



Psicologia & Sociedade

ISSN: 0102-7182

revistapsisoc@gmail.com

Associação Brasileira de Psicologia Social
Brasil

Sampaio, Juliana; Carneiro, Roseléia; Almeida Paixão, Leilane; Soares Torres, Tatiany
PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL: DESAFIOS NO VALE DO SÃO FRANCISCO
Psicologia & Sociedade, vol. 22, núm. 3, septiembre-diciembre, 2010, pp. 499-506
Associação Brasileira de Psicologia Social
Minas Gerais, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326440011>

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



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

PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL: DESAFIOS NO VALE DO SÃO FRANCISCO*

PROMOTION OF SEXUAL HEALTH: CHALLENGES IN THE VALE DO SÃO FRANCISCO

**Juliana Sampaio, Roseléia Carneiro dos Santos,
Leilane Almeida Paixão e Tatiany Soares Torres**

Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina, Brasil

RESUMO

O artigo discute os impasses e desafios relacionados à implantação de ações educativas em saúde sexual para adolescentes na Estratégia Saúde da Família (ESF) das cidades de Petrolina-PE e Juazeiro-BA. A relevância deste trabalho pauta-se no fato de ainda persistirem, em muitas unidades de saúde, práticas curativistas que contrariam a política de promoção da saúde preconizada pelo SUS. Como instrumentos para coleta de dados, foram realizados grupos focais com 360 adolescentes, 72 entrevistas com profissionais de saúde e 1024 horas de observação participante em oito dispositivos da ESF. Observou-se a inexistência de ações educativas voltadas aos adolescentes, justificada pela precariedade de infraestrutura, pelo despreparo dos profissionais e pela falta de profissionais na rede. Assim, em defesa de uma educação popular e emancipadora, o estudo aponta para a necessidade de se pensar práticas de saúde pautadas na formação de sujeitos-cidadãos responsáveis pelo cuidado da própria saúde sexual.

Palavras-chave: saúde da família; saúde do adolescente; educação em saúde.

ABSTRACT

In the article we discuss the dilemmas and challenges related to implementation of educative actions in sexual health for adolescents in the Family Health Strategy (FHS) of the cities Petrolina-PE and Juazeiro-BA. The relevance of this work is based on the fact that still persists in many health units, curative practices that run against to the promotion of health recommended by SUS. As instruments for data collect, focal groups were conducted with 360 adolescents, 72 interviews with health professionals and 1024 hours of participant observation in eight devices of FHS. There was a lack of educational activities geared to teenagers, justified by the physical and material insecurity, the lack of professionals and the lack of professionals in the network. So, in defense of a popular and emancipatory education, the study points to the need to think about health care practices based on the formation of subject-citizens responsible for the care of their own sexual health.

Keywords: family health; adolescent health; health education.

O relatório anual do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), *AIDS epidemic update*, de dezembro de 2007, estima que existem no mundo aproximadamente 33 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS (UNAIDS/WHO, 2007).

No Brasil, o número de pessoas infectadas aproxima-se de um total de 408.000 casos, segundo registros do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) realizados até junho de 2007. Desse universo, ressalta-se que 54.965 casos de AIDS foram identificados entre jovens com faixa etária entre 13 e 24 anos (Ministério da Saúde, 2007).

Levando-se em consideração tal conjuntura, ações de combate à AIDS têm se tornado parte da agenda de governo da maioria dos países, na tentativa de conter a epidemia, que apesar de ter conseguido avanços no campo da diagnose e tratamento, continua em expansão, principalmente nos países mais desfavorecidos economicamente. Nesse sentido, Ayres, Júnior, Calazans e Filho (2003) concebem o cenário da doença nos últimos anos como sendo constituído por uma “explosão da epidemia rumo a setores socialmente mais enfraquecidos – os mais pobres, as mulheres, os negros, os jovens” (p. 121), o que explica a difusão da epidemia mais ra-

pidamente nos países pobres e nas periferias e bairros de classes populares das grandes cidades.

No Brasil, o Ministério da Saúde tem demonstrado constante preocupação com os indicadores da doença, de modo que, nos últimos anos, observou-se o lançamento de inúmeras campanhas no desenvolvimento de uma política de atenção que focaliza não só o diagnóstico, mas também ações de prevenção e tratamento da doença (Parker, 1997, 2003).

Nessa direção, a Estratégia Saúde da Família (ESF), cujo foco principal é a prevenção de doenças e a promoção da saúde, tem um papel fundamental na reversão do quadro de DST/AIDS no país. Situada como porta de entrada do SUS, cabe a esse dispositivo prever ações que garantam os direitos sexuais e reprodutivos da população, a partir de práticas educativas que forneçam espaços efetivos de orientação.

Levando-se em consideração tal perspectiva, as ações de caráter educativo devem enfatizar, dentre outros públicos, os adolescentes, afinal, tem-se observado através de dados oficiais que esses se mostram atualmente como um grupo bastante suscetível à infecção por DST/AIDS (Ministério da Saúde, 2007). Tal suscetibilidade encontra-se respaldada, muitas vezes, na ausência de políticas de atenção à saúde sexual do adolescente que ultrapassem a simples transmissão de informações e distribuição de panfletos, passando-se a valorizar as experiências afetivo-sexuais dos sujeitos em questão (Paiva, 1999).

Programa de saúde do adolescente

Em 1989, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), a partir de deliberações da 42ª Assembleia Mundial de Saúde (Leão, 2005; Lima, 2006). Os pressupostos presentes nessa proposta norteiam-se nos princípios do SUS, estando fundamentados na promoção da saúde e na identificação e tratamento de agravos sociais. Nesse sentido, dentre as problemáticas prioritárias a serem abordadas com esse público, destacam-se a gravidez na adolescência, as doenças sexualmente transmissíveis e o uso abusivo de álcool e outras drogas.

É importante ressaltar que o PROSAD fundamentou-se na busca pelo atendimento integral do adolescente, de modo que os dispositivos da atenção básica assumissem um papel importante na implementação dessa política, uma vez que se encontram localizados no contexto em que o adolescente está inserido (Leão, 2005).

No que concerne aos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, esses têm por objetivo propiciar uma vivência satisfatória da sexualidade. Tais direitos fundamentam-se na perspectiva dos direitos humanos, sendo importante que os profissionais de saúde reflitam sobre suas ações, transformando práticas de saúde de cunho

prescritivo e controlador em ações que tenham como princípios básicos a liberdade e a ética (Ávila, 2003).

Nesse sentido, o papel do serviço de saúde não se restringe a prestar atendimentos pontuais aos adolescentes, mas sim possibilitar um ambiente propício à promoção dos seus direitos sexuais e reprodutivos, o que envolve a busca pelo bem-estar de adolescentes e jovens por meio do

estímulo à educação, inclusive como condição para a saúde sexual e reprodutiva; o envolvimento de jovens no planejamento, na implementação e na avaliação das atividades que a eles se destinam, com destaque para a educação, a saúde sexual e a saúde reprodutiva (Ministério da Saúde, 2006a, p. 07).

Levando-se em consideração tais prerrogativas, pode-se considerar que, nos últimos anos, o governo tem buscado lançar mão de propostas para o desenvolvimento de ações de saúde que possibilitem a participação e o atendimento integral e efetivo dos adolescentes em seus processos de saúde (Ministério da Saúde, 2005; Oliveira & Lyra, 2008). Entretanto, para que a operacionalização do serviço de saúde se concretize, faz-se necessário considerar aspectos como "a disponibilidade, a formação e a educação permanente dos recursos humanos, a estrutura física, os equipamentos, os insumos e o sistema de informação, adequando-os ao grau de complexidade da atenção a ser prestada" (Ministério da Saúde, 2005, p. 5).

Em relação a tais aspectos, vários estudos (Albuquerque & Stotz, 2004; Alves, 2005; Moura & Souza, 2002; Torres & Enders, 1999) têm apontado para dificuldades na efetivação de ações educativas no âmbito da atenção básica, bem como diversas limitações físicas e estruturais, que impedem o desenvolvimento de ações de saúde condizentes com o previsto em manuais e orientações para a implantação de políticas públicas do governo.

Prevenção de agravos e promoção da saúde como eixos norteadores das práticas de educação em saúde

O conceito de prevenção é tido como um conjunto de ações de "detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de uma enfermidade específica" (Buss, 2003, p. 33). Desse modo, o foco da prevenção é a doença e os seus mecanismos funcionais, sendo relevante conhecer seus fatores causais e a busca por meios para o seu controle.

Já o conceito de promoção da saúde refere-se a aspectos mais amplos, atribuindo maior enfoque aos processos de saúde e condições de bem-estar gerais dos indivíduos, em detrimento da simples busca por eliminação de doenças ou diminuição de incidências das mesmas (Czeresnia, 2003).

Não é objetivo do presente artigo diferenciar ações de prevenção e promoção, mas sim possibilitar o debate sobre o papel da educação em saúde para o estabelecimento de ações de saúde direcionadas ao público adolescente no âmbito da ESF.

Neste sentido, destaca-se que na política de atenção à saúde de adolescentes e jovens a educação sexual aparece como uma das principais estratégias para a prevenção de agravos e promoção da saúde sexual e reprodutiva deste grupo (Brasil, 2006a).

Nessa perspectiva, autores como Vasconcelos (2001) e Alves (2005) têm apontado a educação popular em saúde como o melhor caminho para reverter a situação em que se encontra atualmente a estratégia de saúde da família.

O modelo de educação popular em saúde, por fundamentar-se em uma perspectiva dialógica e interativa para a construção do conhecimento, constitui-se uma ferramenta potencializadora de ações de promoção de saúde no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes.

Educação popular em saúde: politizando e emancipando sujeitos-cidadãos

Desde a década de setenta, no Brasil, profissionais de saúde vêm atentando para a necessidade de ruptura com o modelo hegemônico de educação em saúde, amparado numa lógica biomédica, vertical e reducionista (Vasconcelos, 2001). É defendida a educação de caráter popular, horizontal e integral, na qual profissionais e pacientes buscam juntos construir sentidos e significados cada vez mais amplos, a partir dos saberes já existentes, os quais devem ser compartilhados e aperfeiçoados dialogicamente (Alves, 2005). Compreende-se, assim, que o profissional de saúde não é detentor do saber absoluto e o paciente não é simplesmente um depósito de conhecimentos técnicos.

Segundo Alves (2005), a perspectiva da educação em saúde organiza-se “não pela persuasão ou autoridade do profissional, mas pela construção de novos sentidos e significados sobre o processo saúde-doença-cuidado” (p. 48). Tal mudança paradigmática na educação em saúde encontra destaque e respaldo quando pensada no contexto da atenção básica, firmada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa prioritariamente à prevenção de doenças e à promoção da saúde nas comunidades.

A estratégia traz, ainda, um conceito muito caro que é o da integralidade. É objetivo primordial da ESF garantir a assistência integral de seus usuários, a partir da análise dos possíveis aspectos biológicos, culturais, sociais e psicológicos que podem comprometer sua saúde (Ministério da Saúde, 2006b). Dessa forma, cabe

aos profissionais de saúde da família lançar mão das ações educativas, ultrapassando, assim, o âmbito da assistência curativa (Alves, 2005).

Para tanto, segundo Moura e Souza (2002), a prática educativa exige conhecimentos da realidade dos usuários, além de uma visão crítica dos profissionais que queiram desenvolver qualquer temática. A educação em saúde deve, ainda, estar baseada na reflexão crítica do grupo quanto aos problemas e às ações necessárias à melhoria da sua qualidade de vida. E, como diz Paiva (2002), deve partir sempre de uma “proposta a ser negociada, adaptada, comunicada e não imposta ou ordenada” (p. 8).

A autora supracitada vai mais além ao discutir a necessidade de politizarmos os grupos psicoeducativos. Embasada no que dizia Paulo Freire (1970, 1996), a autora preconiza a ideia de formarmos sujeitos cidadãos ativos e autônomos, comprometidos com seu próprio bem-estar, por meio de uma educação libertadora, capaz de promover a emancipação psicossocial dos sujeitos.

A partir dessa visão, o profissional de saúde deve ser um orientador, responsável por guiar o usuário em direção a práticas mais saudáveis de vida. Nas palavras de Vera Paiva:

O indivíduo-cidadão se relaciona, seguindo um movimento de desconstrução e reconstrução, de apropriação coletiva e individual de propostas. ... Se sente ‘no direito de ter direitos e de criar direitos’ Tem direitos e obrigações como alguém que se pensa como parte de um contexto maior, sobre o qual exerce influência, se coloca como *agente e sujeito* de suas ações. (2002, p. 8)

A autora sugere, assim, o “empoderamento” dos sujeitos, ou seja, propõe que seja dado a esses o poder de se responsabilizarem pela própria saúde e lutarem pelo direito a melhores condições de vida.

Levando-se em consideração os ideais presentes na perspectiva da educação popular em saúde, assim como o panorama atual da ESF e da política de prevenção das DST/AIDS, o presente estudo tem por objetivo analisar os impasses e desafios relacionados à implantação de ações educativas com o público adolescente no Vale do São Francisco. Para tanto, serão focalizadas características relativas à estrutura e funcionamento da Estratégia nas cidades de Petrolina-PE e Juazeiro-BA, que podem vir a interferir na organização das práticas educativas referentes à promoção da saúde sexual do público em questão.

Metodologia

Os dados apresentados neste estudo foram coletados entre os anos de 2007 e 2008 nas cidades de

Petrolina-PE e Juazeiro-BA pelo grupo de pesquisa "Direitos Sexuais e Reprodutivos", do Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil/CNPq.

A referida pesquisa fundamentou-se na perspectiva da abordagem qualitativa em saúde, buscando trabalhar com o universo de significados atribuídos pelos sujeitos aos seus processos de saúde-doença. O modelo teórico metodológico utilizado para a análise dos dados baseou-se nas Práticas Discursivas e Produção de Sentido no Cotidiano (Spink & Medrado, 1999), o qual privilegia as produções dialógicas na análise das significações do cotidiano.

A pesquisa utilizou três instrumentos para coleta de dados: Observação Participante, Entrevistas e Grupos Focais, aplicados junto a profissionais de saúde e adolescentes pertencentes à área adscrita de oito Unidades de Saúde da Família das cidades de Juazeiro-BA e Petrolina-PE.

Foi realizado um total de 36 grupos focais, envolvendo 360 adolescentes de ambos os sexos, cadastrados nas unidades. Os grupos foram divididos entre meninas e meninos, respeitando também a distinção de faixa etária (grupos de 12 a 15 anos e de 16 a 20 anos).

Além disso, foram realizadas 1024 horas de observação participante nas unidades de saúde da família, por meio de visitas semanais com duração de 4 horas, cumpridas em um período de quatro meses. Por fim, foram aplicadas 74 entrevistas semidirigidas com os profissionais das unidades estudadas (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, recepcionistas e agentes comunitários de saúde). Os temas abordados nas entrevistas e grupos focais versaram sobre: adolescência, sexualidade, gênero e práticas de prevenção em DST/AIDS.

Cabe destacar que o estudo atendeu às exigências éticas do Conselho Nacional de Saúde, previstas na Resolução 196/96, sendo aprovado pelo comitê de ética em pesquisas envolvendo seres humanos da ASCES-Caruaru.

Resultados e discussões

Foram identificados, mediante as estratégias utilizadas pela pesquisa, diversos entraves que dificultam a execução de práticas educativas nas unidades da ESF de Juazeiro-BA e Petrolina-PE. Dentre os resultados encontrados, discutiremos acerca da inexistência de ações de saúde voltadas para o público adolescente, passando em seguida à reflexão referente às condições físicas e organizacionais das unidades de saúde para o desenvolvimento de tais ações, assim como o impacto da formação dos profissionais de saúde no trabalho com educação popular.

Características locais da ESF e os desafios para a implementação da educação popular em saúde

A partir das experiências vivenciadas nas unidades da ESF, constatou-se a inexistência de ações de promoção de saúde dirigidas especificamente ao público adolescente. Consequentemente, essa população não concebe as unidades de saúde estudadas como espaços de diálogo e orientação, restringindo-se a frequentá-las apenas para tratamento de enfermidades ou cuidados pontuais, a exemplo de curativos e vacinação, como mostra a fala seguinte "Eu só vou quando eu tô doente mesmo!" (adolescente do sexo masculino, 18 anos).

Em relação a esse dado, o Ministério da Saúde (1993, p. 20) destaca que "a realidade tem mostrado que o adolescente desconhece o apoio que os serviços de saúde podem oferecer-lhe nessa área específica de saúde reprodutiva". Desse modo, deixa de exigir direitos básicos como os de acesso a informações, incluindo aí as ações de educação em saúde.

Tal realidade tem apontado para um modo de funcionamento dos serviços, fundamentado em um modelo curativista e ambulatorial, que vai de encontro à noção de cuidado proposta pela perspectiva da Atenção Básica. Esta última compreende o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde, e não apenas o cumprimento de atendimentos fundamentados num modelo clássico de demanda espontânea e tratamento de enfermidades (Ministério da Saúde, 2006b).

Como possíveis empecilhos para a realização de atividades de caráter educativo nos dispositivos da ESF, são apontadas diversas limitações físicas e estruturais das unidades pesquisadas. Pôde-se constatar, por exemplo, a inexistência de salas adequadas (com espaço e ventilação), assim como de materiais e equipamentos necessários para a efetivação de ações de educação em saúde. É válido ressaltar que, no período da pesquisa, algumas unidades de saúde apresentavam estado bastante precário, incluindo-se cenários constituídos por esgotos a céu aberto, instalações sucateadas, inundações em época de chuva, não disponibilidade de banheiros para a população, etc.

Aqui no PSF, como não tá funcionando como deveria, não tem esse espaço para o adolescente. Eu acho que tem que ter... a equipe tem que ter um espaço direcionado justamente para os adolescentes. ... Eu acho que é por isso que eles estão aí à toa. Se descobrindo sozinho. (Agente Comunitário de Saúde)

Cabe ressaltar que essa realidade não é exclusiva das cidades estudadas. O estudo de Moura e Sousa (2002) traz, por exemplo, ilustrações de uma realidade no Estado do Ceará bastante semelhante à descrita acima na qual constata, nos serviços pesquisados, que

não existia uma sala apropriada à realização de atividades com grupos, de maneira que as sessões educativas observadas aconteceram em locais inadequados, com pouca ou nenhuma privacidade, ventilação e iluminação precárias, quantidade insuficiente de cadeiras e escassez de material de apoio (álbum seriado, cartilhas, folhetos e outros). (p. 2)

Desse modo, a ausência de espaço físico adequado à realização de atividades deste caráter, explicada em parte pela precariedade em que se encontravam algumas unidades, são vistas aqui como fatores que acabam por influenciar na execução de atividades da equipe de saúde.

Outro fator relacionado ao funcionamento da ESF que compromete a efetivação dessas ações com o público adolescente é a insuficiência de materiais educativos e insumos para a prevenção, como preservativos e outros métodos contraceptivos hormonais e de barreira. Em muitas unidades de saúde pesquisadas foi observado que não há esse tipo de material disponível, chegando, em alguns casos, a faltar durante meses. A respeito dessa dificuldade, duas agentes comunitárias relatam:

É ruim porque a gente quase não trabalha com adolescente e... camisinha eu tenho pouquíssima, não vou mentir. E não adianta a gente ensaiar uma coisa que vai fazer, criar esse elo de confiança, e depois ficar assim com a cara mexendo. "Vim buscar isso". "Não tem!". "Vim buscar aquilo". "Não chegou, não tem previsão de quando vai chegar...". Não tem como informar, não tem como levar a informação. A não ser quando a gente junta pra fazer uma palestra... aí falta panfleto, falta material pra poder mostrar. Aí só fica mesmo no blá, blá, blá...

A falta de insumos nas unidades para a realização de trabalhos educativos no âmbito da saúde sexual e reprodutiva foi apontada também por Torres e Enders (1999), em um estudo realizado na cidade de Natal-RN, como uma das principais dificuldades para efetivação de ações de prevenção das DST/AIDS. As condições de infraestrutura citadas no trabalho dos autores supracitados assemelham-se aos dados coletados nas cidades de Juazeiro-BA e Petrolina-PE, sendo referentes às limitações no que diz respeito a:

disponibilidade de materiais educativos (panfletos, álbuns seriados); camisinhas em quantidade suficiente para serem distribuídas com a demanda espontânea e comunidade; recursos audiovisuais, recursos humanos para trabalhar com a AIDS; espaço físico adequado e principalmente apoio da Secretaria Municipal de Saúde oferecendo todas essas necessidades básicas. (p.75)

A situação parece se agravar quando, além da falta de insumos e da precarização estrutural das unidades, observa-se, ainda, que as equipes de saúde da família estudadas encontravam-se incompletas e sobrecarrega-

das. A maioria delas não contava com o profissional de medicina, e algumas possuíam uma quantidade insuficiente de agentes comunitários de saúde. Com a equipe incompleta, esses profissionais acabavam optando por não desenvolver outro tipo de atividade.

Concomitantemente, as Secretarias de Saúde preconizam o cumprimento de metas de produção ambulatorial. A cobrança pela produtividade, associada ao estrangulamento e desestruturação da rede de referência ambulatorial, força a equipe já desfalcada a priorizar os atendimentos de cunho curativista. Esse foi um frequente argumento utilizado por alguns profissionais para justificar a ausência de práticas educativas nas unidades.

A formação dos profissionais de saúde e sua repercussão para a educação popular

Outra dificuldade encontrada foi a inexistência de suporte técnico-pedagógico que capacitasse os profissionais da ESF para o desenvolvimento de ações educativas voltadas à saúde sexual dos adolescentes.

Aí você vê ainda: Equipe absolutamente despreparada, quase todos não fizeram um introdutório, não foram capacitados para aquilo ali ... não se preparou adequadamente e nem recebeu capacitação nenhuma pra aquilo. (Médico)

Eu lhe digo, eu não me sinto preparada para trabalhar com sexualidade, eu me sinto preparada para passar informações [grifos nossos] ... Pelo visto, não é só o fator biológico, nem de saúde, existem milhões de fatores envolvidos nisso aí... Então nesse outros fatores, realmente não me sinto preparada. (Enfermeira)

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), a Lei orgânica de saúde garante políticas para os profissionais de saúde, dentre elas "um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal"; afirma, ainda, que essa "formação deve estar em coerência com as diretrizes constitucionais de saúde" (p. 1400).

Sabe-se que os cursos de graduação são os principais responsáveis pelo saber-fazer dos profissionais de saúde. No entanto, estes continuam atuando conforme uma lógica curativista e tecnicista, sob a égide do modelo biomédico, que não privilegia as ações de promoção da saúde e, portanto, não atende às demandas exigidas pelo SUS e pela população (Viana, Amaral, Cruz, & Saupe, 2003). Foi percebido que a atuação dos enfermeiros e médicos envolvidos na pesquisa estava pautada, em grande parte, numa lógica que privilegiava o diagnóstico em detrimento do cuidado aos usuários. Nesse sentido, Franco e Júnior (2003) ressaltam que

a resolutividade na rede básica está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que

se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde (p. 3).

Foi notado, ainda, um despreparo no trato com a saúde coletiva e comunitária, o qual evidencia reflexos de uma formação elitista e individualista, fundamentada numa educação formal que se baseia na transmissão de conhecimentos teóricos desatrelados da prática. Sobre esse aspecto, Ceccim (2008, p. 266) ressalta que "nenhum profissional estará efetivamente aberto à alteridade e à aprendizagem de sentidos sem experimentar uma terceira margem". Assim, constituem-se parte integrante de uma formação o exercício profissional e o contato com a realidade local, de modo que a terceira margem citada pelo autor se refere ao lugar mestiço, de encontro entre os diferentes sujeitos, capaz de gerar novas possibilidades terapêuticas.

Como consequência desse modelo de educação formal, ainda hegemônico, no âmbito da saúde, foi possível observar que as unidades de saúde estudadas funcionavam como ambulatórios, nos quais os profissionais (com a exceção dos agentes comunitários de saúde) passavam a maior parte do tempo acomodados em suas salas, atendendo, diagnosticando e/ou encaminhando a população para uma atenção mais especializada. Nesses encaminhamentos, pouco se observou a responsabilização da equipe de referência pelo usuário em tratamento. Segundo Campos e Domitti (2007), é dever dos profissionais de saúde da família, enquanto equipe de referência, acompanhar todos os passos do tratamento dos usuários ao encaminhá-los para um atendimento especializado. Tal fato evidencia a falta de vínculo entre profissionais e usuários, o que também finda por dificultar possíveis práticas educativas (Campos, 2003).

A noção de vínculo discutida neste trabalho implica o estabelecimento de relações de afeto entre adolescentes e profissionais, levando em consideração os valores, compromissos e responsabilidades de cada um (Campos, 2003). Nesse sentido, dentro desses "ambulatórios", as atividades educativas para prevenção de doenças e promoção da saúde, quando ocorriam, na grande parte das vezes se restringiam à realização de palestras, geralmente por exigência das secretarias de saúde. Não havia espaço de diálogo ou acolhimento. Tal lógica contraria totalmente a premissa da educação libertadora de Paulo Freire (1970, 1996). Quando o conhecimento é imposto e não proposto, depositado ao invés de construído e compartilhado, não é possível a formação de sujeitos-cidadãos críticos, autônomos e responsáveis por sua própria saúde e bem-estar (Paiva, 2002).

Essa situação se agrava ainda mais quando o assunto diz respeito à sexualidade: os profissionais cultivam o hábito de reforçar prescrições de comporta-

mento como "não transar" ou "usar sempre camisinha". Forjam-se, assim, relações moralizadoras e de controle que favorecem o desinteresse e a falta de cuidado consigo e com o outro, por parte dos adolescentes.

Segundo Paiva (2002), os sujeitos não devem ser vistos como meros consumidores de "informações definidas como relevantes pelo educador (produtor)" (p. 7). Quando se trata de sexualidade, a educação não pode ser vista como um simples ato de depositar informação. Além disso, prescrever recomendações sem considerar o contexto socio-histórico-cultural e psicológico dos sujeitos é totalmente ineficaz. Por fim, a autora ressalta: "um processo politizado, emancipatório, é sempre mais difícil, porque a arte da política é a arte da negociação, é menos glamuroso e depende de paciência e tempo" (p. 12).

Segundo Parker (2000), é necessário que seja possibilitado aos adolescentes um espaço de escuta, no qual eles possam falar em voz própria, expressando o que sentem e pensam, de modo a gerar a produção de novos sentidos e repertórios interpretativos. Não basta, pois, informar, é preciso acolher, compreender, escutar e propiciar a interlocução entre adolescentes e profissionais em espaços de conversação, conforme a proposta da educação popular.

Nesse sentido, foi possível notar uma grande dificuldade dos profissionais em estabelecer diálogos com os usuários, especialmente quando havia a necessidade de trabalhar questões consideradas mais íntimas e de cunho pessoal. As consultas de pré-natal são bons exemplos disso. As adolescentes que chegavam grávidas para serem consultadas eram geralmente tratadas como mulheres adultas, e nada se conversava com elas além do estritamente necessário para responder os protocolos.

Perguntei a idade dela, disse-me que tinha 15 anos. Era o seu primeiro filho. *"Mas foi de surpresa, foi sem esperar...?"* – perguntei tentando soar bem descontrada. *"Não, eu quis!"* – respondeu enfática e sorridente. ... A enfermeira escutou tudo e não disse nada. Continuou tratando a adolescente como uma gestante qualquer. ... A enfermeira não tocou no assunto de sexualidade, não deu nenhuma orientação para a menina sobre métodos de prevenção de DST/AIDS, nem nada. Depois que ela saiu, a enfermeira comentou com a estagiária: *"Você não ouviu? Ela mesma falou que QUIS engravidar! Ó, que Deus guie o destino dessa daí..."* (Diário de campo – observação participante)

Podemos observar a partir do trecho em destaque que não houve diálogo (Ayres, 2001; Spink & Medrado, 1999) algum entre a enfermeira e a adolescente além do estritamente referente aos fatores biológicos de sua gravidez (desenvolvimento do feto, cuidados a tomar, exames a fazer). A enfermeira negligenciou o princípio

da integralidade ao desconsiderar que a usuária estava vivenciando uma gravidez em plena adolescência e que isso poderia ter implicações na sua vida social e psicológica. Demonstrou, ainda, um comportamento de censura frente ao desejo de engravidar da adolescente quando esta saiu da sala, sem, contudo, dar-lhe nenhuma orientação relevante a esse respeito. Além disso, nenhuma referência foi feita ao parceiro da adolescente, que também deveria acompanhar o desenvolvimento do bebê. Percebe-se, assim, que a subjetividade dos usuários é desconsiderada, como se extrapolasse as responsabilidades dos profissionais de saúde (Ayres, Júnior, Calazans, & Filho, 1999).

Levando-se em consideração os resultados discutidos, ratifica-se o argumento de que estrutura e funcionamento dos serviços, assim como o modo de organização das equipes de saúde exercem impacto direto nas ações destinadas aos usuários do serviço e, consequentemente, nos resultados obtidos por meio dessas. Além disso, o suporte técnico-pedagógico dos profissionais de saúde e a formação que obtiveram nas universidades também se constituem fatores relevantes para a eficácia da política de prevenção das DST/AIDS e da promoção da saúde em geral.

Considerações finais

De um modo geral, o estudo aponta para a necessidade de se desenvolver práticas educativas voltadas à saúde sexual dos adolescentes, mais efetivas e contextualizadas nos dispositivos de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Vale do São Francisco.

Vários caminhos parecem despontar como possibilidades de garantir a melhoria das ações de saúde na região. Primeiramente, faz-se importante que as secretarias municipais de saúde de Juazeiro-BA e Petrolina-PE atentem para a situação física, estrutural e organizacional das unidades, e promovam a reorganização do serviço, com vistas ao cumprimento efetivo das políticas públicas de saúde referentes à integralidade e à promoção da saúde sexual.

Outro ponto que necessita ser revisto é o fornecimento de suporte técnico-pedagógico aos profissionais de saúde da família para que possam realmente se tornar formadores de sujeitos-cidadãos autônomos e responsáveis pelo cuidado da própria saúde (Paiva, 2002). Em relação a esse aspecto, surge, como possibilidade de avanços na área, a implantação do Programa de Orientação de Formação Profissional em Saúde (Pró Saúde) na região, através da parceria entre a Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco e as Secretarias Municipais de Saúde de Juazeiro-BA e Petrolina-PE. Espera-se que a partir dessa parceria

haja uma maior integração entre ensino e serviços de saúde, de modo a gerar a qualificação e o aperfeiçoamento tanto dos estudantes de graduação, como dos profissionais de saúde.

É imprescindível também que as grades curriculares dos cursos de graduação que formam os profissionais de saúde sejam reformuladas com vistas a atender às demandas do SUS, de modo a melhor prepará-los para lidar com as necessidades da comunidade e desenvolver, em suas práticas de saúde, o princípio da integralidade (Ceccim, 2008).

Por fim, conclui-se que somente a partir de uma visão integral e contextualizada dos adolescentes assistidos será possível compreender suas diversas problemáticas e guiá-los mediante uma educação dialógica e construtivista rumo a práticas afetivo-sexuais saudáveis.

Nota

Agradecimentos aos financiadores: UNIVASF, FACEPE, CNPq e Programa Conexões de Saberes.

Referências

- Albuquerque, P. C. & Stotz, E. N. (2004). A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface - Comunicação, saúde e educação*, 8, 259-274.
- Alves, V. S. (2005). Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, 19(16), 39-52. Acesso em 16 de outubro, 2008, em <http://www.scielo.br/pdf/ics/e/v9n16/v9n16a04.pdf>.
- Ávila, M. B. (2003). Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 465-469.
- Ayres, J. R. C. M. (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e saúde coletiva*, 6(1), 63-72.
- Ayres, J. R. C. M., Júnior, I. F., Calazans, G. J., & Filho, H. C. S. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In R. M. Barbosa & R. Parker (Orgs.), *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder* (pp. 49-72). Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- Ayres, J. R. C. M., Júnior, I. F., Calazans, G. J., & Filho, H. C. S. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendência* (pp. 117-138). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Buss, P. M. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendência* (pp. 15-38). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Campos, G. W. S. (2003). *Saúde paidéia*. São Paulo: HUCITEC.
- Campos, G. W. S. & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e a equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 399-407.
- Ceccim, R. B. (2008). Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In R. Pinheiro

- & R. A. Mattos (Orgs.), *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (pp. 261-280). Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO.
- Ceccim, R. B. & Feuerwerker, L. C. M. (2004). Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 1400-1410.
- Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendência* (pp. 39-53). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Franco, T. B. & Júnior, H. M. M. (2004). Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In E.E. Merhy, H. M. M. Júnior, J. Rimoli, T. B. Franco, W. S. Bueno (Orgs.), *O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (pp. 125-34). São Paulo: Editora Hucitec.
- Freire, P. (1970). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e terra.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática pedagógica*. São Paulo: Paz e terra.
- Leão, L. M. S. (2005). *Saúde do adolescente: atenção integral no plano da utopia*. Dissertação de Mestrado, Saúde Pública, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE.
- Lima, J. L. (2006). *Conhecendo o programa de saúde do adolescente*. Acesso em 11 de novembro, 2008, em <http://www.uff.br/disicamep/prosad.htm>.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde (1993). *Normas de atenção à saúde integral do adolescente, Vol. III: Assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério. Planejamento familiar. Doenças sexualmente transmissíveis. Problemas ginecológicos*. Brasília: Autor.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2005). *Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2006a). *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2006b). *Política nacional de atenção básica*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. (2007). *Boletim Epidemiológico – AIDS e DST*, ano 4, 1. Brasília, DF: Autor.
- Moura, E. R. F. & Souza, R. A. (2002). Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do programa saúde da família. *Cad. de saúde pública*, 18(6), 1809-1811. Acesso em 15 de novembro, 2007, em <http://www.scielo.org/scselo.phd>
- Oliveira, A. R. & Lyra, J. (2008). Direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e as políticas públicas de saúde: desafios à atenção básica. *Fazendo Gênero 8 – corpo, violência e Poder*. Florianópolis, SC. Acesso em 14 de novembro, 2008, em http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST40/Oliveira-Lyra_40.pdf
- Paiva, V. (1999). Cenas sexuais, roteiros de gênero e sujeito sexual. In R. Barbosa & R. Parker (Orgs.), *Sexualidades pelo avesso. Direitos, identidades e poder* (pp. 249-269). Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- Paiva, V. (2002). Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, 6, 25-38.
- Parker, R. (1997). Desafios para o futuro: questões-chave para a política de HIV/AIDS no Brasil. In R. Parker (Org.), *Políticas, instituições e AIDS. enfrentando a epidemia no Brasil* (pp. 177-182). Rio de Janeiro: ABIA/Zahar.
- Parker, R. (2000). Prefácio. In V. Paiva, *Fazendo arte com a camisinha* (pp. 13-17). São Paulo: SUMUS.
- Parker, R. (2003). Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982-1996. *Divulgação em Saúde para Debate*, 27, 8-49.
- Spink, M. J. P. & Medrado, B. (1999). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 41-61). São Paulo: Cortez.
- Torres, G. V. & Enders, B. C. (1999). Atividades educativas na prevenção da AIDS em uma rede básica municipal de saúde: participação do enfermeiro. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 7, 71-77.
- UNAIDS/WHO – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS & World Health Organization (2007). *AIDS epidemic update*. Acesso em 16 de outubro, 2008, em http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_en.pdf
- Vasconcelos, E. M. (2001). Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.*, 8. Acesso em 16 de outubro, 2008, em <http://www.interface.org.br/revista8/debates1.pdf>.
- Viana, S. B. P., Amaral, I. M., Cruz, M. E. E., & Saupe, R. (2003). Formação para promoção e educação em saúde da família: opinião dos educadores. *Fam. Saúde Desenv.*, 5, 43-50. Acesso em 11 de novembro, 2008, em http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/re_fased/artic le/viewFile/5084/3842.

Recebido em: 06/06/2009

Revisão em: 26/11/2009

Aceite final em: 12/02/2010

Juliana Sampaio é Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva pelo CPqAM/FIOCRUZ; Professora na área da Psicologia da Saúde na Universidade Federal do Vale do São Francisco; Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Extensão Direitos Sexuais e Reprodutivos (CNPq), participa atualmente da estruturação do Núcleo da “ABRAPSO no Vale”. Endereço: Universidade Federal do Vale do São Francisco/Campus Petrolina. Av. José de Sá Maniçoba, S/N. Centro. Petrolina/PE, Brasil. CEP: 56304-917 Email: julianasmp@hotmail.com

Roselêia Carneiro dos Santos, Leilane Almeida Paixão e Tatiany Soares Torres são graduandas em Psicologia na Universidade Federal do Vale do São Francisco, bolsistas do Programa Conexões de Saberes e membro do Grupo de Pesquisa e Extensão Direitos Sexuais e Reprodutivos.

Como citar:

Sampaio, J., Santos, R. C., Paixão, L. A., & Torres, T. S. (2010). Promoção da saúde sexual: desafios no Vale do São Francisco. *Psicologia & Sociedade*, 22(3), 499-506.