

POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA ADOLESCENTES NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE/MG: UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Adolescent-Targeted Public Policies: an analysis under the perspective of health professionals

Maria José Nogueira¹, Celina Maria Modena², Virgínia Torres Schall³

RESUMO

Segundo dados do IBGE¹, 21% da população brasileira encontra-se na faixa dos 10 aos 19 anos, sendo 50,4% do sexo masculino e 49,6% do sexo feminino. Apesar do número elevado, muitos desses jovens ainda não têm acesso a informações e serviços adequados no âmbito da saúde sexual e reprodutiva que garantam, aos mesmos, o exercício da sexualidade de maneira segura e responsável. Desse modo, o objetivo foi analisar, sob a ótica dos profissionais de saúde, como os adolescentes têm sido inseridos nas políticas públicas municipais, principalmente no que se refere aos aspectos da saúde sexual e reprodutiva. Para tal finalidade, foram realizadas entrevistas semiestruturadas dirigidas a informantes-chaves em sete dos nove distritos sanitários do município. No presente estudo, ficou demarcado que as dificuldades de atendimento ao público adolescente, além daquelas inerentes ao próprio sistema de saúde (recursos econômicos escassos, infraestrutura deficiente, escassez de programas de capacitação profissional, etc.), perpassam por outras esferas da sociedade como, por exemplo, pelo âmbito da educação e pela dimensão cultural. As ações e estratégias de atendimento ao público adolescente, nas Unidades Básicas de Saúde, ainda são incipientes, pontuais, voltadas para o aspecto curativo em detrimento de uma abordagem educativa.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescente; Serviços de Saúde para Adolescentes; Políticas Públicas; Sexualidade; Pessoal de Saúde

ABSTRACT

According to IBGE¹, 21% of the Brazilian population are within the 10-19 years age range, 50.4% being male and 49.6% female. Although they make up a significant swath of the population, many of these individuals do not have access to adequate information and services concerning sexual and reproductive health, essential to guarantee safe and responsible sexual practices. We then aimed to assess, under the perspective of health professionals, the insertion of these young people in the municipal public policies, chiefly concerning sexual and reproductive health. Semi-structured interviews were used to approach key informants from seven of the nine sanitary districts of the municipality. Besides the difficulties that are inherent to the health system (scarce resources, deficient infrastructure, paucity of professional continuing education programs), adolescent care is hampered by educational and cultural issues. Actions and strategies targeting adolescent care in the Basic Health Units are on their early days, being mainly a stopgap that prioritizes curative measures over educational ones.

KEY WORDS: Adolescent; Adolescent Health Services; Public Policies; Sexuality; Health Personnel.

¹ Maria José Nogueira, Socióloga. Doutorado em Ciências da Saúde pela Fundação - Oswaldo Cruz - CPqRR. Pesquisadora da Fundação - Oswaldo Cruz - CPqRR. E-mail: maria.nog@cpqrr.fiocruz.br

² Celina Maria Modena, Médica Veterinária e Psicóloga. Doutorado em Ciências pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro e pós doutorado em Saúde Coletiva pela Fiocruz.

³ Virgínia Torres Schall, Psicóloga. Doutorado em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz. Consultora ad hoc do CNPq, da CAPES, da SVS/MS e do MEC

INTRODUÇÃO

Segundo dados do IBGE¹, 21% da população brasileira encontra-se na faixa dos 10 aos 19 anos, sendo 50,4% do sexo masculino e 49,6% do sexo feminino. Apesar do número elevado, estudos apontam² que muitos desses jovens ainda não têm acesso a informações e serviços adequados no âmbito da saúde sexual e reprodutiva que garantam, aos mesmos, o exercício da sexualidade de maneira segura e responsável.

A relação dos adolescentes com os serviços de saúde é uma temática pouco investigada no Brasil.^{3,4} A maioria dos estudos e pesquisas escolhe como objeto de investigação o público feminino, sendo os adolescentes do sexo masculino negligenciados tanto no âmbito das políticas públicas como nos estudos acadêmicos.⁵ Um estudo avaliativo mostra que apenas 37% dos programas avaliados consideram a diferença entre mulheres e homens e que apenas 25% contribuem para promover a igualdade entre os gêneros. Destaca ainda que “[...] as iniciativas públicas que podem dispensar a consideração de sexo/gênero entre homens e mulheres e ainda serem bem sucedidas existem, porém são raras.”⁶

Muitos programas de saúde do adolescente ainda não exploraram adequadamente a importância das questões de gênero e a socialização masculina. Alguns investem em atividades para adolescentes, mas logo desistem quando os rapazes não aparecem, em vez de procurar entender por que isso ocorre. De certo os obstáculos para engajar os homens adolescentes em discussões sobre a socialização masculina, a violência, as relações íntimas e a sexualidade são complicados. Os profissionais de saúde e educadores têm seus próprios preconceitos sobre adolescentes e gênero.

Desse modo, reconhece-se como grande desafio a elaboração de programas que sejam capazes de atender às necessidades e especificidades deste público.⁴ Desse modo, nosso objetivo foi analisar, sob a ótica dos profissionais de saúde, como os adolescentes têm sido inseridos nas políticas públicas municipais. O trabalho tem caráter exploratório e poderá orientar na elaboração de propostas que encaminhem alternativas educacionais para este público no que se refere à saúde sexual e reprodutiva.

METODOLOGIA

O diagnóstico e mapeamento foram realizados por meio da aplicação de roteiro de entrevista, estruturado nos seguintes eixos básicos: perfil do entrevistado, mapeamento dos programas voltados para o público adolescente, atendimento ao público adolescente, materiais educativos

e aplicação dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A opção por entrevistar profissionais nas regionais de saúde deveu-se ao papel estratégico dos mesmos, uma vez que a Regional de Saúde é o elo das UBS e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. (SMSA-BH).

O contato inicial com os gerentes de atenção à saúde em cada regional foi feito utilizando-se uma listagem fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde da Mulher (SMSM). Após contato telefônico e consentimento em participar, era marcada a hora e o local de realização da entrevista. Em alguns casos, os gerentes, devido à recente ocupação do cargo, optavam por indicar as referências técnicas em saúde da UBS para responder, por considerarem essas pessoas mais bem informadas sobre o assunto. Desse modo, houve substituição do entrevistado em cinco regionais. Em duas regionais considerou-se também a fala das médicas que haviam realizado trabalho com adolescentes e foram convidadas pelo gerente para participar da entrevista. Contabilizaram-se oito entrevistados em sete regionais. As entrevistas foram realizadas pelo próprio pesquisador e duraram aproximadamente 50 minutos. Para manter o anonimato dos entrevistados, os distritos foram enumerados aleatoriamente pela pesquisadora. Os dados foram analisados segundo a perspectiva da análise de conteúdo⁷, que visa verificar hipóteses e ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto.⁸

No presente artigo, foram analisadas as seguintes categorias: a) “Atendimento ao público adolescente: Prevenção ou Promoção?”; b) “Atendimento ao público adolescente: Uma perspectiva de Gênero”; c) “Atendimento ao público adolescente: Barreiras e Dificuldades”. O projeto foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) representada pelo Centro de Pesquisa René Rachou (CPqRR).

RESULTADOS

Atendimento ao público adolescente: Prevenção ou Promoção?

A partir dos relatos dos entrevistados, destaca-se que a discussão acerca da saúde do adolescente é incipiente, não tendo ainda uma política institucional que seja capaz de atender às especificidades deste público. Tal fato pode ser reflexo da política nacional de saúde que, durante décadas, priorizou, em suas diretrizes gerais, a assistência ao grupo materno-infantil. O binômio mãe-filho já anuncia

uma política que privilegia a mulher após a condição da maternidade. Em relação às adolescentes, priorizam-se as que já são mães ou as grávidas, não objetivando a atenção preventiva.

Assim, ações de caráter curativo são prioritárias e voltadas basicamente para os cuidados no parto e puerpério no caso das mulheres e, no caso das crianças, o controle da mortalidade infantil. A política de saúde na atenção básica tem o recorte da criança, da mulher e do idoso, ficando o adolescente relegado ao grupo de atendimento à criança ou do adulto.

Em alguns relatos, percebe-se a ambiguidade no tratamento dado aos adolescentes como pode ser ilustrado pelas seguintes falas: “*ele nunca foi tratado de uma forma mais aprofundada nas suas especificidades [...] ele sempre foi visto dentro desta categoria criança*” (Gerente Distrito sanitário 02); “*se ele já tem 15 ou 16 anos, ele entra como se fosse adulto. A particularidade do adolescente, ela não é considerada. Ela não é uma coisa que a gente tem trabalhado, assim, infelizmente ele entra como se fosse um adulto, ponto*” (Referência Técnica - Distrito Sanitário 01). Este tratamento ambíguo dado ao adolescente não é, no entanto, exclusividade do setor de saúde, mas, antes, reflexo da ambiguidade presente em outras esferas da sociedade, nas quais a aquisição de direitos e deveres de adulto ocorrem em escala cronológica, negligenciando o desenvolvimento físico, mental e social.⁹

No que se refere à demanda por serviços, a fala dos entrevistados é respaldada pela literatura. Dentre os autores considerados¹⁰⁻¹², constata-se que a maioria dos adolescentes procura os postos de saúde devido a quadros agudos ou acidentes (curativo). Os adolescentes tendem a não valorizar sintomas que não sejam muito graves e aderem menos às ações de prevenção em relação às de tratamento.⁴ Tal aspecto é apontado na fala dos entrevistados.

[...] E o que mais nos preocupa é que eles não procuram o método de prevenção, eles têm muita dificuldade de ir ao centro pedir preservativo, uma orientação, então isso já é um dificultador. (Gerente - Distrito Sanitário 06)

[...] Acaba sendo o comum, clínico por enquanto, e como ele sabe que é só esse atendimento que tem disponível ele só vai ao posto de saúde quando ele está com alguma doença. (Gerente - Distrito Sanitário 07)

[...] O Adolescente procura o posto no quadro agudo. Não procura o posto para informação ou prevenção. A adolescente, por exemplo, já chega grávida. (Referência Técnica - Distrito Sanitário 03)

Mesmo no tocante aos aspectos da saúde sexual, não há uma perspectiva de atendimento diferenciado. Segundo os entrevistados:

Quando o adolescente chega ao posto procurando uma camisinha ou uma orientação sobre DST/AIDS ele entra nos grupos já existentes no centro de saúde, ele entra como se fosse um adulto, não tem uma diferenciação. (Gerente - Distrito sanitário 03)

A adolescente que chega grávida, por exemplo, é inserida no mesmo grupo de mulheres que não estão grávidas e o pré-natal é realizado sem consideração às especificidades dessa faixa etária, exceto em casos que existam profissionais com maior sensibilidade à condição das jovens. Desse modo, na política de atendimento ao adolescente, prevalece o caráter circunstancial e contingente como pode ser constatado pelas falas dos entrevistados:

[...] dependendo do profissional, ele dá uma atenção mais direcionada para a questão do adolescente. Principalmente para evitar uma próxima gravidez. (Gerente - Distrito Sanitário 07)

[...] às vezes, algumas dessas unidades, que têm essa questão mais organizada, mais preocupada com o adolescente, o profissional procura fazer uma conversa especial, tira daquela pergunta de recepção e vem fazer uma conversa especial até tentando encaixar o adolescente. (Referência Técnica - Distrito Sanitário 06)

O espaço coletivo para as adolescentes, grávidas ou não, é pouco favorecido, reduzindo-se, em muitos casos, a adolescente grávida que entrará na rotina de pré-natal¹³. Essas jovens serão incorporadas nas práticas tradicionais de consultas materno-infantis, uma vez que, agora, fazem parte de uma categoria preferencial de mães. Desse modo, nas UBS a visibilidade da adolescente é maior quando adquire o seu status de grávida e depois de mãe. Isto fica claro na fala de um entrevistado:

[...] os agentes de saúde têm atuação no sentido de detectar as adolescentes grávidas, porque são prioritárias, para o acompanhamento e no sentido de encaminhar o adolescente para as UBS para as palestras e exames de prevenção. (Referência Técnica - Distrito Sanitário 07)

Na percepção dos entrevistados, o evento da gravidez adolescente é considerado normal, sendo valorizado pela

família e pela comunidade. Desse modo, se somado a outros, temos um fator que dificulta um trabalho preventivo e educativo, uma vez que:

[...] A gravidez está associada a status na comunidade e em casa (...) depois que se tornam mães, elas são respeitadas e é isso que elas buscam. (Gerente - Distrito Sanitário 05)

[...] Elas, muitas vezes, buscam a gravidez para que sejam respeitadas, pois existe esta valorização da maternidade. A mãe, o pai e o próprio grupo agora vão respeitar e admirar a adolescente, isso é muito comum. Essa percepção da gravidez não como problema.

Em conversa com uma médica ginecologista de um dos distritos sanitários, foi destacado que muitas adolescentes procuram por atendimento médico preocupadas com a sua fertilidade (quando não engravidam até 17 ou 18 anos, por exemplo). Este aspecto da maternidade social é abordado na literatura¹⁴⁻¹⁶ e demonstra que entre as populações desfavorecidas, nas quais o fracasso escolar e o abandono da escola são frequentes, a gravidez precoce seria a busca do status adulto. Em alguns casos, a conduta dos profissionais é guiada por esta percepção, como é destacado na fala seguinte:

Quando a adolescente vai vacinar o filho... A auxiliar de enfermagem não pergunta sobre a vacinação da adolescente, porque ela já é mãe. E, muitas vezes, esta adolescente não foi vacinada então, este estatuto de mãe parece que extrapola a questão da idade, sobrepõe [...] parece que ele sabe tudo, agora ela vai saber se prevenir. (Gerente - Distrito Sanitário 04)

Conhecer e abordar o cliente em sua integralidade é uma das recomendações do Ministério da Saúde aos Serviços de Saúde.¹⁷ Na perspectiva da saúde integral, a assistência é vista como um conjunto coordenado de ações e não apenas consulta.¹⁸ A integralidade é condição primordial da assistência a adolescentes tanto do ponto de vista da organização dos serviços em diversos níveis de complexidade (promoção, prevenção, atendimento a agravos e doenças, e reabilitação), quanto da compreensão dos aspectos biopsicossociais que permeiam as necessidades de saúde dos mesmos.¹⁹ Ao analisar a experiência do PROSAD no Município do Rio de Janeiro, Ruzany *et al.*²⁰ concluem que é preciso melhorar a capacitação profissional para prestar atenção integral a este grupo etário. No presente estudo, apesar de reconhecerem a importância deste espaço/momento para ações educativas, os entrevistados apontam

a falta de capacitação e tempo como fatores limitadores para um atendimento nessa perspectiva. Essas restrições impedem uma orientação adequada dos jovens, gerando o que se denomina oportunidades perdidas de promoção de saúde.²¹

Atendimento ao público adolescente: Uma perspectiva de Gênero

Embora distintos em cada cultura, o conjunto de normas que regulam a sexualidade tem em comum o tratamento diferenciado que é dado à sexualidade, quer seja exercida por mulheres quer seja por homens.²² A distinção entre a sexualidade masculina e feminina, na cultura ocidental, está fortemente impregnada no nosso imaginário, traduzindo-se em preconceitos e discriminações nas relações sociais entre homens e mulheres. Em última instância, a desigualdade de poder pode levar a mulher a não se reconhecer como sujeito de direito, desvinculando-se de seu próprio corpo e negando sua sexualidade.²³ A vivência da sexualidade feminina é reduzida e mascarada pela questão da contracepção. É na esfera da reprodução que elas encontram mais ressonância para as suas necessidades, priorizadas em torno do acesso a métodos contraceptivos. A escolha ou desejo individual de controlar o número de filhos está em consonância com a ideia de controle da natalidade que orienta toda a assistência em saúde reprodutiva, sendo a autonomia dos sujeitos relegada a segundo plano.^{13,24} As desigualdades sociais, as variáveis de raça/etnia e gênero servem para demarcar a maternidade enquanto fenômeno social. Este último recorte é fundamental para a compreensão do fenômeno, uma vez que as principais atribuições e responsabilidades com os filhos ainda recaem sobre as mulheres.⁵

O estereótipo masculino, em nossa cultura, concebe os homens como ativos, agressivos e objetivos e as mulheres como passivas⁶. Algumas falas apontam no sentido de:

[...] quebrar o estigma que o homem sabe tudo. O menino? Não precisa de falar com ele sobre sexo... é uma questão cultural, pois quando fala em sexo ele pensa na transa. Existe, para o menino, uma valorização da experiência sexual, um rito de iniciação... ao meu ver negativo, que enfatiza a questão da quantidade e não da qualidade. (Gerente - Distrito Sanitário 07)

Tal fato repercutirá na busca por atendimento na área de saúde. Os homens tendem a buscar menos os serviços assistenciais e preventivos, sendo maior a procura por atendimentos ligados a agravos ou emergenciais (curativos)^{11,3}.

Esta procura diferenciada está no bojo da própria prática em saúde, que direciona as ações preventivas quase exclusivamente às mulheres. A baixa frequência de homens nos serviços está atrelada à resistência dos mesmos, uma vez que não se reconhece a inclusão deles nas ações educativas como uma questão de estratégia e proposta assistencial.²⁵ No documento do Ministério da Saúde¹⁷, recomenda-se que, nos serviços em que for detectada a presença majoritária de mulheres, sejam realizadas ações para ampliar a participação dos homens.

Cabe destacar que esta procura diferenciada pode ser reflexo da divisão de papéis na sociedade. À mulher, uma vez vinculada ao espaço da casa, caberia a responsabilidade pelo uso de métodos contraceptivos, o que pode ser ilustrado na fala de um dos entrevistados: “[...] *culturalmente eles têm mais vergonha. Achem que isso é mais para mulher, o planejamento familiar*” (Gerente - Distrito Sanitário 02).

Estudos apontam para a clássica distribuição em relação às responsabilidades reprodutivas, cabendo às mulheres mais responsabilidades e aos homens mais autonomia.²⁵ A construção da subjetividade masculina em nossa sociedade pode ser tomada para explicar a sobre-mortalidade masculina, uma vez que irá estabelecer modos culturais de “adoecer” e “morrer” dos homens, bem como direcionar suas práticas e condutas na área dos cuidados com a própria saúde. O ideário histórico de “sustentar” e “prover” se coloca como fator de risco à saúde dos homens, pois irá traduzir na dificuldade dos mesmos em procurar cuidados médicos. Tal fato explicaria o maior número de homens internados em estado grave, bem como a maior procura por serviços emergenciais e o menor número de consultas masculinas.²⁶ A mulher, uma vez sendo socializada como provedora de cuidados, estabelece uma relação mais estrita com os serviços de saúde, que explicaria, por exemplo, o maior número de consultas médicas femininas.^{27,28}

A força da tradição e da cultura sexista, em nossa sociedade, irá repercutir na elaboração e implementação de programas públicos, que acabam reproduzindo as desigualdades de gênero. Por outro lado, não se deve desconsiderar que o enfoque de gênero é uma inovação na gestão governamental. Desse modo, a ineficácia dos mesmos em introduzir as mudanças que almejam pode estar associada à inabilidade técnica para ajustar a concepção dos programas aos seus objetivos.⁶ Por outro lado, os estudos e pesquisas na área de saúde sexual reprodutiva na adolescência definem, na maioria dos casos, como objeto de investigação o público feminino, sendo um número menor aqueles que incorporam a perspectiva masculina.^{5,29}

Atendimento ao público adolescente: Barreiras e Dificuldades

Uma das barreiras apontadas pelos entrevistados na tentativa de implementar programas preventivos diz respeito à dificuldade de captar o público adolescente. Os entrevistados apontaram para a pouca procura espontânea dos adolescentes pelos serviços na área de saúde, fato que está em consonância com a literatura.¹⁰

A fala dos entrevistados remete a uma perspectiva de atendimento voltado para a demanda: “[...] *A gente, basicamente, trabalha com a demanda que nos procura...*” (Gerente - Distrito Sanitário 02). Desse modo, o atendimento ao adolescente é negligenciado, uma vez que há uma menor procura por parte deste público: “[...] *ela nos demanda menos [...] então como a gente na correria do dia-a-dia... a gente acaba respondendo mais para quem nos demanda mais... respondendo menos para quem nos demanda menos*” (Gerente - Distrito Sanitário 01). Na perspectiva dos entrevistados: “[...] *culturalmente, tradicionalmente, o adolescente não tem uma demanda específica para a saúde pública... a menos que seja um caso de acidente... ou um caso de drogadição, alcoolismo, violência [...]*” (Médica - Distrito Sanitário 01). “[...] *Como eles não buscam para um atendimento preventivo [...] o que leva é um quadro agudo*” (Gerente - Distrito Sanitário 02). Desse modo, as ações e estratégias de políticas voltadas para a saúde do adolescente acabam se restringindo aos aspectos curativos, em detrimento das ações de cunho preventivo.

Além da baixa procura pelo atendimento, outra dificuldade apontada pelos entrevistados diz respeito à falta de capacitação dos profissionais de saúde (enfermeiros, agente de saúde, clínico, atendente) para lidar com as especificidades do público adolescente:

[...] *Esse é um público difícil, que não procura o posto, e os profissionais não têm preparação para lidar com eles. Eles têm medo da exposição. Aí fica difícil uma ação educativa, preventiva, por exemplo, para o uso da camisinha. Ainda não há um trabalho de educação e prevenção, por exemplo, para evitar a reincidência da gravidez.* (Gerente - Distrito Sanitário 05)

Algumas falas apontam no sentido de treinamentos e oficinas que são realizadas para que os profissionais se capacitem ou se atualizem nas questões referentes ao adolescente, mas são esporádicas e, muitas vezes, insuficientes para que se efetivem propostas concretas. No Brasil, a grande maioria das escolas de formação profissional na área de saúde ainda não incorporou na grade curricular conteúdos técnicos que capacitem o recém-formado a atender, com competência e habilidade, este grupo populacional.³⁰

[...] *Teve uma formação para lidar com a sexualidade e a afetividade. Ai trouxeram trabalhos direcionados para o adolescente... mas não houve desdobramento. Até hoje proposta com princípio, meio e fim, não tem não.* (Gerente - Distrito Sanitário 04)

Não se pode desconsiderar que, ao nos referirmos à capacitação para o atendimento ao público adolescente, a mesma deva abranger não somente as questões biológicas, mas também as de esfera comportamental. O profissional deve estar sensibilizado para lidar com um elenco de problemas que fazem parte do cotidiano deste grupo, tais como: a violência urbana e doméstica, o uso de drogas, práticas sexuais desprotegidas, etc.^{20, 30}

Cabe destacar que a falta de preparo e a falta de atualização dos profissionais de saúde podem contribuir para perpetuar mitos, crenças e preconceitos no campo da sexualidade. Em muitos casos, predomina a cultura de controle social da sexualidade do adolescente, contribuindo para a manutenção de um modelo biomédico em que o profissional investido do “saber” acaba tomando decisões para o próprio adolescente, ferindo a liberdade individual de escolha. Tal fato reflete o processo de domesticação dos corpos e regulação da sexualidade nas sociedades ocidentais, analisado por Foucault³¹. Em muitos casos, a escolha dos métodos contraceptivos está nas mãos dos profissionais, seja pela indisponibilidade dos métodos nos postos, ou simplesmente pelo autoritarismo dos médicos que prescrevem o que as mulheres devem usar. Segundo a autora, “o tom normativo da intervenção, calcado nas representações tradicionais de gênero que associam o corpo masculino à sexualidade e o corpo feminino à reprodução, é drasticamente evidente na assistência às puérperas e gestantes”.²⁴

Ruzany³² destaca como desafio a necessidade de adequação da linguagem e da forma de atuação dos profissionais, para o alcance de um melhor nível de compreensão dos vários segmentos que constituem a população adolescente. A dificuldade de comunicação entre adolescentes e adultos pode ter reflexo no atendimento que é dispensado a esse público, como é apontado na fala a seguir:

[...] *Uma dificuldade é como chegar... Como chegar mesmo... Quantitativamente e a nível do discurso, do diálogo... É uma linguagem que talvez a gente tenha menos conhecimento... da gira... do universo.. da realidade... Então, assim... O nosso discurso é um discurso meio careta... Eu acho... Às vezes, moralista... Às vezes, preconceituoso... Acho que, de uma maneira geral, os trabalhadores da saúde têm uma dificuldade de interlocução com o adolescente... A nossa comunicação é*

falha. No sentido de entender a demanda dele e como atendê-la da melhor forma [...] (Médica - Distrito Sanitário 01)

Na relação entre comunicação e sexualidade, Foucault³¹ destaca que, a partir do séc. XIX, a discursividade é ressaltada em detrimento das técnicas repressivas, como reguladora da sexualidade, sendo a confissão religiosa o *locus* da revelação dos segredos da sexualidade. O autor redefine o conceito de confissão, antes restrito às revelações de comportamentos e pensamentos contrários às leis do sexo, específico da confissão religiosa, ampliando-o para outras áreas como a medicina, a psiquiatria e a pedagogia. Desse modo, apresentam-se outras esferas discursivas no âmbito da sexualidade e, conseqüentemente, outros interlocutores, sendo possível ao indivíduo dizer, a si mesmo e aos outros, as vivências, pensamentos e comportamentos referentes aos desejos e prazeres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se que as dificuldades de atendimento ao público adolescente, além daquelas inerentes ao próprio sistema de saúde (recursos econômicos escassos, infra-estrutura deficiente, escassez de programas de capacitação profissional, falta de espaço físico adequado para as demandas dos adolescentes, etc.), perpassam por outras esferas da sociedade como, por exemplo, pelo âmbito da educação e pela dimensão cultural. Desse modo, as políticas públicas para o atendimento ao público adolescente devem incorporar aspectos da dimensão social e cultural das práticas cotidianas dos mesmos.

Na elaboração de estratégias educativas, deve-se considerar que, ao tomarem suas decisões, os indivíduos não se baseiam somente no cálculo racional, mas, antes, são influenciados pelas condições materiais e simbólicas do contexto no qual estão inseridos. O comportamento sexual do adolescente, por exemplo, sofre influência de fatores econômicos, socioculturais, religiosos e psicológicos, devendo ser foco de atenção de gestores e de todos aqueles que trabalham com esse público. Para a eficácia e a efetividade do atendimento à saúde integral do adolescente, é necessário que os profissionais estejam capacitados para interagir com esse público, respeitando sua cultura, seus conhecimentos adquiridos e proporcionando abertura para um crescimento de ambas as partes.³³

Este enfoque facilita a abordagem de diversos problemas, como atividade sexual precoce, pressão de grupo, uso de drogas, prevenção de acidentes, violência urbana, escolha profissional, entre outros.³⁴

Em última instância, as dificuldades de atendimento aos adolescentes nas UBS são reflexos dos tabus, preconceitos, ambiguidades e desigualdades existentes na sociedade. Desse modo, para além de políticas públicas específicas para o adolescente no âmbito da sexualidade, por exemplo, faz-se necessária uma discussão mais ampla em outras esferas (família, escola, trabalho, etc.). A falta de capacitação dos profissionais de saúde em lidar com as especificidades do público adolescente faz pensar na necessidade de levar a discussão para o campo da educação permanente em saúde³⁵. Nessa perspectiva, o objetivo é propiciar o aperfeiçoamento contínuo do profissional em seu ambiente de trabalho. A expectativa é de que o profissional ultrapasse o simples domínio de competências técnica e construa um novo saber com novas habilidades, para aperfeiçoar a assistência a sua clientela.³³

REFERÊNCIAS

- 1- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Nupcialidade e fecundidade. Censo demográfico. - [Citado em 2004 oct. 4]. Disponível em: http://www.ibge.gov/home/estatistica/populacao/censo2000/nupcialidade_fecundidade/tabnupbr113.pdf
- 2- Teixeira AMFB, Kanuth DR, Fachel JMG, Leal AF. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(7):1385-96.
- 3- Palazzo LS, Béria JU, Tomasi, E. Adolescentes que utilizam servicios de atención primaria: ¿Como viven? ¿Por qué buscan ayuda y como se expresan?, *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(6):1655-65.
- 4- Claro, LBL, March C, Mascarenhas MTM, De Castro IAB, Rosa MLG. Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(8): 1565-74.
- 5- Dias AB, Aquino EML. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006, 22(7): 1447 - 1458.
- 6- Suárez M, Teixeira M, Cleaver AJT. Gestão local e desigualdades de gênero. Brasília: Agende; 2002.
- 7- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
- 8- Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.
- 9- Canoni LRC, Bottini BA. Saúde e juventude: o cenário das políticas públicas no Brasil. In: Berqó E, organizador. Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento-CNPd; 1998.
- 10- Klein JD, Macnulty M, Flatau CN. Adolescent's access to care. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998; 152:676-82.
- 11- Ziv A, Boulet JR, Slap GB. Utilization of physician offices by adolescents in the United States. *Pediatrics*. 1999; 104:35-42.
- 12- Silver LD. Direito à saúde ou medicalização da mulher: implicações para avaliação dos serviços de saúde para mulheres. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
- 13- Scott P. Gênero, família e comunidades: observações e aportes teóricos sobre o programa Saúde da Família. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. Gênero e saúde. Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: Abrasco; Brasília: Unfpa; 2005.
- 14- Dadoorian D. Adolescentes: por que elas querem engravidar? *Feminina*. 1996; 24(1): 47-51.
- 15- Desser NA. Adolescência: sexualidade e culpa. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1996.
- 16- Monteiro S. Qual prevenção? AIDS, sexualidade e gênero em uma favela carioca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- 17- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Editora MS; 2005.
- 18- Costa AM. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM. In: Costa AM. A presença da mulher no controle social das políticas de saúde/ Rede Feminista de Saúde. Belo Horizonte: Mazza Edições; 2003.
- 19- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Editora MS; 2005.

- 20- Ruzany MH, Andrade CLT, Esteves MAP, Pina MF, Szwarcwald, CL. Avaliação das condições de atendimento do Programa de Saúde do Adolescente no Município do Rio de Janeiro, *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(3):639-49.
- 21- Ruzany MH, Andrade CLT, Esteves MAP, Pina MF, Szwarcwald CL. Avaliação das condições de atendimento do Programa de Saúde do Adolescente no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(3):639-49.
- 22- Ruzany MH, Szwarcwald CL. Oportunidades perdidas... *Adolescência Latino-am*. 2000; 2(1):26-35.
- 23- Villela WV, Arilha M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: Berquó E, organizador. *Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora Unicamp; 2003.
- 24- Baleeiro MC, Siqueira MJ, Cavalcante RC, De Souza V. *Sexualidade do Adolescente: fundamentos para uma ação educativa*. Salvador: Fundação Odebrecht, Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Educação e Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 1999.
- 25- Schraiber LB. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. *Gênero e saúde. Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: Editora Brasília; 2005.
- 26- Oliveira MC, Bilac ED, Muszkat M. Homens e anti-concepção: um estudo sobre duas gerações masculinas de camadas médias paulistas. In: *Anais do Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. Caxambu: ABEP; 2000.
- 27- Braz M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Cienc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1):97-104.
- 28- Silva LF, Alves F. *A saúde das mulheres em Portugal*. Porto: Afrontamento; 2003.
- 29- Nascimento P. Homens e saúde: diversos sentidos em campo. *Cienc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1):26-8.
- 30- Rena LCCB. *Sexualidade e Adolescência. As Oficinas como prática pedagógica*. Belo Horizonte: Editora Autêntica; 2004.
- 31- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde do adolescente: competências e habilidades*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
- 32- Foucault M. *História da sexualidade I- A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal; 1993.
- 33- Ruzany MH. Atenção à saúde do adolescente: mudança de paradigma. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas. *Estratégias saúde do adolescente: competências e habilidades*. Brasília: Editora MS; 2008.
- 34- Pepe CCCA. Competências e habilidades na atenção à saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde do Adolescente: Competências e habilidades*. Brasília: Editora MS; 2008. p. 52-4.
- 35- Meirelles ZV, Ruzany MH. Promoção de saúde e protagonismo juvenil. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde do Adolescente: Competências e Habilidades*. Brasília: Editora MS; 2008. p. 35-40.
- 36- Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Cienc Saúde Coletiva*. 2005; 10(4):975-86.

Submissão: fevereiro de 2009

Aprovação: novembro de 2009
