

No contexto de elaboração e desenvolvimento desse trabalho, estava em implantação a PNAB 2017, revisada em 2020, que criava a possibilidade de cadastramento de equipes de Saúde da Família (SF) com apenas um/a ACS e equipes AP (eAP) sem ACS. Essa possibilidade criava instabilidade e incerteza entre gestores/as e trabalhadores/as porque a ausência do/a ACS afetaria um dos pilares do modelo assistencial que caracteriza a ESF em seu componente comunitário e de promoção da saúde (GIOVANELLA et al, 2020).

### **Os/As adolescentes (não) habitam os territórios: Onde eles/as estão?**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera adolescência o período compreendido entre 10 e 19 anos de idade. Este período é marcado por mudanças biopsicossociais e, do ponto de vista biológico, caracteriza-se pelo elevado crescimento e maturação sexual, sendo o marco biológico mais importante nesta fase a puberdade (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), alguns grupos de adolescentes são especialmente vulneráveis porque enfrentam maior exposição aos riscos para a saúde. Eles geralmente têm menos acesso aos serviços de saúde, piores resultados de saúde e mais consequências sociais adversas como resultado da saúde precária.

No Brasil, em razão da desigualdade social, identificam-se como condições agravantes a serem enfrentadas, o elevado número de mortes por causas externas e violência, a gravidez não planejada, abortos e abandono paterno, alto índice de desemprego e evasão

escolar, as infecções sexualmente transmissíveis (IST) e o envolvimento com álcool e outras drogas (TORRES et al., 2010; SEHMEM et al, 2019).

Em 2006, foi publicada a “Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens”, e, posteriormente, em 2010, as “Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde” cujo reconhecimento da necessidade de que os serviços de saúde estejam atentos ao enfrentamento das vulnerabilidades na adolescência constituiu eixo comum aos dois documentos.

Em 2017, o Ministério da Saúde lançou outro documento, o “Proteger e cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica”, visando ampliar a inserção dos/as adolescentes na Atenção Primária à Saúde (APS), propondo a atuação dos profissionais no cuidado à saúde, hábitos saudáveis e aspectos clínicos. Nele, está enfatizado o objetivo de programar as ações direcionadas à sexualidade, consulta ginecológica, planejamento reprodutivo, anticoncepção de emergência, gravidez e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST). (SHEMEM et al 2019).

*O* cuidado aos/as adolescentes parece distante de uma proposta de saúde pautada na integralidade. A centralidade nos aspectos relacionados à reprodução parece limitar o planejamento de ações que facilitem o engajamento do/a adolescente em seu cuidado nas dimensões preventivas e de promoção da saúde. Além disso, ela dificulta o vínculo com os/as profissionais de saúde e constitui uma barreira de acesso ao prejudicar as ações que potencializariam a autonomia deles/as para compartilhar a tomada de decisão sobre as possibilidades de preservar a saúde (COSTA et al. 2012).

Diferentes estudos apontam que é preciso valorizar a subjetividade e criar espaços para discussões de questões e assuntos formulados pelos/as adolescentes numa linha de cuidado que pressuponha horizontalidade nas relações profissionais, favorecendo o acesso, o acolhimento e o vínculo (MARQUES; QUEIROZ, 2012).

No entanto, os/as profissionais de saúde não estão capacitados, nem sensibilizados/as para o trabalho com adolescentes, e nem todos/as se dispõem a trabalhar com esta população. Muitos/as desses/as profissionais percebem os/as adolescentes como pessoas em formação, que precisam de orientação/tutela e não têm maturidade, nem autonomia suficiente para exercer plenamente seus direitos. A maioria dos serviços de saúde não

possui ações voltadas especificamente para este público e parte das atividades desenvolvidas, quando destinada aos/as adolescentes, são realizadas de modo esporádico, individual e exclusivamente com a demanda espontânea do serviço, ou seja, não existe programação específica com estratégias, metas e objetivos a serem alcançados (SANTOS et al.,2017).

A atuação das/os ACS com a população adolescente está prescrita pelo Ministério da Saúde que estabelece entre as atribuições: identificar os/as adolescentes de sua micro área de abrangência e participar das atividades visando orientá-los/as quanto ao esquema vacinal, à sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, anticoncepção, gravidez, uso de álcool e outras drogas, à importância da educação, à violência e acidentes, aos riscos no trânsito, à atividade física e saúde, aos hábitos saudáveis e à saúde bucal (BRASIL, 2009).

Como a oferta do cuidado aos/as adolescentes não é prioridade dos/as gestores/as, que estabelecem quais metas devem ser cumpridas pelos/as ACS, identificamos trabalhos em que as/os ACS desconheciam a quantidade de adolescentes presentes em sua área de abrangência (COSTA et al 2012; AMORIM, et al, 2014).

## **CONVERSAS QUE (DES)COMPLICAM A ADOLESCÊNCIA: um relato de experiência**

O presente relato de experiência descreve o desenvolvimento de um projeto de intervenção para a promoção de diálogos sobre adolescência, gênero e sexualidade com as/os ACS que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Bom Despacho/MG. Uma das mediadoras da intervenção exerce a função de médica de família e comunidade numa UBS e observou a dificuldade das/os ACS em abordar os/as adolescentes, principalmente quando os temas envolviam gênero e sexualidade. Considerando ser este um problema relevante posto que reconhece a importância do trabalho das/os ACS no contato direto com este público, e que suas condutas podem muitas vezes estabelecer barreiras e não pontes para o acesso deles/as à Unidade Básica de Saúde, propôs elaborar e executar um projeto de intervenção com o objetivo promover situações de conversações que disponibilizasse às-aos ACS maior instrumental para interagirem com os/as adolescentes.

## **(RE)DEFININDO ROTAS E ALIANÇAS: um modo de fazer**

Diferentes sujeitos participam do processo de elaboração e execução da proposta de trabalho.

**Pessoas-Chave:** A estratégia de recrutamento por meio de pessoas-chave considerou a importância da indicação dos/as ACS pelos/as adolescentes moradores/as da sua área. Essa indicação traria a percepção deles/as de que essa pessoa teria (ou não) a sensibilização para o tema. Para isso, foram realizados encontros preparatórios com cada um/a dos/as adolescentes com o objetivo de discutir a proposta e metodologia dos grupos, bem como para preparar o processo de recrutamento. No entanto, no momento da realização dos encontros individuais com os/as adolescentes, nenhum/a deles/as foi capaz de nomear um/a ACS de sua área. Nem mesmo a adolescente que foi entrevistada na própria UBS em que a pesquisadora atua. A ausência dos/as adolescentes dos serviços de saúde se constituía no problema inicial da abordagem, mas a negativa dos/as mesmos/as de experiências nos serviços modificou não somente a definição de quem seria a pessoa-chave da proposta, mas também a formulação dos encontros. O tema que deveria ser centrado nos desafios da relação entre os profissionais e os/as adolescentes atendidos/as no serviço de saúde foi deslocado para a ausência dos/as adolescentes no mesmo.

Mantivemos o/a ACS como interlocutor/a para o projeto considerando que, quando acessam os serviços de saúde, os/as adolescentes preferiam apresentar suas demandas à eles/as que são reconhecidos/as como as pessoas mais próximas para representá-los/as junto à equipe de saúde (AMORIM,et al, 2014).

Desse modo, o recrutamento dos/as participantes foi modificado e a indicação foi redefinida passando os/as coordenadores/as das UBS para o papel de pessoas-chave. Os/As coordenadores/as indicariam as/os ACS que poderiam participar do encontro. Todas as conversas com os/as coordenadores/as foram realizadas pela autora principal que perguntava qual seria o motivo para a indicação dos/as participantes. Serem pessoas interessadas no tema, consideradas mais abertas para o diálogo e mais acessíveis para a população foram os critérios acionados pelos/as coordenadores/as das UBS.

**Recrutamento:** O recrutamento teve início a partir de uma conversa com a gestora do município (coordenadora da Atenção Básica). Explicamos o projeto e apresentamos o cronograma dos encontros com os temas que seriam trabalhados. Foi pactuada a liberação dos/as ACS no horário dos encontros para participação dos/as mesmos/as. A gestora, então, enviou um e-mail para cada UBS para que cada coordenador/a tomasse ciência do

projeto. Em seguida, entramos em contato com cada coordenador/a (pessoalmente ou por telefone), explicando detalhadamente o projeto, o cronograma dos encontros e solicitando a indicação do/a ACS que ele/a acreditasse que poderia participar do projeto.

É necessário destacar que este projeto foi desenvolvido durante o enfrentamento da pandemia do COVID-19 e que, todos/as os/as participantes estavam na linha de frente de atuação desde seu início e, naquele momento, poucos/as estavam imunizados/as. Não somente o formato da proposta foi modificado para atender às demandas das normas sanitárias, nosso processo de trabalho e nossas vidas cotidianas também sofriam o impacto desse momento.

O contato com as/os coordenadoras/es da UBS foi surpreendente, a receptividade dos/as enfermeiros/as, marcadas por longas conversas sobre as condições de trabalho, em alguns momentos, o choro compartilhado era um modo de dizer das dificuldades e medos. Ainda assim, apesar das limitações de recursos humanos e sobrecarga de trabalho, a maioria dizia que indicaria “seus/suas melhores agentes”, avaliados/as como os/as mais envolvidos/as com o trabalho, mais empolgados/as.

Após a indicação do/a ACS pelo/a coordenador/a, entramos em contato por telefone ou pessoalmente com os/as ACS indicados/as e fizemos o convite para participação, além de detalhar os objetivos e o formato dos encontros, explicitando o tema do diálogo de cada reunião e o objetivo geral da proposta. Duas pessoas indicadas recusaram o convite e foram substituídas por outras da mesma UBS, também indicados/as pelo/a coordenador/a.

Após o recrutamento de 14 ACS, foi criado um grupo de WhatsApp com os/as mesmos/as sob a administração da coordenadora do projeto para intercâmbio de informações. O cronograma com previsão das datas, horários e temas a serem discutidos foi enviado para o grupo, bem como o link das reuniões. Após esse momento, uma ACS desistiu alegando motivos pessoais e foi removida do grupo antes do início dos encontros. Todas/os as/os participantes foram informadas/os que as mensagens constantes no grupo poderiam ser utilizadas como parte dos dados da análise.

**Participantes:** O município contava com 88 agentes comunitários de Saúde contratados/as, porém, alguns/algumas estavam afastados/as ou desviados/as de função em função da pandemia de COVID 19. São 17 Unidades Básicas de Saúde com 100% do município coberto pela Estratégia de Saúde da Família. Houve uma tentativa de

recrutamento de pelo menos 1 ACS de cada UBS para participação no Projeto, porém, ao longo do processo de recrutamento, algumas não puderam ser incorporadas: uma coordenadora (pessoa-chave) não indicou uma ACS; em outra unidade, recém-inaugurada, não contava com acesso à internet; e, outra, localizada na zona rural, por possuir um horário de trabalho diferente das demais, também não teve representante. Dessa forma, ao final do recrutamento, tivemos 14 ACS indicadas/os. Destes/as, uma desistiu de participar antes dos encontros começarem. Entre as/os participantes, em relação ao gênero, 01 se auto identificou como homem e as demais com mulheres. Uma possuía curso superior em Direito e outro informou ter curso superior incompleto em Teologia, as demais possuem ensino médio completo sendo que apenas 01 referiu que seria na área da saúde (técnico em enfermagem). A maioria possui tempo de atuação na UBSF superior a 05 anos. Sendo que as que informaram idade inferior a 30 anos (35,7%) representam as com menor tempo de atuação, em média de 2 anos. Entre as/os que informaram religião, 23,1% são evangélicas e 76,9 se referem católicos e apenas 01 pessoa não respondeu. No quesito raça/cor, 35,7% se auto identifica como branca e o restante (64,3%) como parda. A maioria informou que era casada (46,15%); solteiros (30,7%); divorciados (15,4%) e uma união estável (7,6%). 78,6 % das/os participantes informaram possuir filhos/as sendo que entre estes/as, 45,5% os/as filhos/as possuem mais de 18 anos. Todos/as informantes se auto identificaram como cisgênero e heterossexual.

**Facilitadores/as:** Foram convidados/as como facilitadores/as para condução dos encontros, três profissionais que trabalhavam com a temática e possuíam experiência na condução de grupos, evitando desvios de assuntos, discussões mais acaloradas, lembrando sempre dos acordos estabelecidos (Herzig, 2011).

**Estruturando os Encontros:** Pensado inicialmente para ocorrer no formato presencial, em razão da Pandemia do COVID-19, os encontros ocorreram na Plataforma Virtual *Google Meet*. Foram gravados através dos recursos da própria plataforma e posteriormente transcritos e os arquivos apagados. Foram 05 encontros com duração de 02 horas semanais perfazendo um total de 10 horas distribuídas em 05 semanas, alternadas quinzenalmente. As/Os ACS participaram no próprio local de trabalho, usando os computadores do serviço e tiveram a liberação da gestão municipal, com o horário de trabalho protegido.

A metodologia dos encontros foi inspirada na experiência do Projeto de Conversações Públicas, o PCP (Herzig, 2006; Rasera 2017). O PCP propõe um ambiente dialógico seguro para pessoas com opiniões distintas possam tratar sobre temas considerados polêmicos. Dessa forma, esperava-se que as pessoas saiam dos encontros com uma percepção de si e do outro ampliada, entendendo nuances que marcam o dilema social e a opinião alheia (MOSCHETA et al, 2016).

Assim, antes de cada encontro foram estabelecidos e reforçados acordos de conversa tais como: os/as participantes falarem no grupo a partir de suas próprias experiências, buscarem ouvir os/as demais com atenção e respeito, não emitirem julgamentos com relação ao relato alheio e não utilizarem a retórica da argumentação e contra argumentação, uma vez que a proposta do encontro não é a do convencimento ou da persuasão (Moscheta,2016).

Cada encontro se organizava a partir de diferentes fases. A primeira fase incluia a abertura, comentários, introduções, acordos de grupo, esclarecimento de funções e uma apresentação geral da proposta para a reunião. Na fase intermediária, eram apresentadas questões disparadoras que foram diferentes a depender de cada encontro. Vídeos, histórias, conjunto de questões, casos problemas trouxeram perguntas que foram cuidadosamente formuladas e estruturadas para convidar as pessoas a conversar sobre o tema. Os disparadores de cada sessão serão discutidos e analisados como parte do processo mais adiante. Todos/as os/as participantes foram estimulados a falar, em um formato de “rodada”. No final da reunião, uma conversa entre os/as participantes era facilitada, no sentido de apontar para a próxima reunião. Ao final de cada encontro, os/as participantes foram convidados/as a dar um feedback, destacando a parte mais significativa do encontro.

Considerações éticas: Ainda que os projetos de intervenção não demandem a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, foram observadas as diretrizes estabelecidas nas Resoluções Nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, e Nº. 510 de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pela Coordenação de Extensão da Universidade Federal de Uberlândia e registrado no Sistema de Informação da Extensão SIEX com o número: 22858.

## **VIRANDO REALIDADE**

A coordenadora que trabalha como médica em uma das Unidades de Saúde inicialmente, assumiu a posição de observadora-relatadora sendo que a condução dos encontros foi realizada por dois/duas facilitadores/as. No entanto, foi sendo chamada a participar, contando suas experiências, vivências, erros e acertos, e incentivava os/as participantes a dizer mais sobre si. Embora os temas dos encontros tenham sido divididos e apresentados separadamente, as discussões atravessavam os temas, independente dos dias, os/as participantes retomavam questões tratadas nos encontros anteriores e, a participação de uma mesma facilitadora, em todos os encontros, contribuiu para o resgate das conversas, bem como a presença constante da coordenadora do projeto que parecia dar organicidade ao grupo.

A presença-ação de pesquisadores/as como parte a ser considerada na pesquisa é elemento consensual na antropologia e outros campos de conhecimento que adotaram a pesquisa-intervenção, pesquisa participante ou pesquisa-ação como modo de produzir conhecimento. O trânsito da coordenadora foi se conformando no processo de fazer-se grupo e desse modo, alinhavando a cumplicidade-compromisso conforme descrito por Soraia Fleischer (2018).

### **Olhando para trás, relendo o hoje**

O primeiro encontro objetivava provocar uma conversa sobre como os/as participantes experimentaram a própria adolescência. Desafios, alegrias, conflitos, quais questões marcaram essa etapa.

A adolescência como período difícil aparece nas conversas sempre que atrelada ao tema da sexualidade. A ausência de diálogo em casa, com abordagens restritas às orientações sobre cuidados de higiene, fisiologia (surgimento da menarca) e o controle da gravidez e das Infecções sexualmente transmissíveis parecem constituir um núcleo de consenso no grupo.

As proibições referentes ao exercício da sexualidade das mulheres indicavam situações de controle das mesmas, que se estendiam da família para espaços da cidade que não deveriam ser frequentados para evitar “ser falada”. Um controle sobre as mulheres que era exercido pela família, compartilhado nos grupos ampliados de sociabilidade e poucas vezes apareceu como objeto de contestação das/os participantes. Descrito como datado no tempo, o fim ou relaxamento desse controle sobre as mulheres foi apresentado como o

principal indício de mudança de suas experiências das observadas por eles/as para adolescentes atualmente.

Entre as sexualidades que escapavam às normas, relatos sobre amigas/conhecidas lésbicas foram mais recorrentes do que de amigos gays. A homossexualidade feminina surgiu não somente de modo espontâneo, mas sobretudo com maior frequência do que gravidez na adolescência.

Ao comparar as experiências da adolescência com as vividas por adolescentes hoje, formou-se um consenso em torno da ideia de que os/as mesmos hoje possuem mais acesso às informações e, que a internet possibilita maior acesso e conhecimento sobre o tema da sexualidade. No espaço para deslocar o consenso, o encontro permitiu que os/as participantes refletissem se ter acesso à informações seria equivalente a ter espaço para conversar sobre o tema. Entre o ontem e o hoje, o grupo foi construindo uma perspectiva em que, apesar de alguns/algumas considerarem que é mais fácil ser adolescente hoje, essa facilidade não estaria representada pelo diálogo possível em casa e nem mesmo em outros espaços.

O encontro termina sem que o grupo consiga responder sobre com quem os/as adolescentes de hoje conversariam sobre suas dúvidas, angústias e descobertas. Irmãs/irmãos, primos/as, mães, madrinhas e professoras ainda aparecem como prováveis interlocutoras/es dessa conversa difícil.

### **Mas precisa mesmo?**

Disparado a partir da exibição do documentário “?Cual ès la diferencia?”<sup>5</sup>, o segundo encontro materializou a dificuldade de conversar sobre a sexualidade. Enquanto o tema circulava entre prescrições e aspectos considerados técnicos da sexualidade (planejamento familiar, menstruação, IST), as participantes diziam com desenvoltura de seus afazeres no território. Regida pela heteronormatividade, as práticas e os direitos sexuais dos/das adolescentes pareciam consensuais e acolhidos nos serviços de saúde. Mas a pergunta sobre o preenchimento do quesito orientação sexual no cadastro<sup>6</sup> foi suficiente para desencarrilhar as conversas.

---

<sup>5</sup> <https://youtu.be/doyf6m79Zls> “?Cual ès la diferencia?

<sup>6</sup> Ficha de cadastro individual e-SUS, Atenção Básica

3- Lorelay Fox: Drag Queen criadora do canal “Para tudo” no YouTube, que aborda vários temas desde maquiagem até discussões sobre preconceito e diversidade.

A dedução a partir de gestualidades, histórias ouvidas ou mesmo situação conjugal são indícios para suprimir a necessidade de perguntar ao/a usuário/a. Sem que um exemplo sobre adolescentes fosse acionado, a conversa desse encontro foi conduzida por meio da maior ou menor habilidade pessoal da/o ACS para abordar os/as usuários/as e a expectativa de que estes/as anunciassem sua orientação sexual, mesmo diante da ausência da pergunta pelo/a ACS. Ou seja, caberia ao/a usuário/a a “saída do armário” posto que a “falta de treinamento” não produziu nas/os ACS a confiança na competência para abordar esse tema, “difícil, muito difícil”.

A ausência de educação permanente sobre a temática e a falta de espaços para que os/as profissionais de saúde discutissem ou até mesmo conhecessem a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT foram apresentados em outros trabalhos como, por exemplo, o de Marcos Oliveira (2017) que tratou especificamente sobre o acesso e a qualidade do cuidado para a população LGBT no SUS, a partir da perspectiva dos/as ACS. Danilo Paulino (2016) descontou o mecanismo do “não querer saber”, como parte de um dispositivo de silenciamento e exclusão da população LGBT que seria acionado por médicos/as de família e comunidade entrevistados/as em sua pesquisa. No entanto, essas/es ACS estavam dizendo de um desejo de cuidar, apesar da falta de preparo para lidar com o tema que se aproximaria dos achados de Oliveira (2017).

### **Tropeçando nos conceitos: a gente (não) fala daquilo que (não) sabe**

O terceiro encontro foi marcado pela explosão dos conceitos e dos usos dos termos pelos/as participantes. O vídeo da ativista Lorelay Fox<sup>7</sup> foi utilizado como disparador para trazer os conceitos que são utilizados para nomear as posições de sujeito e os lugares das identidades no contexto atual. As dificuldades em nomear e também as incertezas sobre o que seria direito das pessoas e dever dos serviços/servidores da saúde tiveram espaço privilegiado para serem apresentados.

Esse encontro foi marcado pelo reconhecimento do não saber. As dúvidas, as inseguranças e os conflitos foram trazidos explicitando que o espaço do encontro estava se consolidando como um lugar seguro para os/as participantes. A confusão entre identidade de gênero e orientação sexual tomou a centralidade do debate e foi discutida com respeito e empatia no grupo. As conversas sobre a performance do/a usuário/a que apesar de ser considerada feminina ou masculina pelo/a ACS não implicaria em sua

posição como homem ou mulher e nem mesmo sua orientação sexual como hetero/homossexual foram desenovelando experiências de cuidado e vivências das/os participantes em que situações de preconceito não foram, em outras situações, percebidas como tal.

Algumas pesquisas demonstraram que ocorrem violências nos serviços de saúde que sequer seriam nomeadas ou reconhecidas como tal. Normatizações de gênero e sexualidade caracterizam um modelo de atendimento em saúde que: pressupõe heterossexualidades, violenta identidades dela divergentes, negligencia atendimentos, atrapalha sonhos/desejos e exclui modos de vida que se distanciam da estreita definição de “normalidade” em saúde. Decorrente disso, percebemos que as usuárias e usuários relatam uma não procura do serviço de saúde (prejuízos no acesso e na adesão) ou evitam expor suas práticas sexuais (Moscheta, Febole, Anzolin, 2016).

As falas das/os nossos/as participantes se afastavam da posição dos/as médicos/as entrevistados/as por Danilo Paulino (2016). Se os/as participantes diziam de um não saber que parecia autorizativo para o não fazer, nos encontros, a demanda por educação permanente indicava um desejo de “fazer melhor”, uma possibilidade de saber/fazer que poderia implicar na qualificação do acesso dessa população na Atenção Básica.

Um momento do encontro que demarcou o espaço como uma possibilidade de produzir respostas positivas para o enfrentamento das barreiras no serviço de saúde foi quando uma das participantes conta de sua vivência como mulher lésbica. A orientação sexual da participante não era de conhecimento do grupo, nem mesmo das mais próximas, mas foi um anúncio acolhido como o sentido de potência e o reconhecimento da legitimação dessa identidade pelo estado brasileiro – representado pela Política Pública. O reconhecimento das demandas LGBTs pelo Estado, bem como a promoção de valores e práticas de respeito à diversidade de orientações sexuais e identidades de gênero, são mecanismos importantes para ampliar as possibilidades de reconhecimento, a formação de uma opinião pública mais favorável, inclusive, proposição de leis que assegurem cidadania plena à população LGBT (SOUZA, 2015).

### **O que faremos com você aqui?**

A presença dos/as adolescentes nos serviços de saúde foi tema retomado no quarto encontro, sendo utilizado como disparador o livro do Rubem Alves, “O Gambá que não sabia sorrir”. Convidados/as a refletir sobre o serviço de saúde sob a ótica dos/as

adolescentes, os/as participantes puderam apresentar as motivações para que os/as mesmos/as buscassem a UBS em que trabalham.

Foram apresentadas as percepções de como acreditamos que sabemos o que é melhor para o/a outro/a. Das dificuldades em propor ações de saúde que considerem os modos de pensar e as trajetórias dos/as usuários/as de modo geral (ALVES, 2015). Em relação às/-aos adolescentes, permanece as conversas que apontavam para uma prática que prioriza as ações curativas e condições agudas, centradas na atuação do/a médico/a a partir da demanda e não nas avaliações de potencialidades da equipe/território/usuário/as. (CAMPOS et al, 2014).

Já dissemos que os/as trabalhadores/as têm dificuldade de reorganizar o trabalho e tendem a não reconhecer a importância de valorizar as necessidades de saúde individuais e coletivas da população adscrita (Queiroz, 2012). Esses processos geram e acumulam tensões, produzem práticas “não cuidadoras” entre os agentes envolvidos nesse processo (trabalhadores, gestores e usuários), no qual, muitas vezes, os/as usuários/as não são ouvidos/as como parte do processo de cuidado. Quando se trata dos/as adolescentes, a postura prescritiva parece ainda maior, uma vez que são considerados/as incapazes para decidir e em outros momentos, considerados/as desinteressados/as e ausentes, ou até mesmo “que nascem sabendo”, ainda que a equipe não deseje saber ou se interesse sobre o que ele/a saberia. O encontro, a escuta e interpretação das intenções que conduzem o/a adolescente às consultas não ocorrem. Isto enseja sentimento de desvalorização, pois muitas vezes não foram “acolhidos” na unidade de serviço, configurando-se como descuidado em relação a essa população (QUEIROZ, 2012).

A ausência de ações voltadas para eles/as, a inexistência de metas de atendimento para adolescentes, aliada à preocupação focada no controle da gravidez e IST, foram identificados como principais limites dos serviços. A presença dos/as adolescentes nos serviços de saúde sem demanda aparente (casos agudos) ou acompanhamento regular (diabetes, gravidez) acaba produzindo desconfiança e estranhamento.

Nesse encontro, foram pensadas estratégias para aproximar os/as adolescentes, sobre quais espaços poderiam ser articulados na comunidade e como o serviço de saúde poderia também ser um lugar seguro para educação em saúde e apoio no enfrentamento de preconceitos e violências.

Nesse contexto, os princípios inspiradores do Projeto de Conversações Públicas demonstraram sua potência e o diálogo contribuiu para diminuir os estereótipos e a alienação promovida por slogans simplistas, ampla e repetidamente divulgados e ofereceu uma oportunidade de expressão autêntica, informada e complexa (RASERA, 2017).

### **Caminhos para chegar até o serviço de saúde**

Nesse quinto encontro, foi possível avaliar a proposta. Não é possível desconsiderar que vivemos em tempos de pandemia. Os encontros aconteceram nos espaços do trabalho o que ocasionou também a flutuação das /os participantes que nem sempre conseguiram acompanhar todos os encontros. Mas a possibilidade de que os encontros virtuais ocorressem nos espaços de trabalho também fez com que a temática circulasse naqueles espaços, mesmo que de modo extraoficial.

Desses encontros ficou marcado para os/as participantes a necessidade de espaços de conversas sobre os temas. A responsabilidade dos serviços e profissionais de saúde na promoção de saúde e na garantia da equidade. Inserir a adolescência na agenda não mais como aquele/a sujeito quase oculto, mas como uma população importante e que os/as ACS podem/devem atuar como mediadores de um conhecimento que pode estar amparado nos pilares da educação popular em saúde: escuta e amorosidade.

O atendimento dos/as adolescente vai muito além da demanda de casos agudos, e quando o tema é atravessado pela sexualidade dos/as adolescentes, antes de qualquer coisa, demanda o reconhecimento como humano, sujeito de direitos, com demandas específicas e necessidade de serviços de saúde que só eles/as podem dizer, mas que só dirão, se for acolhido no serviço de saúde. (PAULINO, 2016)

Como resultado dos encontros, um rascunho de uma Cartilha como modo de organizar e devolver às /aos participantes os resultados do projeto foi apresentado. A Cartilha possui informações e reflexões sobre a adolescência e está direcionada aos/às outros/as ACS. Se encontrarem retratados/as na Cartilha foi um elemento muito valorizado pelos/as mesmos/as<sup>8</sup>.

### **FECHANDO ALGUNS PONTOS**

---

<sup>8</sup> A Cartilha integra o conjunto do Trabalho de Conclusão de Mestrado.

Identificamos que, também na realidade abordada, o acesso dos/as adolescentes aos serviços de saúde, sobretudo na Atenção básica, ainda é muito incipiente, assim como a dificuldade da equipe, notadamente dos/as Agentes Comunitários de Saúde, em lidar e estabelecer um vínculo com sua população adscrita.

Observamos que nas questões que se referem à sexualidade, a dificuldade parece relacionada ao modo como os/as agentes lidam no cotidiano com essas temáticas, ou seja, reproduzem práticas e saberes sobre a adolescência e sexualidade ancoradas em scripts simplistas, prescritivos e socialmente valorizados/disseminados.

O interesse e os modos de se relacionar com a comunidade referidos pelos/as ACS nos dizem de um querer/fazer e de uma demanda por saber/fazer que resultaria na oferta de um cuidado em saúde qualificado. O que identificamos é que, na ausência de uma formação adequada sobre o tema, os/as ACS açãoam principalmente as suas experiências pessoais para lidar com os/as usuários/as adolescentes.

As conversas demonstraram que importa promover espaços dialógicos que possibilitem o encontro de saberes e conversas sobre esses assuntos considerados tabus e sobre a dificuldade em abordá-los no dia a dia. A criação do contexto dialógico inspirada no PCP mostrou-se uma estratégia promissora para que a equipe refletisse sobre seu processo de trabalho e a necessidade de acolher essa população com mais abertura de possibilidades de demandas que extrapolam a prescrição e controle de seus corpos.

Aprendemos com este trabalho que escutar o que parece “senso comum” é fundamental para refletir os modos como nossas certezas interferem nas práticas, principalmente na área da saúde. Entendemos que iniciar as conversas trazendo as experiências das ACS e depois irmos somando e ampliando os temas se mostrou uma estratégia acertada para permitir reflexões e aberturas para mudanças.

Concluímos que esses encontros, traduzidos na ética da amorosidade, devem ser valorizados uma vez que “qualquer amor já é um pouquinho de saúde”, mas podem ser amplificados e tornados mais complexos para alcançar o que se pretende ao estabelecer uma Política Pública de Saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Amorim, Delane Uchôa et al. Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com adolescentes. *Saúde em Debate* [online]. 2014, v. 38, n. 101 [Acessado 10 Julho 2021] , pp. 254-226. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140023>>. ISSN 0103-1104. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140023>.

ALVES, P. C. (2015). Itinerário terapêutico e os nexus de significados da doença. **REVISTA DE CIÊNCIAS SOCIAIS - POLÍTICA & TRABALHO**, 1(42). Recuperado de <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/23308>

BRASIL, Ministério da Saúde, Proteger e Cuidar da Saúde dos Adolescentes na Atenção Básica, Brasília, 2017

BRASIL, Ministério da Saúde, Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde- 2010

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

CAMPOS, R.T.O.; FERRER, A.L.; GAMA, C.A.P.; CAMPOS, G.W.S.; TRAPE, T.L.; DANTAS, D.V. **Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários**. *Saúde debate* |Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 252-264, out 2014

CHIESA, A.M.; FRACOLL I, L.A. O trabalho dos Agentes Comunitários de saúde nas grandes cidades: analise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde. *Revista de Saúde da Família*, Brasilia, ano V, n.7, ed. esp., jan. 2003 a abr. 2004

COSTA, R.F.; QUEIROZ, M.V.O.; ZEITONE, R.C.G. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, vol. 16, núm. 3, setembro 2012, pp. 466-472 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127723305006>

FLEISCHER, S. Cenas de microcefalia, de cuidado, de antropologia (Recife, setembro de 2017). **Cadernos de Campo (São Paulo - 1991)**, [S. l.], v. 27, n. 1, p. 118-131, 2018

FILGUEIRAS, A.S.; SILVA, A.L.A Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil, *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 [ 3 ]: 899-915, 2011

Giovanella, Ligia, Franco, Cassiano Mendes e Almeida, Patty Fidelis dePolítica Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 25, n. 4 [Acessado 8 Julho 2021], pp. 1475-1482. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>>. Epub 06 Abr 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>.

HERZIG, M. (2011). Fostering welcoming communities through dialogue. Acesso em 03 de maio, 2012, em <http://www.welcomingamerica.org/wp-content/uploads/2011/10/wac.dialogue.w01.pdf>

HERZIG, M. & CHASIN, L. (2006). Fostering dialogue across divides: nuts and bolts guide from the public conversations project. Watertown, MA: Public Conversations Project.

MARQUES, J.F.; QUEIROZ, M.V. Cuidado do Adolescente na Atenção Básica, necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. *Rev. Gaúcha Enferma*. [online]. 2012, vol.33, n.3, pp.65-72. ISSN 1983-1447. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000300009>.

MOSCHETA, Murilo et al . DA (IM)POSSIBILIDADE DO DIÁLOGO: CONVERSАÇÕES PÚBLICAS E OS DIREITOS LGBTS. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte , v. 28, n. 3, p. 516-525, dez. 2016a. Disponível em <<http://www.scielo.br>

MOSCHETA, Murilo et al, Visibilidade seletiva: a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais. *Sau. & Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.7, n.3, p.71-83, 2016b.

OLIVEIRA, I. V. P. B. **Agentes comunitários de saúde**: o elo entre os estigmatizados e o acesso à saúde. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Sexual). Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Ciências e Letras (Campus Araraquara), 2017.

PAULINO, D. B. (2016). *Discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população lgbt entre médicos(as) da estratégia saúde da família*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

**RASERA, E. F.**. Diálogo público e trabalho comunitário: o caso do Projeto de Conversações Públicas. In: Marilene Grandesso. (Org.). *Práticas colaborativas e dialógicas em distintos contextos e populações: um diálogo entre teoria e práticas*. 1ed.Curitiba: CRV, 2017, v. , p. 419-434.

SAMPAIO, L.F.R.; LIMA, P.G.A. Apoio ao Programa de Saude da Familia. *Revista deSaúde da Família*, Brasilia, 2004. Disponivel em: <http://www.saudefamilia.rs.gov.br/>

SANTOS, et al. A prevenção do vírus da Imunodeficiência Humana pela Equipe de Atenção Primária voltada aos Adolescentes. Rev. enferm UFPE on line., Recife, 11(8):3050-6, ago., 2017

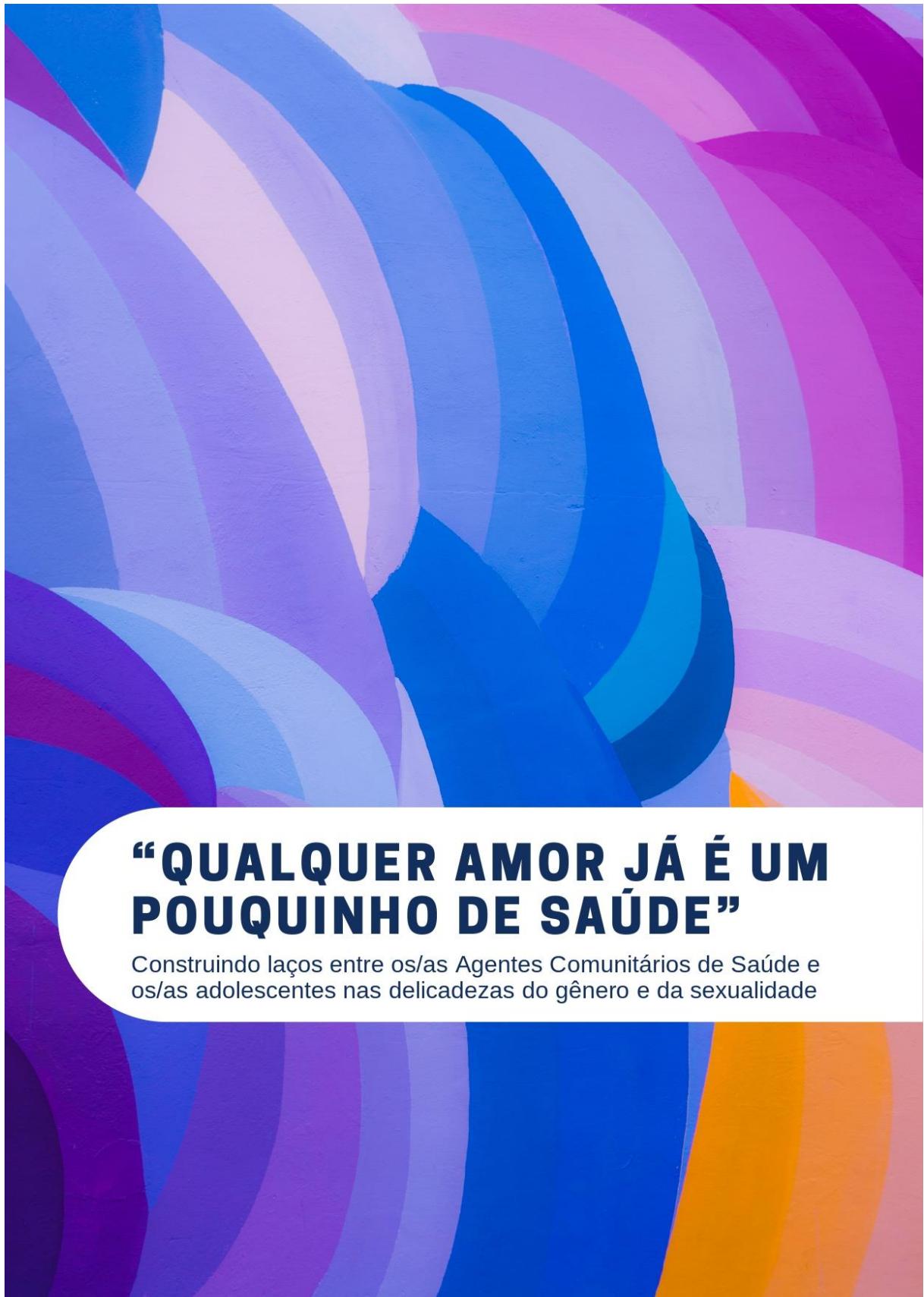
SEHNEM DG, Crespo TTB, Lipinski MJ, Ribeiro CA, Wilhelm AL, Arboit J. Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes: percepções dos profissionais em enfermagem. Av Enferm. 2019; 37(3): 343-352. Disponível em: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.78933>

SOUZA, CCC. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA POPULAÇÃO LGBT NO BRASIL: do estado de coisas ao problema político. VII Jornada Internacional Políticas Públicas, São Luiz, MA. 25 a 28 de agosto de 2015.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. A visita domiciliaria no contexto da saúde da família. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 135). p. 43-46.

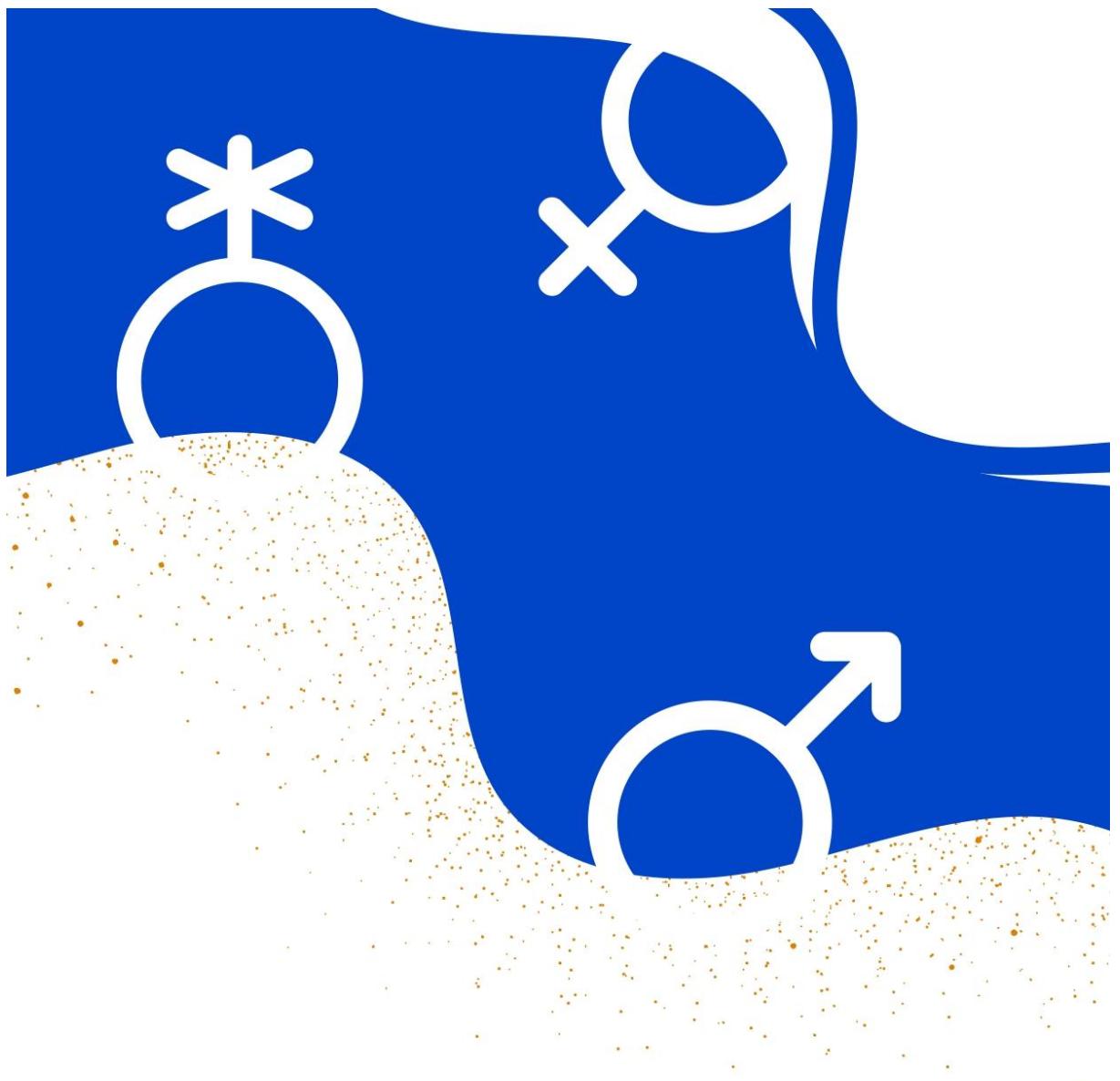
TORRES, C.A; BARBOSA, S.M.; PINHEIRO, P.N.C.; VIEIRA, N.F.C. A Saúde e a Educação Popular com Adolescentes. Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 47-56, 2010.

APÊNDICE 3 – CARTILHA



## **“QUALQUER AMOR JÁ É UM POUQUINHO DE SAÚDE”**

Construindo laços entre os/as Agentes Comunitários de Saúde e  
os/as adolescentes nas delicadezas do gênero e da sexualidade



Material elaborado por Maria Denise Rodrigues Tameirão, médica da Estratégia de Saúde da Família do Município de Bom Despacho - MG como produto do Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE, FIOCRUZ - na Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - 2021



# Apresentação

Esta cartilha é direcionada às/-aos Agentes Comunitários de Saúde e tem por objetivo colaborar para qualificar a abordagem ao público adolescente, bem como facilitar a inserção de assuntos considerados mais delicados como sexualidade e gênero.

É o resultado do Projeto de Intervenção realizado nos meses de março e abril de 2021 que contou com a participação das/os Agentes Comunitários de Saúde do município de Bom Despacho no estado de Minas Gerais, os quais homenageamos e agradecemos.

A metodologia desenvolvida foi baseada no “Projeto de Conversações Públicas” e os encontros foram realizados no modelo virtual em função da Pandemia de COVID 19 e foram mediados por especialistas que também emprestaram seus saberes e inspiraram esse produto.





# ADO LESCÊN CIA

Todos fomos adolescentes um dia, não é mesmo? Como não lembrar dessa fase? Quantas mudanças..... mudanças de humor, nos pensamentos, nos desejos. Parece tudo tão estranho, não éramos mais crianças, mas ainda não éramos adultos.

Em meio a tudo isso, tem um corpo. As mudanças são devagar, mas parece que moldam seus contornos, sem controle e a cada dia uma novidade. Muitas vezes ficávamos sem saber se tudo o que estava acontecendo seria "normal". Em meio as terríveis espinhas, a primeira menstruação anuncia um marco que demandava de nós providências de "esconder, cuidar para não passar vergonha". O aumento do escroto (saco) e do pênis acontecia mais secretamente, com menor chance de ser denunciado, mas nem por isso, menos confuso.

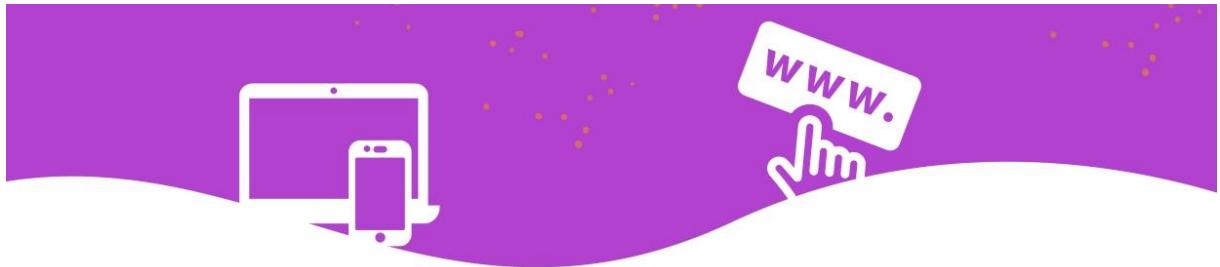
Nesta fase, muitos/as de nós, sentíamos que estávamos sozinhos/as, isolados/as e tínhamos vergonha de conversar com os pais, mães ou pessoas da família sobre esses assuntos. Muitas vezes buscamos informações com amigos/as, irmãos/irmãs mais velhos/as, na escola. Mas, no fundo, no fundo, cada um/uma respondia apenas o que era possível, de acordo com suas experiências ou prioridades. E assim aprendemos a (não) falar sobre isso.

Nos dias atuais, observamos os/as adolescentes buscando informações na internet também. Costumamos dizer que ser adolescente hoje é "mais fácil", que tem mais informações, que as pessoas estão mais abertas ao diálogo. Mas será mesmo?



**Será que os/as adolescentes de hoje também não  
têm as mesmas dúvidas que tínhamos quando  
passávamos por essa fase?**





Podemos concordar que as informações estão mais “à mão”, ou seja, mais ao alcance de todos/as. Mas.... e a qualidade destas informações? Será que as informações e experiências que são acessadas pelos/as adolescentes são suficientes para sanar as questões ou estão de acordo com suas inquietações? Estão livres de erros e preconceitos? Essas informações promovem sentimento de proteção e cuidado? Seriam essas informações suficientes para a tomada de decisões e compreensão dos/as adolescentes sobre seu lugar no mundo, contribuindo para a construção de autonomia e autoestima?

A disponibilização de informações (seja internet, livros ou manuais) não substitui uma boa conversa. E quando pensamos em diálogo, é falar, mas também ouvir. Escutar o que os/as adolescentes, tem a nos dizer. Acreditem, podemos aprender muito com eles/as! Mas também eles/as querem aprender conosco! E nós temos o que falar e muito a escutar.

**Pense se você tivesse tido um espaço para CONVERSAR sobre suas dúvidas, seus medos, seus desejos... Um lugar PROTEGIDO no qual você se percebesse RESPEITADA/O e que suas perguntas (qualquer uma) não seria considerada bobagem, indecência ou imoralidade?**

# EDUCAÇÃO EM SAÚDE

## o lugar da UBS



Agente Comunitário de Saúde  
Luciene Rosa Costa Santos

E se a Unidade Básica fosse esse lugar seguro para trocar as informações, será que eles/as iriam?

Mas o Serviço de Saúde já tem tanto trabalho... Por que temos que pensar em mais isso?

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA estabeleceu que os/as adolescentes possuem direito ao pleno desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, sem discriminação de nascimento, situação familiar, idade, sexo, raça, etnia ou cor, religião ou crença, deficiência, condição pessoal de desenvolvimento e aprendizagem, condição econômica, ambiente social, região e local de moradia ou outra condição que diferencie as pessoas, as famílias ou a comunidade em que vivem.

Se concordamos que a sexualidade e o gênero são Determinantes Sociais de Saúde, então temos mesmo que pensar/lidar com isso! Parece difícil, não é mesmo? Mas com cada um/uma fazendo a sua parte facilita um pouquinho. E nós, trabalhadores/as da saúde, temos uma parcela importante no cumprimento destes direitos.

Vocês já repararam que os/as adolescentes quase não comparecem na nossa Unidade Básica de Saúde?  
E por que será que isso acontece?

**Pensem nos/as adolescentes de sua área...  
quando eles/as buscam a Unidade?**

É comum as pessoas pensarem: eles são jovens, não adoecem e, portanto, não precisam.



Agente Comunitário de Saúde  
Cristiane de Sousa Silva Gonçalves

# VOCÊ SABIA?



Agente Comunitário de Saúde  
Liliana Cristina Bento



Que o Estatuto da Criança e Adolescente garante aos maiores de 12 anos de consultar sem a necessidade de acompanhante responsável legal?

SIM! E garante o sigilo também!

**Mas, atenção:** Este sigilo pode e deve ser quebrado em casos graves como por exemplo, situações nas quais a vida do/a adolescente esteja ameaçada.

**LEMBRETE:** Para o Estatuto da Criança e Adolescente, o período da adolescência é dos 12 aos 18 anos.

Que desde 2004, temos a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens?

Seu objetivo é estabelecer estratégias e diretrizes para a melhoria do acesso a saúde e do atendimento deste público (adolescentes e jovens).

Se é para MELHORAR O ACESSO, e o acesso é um atributo da Atenção Básica, então temos muito o que pensar.

“Ah, mas eles/as não vem porque não querem.”

Será? Qual espaço para eles/as no nosso serviço?

Eles/as se sentem seguros/as e acolhidos/as?

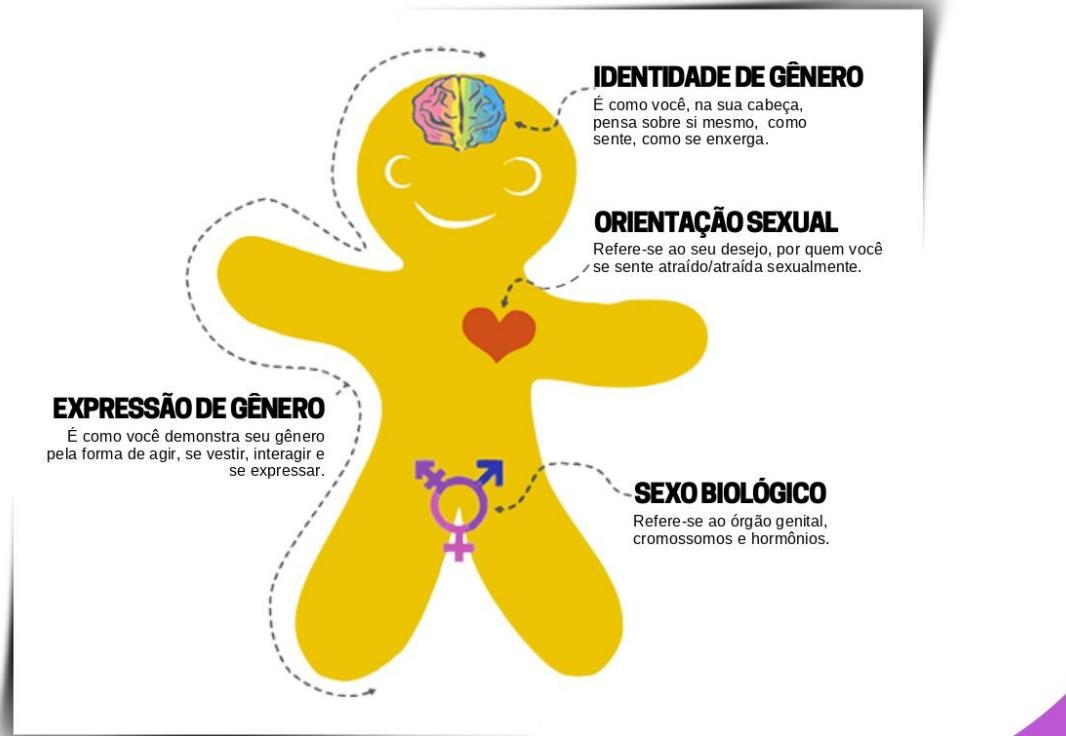


Agente Comunitário de Saúde  
Elizabeth Silva Dias

**Nossos encontros com eles/as parecem aulas para estabelecer regras? Quando vamos falar sobre sexualidade, o assunto é sempre sobre o que NÃO PODE, NÃO DEVE? Ainda baseamos nosso encontro com imagens nada interessantes dos agravos por IST?**

**Você acha que a sua Unidade está  
preparada para atender os/as  
adolescentes de modo mais acolhedor?**

## **ESSE CARTAZ, CAUSARIA PROBLEMA?**





## IDENTIDADE DE GÊNERO E ORIENTAÇÃO SEXUAL

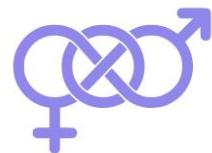
Agora falando um pouco sobre identidade de gênero e orientação sexual.

Identidade de gênero: refere-se ao gênero com o qual a pessoa se identifica que pode ser homem, mulher ou nenhum dos dois.

Isso mesmo! Existem pessoas que não se identificam em nenhum gênero. Estas pessoas são chamadas de não-binárias ou gênero fluido.

Algumas pessoas não se identificam com o gênero atribuído ao nascimento, e mesmo portando a genitália de um determinado sexo biológico se reconhecem e devem ser reconhecidas (principalmente no serviço de saúde) no gênero oposto. São nomeadas como transexuais ou travestis.

A orientação sexual refere-à direção do desejo/afeto de uma pessoa.



Os tipos de orientação sexual mais comuns são:

**Heterossexual:** sente atração por pessoas do gênero oposto.

**Homossexual:** sente atração por pessoas do mesmo gênero.

**Bissexual:** sente atração por ambos.

### IMPORTANTE!

Por que é importante eu saber da identidade de gênero e a orientação sexual do/a usuário/a da minha área de abrangência?

A Política Nacional de Saúde Integral para a População LGBT, desde 2013, destaca a necessidade de inserir os Determinantes Sociais em Saúde: orientação sexual e identidade de gênero, no cadastro e sistemas de informação em saúde.



Agente Comunitário de Saúde  
Alan Tales de Oliveira Silva

Essas informações nos ajudam a pensar estratégias de melhoria no atendimento e no acesso a saúde dessa população em geral, e também devemos estar atentos/as aos direitos dos/as adolescentes. Se concordamos que a adolescência é uma etapa da vida em que as pessoas realizam suas descobertas e a sexualidade integra esse cardápio de dúvidas, incertezas, alegrias e encontros, é importante os/as profissionais de saúde estarem alertas e preparados/as para acolher os/as adolescentes que se identificarem em discordância com o gênero atribuído ao nascimento ou dissidência com a norma heterossexual.

É muito importante perguntar sobre a orientação sexual e identidade de gênero das pessoas. A aparência não pode substituir a conversa e a pergunta. Não devemos “supor” que sabemos quem a pessoa é por causa de suas roupas, modo de andar, timbre de voz. As pessoas podem e devem dizer quem são.

**É NOSSO DEVER, COMO  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE, proteger  
as pessoas em situação de  
vulnerabilidade social de TODO E  
QUALQUER TIPO DE DISCRIMINAÇÃO E  
PRECONCEITO!**



Agente Comunitário de Saúde  
Carla Heloisa da Costa

Na nossa sociedade, usamos a expressão “normal” para supor que todas as pessoas são heterossexuais. Assim, quando elas chegam no serviço de saúde, nosso olhar desconsidera que elas possam ter outras formas de se relacionar. Isso faz com que pessoas não heterossexuais não se sintam parte do nosso cuidado. Facilita que sejam discriminadas, agredidas. Muitas pessoas escondem (ou deixam de falar) sua orientação sexual/identidade de gênero por medo de terem o atendimento negado ou serem maltratadas.

**10**



Como você gostaria de ser chamada/o? Com quem estou falando? Qual é o seu nome?  
Como devo te tratar?



## NOME SOCIAL

O Nome Social é aquele com o qual a pessoa se identifica, de acordo com sua identidade de gênero, e pelo qual devemos chamá-la.

Dessa forma, deverá constar nos registros de sistema de informação, de cadastros, de programas, de serviços, de fichas, de formulários, de prontuários o campo "Nome social" para que as pessoas que não fizeram ou não desejaram retificar o nome civil, possam ser reconhecidas e chamadas.

O Cartão SUS deve ser impresso com o NOME SOCIAL protegendo as pessoas de serem expostas às situações de violência e constrangimento.

### TRATAR O/A USUÁRIO/A PELO NOME SOCIAL NÃO É FAVOR, É UM DEVER!

Mas os/as adolescentes podem usar o NOME SOCIAL?

Todo cidadão acima de dezoito pode requerer alteração do nome no seu registro diretamente no cartório.

Porém, para os menores de 18 anos, o uso do nome social no registro escolar ou mesmo mudança dos documentos está condicionado a autorização do representante legal (pais ou responsáveis).

Tal situação torna essa população (adolescentes) ainda mais vulnerável, pois sabemos que justamente os próprios representantes legais como os pais, muitas, vezes são aqueles que reproduzem o preconceito.



Agente Comunitário de Saúde  
Maria Aparecida de Souza Santos



Lei 8080

- ECA
- Carta dos Direitos do Usuários do SUS.
- Decreto Presidencial, 2016, que dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais
- Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, BRASIL 2010.
- Política Nacional de Atenção Integral a Saúde LGBT, BRASIL 2017

ANZOLIN, B. ; MOSCHETA, M. S. . Sentidos sobre Diversidade Sexual e o Trabalho de Psicólogas na Atenção Básica. PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO (ONLINE), v. 39, p. 206-221, 2019

APÓSTOLO, MARCOS VINICIUS DO AMARAL ; MOSCHETA, MURILO DOS SANTOS ; SOUZA, LAURA VILELA E . Discursos e posicionamentos em um encontro de diálogo sobre violência a LGBTs. PSICOLOGIA USP

BOYADJIAN, G. H. V. ; SILVA, C. H. M. ; TEIXEIRA, F. B. . Nem médico nem juiz: o reconhecimento da autodeterminação quanto à identidade de gênero pelo Supremo Tribunal Federal. Revista IBDFAM Famílias e Sucessões, v. 40, p. 41-59, 2020

GUIMARÃES ALVES, ISABELA ; ESPÍNDULA MOREIRA, LISANDRA ; MÁXIMO PRADO, MARCO AURELIO . Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Política, Movimento e Heteronormatividade. REVISTA PSICOLOGIA E SAÚDE, v. 12, p. 145-161, 2020.

MOSCHETA, M. S.; SOUZA, L. V. ; SANTOS, M. A. . Health care provision in Brazil: A dialogue between health professionals and lesbian, gay, bisexual and transgender service users. Journal of Health Psychology, v. 21, p. 369-378, 2016. (IMPRESSO), v. 28, p. 266-275, 2017

MOSCHETA, MURILO SANTOS; FEBOLE, D. S. ; ANZOLIN, B. . Visibilidade seletiva: a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais. Saúde & Transformação Social / Health & Social Change, v. 7, p. 71, 2016.

PAULINO, D. B.; RASERA, E. F. ; TEIXEIRA, F. B. . Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. Interface (Botucatu. Online), v. 23, p. 1/47-15, 2019

PRADO, M. A. M.. Ambulare. 1. ed. Belo Horizonte: Selo PPGCOM, 2018. v. 1. 80p.

TEIXEIRA, F. B. ; RAIMONDI, G. A. ; PAULINO, D. B. ; FEIBELMANN, T. C. M. ; RIBEIRO, C. T. ; CROVATO, C. A. S. ; ARAUJO, J. R. ; PRADO, M. A. M. . Políticas Públicas e o Cuidado Integral em Saúde para os Homens Trans: disputas, ausências e desafios. In: Jeferson Santos Araújo ; Marcia Maria Fontão Zago. (Org.). Pluralidade Masculina: contribuições para pesquisa em saúde do homem. 1ed.Curitiba - PR: Editora CRV, 2019, v. 1, p. 383-408.

TEIXEIRA, FLAVIA DO BONSUCESSO. Encontros e imaginações compartilhadas: lições sobre o que pode o queer\*. CADERNOS PAGU, v. e20591, p. 1-11, 2020

TEIXEIRA, FLAVIA; PEREIRA, P. P. G. ; RAIMONDI, G. A. ; PRADO, M. A. M. . Formas de Cuidado como Violência: Aids, silicone líquido e uso de hormônios em travestis e mulheres transexuais brasileiras. In: FACCHINI, Regina; FRANÇA, Isadora Lins. (Org.). Direitos em disputa: LGBTI+, poder e diferença no Brasil contemporâneo. 1ed.Campinas: Editora Unicamp, 2020, v. 1, p. 463-484.

RAIMONDI, G. A. ; BARROS, N. F. ; TEIXEIRA, F. B. ; PAULINO, D. B. . Corpos que (não) importam na prática médica: reflexões sobre os desafios do cuidado em saúde das pessoas "trans". In: Aline Veras Moraes Brilhante ; Juliana Guimarães e Silva ; July Grassiely de Oliveira Branco ; Fátima Luna Pinheiro Landim ; Ana Maria Fontenelle Catrib. (Org.). Interfaces entre Saúde Mental, Gênero e Violência. 1ed.Fortaleza: EdUECE, 2018, v. 1, p. 240-257



Construindo laços entre os/as Agentes Comunitários de Saúde e os/as adolescentes nas delicadezas do gênero e da sexualidade



## APÊNDICE 4 – NORMAS DA REVISTA



The screenshot shows the homepage of the EnExtensão website. The header features the journal's name in a large, stylized orange and white font. Below the header, a blue navigation bar includes links for 'Atual', 'Arquivos', and 'Sobre'. The main content area is titled 'Sobre a Revista' and contains sections on 'Histórico', 'Foco e Escopo', 'Qualis', 'Indexadores/Base de Dados', and 'Diretrizes para Autores'. Each section contains descriptive text and links to further information.

**Histórico**

Em Extensão foi criada em 1998, momento em que a instituição amadurecia sua prática extensionista e buscava a institucionalização da extensão em suas estruturas gerenciais, processos de divulgação, metodologia e práxis. Precursora de outras revistas voltadas para o registro e a divulgação de trabalhos na área de extensão, atualmente, Em Extensão se consolida como uma das mais conhecidas revistas de extensão publicam artigos que refletem a extensão, promovendo o intercâmbio entre estudantes e profissionais de diferentes áreas do conhecimento.

**Foco e Escopo**

Em Extensão destina-se à divulgação de trabalhos que apresentem resultados parciais e/ou finais de programas/projetos/ações de extensão; revisões críticas de obras publicadas que possam contribuir para a reflexão acerca da extensão universitária; e matérias que manifestem opiniões sobre a temática extensão.

Os textos publicados neste periódico apresentam conteúdo interdisciplinar vinculado às áreas temáticas estabelecidas no Plano Nacional de Extensão (Comunicação, Cultura, Direitos Humanos, Educação, Meio Ambiente, Saúde, Tecnologia e Trabalho) e convergem para a intensificação da interação dialógica entre os saberes e do papel formativo-pedagógico da extensão para os sujeitos envolvidos no processo extensionista.

**Qualis**

B3 – Ensino / Administração Pública e de Empresas, Ciências Contábeis e Turismo  
B4 – Interdisciplinar / Educação / Enfermagem/ Planejamento Urbano / Serviço Social

**DOI** <https://doi.org/10.14393/REE>

**Indexadores/Base de Dados**

### Diretrizes para Autores

O texto deve obedecer o Novo Acordo Ortográfico e normatização atualizada da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e seguir a seguinte configuração: digitação compatível ao word, layout de página A4, espaço 1,5, fonte Times New Roman, tamanho 12, margens 2,5cm.

O texto deve conter título em português e inglês, resumo e abstract (100 a 200 palavras), palavras-chave e keywords (até cinco), corpo e referências.

Os nomes dos autores e coautores não devem aparecer no corpo do texto para garantir o anonimato no processo de avaliação. A ordem de apresentação dos autores, limitados a quatro, deve obedecer ao grau de envolvimento de cada um com a produção textual, não devendo ser incluído o nome de coordenador ou de participantes de projeto de extensão que não tenham efetivamente participado da redação do texto.

As citações devem ser feitas no corpo do texto. Exemplo: (AUTOR, ano, página).

Citações com mais de três linhas devem vir em espaço simples, tamanho 11 e recuo de 4cm.

Todos os autores citados deverão constar nas Referências ao final do texto, estas devem estar de acordo com a normatização atualizada da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), conforme exemplos:

a) no caso de livro: SOBRENOME, Nome. Título em Negrito. Edição. Local de publicação: Editora, Ano. número de páginas (opcional).

b) no caso de coletânea: SOBRENOME, Nome (do autor da parte referenciada). Título do capítulo. In: SOBRENOME, Nome (org.). Título em Negrito. Edição. Local de Publicação: Editora, data. Página inicial-página final da parte referenciada.

c) no caso de artigo em periódico: SOBRENOME, Nome. Título do artigo. Título do Periódico em Negrito. Local de Publicação, Volume (v.), Número do periódico (n.), página(s) do artigo, mês (abreviado) e ano de publicação.

d) no caso de dissertação: SOBRENOME, Nome. Título da dissertação/tese em negrito. Ano da defesa. Número de folhas (opcional). Dissertação (Mestrado em...) ou Tese (Doutorado em...) – Instituição em que foi defendida (Faculdade, Universidade), local, ano.

e) no caso de trabalho apresentado em congresso: SOBRENOME, Nome. Título do trabalho. In: TÍTULO DO EVENTO, 3. (edição), ano, local. Anais [...]. Local: Instituição, ano. f) no caso de textos consultados em sites: SOBRENOME, Nome. Título em negrito. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/44149>. Acesso em: dia mês (abreviado) ano.

Ilustração: citada no texto e inserida o mais próximo possível do trecho a que se refere e sua identificação deverá constar na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida de seu número de ordem na ocorrência do texto. Após a ilustração, na parte inferior, indicar a fonte consultada (elemento obrigatório, mesmo que seja produção do próprio autor), legenda, notas e outras informações necessárias a sua compreensão (se houver).

Tabelas: até três (não separar seus dados com linhas verticais e horizontais). Ilustrações: até três, escaneadas com extensão bmp, jpg ou tif (as ilustrações já publicadas devem ser acompanhadas de autorização do autor). Fotos: até três, em preto e branco ou colorida, bem contrastadas (os direitos autorais das fotos são de inteira responsabilidade do autor do trabalho).

Os trabalhos que envolvam seres humanos deverão mencionar a autorização para divulgação dos envolvidos ou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLÉ) ou aprovação pelo Comitê de Ética da instituição na qual o trabalho foi realizado.

A revista utiliza ferramentas destinadas a detecção de plágio em qualquer de suas formas.

A revista não cobra taxa administrativa em seus processos editoriais.

### **Artigos Originais**

Serão aceitos para publicação artigos originais/inéditos que apresentem contribuição nova ao conhecimento e que estejam relacionados com ações na área de extensão. Incluem-se aqui os resumos de trabalhos com resultados parciais e/ou finais originados dessas ações.

Devem conter: Título (em português e inglês); Resumo (100 a 200 palavras, assegurando informação precisa quanto ao motivo do estudo, à metodologia adotada, aos resultados e à conclusão); Abstract; Palavras-chave, *Keywords* (até cinco); Introdução; Metodologia; Resultados e Discussão; Considerações finais; Agradecimentos (opcional) e Referências (apenas as citadas no texto e de acordo com a normatização atualizada ABNT). Os trabalhos não devem exceder vinte laudas, incluídos os anexos.

### **Relatos de Experiência**

Serão aceitos textos que apresentem experiências relevantes para o enriquecimento das práticas extensionistas, devendo expressar as motivações ou metodologias para as ações tomadas na situação e as considerações/impressões que a vivência trouxe àquele que a viveu.

Os textos devem conter: Título (em português e inglês); Resumo (100 a 200 palavras, assegurando informação precisa quanto ao motivo do estudo, à metodologia adotada, aos resultados e à conclusão); Abstract; Palavras-chave, *Keywords* (até cinco); Texto e Referências (de acordo com a normatização atualizada ABNT). Os trabalhos não devem exceder quinze laudas, incluídos os anexos.

### **Comunicações**

Serão aceitos artigos não originais, demonstrando a experiência de um grupo ou de um serviço, envolvendo ações extensionistas no ensino, na pesquisa e no exercício profissional. Devem conter: Título (em português e inglês); Resumo (100 a 200 palavras, assegurando informação precisa quanto ao motivo do estudo, à metodologia adotada, aos resultados e à conclusão); Abstract; Palavras-chave, *Keywords* (até cinco); Introdução; Conteúdo; Agradecimentos (opcional) e Referências (apenas as citadas no texto e de acordo com a normatização atualizada ABNT). Os trabalhos não devem exceder quinze laudas, incluídos os anexos.

### **Resenhas**

São aceitos para publicação textos inéditos, contendo revisões críticas de obras publicadas que possam contribuir para a reflexão acerca da extensão universitária. Devem conter título (diferente daquele da obra resenhada), em português e inglês ou espanhol. Após o título, deverão ser indicados os dados bibliográficos do trabalho resenhado. Os trabalhos não devem exceder cinco laudas.

### **Dossiês**

Coletânea de textos que apresentam discussão pertinente a temáticas relacionadas à extensão universitária. Os textos devem conter: Título (em português e inglês ou espanhol), Resumo e Abstract (100 a 200 palavras, assegurando informação precisa quanto ao motivo do estudo, à metodologia adotada, aos resultados e à conclusão); Palavras-chave e *Keywords*; Texto e Referências (de acordo com a normatização atualizada ABNT).

### **Declaração de Direito Autoral**

Ao publicarem nesta revista, os autores concordam em manter os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a licença [Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional](http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/).

## **ANEXOS**

## ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

### A U T O R I Z A Ç Ã O

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ autorizo a Maria Denise Rodrigues Tameirão a utilizar a minha imagem para composição da Cartilha que integra o trabalho **“QUALQUER AMOR JÁ É UM POUQUINHO DE SAÚDE”: construindo laços entre as agentes comunitárias de saúde e os/as adolescentes nas delicadezas do gênero e da sexualidade**, ciente de que esta poderá ser veiculada por diferentes meios tais como: Internet, impressa e outros similares, em exibições públicas e/ou privadas, no Brasil e no exterior.

Por ser verdade, firmo a presente.

Uberlândia, 26 de julho de 2021.