

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

PRISCILA MUGNAI VIEIRA

**EDUCAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA: PRÁTICAS INTERSETORIAIS
ENTRE A SAÚDE E A EDUCAÇÃO**

São Carlos

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

PRISCILA MUGNAI VIEIRA

**EDUCAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA: PRÁTICAS INTERSETORIAIS
ENTRE A SAÚDE E A EDUCAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de São Carlos- UFSCar, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Prof. Dra. Thelma Simões Matsukura

São Carlos

2015

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

V658es

Vieira, Priscila Mugnai.

Educação sexual na adolescência : práticas intersetoriais entre a saúde e a educação / Priscila Mugnai Vieira. -- São Carlos : UFSCar, 2015.

190 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2015.

1. Educação sexual. 2. Adolescência. 3. Relações intersetoriais. 4. Políticas públicas. I. Título.

CDD: 372.372 (20ª)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Priscila Mugnai Vieira, realizada em 23/02/2015:

Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura
UFSCar

Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi
UFSCar

Profa. Dra. Maria Fernanda Barboza Cid
UFSCar

Profa. Dra. Ana Luiza Vilela Borges
USP

AGRADECIMENTOS

A Deus e também à Nossa Senhora que têm guiado meus caminhos e me amparado nesta etapa e em todos os momentos de minha vida.

À Thelma, minha orientadora, por sua competência, exigência, confiança, apoio e carinho, que me trouxeram, ao longo de todo este processo muito mais do que ensinamentos acadêmicos, mas aprendizagens sobre mim mesma e sobre a vida.

À Banca examinadora, professoras Ana Luiza Borges, Maria Fernanda Cid e Isabela Lussi, pelas importantes contribuições para o aprimoramento deste manuscrito.

Aos meus pais, Silvana e José Camilo, que sempre estiveram ao meu lado, me apoiaram e participaram das conquistas e angústias que envolveram todo o processo de aprendizagem ao longo do mestrado.

À Bila, minha querida irmã, com sua dedicação, amizade, competência, interesse, paciência e apoio constantes, que sempre me motivaram e fizeram acreditar que estava no caminho certo.

À minha Alice, sobrinha linda, que ajudou a tornar mais tranquilas as preocupações com o mestrado, com sua leveza, criatividade e doçura, próprias da infância, em nossas incontáveis brincadeiras de faz de conta.

Ao Paulo, meu companheiro, que estando longe ou perto sempre me apoiou, ajudou nos momentos necessários e trouxe muito amor e alegria para meus dias.

Às minhas amigas Mônica e Luciana que sempre estiveram ao meu lado. Pessoas queridas com as quais sempre tive e tenho trocas significativamente profundas, trazendo novos coloridos e sentidos para o amor e a amizade.

À Sheila, minha massoterapeuta e amiga, que sempre ajudou a aliviar as dores e tensões e trouxe boas energias com sua simplicidade, serenidade, carinho e cuidado.

À toda equipe da Liberdade Assistida e dos Salesianos, Glá, Mari, Re, Si, Má, Thau, Isaías, André, Marina, Mô, Elaine, Dri, padre Marcos e padre Paulo, dentre tantos outros queridos, companheiros de jornada e ideais, que sempre me apoiaram e incentivaram.

Aos participantes da pesquisa, pela disponibilidade e confiança em compartilhar suas experiências e serem os protagonistas deste trabalho.

Às minhas amigas de turma do PPGTO, que sempre foram tão unidas e companheiras nas alegrias e momentos de puro desespero.

À Terapia Ocupacional, como profissão e campo do conhecimento, que me encantou e vem me ensinando novas formas de se perceber o ser humano e seu entorno desde 2007, na Residência Multiprofissional, em 2009 na atuação conjunta no cotidiano de trabalho no Programa de Medidas, bem como em 2013 com meu ingresso no programa de pós-graduação.

À Clarissa Pinkola Estés que escreveu “Mulheres que correm com os Lobos”, ainda que ela nunca saiba o quanto sou grata e o quanto me transformou, considero importante deixar meu muito obrigada à autora desta densa, intensa e bela obra. Meu livro de cabeceira ao longo do mestrado, que me trouxe tanto aprendizado sobre o feminino. Proporcionou muito crescimento, força e coragem ao longo deste processo de formação e para a vida toda.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

A igreja diz: o corpo é uma culpa. A Ciência diz: o corpo é uma máquina. A publicidade diz: o corpo é um negócio. E o corpo diz: eu sou uma festa.

Eduardo Galeano

RESUMO

A saúde sexual e reprodutiva é compreendida como uma dentre as principais dimensões de risco e vulnerabilidade na adolescência e, desse modo, revela-se como prioridade para as Políticas Públicas vinculadas a esta população. A partir desta compreensão, bem como do reconhecimento das potencialidades da intersetorialidade entre a Saúde e Educação no que tange às práticas de cuidado vinculadas à saúde sexual e reprodutiva, o presente estudo se debruçou sobre as práticas de Educação Sexual com adolescentes realizadas em escolas e serviços de saúde. Objetivo geral: Identificar as perspectivas e as práticas acerca da intersetorialidade no trabalho de Educação Sexual com adolescentes sob a ótica de profissionais da Saúde e Educação em um município de grande porte no interior do estado de São Paulo. Método: Este estudo, de abordagem qualitativa, contou com a participação de 20 profissionais, dez do setor da Saúde, vinculados à Estratégia de Saúde da Família, e dez da Educação, vinculados ao Ciclo II do Ensino Fundamental. Para a coleta de dados utilizou-se de formulários de caracterização dos profissionais, dos serviços e das práticas de Educação Sexual e de roteiros de entrevista semi-estruturados. Os dados foram analisados a partir da Análise Temática, utilizando-se como subsídio teórico a literatura da área e as Políticas Públicas. Resultados: Em ambos os setores foram identificados dois modelos relacionados às concepções e as práticas de Educação Sexual: Modelo biológico-centrado e preventivo e Modelo biopsicossocial. Sobre os desafios da prática identificou-se a necessidade de capacitação, de apoio e a escassez de recursos, bem como a necessidade de organização, estrutura e rotina dos serviços. Acerca das Políticas Públicas vinculadas à Educação Sexual e à adolescência, em ambos os setores verificou-se a percepção de que as mesmas trazem contribuições para as práticas, embora destaquem fragilidades na implementação das propostas. Sobre a intersetorialidade na Educação Sexual, no setor da Educação, como potencialidade, identificou-se: a troca de conhecimentos, o acesso a dados, a aquisição de recursos pedagógicos e o aumento do acesso dos adolescentes aos serviços de saúde. Na Saúde, as potencialidades da intersetorialidade foram: corresponsabilização, integralidade e complementariedade do cuidado e melhoria de acesso da população adolescente à Saúde. Dentre as fragilidades relativas à intersetorialidade verificou-se: fragmentação e falta de corresponsabilização entre os setores; necessidade de capacitação. Os resultados evidenciam um distanciamento entre o que está previsto pelos documentos públicos e a efetivação na realidade da Educação Sexual, de modo que as práticas permanecem aquém do que está previsto em ambos os setores. Especificamente acerca da intersetorialidade, aponta-se que o setor da Saúde apresentou-se mais apropriado e instrumentalizado para a realização de práticas integradas, no entanto, é predominantemente no setor da Educação que as mesmas têm se concretizado. Discute-se que as práticas, em ambos os setores, necessitam de maior qualificação no que se refere a conteúdos abordados, metodologias utilizadas, capacitação, dentre outros. Considera-se a possibilidade de que as práticas intersetoriais de Educação Sexual, ainda que efetivadas no espaço escolar, necessitam de investimento e maior mobilização dos profissionais de ambos os setores, porém, compreende-se que o setor da Saúde pode contribuir com mais elementos para a concretização inicial.

Palavras-chave: Educação Sexual. Sexualidade. Adolescência. Intersetorialidade. Políticas Públicas.

ABSTRACT

Sexual and reproductive health is understood as one of the main dimensions of risk and vulnerability in adolescence and, therefore, is a priority for Public Policies that are aimed at this population. From this understanding, and also from the recognition of the potentials of intersectorality between Health and Education in regard of the care practices related to sexuality and reproductive health, this study focuses on the practices of sex education for adolescents, which are held in schools and health services. Main objective: To identify the perspectives and practices regarding the intersectoral work on Sex Education with teenagers from the perspective of Health and Education professionals in a large city in the state of São Paulo. Methodology: This study, which has a qualitative approach, has counted with the participation of 20 professionals, ten from the health sector related with the Family Health Strategy, and ten in the Education area linked to middle schools. In order to gather data, forms were used to characterize the professionals, the services and the Sex Education practices, and semi structured interview scripts were used as well. The data was analyzed with a Thematic Analysis, using previous researches and Public Policies as theoretical material. Results: In both sectors two models were identified related to the concept and practices of Sexual Education: the biological-centered model and the preventive and biopsychosocial model. In regard of the challenges of the practices, it was identified the need for training and support, and it was also identified resource scarcity and the need for organization, structuring and routine services. About the Public Policies related to Sex Education and to adolescence itself, in both sectors there was a perception that they bring contributions to the practices, although it was highlighted several weaknesses in the implementation of the proposals. About intersectoral Sex Education in the education sector, it was identified as potentialities: the exchange of knowledge, access to data, the acquisition of learning resources and increasing access of adolescents to health services. In the health sector, the identified potential of intersectoral were: co-responsibility, comprehensiveness and complementarity of care, and improved access of adolescents to health. Among the weaknesses on the intersectorality, it was found: Fragmentation and lack of co-responsibility between sectors; need for training. The results show a gap between what is granted by public documents and what is the reality of Sex Education, thus the practices remain less than what is expected in both sectors. Specifically about intersectorality, there are evidences that the health sector presented itself as more appropriate and able to achieve integrated practices, whereas it is in the education sector that these practices have been performed predominantly. It is discussed that the practices in both sectors require higher qualifications regarding the contents being addressed, the methodologies, training, among others aspects. It is considered the possibility that intersectoral practices on sexual education, although made effective in schools, still need investment and increased mobilization of the professionals of both sectors. However, it is understood that the health sector can contribute with more features for the initial implementation.

Keywords: Sex Education. Sexuality. Adolescence. Intersectorality. Public Policy.

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----|
| Tabela 1: Escolas Estaduais e as Regionais de Saúde do Município C. Fonte: elaborado pela autora. | 50 |
| Tabela 2: Unidades de Saúde da Família e as Regionais de Saúde do Município C. Fonte: elaborado pela autora. | 50 |
| Tabela 3: Dados gerais e formação acadêmica do Município C. Fonte: elaborado pela autora. | 55 |
| Tabela 4: Formação específica vinculada à Educação Sexual do Município C. Fonte: elaborado pela autora. | 56 |
| Tabela 5: Espaços sistematizados para o planejamento das práticas do Município C. Fonte: elaborado pela autora. | 57 |
| Tabela 6: Práticas de Educação Sexual do Município C. Fonte: elaborado pela autora. | 58 |
| Tabela 7: Especificações das práticas: objetivos, conteúdos e recursos do Município C. Fonte: elaborado pela autora. | 59 |
| Tabela 8: Especificações das práticas: frequência e parcerias do Município C. Fonte: elaborado pela autora. | 61 |
| Tabela 9: Dados gerais e formação acadêmica do Município C. Fonte: elaborado pela autora. | 63 |
| Tabela 10: Formação específica vinculada à Educação Sexual do Município C. Fonte: elaborado pela autora. | 64 |
| Tabela 11: Espaços sistematizados para o planejamento das práticas do Município C. Fonte: elaborado pela autora. | 65 |
| Tabela 12: Práticas de Educação Sexual do Município C. Fonte: elaborado pela autora. | 66 |
| Tabela 13: Especificações das práticas: objetivos, conteúdos e recursos do Município C. Fonte: elaborado pela autora. | 68 |
| Tabela 14: Especificações das práticas: frequência e parcerias do Município C. Fonte: elaborado pela autora. | 70 |
| Tabela 15: Categorias de Análise e Eixos Temáticos do Município C. Fonte: elaborado pela autora. | 148 |
| Tabela 16: Dados gerais das escolas do Município C. Fonte: elaborado pela autora. | 181 |
| Tabela 17: Cursos e atividades das escolas participantes do Município C. Fonte: elaborado pela autora. | 182 |
| Tabela 18: Dados gerais das USFs do Município C. Fonte: elaborado pela autora. | 183 |
| Tabela 19: Demandas dos adolescentes nas USFs do Município C. Fonte: elaborado pela autora. | 184 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------------|---|
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| ATPC | Aula de Trabalho Pedagógico Coletivo |
| DRE | Diretoria Regional de Ensino |
| DST | Doenças Sexualmente Transmissíveis |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| LDB | Lei de Diretrizes e Bases |
| PCN | Parâmetros Curriculares Nacionais |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PNDL | Programa Nacional do Livro Didático |
| PNLEM | Programa Nacional do Livro Didático para o Ensino Médio |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| PNPS | Política Nacional de Promoção da Saúde |
| PROSAD | Programa Saúde para Adolescentes |
| PSE | Programa Saúde nas Escolas |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SPE | Saúde e Prevenção nas Escolas |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| USF | Unidade de Saúde da Família |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| APRESENTAÇÃO | 12 |
| 1. INTRODUÇÃO | 18 |
| 1.1. Sexualidade e adolescência: concepções e perspectivas | 18 |
| 1.2. Educação Sexual: histórico e modelos | 24 |
| 1.2.1. Educação Sexual e sexualidade: um breve histórico | 24 |
| 1.2.2. Modelos de Educação Sexual: regulação dos corpos ou autonomia? | 26 |
| 1.3. Políticas Públicas da Saúde e da Educação vinculadas à Educação Sexual | 28 |
| 1.4. Intersetorialidade e Educação Sexual: estratégias e perspectivas | 33 |
| 1.5. Práticas de Educação Sexual: reflexões sobre a intersetorialidade entre a Saúde e a Educação | 38 |
| 2. OBJETIVOS | 43 |
| 3. MÉTODO | 44 |
| 3.1. Tipo de estudo | 44 |
| 3.2. Participantes | 44 |
| 3.3. Local | 44 |
| 3.4. Instrumentos de coleta de dados | 45 |
| 3.5. Procedimentos | 46 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 54 |
| 4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E DOS SERVIÇOS | 54 |
| 4.1.1. SETOR DA EDUCAÇÃO | 54 |
| 4.1.1.1. Informações dos participantes | 54 |

| | |
|--|-----|
| 4.1.1.2. Caracterização das práticas de Educação Sexual | 57 |
| 4.1.2. SETOR DA SAÚDE | 62 |
| 4.1.2.1. Informações dos participantes | 63 |
| 4.1.2.2. Caracterização das práticas de Educação Sexual | 65 |
| | |
| 4.2. CONCEPÇÕES, PRÁTICAS E PERPECTIVAS ACERCA DA EDUCAÇÃO SEXUAL NOS SETORES DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE E A INTERSETORIALIDADE: CATEGORIAS DE ANÁLISE | 73 |
| A. Educação Sexual: concepções e práticas | 71 |
| B. Desafios na realidade das práticas de Educação Sexual nos serviços | 72 |
| C. Espaço para a execução das práticas | 72 |
| D. Políticas Públicas e as práticas de Educação Sexual | 72 |
| E. Intersetorialidade entre a Saúde e a Educação: potencialidades e fragilidades | 72 |
| F. Estratégias e perspectivas para a Educação Sexual | 73 |
| | |
| 4.2.1. CATEGORIAS DE ANÁLISE DO SETOR DA EDUCAÇÃO | 73 |
| A. Educação Sexual: concepções e práticas | 73 |
| B. Desafios na realidade das práticas de Educação Sexual nas escolas | 80 |
| C. Espaço para a execução das práticas | 89 |
| D. Políticas Públicas e as práticas de Educação Sexual | 93 |
| E. Intersetorialidade entre a Saúde e Educação: potencialidades e fragilidades | 98 |
| E.1. Intersetorialidade entre a Saúde e a Educação: potencialidades | 98 |
| E.2. Intersetorialidade entre a Saúde e a Educação: fragilidades | 103 |
| F. Estratégias e perspectivas para a Educação Sexual | 107 |
| | |
| 4.2.2. CATEGORIAS DE ANÁLISE DO SETOR DA SAÚDE | 112 |
| A. Educação Sexual: concepções e práticas | 112 |
| B. Desafios na realidade das práticas de Educação Sexual nas Unidades de Saúde da Família | 118 |
| C. Espaço para a execução das práticas | 127 |
| D. Políticas Públicas e as práticas de Educação Sexual | 130 |

| | |
|--|------------|
| E. Intersetorialidade entre a Saúde e a Educação: potencialidades e fragilidades | 134 |
| E.1. Intersetorialidade entre a Saúde e a Educação: potencialidades | 135 |
| E.2. Intersetorialidade entre a Saúde e a Educação: fragilidades | 139 |
| F. Estratégias e perspectivas para a Educação Sexual | 142 |
| | |
| 4.3. SETORES DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE: APROXIMAÇÕES E DIFERENÇAS | 147 |
| | |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 157 |
| | |
| REFERÊNCIAS | 163 |
| APÊNDICES | 176 |

APRESENTAÇÃO

O desejo de desenvolver este estudo foi construído ao longo de minha trajetória de vida em relação à sexualidade. Desde criança tenho um interesse significativo por questões atreladas a esta temática. Meus pais são testemunhas de quantas perguntas “cabeludas” sempre fiz, sem contar os significativos momentos para o mais puro constrangimento de meu pai, quando as crianças bem pequenas descobrem as diferenças físicas entre os sexos masculinos e femininos.

Para além das curiosidades sobre os sexos biológicos, me interessava mesmo saber como as pessoas se sentiam sobre elas mesmas e sobre elas em relação ao outro, em relação ao mundo. Para minha grande sorte, meus pais me deram uma educação bastante afetiva, baseada no respeito às individualidades, amor e cuidado. Para todas aquelas perguntas inerentes ao processo de desvendar o mundo, quando criança, tive poucas respostas prontas e muita liberdade de cartografar meus sentimentos, valores, concepções, conhecimentos, a partir da minha subjetividade.

Fiz ensino fundamental em uma escola pública pequena, próxima à minha casa. Lá tive os primeiros prazeres e desprazeres advindos das experiências de Educação Sexual. Questões de gênero e homossexualidade eram constantemente emergentes nos nossos cotidianos e, de um modo geral, os professores nas suas limitações, quando não silenciavam, apresentavam uma abordagem que geralmente piorava a situação daqueles que eram vítimas de atos opressores. Sempre me incomodei com essas questões e, mesmo que na época não tivesse um repertório intelectual sobre as diversidades sexuais, sentia que não respeitar o outro na sua individualidade era algo estranho e errado, e entristecia-me.

Apesar destes desencontros, houve abordagens muito significativas, especialmente nas aulas de Ciências. Tive uma professora que trabalhava as questões de sexualidade de um jeito livre, gostoso e interessante. Professora Miriam nos provocava sobre a importância de uma relação de maior proximidade, prazer e cuidado com o próprio corpo e na relação com o outro, diferente da maioria das abordagens da época e que às vezes revela-se bastante atual, em que culpa e repressão atravessam o livre e saudável exercício da sexualidade. A turma toda aprendia fazendo teatros e jogos e eram essas as aulas preferidas de quase todos da sala.

O tempo passou, cursei o ensino médio e passei no vestibular para ingressar na graduação em psicologia na Universidade Estadual Paulista (UNESP) de Assis no ano de 2000. Desde o segundo ano do curso, passei a fazer parte de um projeto de prevenção e

sexualidade denominado “Encontrex”. Neste projeto, fazíamos gincanas com o pessoal da Universidade, grupos de estudos sobre a temática e intervenções com distribuição de camisinhas. Íamos caracterizadas de uma forma significativamente divertida, com camisinha de sabor, coloridas, enfeitando nossos penteados. Devia ser um tanto bizarro para quem nos olhasse, mas na realidade não éramos somente nós que achávamos o máximo, os outros gostavam muito também.

No terceiro ano, cursei uma disciplina que possibilitava estágios na comunidade e foi então que comecei a desenvolver práticas de Educação Sexual na escola. Era uma turma da antiga 6ª série e, imaginem só, duas universitárias falando de sexo? A molecada adorava, participava, prestava atenção. Os professores começaram até a ficar incomodados com a diferença de comportamento dos adolescentes, se comparado à bagunça nas aulas deles. Nossa sugestão foi: incluía algo sobre sexualidade na sua disciplina, certamente eles vão se interessar mais.

No quarto ano de faculdade, desenvolvi junto ao Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Sexualidade (GEPS), uma intervenção com professores da rede pública, atividade está vinculada a uma disciplina de estágio em Clínica. Em parceria com uma artista plástica da diretoria de ensino do município de Assis, nosso grupo de quatro estagiários de psicologia e o professor Dr. Fernando Teixeira Silva Filho desenvolvemos um curso sobre sexualidade. Questões variadas sobre a temática eram abordadas utilizando disparadores de arte para introduzir o conhecimento e as vivências. Diferente da maioria dos estágios vinculados à clínica em psicologia, exercitamos o aprendizado deste olhar clínico de uma forma mais ampliada, a partir de uma análise da instituição escolar como um organismo vivo, com suas relações e dinâmicas conscientes e inconscientes.

Esta estratégia foi especialmente marcante e positiva em minha trajetória. No curso foi possível perceber quantos mitos e tabus sobre sexualidade as pessoas sustentam ao longo de suas vidas. Além de trazer muito sofrimento e limitações, esses tabus dificultavam a execução da prática da Educação Sexual realizada por esses professores nas escolas. Foi bonito perceber o quanto sensibilizar abre portas e ajuda a desconstruir barreiras que pareciam cristalizadas.

Vim para a cidade de São Carlos um ano após concluir minha graduação, em 2007, cursar a primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, pela UFSCar. Esta experiência me proporcionou, dentre muitas coisas, compreender e conhecer melhor a Terapia Ocupacional, uma vez que a profissão se desenvolveu

significativamente e vem oferecendo contribuições para a efetivação da integralidade nas práticas de cuidado em saúde na Atenção Básica.

Trabalhei cotidianamente com terapeutas ocupacionais em muitas intervenções conjuntas. Estas práticas eram muito gratificantes, não somente pela afeição e identificação própria de relações de amizade, mas por compartilharmos profissionalmente de uma visão bastante próxima sobre sujeito, questões de saúde mental, da importância da atividade e conquista de maior autonomia no cotidiano de vida das pessoas.

Em nosso grupo de residentes, desenvolvíamos em equipe multiprofissional planos de cuidado em saúde compartilhados e fazíamos matriciamento com as equipes de Saúde da Família nas Unidades em que atuávamos. Na área de abrangência de uma das Unidades que atuei nesta época, havia uma escola de ensino fundamental e médio. A relação entre a Unidade de Saúde e a escola mostrava-se bastante fragilizada e por isso, decidimos tentar uma aproximação. Escrevemos um projeto de Educação Sexual e durante os dois anos desenvolvemos a prática que, por sua vez, teve continuidade com as turmas seguintes de residentes.

A experiência de uma abordagem mais dinâmica, vivenciada no curso sobre sexualidade com os professores durante a graduação, descrita anteriormente, contribuiu como uma importante referência no modelo de abordagem de Educação Sexual que desenvolvemos com os adolescentes naquela escola da comunidade. As práticas eram bastante dinâmicas e sempre buscávamos trabalhar em uma perspectiva da sexualidade como direito, bem como sensibilizar os adolescentes sobre o respeito em relação às diversidades tais como sexuais, de gênero, raciais, étnicas e culturais. Buscávamos desenvolver um cuidado em saúde e sexualidade mais emancipatório, a favor da autonomia, de modo que os adolescentes, mais conscientes e tendo ampliado seus repertórios de informações, fizessem suas próprias escolhas.

Concluí a residência em 2009 e, ainda apaixonada pelo tema, elaborei uma proposta de formação sobre adolescência e sexualidade voltada para profissionais da rede pública, intitulada “Adolescência: da sensibilização ao cuidado”. O curso foi financiado pelo Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS do município de São Carlos e teve duração de aproximadamente cinco meses. Tínhamos três turmas, todas com uma composição intersetorial, com profissionais vinculados à prefeitura das áreas da Saúde, Educação e Assistência Social. Os resultados desta experiência foram muito bons e quero crer

que as intervenções tenham boas repercussões nas práticas dos profissionais participantes até hoje.

Estas experiências, bem como o trabalho de dois anos de Educação Sexual durante a residência, me provocavam sobre a contribuição da intersetorialidade e interdisciplinaridade para a qualificação das práticas educativas vinculadas à sexualidade na adolescência. Do mesmo modo, especialmente ao longo do processo da residência, dada as dificuldades de articulação da Unidade de Saúde com a escola da comunidade, foi possível identificar resistências entre os setores, Saúde e Educação, para o trabalho intersetorial.

Concomitante ao desenvolvimento do curso de formação “Adolescência: da sensibilização ao cuidado”, ingressei no Programa de Medidas Socioeducativas em meio aberto. Fui orientadora de Liberdade Assistida por cinco anos consecutivos. Neste programa, desenvolvíamos diversas estratégias de cuidado junto aos adolescentes, contando com uma equipe multiprofissional com profissionais capacitados e em sintonia nas abordagens teóricas e práticas relacionadas ao ato infracional, às questões de direito e cidadania, bem como à fase da adolescência. Novamente em parceria com a Terapia Ocupacional, na figura de outras três amigas, Aline, Marielide e Monica, desenvolvíamos práticas vinculadas à Educação Sexual com os adolescentes em cumprimento de medida, muitas vezes também em conjunto com outros coletivos de adolescentes da instituição.

Os desafios do cotidiano de trabalho em um programa de medidas são muitos, especialmente frente às questões polêmicas e atuais. Enfrentamos lutas relacionadas à discussão sobre a redução da maioria penal, bem como frente às outras questões vinculadas a valores, perspectivas e propostas, propagadas na sociedade e que só reforçam a exclusão de adolescentes que já encontram-se à margem, ao menos no que se refere à violação de muitos direitos sociais. Enfim, estratégias de enfrentamento e reflexão sobre os desafios da prática eram constantemente pensados pelo programa.

Naquela época, Glaziela, minha coordenadora, também terapeuta ocupacional, solicitou e efetivou uma parceria com o departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar, para realizar encontros de supervisão para nossa prática de trabalho. Os encontros eram realizados por duas docentes/pesquisadoras, professoras Thelma Simões Matsukura e Maria Fernanda Cid e dois estagiários da graduação deste departamento. Estes espaços foram significativamente importantes para o nosso trabalho, como também para nós, na dimensão pessoal, de modo que saíamos a cada encontro provocadas e, ao mesmo tempo, renovadas.

Em um dos encontros soube que as inscrições para o processo de seleção do mestrado em Terapia Ocupacional estavam abertas e, provocada pela identificação com a área e animada por ser uma oportunidade de estudar algo que sou apaixonada, tomei a decisão de participar da seleção. Na época, as indagações anteriores sobre a intersectorialidade na prática de Educação Sexual, bem como sobre a sexualidade revelar-se como um fenômeno tabu, permaneciam e, aos poucos, minha questão de pesquisa foi se delineando.

Ingressei no mestrado no início de 2013 e passei por todos aqueles momentos ambivalentes, prazerosos e difíceis, próprios da pós-graduação *stricto-senso*. Embora seja uma psicóloga aparentemente “intrusa” em um Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional, preciso confessar que me sinto bastante à vontade. A investigação proposta está vinculada à Atenção Básica e à Educação, que são equipamentos que fazem parte do cotidiano dos adolescentes, bem como aborda o fenômeno da sexualidade, que é parte da saúde e inerente ao desenvolvimento humano. Tais aspectos tornaram coerente e possível o desenvolvimento deste estudo em um Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional.

A linha de pesquisa em que este estudo foi realizado se debruça sobre a promoção do desenvolvimento humano nos contextos da vida diária. Nesta perspectiva, a partir do reconhecimento da potencialidade de práticas vinculadas à sexualidade para o desenvolvimento na adolescência, o presente estudo debruçou-se sobre as práticas de Educação Sexual desenvolvidas nos serviços públicos de Saúde e Educação, com destaque à intersectorialidade entre estas áreas.

Os desafios, potencialidades e perspectivas dos profissionais para a efetivação da intersectorialidade nas práticas de Educação Sexual, a partir da ótica destes atores, foram investigados, analisados e discutidos. O objetivo de avançar neste aspecto, parte do reconhecimento da potencialidade resultante da parceria entre estes setores para as práticas de Educação Sexual para adolescentes (BAUMFELD et al., 2012; FERREIRA; TORGAL, 2011; MOIZÉS; BUENO, 2010).

Como balizamento teórico, estudos anteriores da literatura relacionados ao campo foram considerados e discutidos, bem como as Políticas Públicas vinculadas à Educação Sexual, uma vez que oferecem subsídios teóricos e práticos às práticas desenvolvidas junto à população adolescente (BRASIL, 1997b; BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007c; BRASIL, 2007d; SFAIR, 2012; CARIDADE, 2009; GARCIA, 2005; DUARTE, 2010).

Do mesmo modo, as concepções, valores e conhecimentos específicos dos profissionais que desenvolvem as práticas vinculadas à Educação Sexual foram foco de

reflexões e análise, visto que revelam-se significativamente importantes, pois oferecem respaldo às intervenções, tanto quanto as Políticas (ANASTÁCIO, 2007; SILVA; NETO, 2006).

Na sequência, a fundamentação teórica deste estudo está apresentada e organizada em cinco seções: 1.1. Sexualidade e Adolescência: concepções e perspectivas; 1.2. Educação Sexual: histórico e modelos; 1.3. Políticas Públicas da Saúde e da Educação vinculadas à Educação Sexual; 1.4. Intersetorialidade e Educação Sexual: estratégias e perspectivas; 1.5. Práticas de Educação Sexual: reflexões sobre a intersetorialidade entre a Saúde e a Educação. Após a fundamentação teórica, apresentam-se os objetivos do presente estudo, em seguida o método e posteriormente, os resultados e discussão.

Para concluir esta apresentação, gostaria de destacar que afastei-me da prática para mergulhar na pesquisa, o que considero que foi uma importante decisão, pois renovou minhas forças e energias, algo que acontece quando nos sentimos mais felizes e inteiros. Assim, espero que este trabalho de alguma forma possa contribuir com a reflexão e, quem sabe, para o fortalecimento das práticas de Educação Sexual, tanto quanto me sinto fortalecida após trilhar este caminho.

1. INTRODUÇÃO

1.1 SEXUALIDADE E ADOLESCÊNCIA: CONCEPÇÕES E PERSPECTIVAS

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano significativamente importante, marcada não somente pela idade cronológica, mas constituída a partir de transformações biológicas, psicológicas, sociais e culturais (BORGES, 2004).

Existem variações com relação à idade correspondente ao período da adolescência. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), esta etapa vai dos dez aos dezenove anos de idade. (WHO, 2002) Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990b), a adolescência corresponde ao período que vai dos doze anos de idade e se encerra aos dezoito anos.

Soares (2007) aponta que a compreensão do fenômeno da adolescência se expressa de diferentes formas, que variam de acordo com os conceitos e as respectivas ideologias dominantes em diferentes contextos e culturas. Conforme destaca esta autora, não se trata de um fenômeno universal, mas sim de um construto social que apresenta tanto variações conceituais, bem como diferenças no modo dos indivíduos vivenciarem e se expressarem.

A área da Saúde mais tradicional é marcada por uma compreensão mais biológica deste fenômeno, em que as questões relativas à puberdade, que correspondem às transformações fisiológicas desta etapa do desenvolvimento, mostram-se imperantes (SOARES, 2007). Esta perspectiva justifica a centralização do foco das intervenções voltadas a esta população serem os riscos vinculados às questões mais fisiológicas, tais como prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e gravidez na adolescência (SOARES, 2007).

Sob influência da Psicanálise, a antropologia culturalista, ainda no século passado, passa a compreender o fenômeno como uma construção social e incorpora a dimensão cultural no processo de estruturação da personalidade nesta fase do desenvolvimento. Já a sociologia tradicional, relaciona a fase da adolescência às questões econômicas da sociedade, marcada pela transição da infância para a vida adulta, de modo que os indivíduos saem de uma posição de dependência, para serem capazes de produzir e reproduzir economicamente na sociedade (SOARES, 2007).

Fernandes (2014) aborda sobre o fenômeno da adolescência em outra perspectiva, a partir da teoria bioecológica desenvolvida por Bronfenbrenner (1917-2005) que, embora

considere os fatores biológicos e psicológicos, amplia a concepção de indivíduo e desconstrói padrões determinantes vinculados ao desenvolvimento. Esta autora aponta que, sob a perspectiva desta teoria, a adolescência trata-se de um fenômeno construído socialmente em dado contexto histórico e cultural, constituído a partir das interações do indivíduo com o meio, pessoas e objetos. Sob esta perspectiva bioecológica, compreende-se que os sujeitos na fase da adolescência não são somente transformados pelos contextos que vivenciam, mas também provocam mudanças e afetações em seu entorno.

Segundo Baptista, Baptista e Dias (2001), nesta etapa do desenvolvimento, as experiências e vínculos que se estabelece em contextos sociais e grupos de referência, tais como a família e a escola, mostram-se significativamente importantes, uma vez que oferecem possibilidades para que os sujeitos se aprimorem intelectualmente, bem como desenvolvam habilidades de interação social, a partir da relação com o outro e percepção sobre si mesmo. De acordo com estes autores, outra potencialidade do período da adolescência relaciona-se ao amadurecimento e reconhecimento que os sujeitos desenvolvem sobre a possibilidade de identificar diferentes alternativas e escolhas para a solução de problemas.

Saito (2008), acerca do reconhecimento da potencialidade da escola, por exemplo, enquanto grupo de referência, bem como espaço de significativa importância no processo de construção do ser humano, destaca sobre a necessidade de que sejam abordadas junto aos adolescentes questões como sexualidade, drogas, projetos de vida, dentre outras, em que a partir do respeito à autonomia e reconhecimento das capacidades dos adolescentes, seja favorecida a prevenção de riscos e vulnerabilidades.

De acordo com Soares (2007), a Saúde Pública, mais especificamente após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990a), bem como nas demais políticas seguintes, incorpora à compreensão do fenômeno da adolescência as dimensões biológicas, sociais e psicológicas, embora permaneça mais focada nas questões de risco e vulnerabilidade que envolvem esta fase. Conforme aponta esta autora, a Saúde Pública parte da compreensão de que o desenvolvimento humano é marcado por diferentes etapas, atravessadas por mudanças e transformações biopsicossociais.

Embora reconheça-se limitações com relação à compreensão do fenômeno da adolescência sustentada pela Saúde Pública, ressalta-se ser esta a perspectiva adotada pelo presente estudo, justificada pelo fato das Políticas Públicas voltadas à adolescência e à sexualidade sustentarem esta concepção e serem este o material teórico utilizado para balizar a pesquisa.

Assim, independentemente das variações relacionadas às idades que correspondem a este período, bem como sobre as diferenças nas compreensões deste fenômeno, existe a concordância nas Políticas Públicas voltadas à adolescência, bem como de diversos autores na literatura, sobre esta ser uma fase de múltiplas mudanças nas dimensões fisiológicas, sociais e psicológicas, que repercutirão significativamente na vida dos sujeitos (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007c; BORGES, 2004; MOREIRA et al., 2008).

Trata-se de um período do desenvolvimento que se revela marcado por conflitos e contradições, na passagem das vivências da infância para a entrada no mundo adulto, bem como no processo de formação da identidade (MOREIRA et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2009; COSTA et al., 2001). As questões de sexualidade fazem parte deste processo de transformação na adolescência e mostram-se atreladas às descobertas sobre os desejos, valores pessoais e construção da identidade. Com relação à adolescência, Moreira e colaboradores (2008) afirmam que

[enquanto] parte inerente do ciclo de vida humano, a adolescência constitui-se de características próprias, que a diferenciam das demais faixas etárias. Este é um período confuso, de contradições, de formação da identidade e da auto-estima (p.2).

Segundo a OMS a sexualidade não está vinculada unicamente às relações sexuais, mas está relacionada a aspectos mais amplos da vida e pode influenciar a saúde física e mental humana (BOLETIM, 2000). Neste sentido, a sexualidade mostra-se uma dimensão significativamente importante e elemento estruturador e formador da identidade dos sujeitos (COSTA et al., 2001).

Além das questões relativas à sexualidade, discute-se sobre características específicas da fase da adolescência que contribuem para o aumento da vulnerabilidade. Brêtas (2010) destaca sobre a onipotência na adolescência, que está comumente associada à sensação de invulnerabilidade que pode resultar na exposição do sujeito a situações de risco, como por exemplo, questões vinculadas ao uso de drogas, bem como às vivências da sexualidade.

Assim, em decorrências das diversas especificidades e transformações que ocorrem nesta etapa do desenvolvimento, considera-se que a adolescência é um período de significativa vulnerabilidade, que resulta na necessidade de cuidados diferenciados e específicos, inclusive com relação à sexualidade (MOREIRA et al., 2013).

Somada às questões mais subjetivas relacionadas às transformações e vulnerabilidades na adolescência, Borges, Latorre e Schor (2007) apontam sobre os riscos relacionados à saúde sexual e reprodutiva e afirmam que

[não] se pode negar que, do ponto de vista da saúde reprodutiva e sexual, ao mesmo tempo em que marca uma passagem para a vida adulta, também insere o adolescente, de forma mais intensa, no grupo vulnerável às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS, à gestação não planejada e ao aborto (p. 1583).

Ao considerar o aumento de índices de gravidez na adolescência e de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e de HIV/AIDS nesta população, Borges (2004) em estudo voltado à iniciação da vida sexual na adolescência, ressalta a legitimidade de se desenvolver práticas de promoção e prevenção voltadas à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes (BORGES, 2004). Do mesmo modo, Quirino e Rocha (2012) destacam sobre tais práticas abordarem as dimensões subjetivas, sociais e culturais da sexualidade, para além dos aspectos biológicos.

Nesta perspectiva, Políticas Públicas voltadas à saúde sexual e reprodutiva são elaboradas com o objetivo de garantir, por meio de ações de promoção e prevenção, a atenção integral à saúde dos adolescentes. Exemplos destas Políticas são a Política Nacional de Atenção Integral à saúde de adolescentes e jovens (BRASIL, 2007c) e o Marco Teórico Referencial da Saúde Sexual e Reprodutiva de adolescentes e jovens (BRASIL, 2007a), dentre outras.

Estes documentos públicos, advindos do Ministério da Saúde, discutem estratégias e oferecem suportes teóricos sob uma perspectiva de integralidade da saúde. Dentre os diversos aspectos da saúde abordados, destacam-se as questões relativas à sexualidade na adolescência, que é compreendida em seu sentido mais amplo, biopsicossocial, reconhecida como direito e considerada como a dimensão de maior vulnerabilidade nesta etapa do desenvolvimento (BRASIL, 2007c). Sobre esta compreensão mais ampla do fenômeno da sexualidade, Gomes (2013) coloca que

[a] sexualidade humana não resulta de instintos, genes ou hormônios. Ela é uma construção não linear, que ocorre por meio de condições históricas, sociais e culturais diversas e por isso são diversas também suas expressões (p.9).

No que se refere ao reconhecimento dos direitos sexuais na adolescência, como dimensão dos direitos humanos, incluem-se como ramificações, o direito à saúde sexual e reprodutiva, o direito ao acesso às informações relacionadas à sexualidade, bem como o direito à Educação Sexual (OMS, 2006).

Embora a importância e necessidade de se cuidar das questões relacionadas à sexualidade sejam destacadas, comumente esta temática não é priorizada nas práticas educativas realizadas junto aos adolescentes. O entendimento de que a sexualidade é algo privado e, portanto, responsabilidade exclusiva das famílias e do sujeito, tem justificado o fato de muitos profissionais ignorarem, ocultarem ou reprimirem questões relacionadas à temática (BRASIL, 1997b).

Neste sentido, as questões sobre a sexualidade emergentes nos espaços educativos passam a ser focadas nas pessoas e, dessa forma, muitos comportamentos são compreendidos de forma moralizante e passam a ser considerados como desviantes, promíscuos, hiperssexualizados (GOMES, 2013). Nesta perspectiva, desconsidera-se a sexualidade como fenômeno complexo, atravessado e construído a partir de arranjos subjetivos, sociais, culturais, e que se expressa no coletivo de diferentes formas (CHAUÍ, 1985; BOZON 2004; MEIRA et al., 2006).

As práticas educativas que se pautam nesta concepção mais privada e individual da sexualidade, nos conteúdos/temas a serem abordados, mantêm-se focadas, prioritariamente, em aspectos biológicos e preventivos, sendo negligenciadas as dimensões subjetivas, sociais e culturais da sexualidade (ALTMANN, 2013; FURLANI, 2003; CASTRO; ABRAMOWAY; SILVA, 2004).

Assim, a compreensão do fenômeno da sexualidade afeta diretamente o modo como serão desenvolvidas as práticas de Educação Sexual. O entendimento de que a sexualidade é algo puramente individual, privado, e biológico e não um construto sociocultural, resulta em condutas restritivas e que podem interferir na adoção ou não de comportamentos preventivos (LIONÇO; DINIZ, 2008).

Embora a sexualidade seja vivenciada no âmbito individual, por se tratar de um fenômeno complexo, a sua construção é atravessada por valores e normas sociais e culturais (CHAUÍ, 1985; BOZON 2004; MEIRA et al., 2006). Em concepções mais restritas sobre a sexualidade, as diferenças individuais tais como gênero, diversidades sexuais, por exemplo, embora sejam questões complexas relacionadas à fatores que vão além das dimensões

fisiológicas, passam a ser naturalizadas (ALTMANN, 2013; FURLANI, 2003; CASTRO; ABRAMOWAY; SILVA, 2004).

Assim, ressalta-se que as mudanças que ocorrem na fase da adolescência podem ser cuidadas através de práticas vinculadas à Educação Sexual, de modo que temas como prevenção, relacionamentos, puberdade, desejos, dentre outros, possam ser abordados nas dimensões sociais, subjetivas e culturais da sexualidade (QUIRINO; ROCHA, 2012).

As práticas de Educação Sexual, sob uma perspectiva a favor da autonomia dos sujeitos, podem oferecer maior respaldo e subsídios críticos aos adolescentes, de modo que estejam mais fortalecidos para fazer suas próprias escolhas e vivenciar o exercício da sexualidade de modo saudável e consciente (COSTA et al., 2001; ALENCAR et al., 2008).

Ainda com relação às vulnerabilidades e à Educação Sexual na adolescência, Taquette, Vilhena e Paula (2004) apontam que a maneira como ocorrem os processos de iniciação da vida sexual, relacionados especialmente a adoção de comportamentos mais responsivos e preventivos, pode estabelecer os padrões de comportamento para a vida sexual futura. Este indicativo ressalta a potencialidade de se investir em práticas vinculadas à Educação Sexual junto a esta população (TAQUETTE; VILHENA; PAULA, 2004).

A temática em torno da adolescência tem apresentado um importante enfoque na literatura internacional, de modo que as questões de risco relativas ao exercício da sexualidade definem-se como prioridade em campanhas da Organização das Nações Unidas (ONU) (PAIVA et al., 2008). Com o intuito de se defender a relevância de investir em práticas de cuidado diferenciadas e específicas voltadas a esta população, o Fundo das Nações Unidas (UNICEF) (2011) define a adolescência como:

uma etapa de oportunidades para a criança, e um momento crucial para que possamos continuar construindo seu desenvolvimento na primeira década de vida, ajudá-la a navegar em meio a riscos e vulnerabilidades, e colocá-la no caminho da realização de seu potencial (p. 2)

Paiva e colaboradores (2008) realizou uma pesquisa com um total de 670 adolescentes brasileiros sobre a idade de iniciação da vida sexual e o uso de preservativos, nos períodos de 1998 e 2005. O estudo identificou que a média de iniciação da vida sexual dos adolescentes brasileiros é quinze anos de idade. Neste estudo verificou-se que existe uma diminuição do uso de camisinha entre aqueles que iniciaram a vida sexual antes dos quatorze anos, bem como eram mais escolarizados e pertenciam à região sudeste do país (PAIVA et al., 2008).

O estudo de Paiva e colaboradores (2008) evidencia importantes indicativos que justificam a necessidade de se abordar sobre a sexualidade no espaço escolar, bem como provocam sobre a importância de se considerar o adiamento da iniciação da vida sexual para as práticas de Educação Sexual. Assim, o conhecimento sobre a idade de iniciação sexual revela-se importante no sentido de se desenvolver práticas que antecedem esta experiência junto a esta população (BORGES, 2004).

No Brasil, as predominâncias das intervenções nas escolas ocorrem no Ensino Médio e, ao considerar as idades relativas à iniciação, bem como os impactos da prevenção para comportamentos futuros, considera-se que as Políticas Públicas devem garantir que a sexualidade e temáticas afins sejam trabalhadas junto aos adolescentes também no Ensino Fundamental (PAIVA; PUPO; BARBOZA, 2006).

De acordo com Paiva, Pupo e Barboza (2006), abordar precocemente sobre a sexualidade não se mostra como um fator determinante que resulta na iniciação sexual precoce dos adolescentes e, do mesmo modo, não se configura como um estímulo para a frequência do sexo nesta população. Ao contrário, é uma estratégia protetiva que favorece a redução à exposição às situações de risco e vulnerabilidades, bem como garante o direito dos adolescentes ao acesso às práticas de prevenção (PAIVA; PUPO; BARBOZA, 2006).

1.2. EDUCAÇÃO SEXUAL: HISTÓRICO E MODELOS

1.2.1. EDUCAÇÃO SEXUAL E SEXUALIDADE: UM BREVE HISTÓRICO

Por se tratar de um fenômeno complexo, que envolve questões fisiológicas, emocionais, históricas e socioculturais, as concepções sobre sexo e sexualidade variaram de acordo com cada período da história (PRIORE, 2011). De acordo com Foucault (1988), até o século XVII as questões de sexualidade eram discutidas abertamente e, após este período, com o início do capitalismo, passa-se a emergir uma repressão em torno desta temática.

Com o surgimento da Revolução Industrial, as prioridades deveriam ser as questões relacionadas estritamente ao trabalho e, os demais aspectos relativos aos prazeres e desejos, que resultassem em gasto de energia, deveriam ser reprimidos (FOUCAULT, 1988; PRIORE, 2011). Neste momento histórico, a mensagem veiculada era de que o sexo e demais questões

vinculadas ao exercício da sexualidade eram fonte de malefícios físicos e mentais (FOUCAULT, 1988).

Chauí (1985) afirma que no século XIX o sexo passa a ser percebido como um problema de saúde e, a partir de uma perspectiva e concepção higienistas, passam a ser definidas normatizações de condutas e comportamentos sexuais.

Com o surgimento da psicanálise, mais especificamente nas teorias de Sigmund Freud (1987/1905), ressignifica-se e amplia a concepção da vivência da sexualidade, para além da relação sexual (LIONÇO; DINIZ, 2008). Com relação à ampliação do fenômeno da sexualidade, Ribeiro (2009) aponta que o entendimento de que a sexualidade encontra-se além das questões físicas e genitais, mas que trata-se de um elemento estruturador e constituinte da personalidade, favoreceu a ampliação do conceito deste fenômeno.

Sobre os modelos de cuidado e práticas vinculadas à sexualidade no Brasil, os países europeus tiveram uma importante influência, inclusive no processo de elaboração das Políticas Públicas relacionadas com o campo da Educação Sexual (FIGUEIRÓ, 2010).

No Brasil é prevista por lei a Educação Sexual nas escolas desde 1928, época em que a concepção social relacionada à sexualidade e à prática de Educação Sexual predominante era higienista, marcada fortemente pela resistência de valores morais religiosos (NARDI; QUARTIERO, 2012; BORGES; MEYER, 2008). Esta concepção perdurou fortemente até aproximadamente a década de 1950, embora tais valores revelam-se ainda perpetuados nos dias atuais (NARDI; QUARTIERO, 2012; BORGES; MEYER, 2008).

Assim, inicialmente as práticas mostravam-se respaldadas por concepções mais repressoras, onde a Educação Sexual estava incumbida da tarefa de “controlar” tantos os impulsos sexuais dos adolescentes, como reprimir qualquer conduta e desejo que fugisse às normas e padrões sociais, considerados corretos e “normais” (FONSECA, 2002).

No início dos anos 1970 a Educação sexual, já incluída nos currículos escolares, contava com abordagens assistencialistas, nas quais estritamente os aspectos biológicos eram abordados. O movimento feminista foi significativamente importante com relação à luta pela abordagem da Educação Sexual a partir de uma lógica de liberdade individual, não sexista, mas resultou em poucas mudanças efetivas na realidade das práticas (RIBEIRO, 2004; NARDI; QUARTIERO, 2012). Do mesmo modo, na década de 1980, a preocupação com o risco de infecção pelo vírus HIV entre os jovens influenciou os projetos de Educação Sexual (NARDI; QUARTIERO, 2012; BRASIL, 1997b).

Apenas na década de 1990, a sexualidade passa a ser abordada tangencialmente, mas ainda com foco nas questões de prevenção de DST/AIDS e gravidez na adolescência (NARDI; QUARTIERO, 2012). Ainda nesta década, com a criação dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) em 1997, é previsto que a Educação Sexual passe a ser trabalhada nas escolas de modo transversal, em uma perspectiva de cidadania, em que os direitos sexuais mostram-se vinculados aos direitos humanos (BARREIRO; TEIXEIRA-FILHO; VIEIRA, 2006).

Importantes marcos no sentido de reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direito humano, foram as Conferências internacionais sobre População e Desenvolvimento, realizada em Cairo em 1994 (ONU, 1994), e a Conferência mundial sobre a Mulher realizada em Pequim em 1995 (VENTURA, 2003). Os resultados destas conferências influenciaram as práticas educativas vinculadas à sexualidade, de modo que passa-se a reforçar a responsabilidade do Estado sobre ações educativas nos setores da Saúde e da Educação, que promovessem o acesso à informações e cuidados voltados à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens, enquanto questões de direitos dos adolescentes (VENTURA, 2003).

Neste sentido, para a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos, relacionados ao livre exercício da sexualidade e às questões de reprodução humana, passa a ser necessária a busca pela garantia de acesso aos adolescentes às práticas vinculadas à Educação Sexual nos serviços de saúde e educação (BUGLIONE, 2002).

1.2.2. MODELOS DE EDUCAÇÃO SEXUAL: REGULAÇÃO DOS CORPOS OU AUTONOMIA?

Os modelos que embasam as práticas de Educação Sexual, especialmente no que se refere ao que está previsto nos documentos públicos, sofreram mudanças significativas ao longo dos tempos. Enquanto inicialmente havia um objetivo de controle, legalmente a Educação Sexual passa a ser respaldada em uma perspectiva emancipatória, que busca a promoção da autonomia e reconhece os direitos sexuais dos adolescentes (BARREIRO; TEIXEIRA-FILHO; VIEIRA, 2006).

De acordo com Duarte (2010), os modelos de Educação Sexual variam em relação às concepções daqueles que praticam e promovem as práticas. Segundo este autor, os modelos

sustentam as perspectivas teóricas e subjetivas que oferecerão embasamento para o desenvolvimento das práticas de Educação Sexual.

Nesta perspectiva, os modelos de Educação Sexual podem se diferenciar nos valores, compreensões e concepções da sexualidade, bem como sobre as temáticas a serem trabalhadas nos espaços educativos voltados a esta questão (DUARTE, 2010).

Os modelos podem revelar-se mais centrados em aspectos biológicos e preventivos sobre a sexualidade (DUARTE, 2010). Nesta perspectiva, as práticas mostram-se estritamente focadas na prevenção de DST/AIDS e gravidez não planejada na adolescência, bem como buscam regular e tutelar os corpos e comportamentos dos adolescentes (PIMENTA; TOMITA, 2012; CASTRO; ABRAMOWAY; SILVA, 2004; NARDI, 2008).

Do mesmo modo, outros modelos se referem à uma perspectiva e concepção mais abrangentes, que consideram o fenômeno da sexualidade como um construto biopsicossocial (DUARTE, 2010). Neste caso, as abordagens são mais amplas e abrangem questões para além das dimensões biológicas da sexualidade, de modo que incluem-se temáticas subjetivas e socioculturais (DUARTE, 2010).

Com relação a esta concepção, que compreende que as práticas devem abranger questões para além dos aspectos biológicos da sexualidade, especificamente sobre a abordagem da Educação Sexual nas Ciências Naturais, é apontado nos PCN (BRASIL, 1997b) que:

[praticamente] todas as escolas trabalham o aparelho reprodutivo em Ciências Naturais. Geralmente o fazem por meio da discussão sobre a reprodução humana, com informações ou noções relativas à anatomia e fisiologia do corpo humano. Essa abordagem normalmente não abarca as ansiedades e curiosidades das crianças, nem o interesse dos adolescentes, pois enfoca apenas o corpo biológico e não inclui a dimensão da sexualidade (p.292).

Nesta perspectiva mais abrangente, as práticas mostram-se comprometidas com a ética e emancipação dos sujeitos e reconhecem o exercício da sexualidade como direito humano, a favor da autonomia nas vivências da sexualidade (BARREIRO; TEIXEIRA-FILHO; VIEIRA, 2006; PICAZIO, 1998; MAIA et al., 2012).

Embora observa-se avanços, tanto nos aspectos metodológicos, como nos paradigmas e documentos públicos que embasam as práticas, pesquisas revelam que, nos dias atuais, padrões ultrapassados permanecem predominantes (NARDI; QUARTIERO, 2012; BORGES; MEYER, 2008).

Esta predominância mostra-se relacionada tanto às abordagens permanecerem restritas às questões biológicas e preventivas, quanto às questões mais subjetivas e pessoais dos profissionais, tais como as práticas de Educação Sexual mostrarem-se embasadas por valores morais e preconceituosos (PIMENTA; TOMITA, 2012; CASTRO; ABRAMOWAY; SILVA, 2004).

Compreende-se que uma abordagem ética nas práticas de Educação Sexual pode se configurar como um espaço para se provocar questionamentos sobre padrões culturais predominantes, no sentido de superação de preconceitos e tabus relacionados à sexualidade (GOMES, 2013; MAIA et al., 2012). Nesta perspectiva, considera-se a liberdade individual a partir do reconhecimento do exercício da sexualidade como um direito humano, a favor da emancipação e autonomia dos sujeitos (GOMES, 2013; MAIA et al., 2012).

Assim, verifica-se que as práticas de Educação Sexual podem ser desenvolvidas e respaldadas por diferentes concepções e valores. Em uma perspectiva mais conservadora, elas podem reforçar valores sociais normatizantes e moralizantes que buscam tutelar e disciplinar os corpos (GOMES, 2013).

Em conformidade com o que está previsto e preconizado nos documentos públicos vinculados ao campo, as práticas de Educação Sexual devem estar respaldadas na compreensão da sexualidade em seu sentido mais amplo, associada aos direitos humanos (BARREIRO; TEIXEIRA-FILHO; VIEIRA, 2006; MAIA et al., 2012).

1.3. POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO VINCULADAS À EDUCAÇÃO SEXUAL

Atualmente reconhece-se a legitimidade de se pensar estratégias vinculadas ao cuidado com a saúde integral dos adolescentes e, em especial, às questões que concernem à saúde sexual e reprodutiva nesta etapa do desenvolvimento (BRASIL, 1996a; BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007c). A partir deste reconhecimento, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde integral e à sexualidade na adolescência, são preconizadas por diversas Políticas Públicas (BRASIL, 2010a; BRASIL, 1997b; BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007c). Exemplos destas Políticas são programas como o Programa Saúde para Adolescentes (PROSAD) (BRASIL, 1996a), o Marco Teórico sobre a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens (BRASIL, 2007a), os PCN (BRASIL, 1997b), dentre outras.

O objetivo principal destes documentos e Políticas públicas, é contribuir positivamente com a qualidade de vida na adolescência, de modo a reduzir diversas questões de risco e vulnerabilidades relacionadas à sexualidade (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007c).

O ECA, lançado em 1990, mostrou-se uma Política Pública voltada à infância e à adolescência de significativa importância em múltiplos sentidos, principalmente no que se refere ao reconhecimento de que crianças e adolescentes devem ser prioridade absoluta, bem como são sujeitos que têm direitos e responsabilidades (BRASIL, 1990b).

Especificamente no artigo 11 do ECA é ressaltado sobre o direito de crianças e adolescentes à saúde integral (BRASIL, 1990b). Neste sentido, o acesso aos diversos serviços de saúde, dentre eles aqueles relacionados aos cuidados com a sexualidade, é garantido legalmente aos adolescentes (BRASIL, 1990b; SFAIR, 2012).

De acordo com o estudo de Sfair (2012), a predominância de documentos, programas e projetos públicos, que se debruçam sobre as práticas educativas em sexualidade na adolescência, são provenientes do Ministério da Saúde. A autora aponta que estes documentos, em sua maioria, encontram-se focados em subsídios teóricos e práticos para os profissionais que desenvolvem as práticas vinculadas à Educação Sexual (SFAIR, 2012).

O programa de Planejamento Familiar (BRASIL, 1996c), ainda que não seja uma Política Pública exclusiva para a adolescência, inclui ações de prevenção nos serviços de saúde voltadas às mulheres nesta etapa do desenvolvimento. Este programa inclui a abordagem sobre os métodos contraceptivos, gravidez, pré-natal, parto, dentre outras temáticas que se relacionam com a anticoncepção (BRASIL, 1996b).

Em 1996 foi criado pelo Ministério da Saúde, o Programa “Saúde para Adolescentes” (PROSAD). Esta política apresenta estratégias de intervenção e cuidados para adolescentes que tem por objetivo reduzir questões de risco e vulnerabilidades desta população. Este projeto antecede as demais Políticas Públicas Nacionais que, com objetivos similares, foram desenvolvidas para garantir o cuidado integral à saúde dos adolescentes, com destaque às questões relativas à sexualidade (BRASIL, 1996a).

Em 2007 foi divulgada a versão preliminar da Política de Atenção Integral à Saúde de adolescentes e jovens (BRASIL, 2007c). O documento destaca diversos fatores condicionantes e determinantes que repercutem nas condições de saúde na adolescência e destaca sobre a saúde sexual e reprodutiva. Reconhece-se que esta questão deve ser priorizada

nas práticas de cuidado com esta população, uma vez que considera-se ser esta a dimensão de maior vulnerabilidade nesta etapa do desenvolvimento (BRASIL, 2007c).

Neste mesmo ano, de 2007, foi lançado o Marco teórico referencial da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens (BRASIL, 2007a). Este documento discute questões teóricas sobre a sexualidade na adolescência e inclui os aspectos legais que reconhecem os direitos sexuais e reprodutivos da população adolescente.

Em 2008, na Cidade do México, em conferência sobre AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), voltada aos ministros da Educação e da Saúde dos países da América Latina e Caribe, foi assinada a Declaração “Prevenir com Educação”, onde foram estabelecidas metas relativas às práticas de educação em saúde e sexualidade para adolescentes e jovens até o ano de 2015 (GOMES; VIEIRA, 2010). Tais metas consistem em reduzir em 75% o número de escolas que não tem institucionalizada a Educação Sexual e reduzir em 50% de jovens e adolescentes que carecem da cobertura de serviços para atender suas necessidades de saúde (GOMES; VIEIRA, 2010).

Em 2013 foi produzido o Caderno de Atenção Básica sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva de adolescentes e jovens (BRASIL, 2013). Este documento oferece subsídios e orientação voltado aos profissionais deste nível de atenção à saúde, sobre práticas de cuidado em saúde e sexualidade. Do mesmo modo, em seus conteúdos retoma sobre as dimensões legais que respaldam o trabalho de prevenção de agravos e promoção à saúde sexual e reprodutiva com adolescentes (BRASIL, 2013).

As Políticas citadas anteriormente, são algumas, dentre muitas outras do Ministério da Saúde, que merecem destaque. Tais documentos públicos se configuram como eixos norteadores para as práticas vinculadas à Educação Sexual realizadas nos serviços de saúde. Reconhece-se, a partir dessas Políticas Públicas, a responsabilidade, legitimidade e importância de se garantir a abordagem da Educação Sexual na adolescência nos serviços de saúde.

Na área da Educação, desde a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) (BRASIL, 1996b), discute-se a transversalidade de temáticas, entendidas como questões relevantes e que recortam a vida dos sujeitos, e que não devem estar relacionadas exclusivamente à determinadas disciplinas e conteúdos curriculares.

Em 1997 foram elaborados os PCN e, assim como a LDB, o documento destaca a questão da transversalidade (BRASIL, 1997b). A proposta de transversalidade neste documento, com a referência aos temas transversais que mostram-se relacionados às questões

sociais, ressalta sobre a abordagem das questões de sexualidade ocorrer nas diversas disciplinas e não somente nas convencionais, vinculadas às Ciências Naturais (BRASIL, 1997b).

Os PCN, no capítulo denominado “Orientação Sexual”, aborda sobre temáticas relacionadas à sexualidade a serem trabalhadas nas práticas de Educação Sexual nas escolas. Este documento está organizado e dividido em três seções: corpo e matriz da sexualidade; relações de gênero e prevenção das DST e AIDS (BRASIL, 1997b).

Pautado na premissa dos direitos humanos e da cidadania, atrelada ao respeito às diversidades sexuais e de gênero, os PCN ressaltam a importância da abordagem da sexualidade nas escolas, e legitima a execução das práticas de Educação Sexual no espaço escolar (BRASIL, 1997b). Apesar disso, Silva (2007) afirma que autores que investigam sobre a abordagem das questões de gênero apontam críticas aos PCN. Embora este documento aborde sobre a temática de gênero, considera-se que tal abordagem revela-se restrita, uma vez que, no modo como se apresenta, as diferenças dos gêneros mostram-se predominantemente focadas na genitalidade, ou seja, nas questões biológicas (SILVA, 2007).

Afora tais posicionamentos críticos, sobre a perspectiva dos direitos humanos e da cidadania, de acordo com os princípios dos PCN, a escola tem como responsabilidade prezar pela saúde de seus alunos e, sobretudo, formar cidadãos conscientes, críticos e responsáveis, tanto em uma dimensão individual quanto social e coletiva (BRASIL, 1997b).

Com relação aos PCN, Nardi e Quartiero (2012) afirmam que permanece um desconhecimento por parte dos profissionais da área da Educação sobre este documento. Esta lacuna existente em relação aos PCN, somada à não obrigatoriedade de execução de práticas de intervenção, pode justificar o fato de muitas instituições de educação não desenvolverem trabalhos de Educação Sexual em uma perspectiva de transversalidade (SILVA; NETO, 2006; FONTES, 2008).

A partir deste enfoque, ao invés da sexualidade ser abordada de forma a recortar as diversas disciplinas, as intervenções passam a ocorrer de modo restrito aos currículos, bem como esporádico e/ou não sistematizado. A respeito destas práticas mais pontuais, Silva e Neto (2006) afirmam que:

[associada] à tendência ao conservadorismo e à estagnação a que a escola está sujeita, como qualquer outra instituição social, torna possível que a implantação da Educação Sexual continue restrita a apenas algumas ações isoladas (p.187).

Sobre as abordagens curriculares da temática da sexualidade, o Programa Nacional do Livro Didático (PNLD) e a Política Nacional do Livro Didático para o Ensino Médio (PNLEM), são responsáveis pela elaboração dos materiais didáticos, livros e dicionários, a serem utilizados no ensino público (RIOS; SANTOS, 2008; FONTES, 2008). Temáticas são incluídas nos conteúdos destes materiais com o objetivo de garantir uma educação mais integral e cidadã, tais como mudanças e contextos atuais de família, diversidades étnicas, raciais, sexuais, dentre outras questões que ainda são perpassadas por valores morais cristalizados e que necessitam ser alvo de problematização e reflexão (FONTES, 2008).

Com relação à inclusão de determinadas temáticas mais relacionadas às questões subjetivas e socioculturais da sexualidade tais como diversidade sexual, gênero, dentre outras, considera-se que tais Políticas que se debruçam sobre a elaboração dos materiais didáticos ainda permanecem no plano ideológico e revelam-se distanciadas das práticas (RIOS; SANTOS, 2008; FONTES, 2008).

Deste modo, apesar dos avanços no sentido de reconhecimento sobre a importância da inclusão de temas diferenciados nos conteúdos curriculares, estudos ainda identificam que permanecem lacunas com relação ao silenciamento de determinadas temáticas em sexualidade, mantendo-se nos currículos e abordagens o foco nos aspectos biológicos e reprodutivos da sexualidade (RIOS; SANTOS, 2008; FONTES, 2008; NARDI, 2008).

Além das políticas e programas públicos apontados anteriormente, outros projetos e programas são elaborados como estratégias de incentivo à uma cultura de prevenção no espaço escolar. Os Projetos “Prevenção também se ensina”, criado em 1996 e o programa “Vale Sonhar”, criado em 2007, uma parceria entre o instituto Kaplan¹ e as secretarias estaduais de Educação, são exemplos destas iniciativas. Nas propostas de abordagem destes projetos utilizam-se atividades lúdicas e jogos, em que os adolescentes são incentivados a refletir não somente sobre os conhecimentos adquiridos nas práticas, como também sobre suas escolhas, projetos de vida, dentre outras questões.

Conforme exposto, inúmeras iniciativas são pensadas com o objetivo de garantir que as questões de sexualidade sejam abordadas e trabalhadas junto à população adolescente. Para além da existência destes documentos públicos, ressalta-se sobre as possibilidades de aplicabilidade e efetivação na realidade concreta. Reconhece-se que no Brasil permanece um significativo distanciamento entre as chamadas “lei no livro” e “lei na ação” (NARDI, 2008).

¹ Centro de Estudos da Sexualidade Humana, que busca disseminar o conhecimento sobre sexualidade e Educação Sexual. Disponível em <<<http://www.kaplan.org.br/institucional/indice>>>.

Somado a esta questão, destaca-se a não obrigatoriedade de utilização de documentos, conforme explicitado anteriormente sobre os PCN (SILVA; NETO, 2006).

As Políticas Públicas devem balizar e dar subsídios as práticas, embora a sua pouca utilização e/ou desconhecimento ainda resulte em ações marcadas por valores pessoais, muitas vezes moralizantes, por parte daqueles que executam a Educação Sexual (SILVA; NETO, 2006; FONTES, 2008).

Com relação à efetivação das Políticas Públicas vinculadas à Educação Sexual nas práticas realizadas nas escolas, Leão e Ribeiro (2012) ressaltam sobre a necessidade de avanços e colocam que:

[...] há muito a se fazer pensando na efetivação de políticas que sejam eficazes no tocante ao espaço e visibilidade para o trato da sexualidade. Aliás, é preciso se articular além da inserção destes temas nestas políticas, estratégias de sensibilização dos profissionais da educação de maneira a afiançar que sejam de fato postas em prática (p. 35).

1.4. INTERSETORIALIDADE E EDUCAÇÃO SEXUAL: ESTRATÉGIAS E PERSPECTIVAS

A Educação Sexual enquanto prática de educação em saúde, pode utilizar-se da intersectorialidade como estratégia e instrumento para potencializar as ações, bem como contribuir com o enfrentamento das possíveis dificuldades que podem emergir na execução das práticas junto aos adolescentes (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006; BRASIL, 2007d; BRASIL, 2010a).

Sobre a intersectorialidade, Leite (2012) aponta que em função da população adolescente receber destaque em diversas políticas setoriais, bem como da sexualidade tratar-se de uma dimensão de significativa importância nesta etapa do desenvolvimento, faz-se necessário que os programas e políticas voltados a esta população sejam articulados. Esta autora afirma que a intersectorialidade nas práticas educativas em sexualidade, a partir do envolvimento dos diferentes setores, governamentais e não governamentais que atuem junto à população adolescente, revela-se como instrumento para uma construção mais positiva sobre o exercício da sexualidade na adolescência (LEITE, 2012).

Do mesmo modo, Nogueira-Neto (2012) aponta que a necessidade de práticas intersectoriais ocorre em razão das necessidades sociais atuais revelarem-se complexas, de

modo que os conhecimentos específicos, bem como as ações setoriais, mostram-se insuficientes no sentido de dar repostas e enfrentamento para tais demandas. Destaca-se que a intersetorialidade permite a participação não somente dos diferentes setores públicos, como também possibilita a inclusão dos cidadãos e demais atores implicados nas propostas e programas, favorecendo desta forma, a reformulação na relação Estado e Sociedade (NOGUEIRA-NETO, 2012).

Experiências práticas revelam a potencialidade de se envolver diferentes setores no processo de cuidado voltado à população adolescente. O projeto intitulado “Rotas Recriadas” é um exemplo de proposta intersetorial. Este projeto, que objetivou contribuir com a redução da exploração sexual de crianças e adolescentes, contou com o envolvimento de diferentes setores tais como Educação, Saúde, Cultura, Justiça, Trabalho, ou seja, toda uma rede de serviços voltados a esta população (LOPES; MALFITANO, 2006). Dentre os diversos eixos estratégicos deste projeto, foram priorizadas ações vinculadas ao acesso a bens culturais e à geração de renda, dimensões estas que compõe parte do cuidado preventivo dos adolescentes (LOPES; MALFITANO, 2006).

Desse modo, considera-se que a intersetorialidade, a partir da corresponsabilização e complementariedade, com destaque à parceria entre os setores da Educação e da Saúde, foco do presente estudo, pode favorecer a qualificação das práticas, uma vez que proporciona a criação de espaços e ações comuns, que fortalecem os sentidos fundamentais da educação e da saúde, na dimensão sociocultural, econômica, política, territorial e subjetiva dos atores envolvidos (BRASIL, 2005; CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

Assim, a partir da perspectiva da integralidade, a intersetorialidade se mostra uma diretriz que deve nortear as práticas de cuidado voltadas aos adolescentes, inclusive com relação às questões de saúde sexual e reprodutiva. De acordo com as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2010a):

A integração do setor saúde com as outras políticas sociais e com os setores organizados da sociedade, passou a ser uma ferramenta básica no esforço de assegurar a oferta de bens e de serviços para todos e na melhoria da qualidade de vida da população (p.14).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), lançada em 2006, do mesmo modo, apresenta como uma de suas diretrizes a intersetorialidade (BRASIL, 2006). Esta Política preconiza a gestão intersetorial e integrada entre os diferentes setores públicos,

privados e a sociedade civil, para o enfrentamento de questões relacionadas à saúde e à qualidade de vida dos indivíduos e da população como um todo (BRASIL, 2006).

Em conformidade com o que se é preconizado pela PNPS, em se tratando da saúde integral da população adolescente, conforme explicitado anteriormente, as questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva são consideradas prioridades e revelam-se vinculadas à saúde integral e qualidade de vida (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007c). Nesta perspectiva, a intersetorialidade proposta pela PNPS, reforça sobre possíveis estratégias de articulação e parceria entre os diferentes setores para o enfrentamento dos riscos e vulnerabilidades relativos à saúde da população adolescente.

Carvalho e colaboradores (2009), pautados nos princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2006), com destaque à intersetorialidade, realizaram um estudo que teve como objetivo conhecer a visão e as práticas dos profissionais e gestores da saúde na Atenção Básica sobre este princípio.

No estudo de Carvalho e colaboradores (2009) verificou-se que os profissionais de saúde participantes da pesquisa reconhecem a importância de práticas intersetoriais para o desenvolvimento de ações de cuidado em saúde. Embora a intersetorialidade seja um princípio destacado e preconizado pelas Políticas Públicas, os profissionais participantes deste estudo não apresentaram uma uniformidade quanto à definição do conceito de intersetorialidade (CARVALHO et al., 2009).

Campos, Barros e Castro (2004) definem a intersetorialidade como um processo construído de forma compartilhada, o que implica na abertura por parte dos setores envolvidos, para o diálogo e estabelecimento de vínculos de corresponsabilidade e gestão compartilhada. Neste sentido, a intersetorialidade revela-se um processo de corresponsabilização entre os diferentes setores envolvidos e comprometidos em ações e questões comuns (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

Nesta perspectiva, a intersetorialidade trata-se da articulação entre diferentes saberes e trocas de experiências que contribuem com o planejamento, execução e avaliação de ações, cujo objetivo é alcançar resultados integrados frente às situações e fenômenos complexos (CARVALHO et al., 2009). Deste modo, a intersetorialidade pode ser considerada como estratégia para a superação das fragmentações existentes nas Políticas Públicas (CARVALHO et al., 2009).

Conforme colocado anteriormente, de acordo com estudos que se debruçam sobre a Educação Sexual, sugere-se que a intersetorialidade entre os setores da Saúde e da Educação

mostra-se como uma potente estratégia para as práticas neste campo (BAUMFELD et al., 2012; FERREIRA; TORGAL, 2011; MOIZÉS, BUENO, 2010).

A partir deste reconhecimento acerca da potencialidade da parceria entre estes setores, são elaborados programas/políticas públicos que preveem ações intersetoriais vinculadas à Educação Sexual para adolescentes e demais questões relativas à saúde integral desta população (BRASIL, 2003; BRASIL, 2007d).

O Programa “Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)” (BRASIL, 2005), lançado em 2003, sustenta uma perspectiva de intersetorialidade entre a áreas da Saúde e da Educação no que concerne às práticas de Educação Sexual. O Programa busca contribuir com a redução da vulnerabilidade e com o cuidado à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, buscando garantir a formação dos profissionais sobre a sexualidade, por meio de cursos de formação presenciais e à distância.

Com relação a este programa, existe reconhecimento sobre desafios e dificuldades relativos à sua efetivação, tais como a expansão de suas práticas e a necessidade de maior sistematização das ações de prevenção, no sentido de torná-las contínuas e parte dos currículos escolares, ao invés de ações pontuais e esporádicas (GOMES; VIEIRA, 2010).

Embora o SPE proponha esta prática articulada, de acordo com Gomes e Vieira (2010) existe o reconhecimento de que a intersetorialidade entre os setores da Saúde e da Educação ainda não faz parte da realidade de muitos locais no Brasil. Apesar de alguns avanços, em destaque nas Políticas Públicas, as autoras colocam que, segundo metas estabelecidas na Conferência sobre AIDS de 2008, a educação em sexualidade ainda se mostra como um desafio no que se refere ao alcance de tais metas. Um exemplo colocado como desafio a ser superado nesta Conferência, se refere à redução em 75% de escolas que não tem institucionalizada (incorporadas efetivamente aos currículos pedagógicos) a Educação Sexual (GOMES; VIEIRA, 2010).

Em 2007 foi lançado o Programa Saúde nas Escolas (PSE), uma iniciativa que contou com a parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, desde sua elaboração, planejamento e execução (BRASIL, 2007d). Fazem parte do PSE ações de qualificação das práticas profissionais, por meio de educação permanente, bem como ações diretas focadas na contribuição com os cuidados das crianças e adolescentes de forma integral, abordando questões relativas à sexualidade, violência, dentre outras temáticas.

O PSE busca desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças junto aos adolescentes, favorecendo um enfrentamento mais assertivo das vulnerabilidades

biológicas, subjetivas e sociais que possam comprometer o desenvolvimento nesta fase do desenvolvimento (BRASIL, 2007d).

Com relação ao PSE, Ferreira e colaboradores (2014) desenvolveram um estudo com gestores nacionais e locais vinculados à implantação deste programa, cujo objetivo foi avaliar a intersetorialidade do PSE para a qualificação das ações, bem como para subsidiar estratégias de apoio à implementação deste programa.

Nos resultados da pesquisa de Ferreira e colaboradores (2014), verificou-se que a participação entre os setores não é equânime, de forma que o setor da Saúde é protagonista das ações. Do mesmo modo, nestes resultados os gestores nacionais demonstraram domínio técnico e teórico sobre a intersetorialidade no PSE. Quanto aos gestores locais, verificou-se um conhecimento sobre os arranjos intersetoriais, mas revelou-se a necessidade de ajustes conceituais. Para a sustentabilidade do PSE, o estudo conclui que faz-se necessário o fortalecimento da inserção do programa nos municípios, nas rotinas dos serviços de saúde e educação e nas metas do governo (FERREIRA et al., 2014).

Além das políticas intersetoriais voltadas para a Educação Sexual, outras políticas existentes podem favorecer a implementação destas estratégias. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1997a), em razão de atuar respaldada em princípios e diretrizes que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de doenças e agravos, tem um papel fundamental na implementação de práticas de cuidado intersetoriais, bem como ações de prevenção das DST/AIDS (BRASIL, 2006; COSTA; PONTES, 2006; SAMPAIO et al., 2010).

Sobre ações intersetoriais envolvendo os setores da Educação e da Saúde, considera-se que as ESF, pelo fato de encontrarem-se inseridas dentro das comunidades e estarem próximas às escolas, podem, por meio da parceria e corresponsabilização, fortalecer e potencializar as práticas de Educação Sexual realizadas no espaço escolar (SOUZA et al., 2012).

A partir das questões colocadas anteriormente, com destaque às Políticas e Programas vinculados à Educação Sexual, ressalta-se a importância de se desenvolver estratégias intersetoriais de prevenção de agravos e doenças e promoção da saúde integral, sexual e reprodutiva na adolescência.

Embora seja de significativa importância a existência dos programas e projetos intersetoriais, existem questões estruturais que revelam-se importantes para a implementação e efetivação das práticas. Azevedo, Pelicioni e Westphal (2012) desenvolveram um estudo de

revisão que investigou o modo como a intersectorialidade perpassa as ações das Políticas Públicas estabelecidas no período de 2006 a 2010.

No estudo de Azevedo, Pelicioni e Westphal (2012) destacou-se que o preparo político e técnico da gestão local dos serviços e setores, a governabilidade na execução dos projetos e demais aspectos que envolvem os profissionais que executam as práticas, mostram-se essenciais para a superação dos obstáculos e implementação da intersectorialidade.

1.5. PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL: REFLEXÕES SOBRE A INTERSETORIALIDADE ENTRE A SAÚDE E A EDUCAÇÃO

De acordo com a literatura sobre a temática da Educação Sexual existe uma significativa necessidade de educação permanente voltada aos profissionais que desenvolvem as práticas (SILVA; NETO, 2006). Com relação a esta perspectiva, a compreensão sobre as concepções dos profissionais e a realidade das práticas, pode se configurar como ferramenta para a proposição de conteúdos a serem abordados nos espaços de formação dos profissionais, no sentido de superação dos desafios e obstáculos no âmbito da Educação Sexual (ANASTÁCIO, 2007; GARCIA, 2005).

Algumas das Políticas Públicas citadas nas seções anteriores incluem em suas estratégias de ação a Educação Permanente para os profissionais, uma vez que reconhecem esta necessidade de formação específica sobre sexualidade (BRASIL, 2003; BRASIL, 2007d).

Em função desta lacuna relacionada à formação, muitas vezes as questões de sexualidade vivenciada pelos adolescentes acabam por ser ignoradas ou punidas. De acordo com Brasil (1997b) sobre as posturas profissionais, é colocado que:

[as] manifestações da sexualidade afluem em todas as faixas etárias. Ignorar, ocultar ou reprimir são respostas habituais dadas por profissionais da escola, baseados na ideia de que a sexualidade é assunto para ser lido apenas pela família. (p.291)

A relevância de se garantir que as realidades das práticas e as concepções dos atores no campo da Educação Sexual estejam em consonância com os documentos públicos, se encontra pautada no reconhecimento da potencialidade que se mostra cuidar de questões de saúde e sexualidade na adolescência, uma vez que esta revela-se uma dimensão marcante no

que tange às transformações fisiológicas e psicossociais que ocorrem nessa etapa do desenvolvimento (TAQUETTE, 2008).

O distanciamento das políticas e sua concretização na realidade revela-se como desafio não somente no campo da Educação Sexual. A favor da superação dos desafios que existem entre o que se é preconizado e a realidade das ações, especificamente sobre a atenção à saúde no Brasil, discute-se formas de se pensar ações de sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990a), que incorporem questões de gestão (micro e macro), organização da rede, controle social (participação popular), financiamento, dentre outros (CAMPOS, 2007).

Afora a necessidade de alinhamento entre aquilo que está na lei e a efetivação das Políticas Públicas colocadas, especificamente com relação às questões de Programas de Prevenção das DST e AIDS e gravidez na adolescência, e demais Projetos que envolvem temáticas relacionadas à promoção à saúde sexual e reprodutiva na adolescência, a literatura ressalta que ainda existem longos caminhos a serem percorridos (SFAIR, 2012; GOMES; VIEIRA, 2010).

Estratégias de superação de desafios e dificuldades neste âmbito vêm sendo pensadas com o objetivo de viabilizar ações educativas voltadas à saúde sexual e reprodutiva da população adolescente (BOLETIM, 2005). Dentre as diversas questões que envolvem a sexualidade nesta etapa do desenvolvimento, observa-se que a gravidez na adolescência permanece como importante questão de Saúde Pública, sendo sua prevenção, foco de grande parte das Políticas Públicas voltadas à população adolescente (MARTINEZ et.al, 2011).

A literatura aponta que a gravidez na adolescência pode ser considerada como fator de risco, uma vez que pode acarretar em prejuízos tanto para o desenvolvimento do bebê, quanto para a mãe adolescente nas dimensões biológicas, psicológicas, sociais, econômicas e culturais (YAZLLE; FRANCO; MICHELAZZO, 2009; GURGEL et. al, 2008).

Embora as taxas de gravidez na adolescência no Brasil venham diminuindo ao longo dos anos, aponta-se sobre a reincidência de gestação nesta população, algo que, assim como os possíveis comprometimentos da gestação para a mãe adolescente e o bebê, ressalta a relevância dos programas voltados à população adolescente darem continuidade à priorização desta temática (YAZLLE; FRANCO; MICHELAZZO, 2009). Do mesmo modo, destaca-se sobre tais programas incluírem nas abordagens junto às adolescentes questões econômicas e sociais tais como estudo e trabalho, dimensões estas também identificadas enquanto fatores

condicionantes da gravidez na adolescência (YAZLLE; FRANCO; MICHELAZZO, 2009; MARTINEZ et.al, 2011).

Não obstante, importa também destacar que a necessidade de ampliação da compreensão acerca da gravidez na adolescência, para além da culpabilização e responsabilização das adolescentes, bem como da concepção sobre este fenômeno como uma questão indesejada, dado que em muitos casos, justificado por diferentes motivos como a cultura familiar, por exemplo, a gravidez trata-se de algo desejado pela adolescente (ALVAREZ; BORGES; HOGA, 2009; BORDIN; CAPUTO, 2008). Nesta perspectiva, sugere-se que as questões subjetivas e sociais que envolvem o fenômeno da gravidez na adolescência sejam também consideradas (AQUINO et.al, 2006).

Assim, para favorecer o enfrentamento das dificuldades e necessidades relacionadas aos riscos que envolvem a gravidez na adolescência e demais questões vinculadas à saúde sexual e reprodutiva desta população, ressalta-se a necessidade de fortalecimento das parcerias entre o setor da Saúde, mais especificamente a Atenção Básica, com o setor da Educação. Para além de atuações esporádicas e isoladas das Equipes de Saúde junto às instituições de Educação, local de predominância da população adolescente, faz-se necessário instituir práticas sistematizadas e regulares, de modo que o que está previsto nas Políticas Públicas seja efetivado e reflita positivamente na qualidade de vida e saúde integral desta população (GOMES; VIEIRA, 2010).

Considera-se que se debruçar sobre as questões da sexualidade na adolescência pode favorecer a promoção de um cuidado mais integral a este público, uma vez que passa-se a reconhecer a potencialidade deste período do desenvolvimento para a vida futura dos sujeitos, bem como a sexualidade como dimensão importante e inerente à vida humana, merecendo portanto, atenção qualificada e mais resolutiva por parte dos serviços (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007c).

Do mesmo modo defende-se que as práticas de Educação Sexual podem promover o diálogo, a troca de experiências e informações, maior autonomia quanto o exercício da sexualidade, bem como pode contribuir positivamente com a saúde integral dos adolescentes e favorecer a redução de possíveis consequências indesejáveis advindas das vivências sexuais (COSTA et al.,2001; ALENCAR et al., 2008; BORGES, TRINDADE, 2009).

Nesta perspectiva no desenvolvimento de práticas de Educação Sexual reconhece-se a legitimidade de respeitar e garantir os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes como

um exercício de cidadania e direito humano (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007a; BARREIRO, TEIXEIRA-FILHO, VIEIRA, 2006).

Diaz e colaboradores (2005) desenvolveram um estudo comparativo com o objetivo de avaliar os possíveis impactos de três programas de Educação Sexual desenvolvidos em três escolas de capitais do Brasil: Salvador, Belo Horizonte e Rio de Janeiro. Os três programas avaliados sustentavam concepções, abordagens e metodologias similares, de modo que a sexualidade era compreendida de forma ampla, bem como seu exercício atrelado às questões de direitos humanos e cidadania. Neste estudo verificou-se que, em comparação com adolescentes de escolas que não desenvolviam estas práticas, avanços relativos aos conhecimentos, atitudes e práticas vinculadas à sexualidade, cidadania e gênero, foram conquistados junto aos adolescentes que participaram dos programas (DIAZ et al. 2005).

Deste modo, no estudo de Diaz e colaboradores (2005) verificou-se que a prática de Educação Sexual impactou positivamente a qualidade de vida dos adolescentes que tiveram esta experiência, de forma que os três modelos de programas de Educação Sexual demonstraram favorecer a ampliação dos conhecimentos dos adolescentes sobre questões de sexualidade, com destaque à dimensão fisiológica deste fenômeno. Dos três programas de Educação Sexual avaliados, apenas um não envolveu o setor da Saúde como parceria para as práticas e, a partir disso, concluiu-se que esta parceria entre os setores revelou-se como estratégia assertiva para a qualificação das práticas de Educação Sexual (DIAZ et al., 2005).

Assim, pesquisas apontam que as práticas de Educação Sexual podem ser favorecidas e qualificadas a partir da articulação e integração entre os serviços de saúde e de educação (BAUMFELD et al., 2012; CARIDADE, 2008; DIAZ et al., 2005). Do mesmo modo, conforme colocado anteriormente, a literatura aponta que no trabalho de Educação Sexual as concepções dos profissionais que executam esta atividade fundamentam e embasam suas práticas (GARCIA, 2005; ANASTÁCIO, 2007).

As questões sobre a efetivação da intersetorialidade têm sido discutidas não somente no Brasil, mas também mundialmente (CARVALHO et. al, 2009). No Canadá, dez anos após uma conferência sobre Ação Intersetorial em Saúde, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre práticas intersetoriais nos serviços de saúde, em 2007, foi produzido um documento a partir de uma pesquisa cujo objetivo era sintetizar e analisar as ações e experiências intersetoriais documentadas.

Neste estudo foram levantados documentos e produções acadêmicas de diversos países, dentre eles o Brasil, relacionados à intersetorialidade (CANADA, 2007). Verificou-se

a existência de muitos documentos que destacam sobre a necessidade de práticas intersetoriais, embora poucos documentos identificados se debruçaram sobre a efetivação da intersectorialidade nas práticas, no sentido de implementação, sustentabilidade e avaliação de suas repercussões para as questões de saúde (CANADA, 2007).

Assim, a partir do reconhecimento da potencialidade da intersectorialidade entre os setores da Saúde e da Educação, o presente estudo se debruça sobre os desafios e perspectivas para a efetivação da intersectorialidade nas práticas de Educação Sexual. Do mesmo modo, foi investigada a percepção dos profissionais que encontram-se nos serviços sobre as contribuições das Políticas Públicas para o desenvolvimento das práticas, bem como a compreensão destes atores sobre a Educação Sexual e demais questões que envolvem este campo.

2. OBJETIVOS

2.2. OBJETIVO GERAL

Identificar as perspectivas e as práticas acerca da intersetorialidade no trabalho de Educação Sexual com adolescentes sob a ótica de profissionais da Saúde e Educação em um município de grande porte no interior do estado de São Paulo.

2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender sobre a concepção dos profissionais do campo da Saúde e da Educação vinculados ao setor público envolvidos com o trabalho em Educação Sexual com adolescentes sobre Educação Sexual.
- Identificar os espaços/equipamentos sociais em que o trabalho da Educação Sexual com adolescentes é desenvolvido.
- Identificar e caracterizar as práticas de Educação Sexual desenvolvidas nos serviços de Saúde e Educação.
- Identificar as percepções dos profissionais da Saúde e da Educação sobre as contribuições e limites das Políticas Públicas vinculadas à Educação Sexual.

3. MÉTODO

3.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2006).

3.2. PARTICIPANTES

Participaram deste estudo vinte profissionais, dez do setor da Saúde que atuavam nos serviços de Atenção Básica do SUS, mais especificamente nas Unidades de Saúde da Família e, no setor da Educação, dez professores do Ensino Fundamental das Escolas Estaduais do município que atendem o ciclo II do ensino regular (6º ao 9º ano), que realizavam práticas vinculadas à Educação Sexual com adolescentes.

Os profissionais participantes apresentaram idade entre 28 a 68 anos, sendo no total de quatro homens e dezesseis mulheres. No setor da Saúde os dez profissionais eram enfermeiros e no setor da Educação, todos eram professores de Ciências do ensino fundamental, sendo que dois destes apresentavam concomitante a função de coordenadores do ensino médio.

Os critérios de inclusão utilizados para participação no estudo foram: apresentar formação em nível superior; desenvolver práticas individuais e/ou coletivas vinculadas à Educação Sexual com adolescente há no mínimo seis meses. Além disso, os professores deveriam atuar no ensino público regular.

3.3. LOCAL

A pesquisa foi realizada na rede pública de um município de grande porte, localizado no interior do estado de São Paulo², que será intitulado ilustrativamente como “C”. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referente ao ano de 2011, o

² O que define um município de grande porte é o número de habitantes, que de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) corresponde à uma população de 100.001 à 900.000 (BRASIL, 2009c).

município apresenta uma população de 221.950 habitantes, sendo que 96% deste total encontra-se concentrada na área urbana.

O município abriga em seu território duas grandes Universidades Públicas, bem como diversos centro de pesquisa e empresas de tecnologia de variados campos (tecnologia da informação, automação, química, dentre outras), e atualmente é caracterizado como um importante pólo tecnológico do estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2010).

O Produto Interno Bruto (PIB) da cidade referente ao ano de 2010 foi de 3.331.556,00 e o PIB per capita de R\$ 17.941,00 (IBGE, 2011). A maior concentração de empregos encontra-se no setor de serviços (42,73%), posteriormente o setor das indústrias (30,59%) e, por fim, o setor do comércio (19,72%) (SEADE, 2011).

A gestão municipal de Saúde local se organiza e se divide administrativamente em cinco microrregionais, onde cada uma destas regiões possui equipamentos sociais de saúde e de educação, que atendem a uma população pertencente à determinada área de abrangência. No total, o município apresenta dezessete Unidades de Saúde da Família e vinte e uma Escolas Estaduais que atendem o ciclo II de ensino regular.

De acordo com informações advindas da Secretaria de Saúde local, existe uma perspectiva de ampliação com a implantação de novas Unidades de Saúde da Família, mas até o momento da conclusão da coleta de dados da pesquisa, em maio de 2014, esta modificação do cenário municipal não ocorreu.

3.4. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram elaborados dois formulários de caracterização com o intuito de coletar informações que oferecessem um panorama geral dos perfis dos profissionais participantes e dos respectivos serviços, bem como das práticas de Educação Sexual desenvolvidas. O formulário utilizado com os profissionais do setor da Educação era composto por dezenove questões (cf. Apêndice 1) e com os profissionais da Saúde era composto por dezessete questões (cf. Apêndice 2). Os formulários foram utilizados na ocasião da realização das entrevistas em conjunto com o roteiro semiestruturado, apresentado na sequência.

Foram utilizados dois roteiros semiestruturados para a condução das entrevistas, um direcionado aos profissionais do setor da Educação, composto por dezessete questões abertas (cf. Apêndice 3), e outro voltado aos profissionais do setor da Saúde, composto por dezoito

questões abertas (cf. Apêndice 4). As questões dos dois roteiros eram similares, mas continham especificidades de cada setor. Os roteiros estavam organizados em duas seções, sendo elas: “Educação Sexual: concepções e práticas” e “Educação Sexual: intersectorialidade e perspectivas”.

3.5. PROCEDIMENTOS

A pesquisa foi realizada em cinco etapas: (a) Procedimentos éticos; (b) Elaboração e adequação dos instrumentos de coleta; (c) Localização dos equipamentos e participantes dos setores da Saúde e da Educação; (d) Realização das entrevistas: coleta de dados nas escolas e nas Unidades de Saúde da Família e; (e) Organização e análise de dados.

Sobre os procedimentos e diretrizes éticas e regulamentadores das pesquisas envolvendo seres humanos, que constam na Resolução CNS 196/96, inicialmente foram elaboradas autorizações para a realização da coleta de dados à gestão das Secretarias Municipais de Saúde, Educação e à Diretoria Regional de Ensino (DRE). Com relação às escolas estaduais, foram elaboradas autorizações às diretorias de cada uma das instituições de ensino, uma vez que a Diretoria Regional de Ensino deu autonomia para cada escola decidir sobre a participação na pesquisa. Do mesmo modo, foram elaborados termos de consentimento livre e esclarecido, voltado aos participantes que aceitassem participar do estudo.

Tais documentos, juntamente com o projeto de pesquisa, foram enviados e submetidos para aprovação na Plataforma Brasil, base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Em setembro de 2013 a pesquisa foi aprovada pelo CEP.

Na ocasião das entrevistas, os profissionais receberam o termo de consentimento livre e esclarecido, e foram orientados a dar continuidade ou interromper a entrevista caso considerassem necessário, conforme estava explicitado neste documento. Todos os profissionais entrevistados aceitaram concluir as entrevistas.

Alguns compromissos éticos foram estabelecidos com os participantes do estudo, no processo de coleta de dados. Após a realização das entrevistas, tanto nas escolas, como nas Unidades de Saúde, foi disponibilizado aos participantes, caso houvesse interesse, o acesso às

entrevistas transcritas na íntegra, incluindo a possibilidade de alteração de conteúdos de seus relatos que considerassem relevantes.

Nas escolas, ainda no contato com a coordenação da instituição foi oferecido como contrapartida, caso houvesse interesse, apoio relativo à prática de Educação Sexual com os adolescentes. Este apoio poderia ser uma palestra, oficina, discussão de caso ou planejamento de atividades, diretamente com os alunos e/ou pais e professores, a depender das demandas e interesses da instituição. Os contatos da pesquisadora foram disponibilizados para as escolas retornarem, caso desejassem, solicitar a contrapartida ofertada.

Após a defesa, um arquivo com os principais resultados da pesquisa foi enviado por email aos participantes das escolas e das Unidades de Saúde da Família. Do mesmo modo, neste contato com os participantes, foi colocada a disponibilidade para agendamento de encontro para a discussão e reflexão acerca dos resultados do estudo.

No que se refere à elaboração dos instrumentos de coleta da pesquisa (Formulários de Caracterização e Roteiros de Entrevista), foram considerados estudos e Programas/Políticas Públicas Nacionais que abordam sobre a temática da Educação Sexual com adolescente (ANASTÁCIO, 2007; CARIDADE, 2008; BRASIL, 1997b; BRASIL, 2007c; BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007d; DIAZ, et al., 2005; SFAIR, 2012).

Após esta etapa, foi realizada a adequação dos roteiros de entrevista e formulários (MANZINI, 2004) a partir de dois procedimentos: envio para juízes e aplicação de estudo piloto.

Os juízes selecionados e convidados para a análise dos instrumentos de coleta foram especialistas na temática de Educação Sexual e/ou adolescência. Foram convidados sete juízes para realizar a análise a partir dos objetivos do estudo, sendo que dois não retornaram o contato, um recusou e quatro participaram, dois terapeutas ocupacionais e dois psicólogos.

Foram sugeridas modificações, tais como a inclusão de perguntas sobre outras temáticas específicas em sexualidade e mudança na ordem das questões. As sugestões foram implementadas, obtendo-se, a partir disto, a segunda versão dos instrumentos.

Em sequência à devolutiva e sugestões dos juízes, foi realizada a aplicação de estudo piloto, com a finalidade de avaliar a compreensão e potencialidade de alcance das questões, no sentido de possibilitar a identificação e apropriação de conteúdos que respondessem aos objetivos pretendidos pelo estudo. Foi escolhida, aleatoriamente, uma regional de saúde, onde dois profissionais de duas Unidades de Saúde foram convidados, mas apenas uma profissional aceitou participar. Do mesmo modo, foram convidadas duas escolas estaduais desta mesma

regional, onde apenas uma aceitou participar, resultando na realização de entrevistas com duas professoras do ciclo II.

As entrevistas aplicadas no estudo piloto foram transcritas na íntegra e analisadas. Após esta análise, foram finalizadas as modificações e adequações nos roteiros. Os formulários de caracterização não sofreram modificações após o estudo piloto, apenas os roteiros de entrevista.

De um modo geral, as mudanças resultantes desta etapa foram a complementação de questões com a sugestão de exemplificações para as respostas dadas e alteração na ordem das questões, mais especificamente sobre o entendimento que os participantes tinham sobre Educação Sexual e sobre os Documentos/Políticas públicas que embasavam as práticas de Educação Sexual. Após este procedimento de adequação, os instrumentos de coleta foram finalizados para serem utilizados posteriormente na coleta de dados da pesquisa.

Inicialmente foi realizado contato com a gestão municipal das Secretarias Municipais de Saúde e Educação e com a Diretoria Regional de Ensino (DRE), com o objetivo de identificar as Escolas de Ensino fundamental regular com ciclo II (6º ao 9º ano) e Unidades de Saúde da Família existentes no município, bem como para a obtenção de autorização para a realização da coleta de dados.

A partir das informações coletadas, foi elaborado um mapeamento dos serviços (Unidades de Saúde e escolas de ciclo II) do município, com o objetivo de se ter um panorama mais abrangente sobre os recursos de saúde e educação pertencentes a cada microrregional de Saúde.

As secretarias de Saúde e Educação autorizaram a realização da pesquisa em todos os serviços que eram responsáveis pela gestão. Já a DRE, responsável pela gestão das Escolas Estaduais do município, orientou que a direção de cada uma das instituições de ensino teria autonomia para aceitar ou não a realização da pesquisa. Portanto, as vinte e uma Escolas Estaduais foram contatadas uma a uma para a apresentação da proposta de estudo, onde era realizada uma conversa, por meio de contato telefônico e/ou presencialmente, com a direção da instituição e/ou a coordenação com o objetivo de apresentar o estudo, esclarecer dúvidas e convidá-las a participar da pesquisa.

Em alguns casos, foi demandado mais de um contato, tendo em vista a demora do retorno das instituições sobre o aceite ou não de participar da pesquisa. No total, quatro escolas não retornaram o contato, ainda que se comprometessem a fazê-lo. Nestes casos, foi

tentado novo contato que, caso permanecesse sem resposta, ficava definido que a instituição havia se recusado a participar da pesquisa.

Sobre os participantes das Unidades de Saúde da Família, inicialmente foi realizado contato com um profissional da equipe gestora da Unidade. No caso da ESF (BRASIL, 1997a), com o Enfermeiro (a), Médico (a) ou Dentista, que são os profissionais responsáveis pela gestão compartilhada destes serviços de saúde. Neste primeiro contato, a pesquisadora apresentou a proposta de pesquisa, esclarecendo sobre os objetivos principais do estudo, bem como a certificação de que a pesquisa já se encontrava autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde e no Comitê de Ética em Pesquisa.

Nesta ocasião, era questionado ao profissional sobre o interesse da Unidade em participar da pesquisa e, no caso da resposta ser afirmativa, era solicitada a indicação de um profissional que desenvolvia práticas vinculadas à Educação Sexual com adolescentes no serviço. Em todas as Unidades de Saúde o profissional indicado foi o enfermeiro, o que demonstrava que estas ações eram, em sua maioria, realizadas por este profissional. Após este procedimento foram agendadas as entrevistas com os profissionais das Unidades de Saúde da Família que aceitaram participar da pesquisa.

Com relação às Unidades de Saúde que aceitaram participar do estudo, mas que não foi possível realizar as entrevistas, a justificativa para a exclusão dessas Unidades se deu pelo fato das profissionais indicadas pela gestão colocarem que não estavam desenvolvendo práticas de Educação Sexual e que, por isso, não poderiam participar da coleta, uma vez que não respondiam aos critérios de inclusão. Uma das profissionais forneceu esta informação presencialmente, no momento da entrevista, e a outra por meio de contato telefônico realizado pela pesquisadora para a confirmação do agendamento da entrevista.

Nas Escolas Estaduais, inicialmente foi realizado contato telefônico e/ou presencial com a diretoria das escolas e, posteriormente, com a coordenação da instituição de ensino. Neste contato, assim como nas Unidades de Saúde, a pesquisadora apresentou a proposta de estudo, com o objetivo de realizar o convite e identificar o interesse de participação na pesquisa.

Com todas as escolas foi realizado mais de um contato, tendo em vista que, diferente das Unidades de Saúde, a resposta não era imediata. Nas escolas que aceitaram participar, foi indicado pela coordenação da instituição um professor que estivesse desenvolvendo Educação Sexual com os alunos do ciclo II. Após esta indicação, era verificado com o professor o

interesse em participar da pesquisa para, em seguida, ser realizado o agendamento da entrevista.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de março e maio de 2014. As entrevistas realizadas com os profissionais participantes ocorreram nas respectivas Unidades de Saúde da Família e Escolas Estaduais em que atuavam. Os horários agendados para a entrevistas consideraram a disponibilidade e possibilidades dos participantes. Nas escolas estaduais as entrevistas ocorreram, majoritariamente, nos horários de ATPC (Aula de Trabalho Pedagógico Coletivo). Já nas Unidades de Saúde, os profissionais encaixavam um horário nas agendas de consultas.

Conforme a Tabela 1, apresentada na sequência, no total de vinte e uma escolas, doze aceitaram participar do estudo, mas uma foi excluída por não estar desenvolvendo práticas de Educação Sexual e, portanto, não responder aos critérios de inclusão, e a outra participou, anteriormente à coleta, do estudo piloto (regional B). Portanto, participaram da coleta um total dez escolas, sendo entrevistados dez professores. Nas Unidades de Saúde, conforme a Tabela 2, apresentada a seguir, de um total de dezessete equipamentos, doze aceitaram participar, mas, pelos motivos explicitados anteriormente, apenas dez profissionais participaram da coleta de dados.

Tabela 1: Escolas Estaduais e as Regionais de Saúde do Município C, 2014

| Regional de Saúde | Total de Escolas Estaduais | Convites realizados | Não retornaram | Recusaram | Participaram |
|-------------------|----------------------------|---------------------|----------------|-----------|--------------|
| A | 3 | 3 | 0 | 1 | 2 |
| B | 4 | 4 | 1 | 1 | 2 |
| C | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| D | 7 | 7 | 3 | 2 | 2 |
| E | 5 | 5 | 0 | 2 | 3 |

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 2: Unidades de Saúde da Família e as Regionais de Saúde do Município C, 2014

| Regional de Saúde | Total de Unidades de Saúde da Família | Convites realizados | Não retornaram | Recusaram | Participaram |
|-------------------|---------------------------------------|---------------------|----------------|-----------|--------------|
| A | 5 | 5 | 0 | 4 | 1 |
| B | 3 | 3 | 0 | 1 | 2 |
| C | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| D | 4 | 4 | 0 | 1 | 3 |
| E | 4 | 4 | 0 | 1 | 3 |

Fonte: Elaborado pela autora

Sobre a coleta de dados nas escolas, no início dos encontros com os professores para a realização das entrevistas em cada escola, o tema e objetivos do estudo foram retomados, visto que esperava-se que os coordenadores na realização do convite haveriam feito esta explanação ao profissional. A partir disso, novamente foi avaliado com os professores o interesse em participar do estudo para, posteriormente, dar início às entrevistas.

Inicialmente foram preenchidos pelos profissionais participantes, com o apoio da pesquisadora para esclarecimento de dúvidas, os formulários de caracterização. Na sequência da finalização do preenchimento dos formulários, deu-se início às entrevistas, utilizando-se dos roteiros semiestruturados.

Na realização das entrevistas nas escolas estaduais, ocorreram duas principais intercorrências, uma com relação à ausência dos professores e a outra relativa a dados numéricos das escolas. Quanto às ausências, em duas escolas a entrevista foi remarcada duas vezes, visto que o profissional não comparecia à escola na hora e data sugerida por ele mesmo. Independente das faltas, foi possível realizar a coleta em ambas as escolas.

Com relação à intercorrência sobre as informações solicitadas nos formulários de caracterização, encontrou-se dificuldades no que se refere às informações mais abrangentes sobre a instituição escolar, como o número de alunos matriculados e gênero dos escolares. As informações estavam disponíveis nas instituições, embora em grande parte das escolas os dados não se encontravam compilados. Em cinco escolas foi possível obter tais dados diretamente na secretaria da instituição. Já nas demais os profissionais entrevistados colocaram que o melhor procedimento era aguardar que eles enviassem os dados, porém não enviaram. Foi feita mais de uma vez a solicitação destas informações, mas por fim não se teve acesso à informação de cinco escolas.

Na coleta de dados realizadas nas Unidades de Saúde da Família, do mesmo modo que nas escolas, no início dos encontros para a realização das entrevistas eram esclarecidas as questões relativas ao estudo e confirmado o interesse de participação. Em seguida, foram aplicados os formulários de caracterização preenchidos conforme descrito anteriormente com as escolas, para posteriormente dar início às entrevistas.

Com relação ao formulário de caracterização correspondente ao setor da Saúde, mesmo após a adequação dos instrumentos, foi necessária nova alteração quanto à idade correspondente à adolescência. Inicialmente o estudo utilizou-se do ECA como referência, onde a adolescência corresponde ao período dos doze aos dezoito anos de idade. Em função dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) utilizar a OMS como

referência, que considera que a adolescência corresponde ao período que vai dos dez aos dezenove anos (WHO, 2002), para a obtenção de dados numéricos referentes a esta população, foi realizada a alteração nos formulários da Saúde.

Ainda a respeito das informações do SIAB, apenas uma Unidade de Saúde forneceu a informação durante a entrevista. As demais não disponibilizaram os dados no momento da entrevista por motivos diversos, dentre eles problemas nos equipamentos de informática que armazenavam estas informações, outras porque ainda não tinham seus dados atualizados. Para conseguir tais informações foi realizado contato com a Secretaria Municipal de Saúde, onde foi indicado o Centro de Informações em Saúde, para a obtenção das informações das Unidades. Como a Secretaria de Saúde havia autorizado a pesquisa em toda rede da Atenção Básica do município, foi possível obter todos esses dados junto ao Centro de Informações em Saúde.

Os dados relativos à caracterização dos participantes e dos serviços de saúde e de educação, coletados a partir dos formulários, foram categorizados e organizados em tabelas a serem apresentados de forma descritiva.

Com relação aos dados das entrevistas, foi desenvolvida a análise e discussão a partir de uma abordagem qualitativa. As entrevistas realizadas foram transcritas na íntegra, etapa em que os conteúdos e informações coletadas foram lidos exaustivamente e analisados criteriosamente utilizando-se como método de análise, a Análise Temática (BARDIN, 2009).

O processo de análise das entrevistas foi realizado em três etapas. A primeira etapa, a pré-análise, consistiu na organização dos dados coletados. Em sequência foi realizada a exploração do material, momento este em que foram identificados os núcleos de sentido que emergiram das entrevistas para serem, posteriormente, explorados, analisados e discutidos. Na terceira etapa, de tratamento e interpretação dos resultados obtidos, foi realizada a organização dos conteúdos das entrevistas em categorias de análise e seus respectivos eixos temáticos. O objetivo desta última etapa é proporcionar, a partir das inferências e interpretações, o entendimento da proposta de investigação do estudo (BARDIN, 2009).

O material teórico utilizado na análise e discussão dos resultados foram as Políticas Públicas dos Ministérios da Saúde e da Educação vinculadas à Educação Sexual e à saúde integral na adolescência, tais como o capítulo “Orientação Sexual” dos PCN (BRASIL 1997b); Programa saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2007d); Marco Teórico Referencial: Saúde Sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens (BRASIL 2007a); Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens (BRASIL, 2007c); dentre outras.

Do mesmo modo, além das Políticas Públicas, a análise e discussão dos resultados foi balizada na literatura sobre Educação Sexual, em que foram destacados diferentes modelos, abordagens, valores e concepções relacionados a este campo e à sexualidade.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo, a partir da coleta de dados junto aos setores da Educação e da Saúde, serão apresentados e discutidos em três seções: 4.1 Caracterização dos participantes e dos serviços; 4.2. Concepções, práticas e perspectivas acerca da Educação Sexual nos setores da Educação e da Saúde e a intersetorialidade e; 4.3 Setores da Educação e da Saúde: aproximações e diferenças.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E DOS SERVIÇOS

Nesta seção, apresentam-se os resultados obtidos neste estudo com informações descritivas referentes à identificação dos participantes e equipamentos dos setores da Educação e da Saúde, acompanhados de discussão. Primeiramente serão apresentados os resultados do setor da Educação, subdividido em duas seções: informações dos participantes e caracterização das práticas de Educação Sexual. Na sequência, utilizando-se da mesma subdivisão, serão apresentados e discutidos os resultados do setor da Saúde.

A identidade dos participantes do estudo foi mantida em sigilo e, para sua identificação, os professores receberam a denominação “E”, que corresponde a “Educação”, seguido de numeração de 1 a 10. O mesmo foi aplicado aos participantes da Saúde, com a substituição pela letra “S”, acompanhada de numeração. Na seção dos resultados e discussão referentes às entrevistas, a nomenclatura utilizada para os participantes permanecerá a mesma.

4.1.1. SETOR DA EDUCAÇÃO

A seguir serão apresentados e discutidos os resultados referentes ao setor da Educação, subdivididos em duas seções com suas respectivas tabelas.

4.1.1.1. INFORMAÇÕES DOS PARTICIPANTES

A seguir, na Tabela 3, são apresentados e discutidos os resultados que correspondem às informações que caracterizam os participantes do setor da Educação tais como, sexo, idade,

formação acadêmica, tempo de trabalho na instituição e tempo de experiência com práticas de Educação Sexual.

Tabela 3:Dados gerais e formação acadêmica do Município C, 2014

| Nº | Sexo | Idade | Função | Graduação | Pós-graduação | Tempo de trabalho na instituição | Tempo de prática de ES |
|------|------|-------|--|--|---------------|----------------------------------|------------------------|
| E1 | F | 55 | Professora de Ciências (EF) e Biologia (EM) | Ecologia, Ciências, Pedagogia e Matemática | Não | 2 anos | 20 anos |
| E 2 | F | 52 | Professora de Ciências (EF) e Biologia (EM) | Ciências Biológicas | Não | 20 anos | 26 anos |
| E 3 | M | 28 | Professor de Ciências (EF) e coordenador do EM | Ciências Biológicas | Sim | 3 anos | 3 anos |
| E 4 | M | 48 | Professor de Ciências | Química | Sim | 9 anos | 16 anos |
| E 5 | F | 47 | Professora de Ciências (EF) e Biologia (EM) | Ciências Biológicas | Não | 2 anos | 10 anos |
| E 6 | M | 68 | Professor de Ciências (EF) e Biologia (EM) | Ciências Físicas e Biológicas | Não | 8 anos | 44 anos |
| E 7 | F | 51 | Professora de Ciências | Ciências Biológicas | Não | 17 anos | 24 anos |
| E 8 | F | 49 | Professora de Ciências | Ciências Biológicas | Não | 20 anos | 28 anos |
| E 9 | F | 43 | Professora de Ciências | Ciências Biológicas e Pedagogia | Não | 3 anos | 10 anos |
| E 10 | M | 41 | Professor de Ciências (EF) e coordenador do EM | Ciências Biológicas | Sim | 12 anos | 12 anos |

Fonte: Elaborado pela autora

Como pode ser observado a partir das informações apresentadas na Tabela 3, a maioria dos professores participantes deste estudo pertence ao sexo feminino. Sobre a formação acadêmica, apenas um professor não cursou Ciências Biológicas, os demais fizeram esta graduação.

A partir destes resultados, retoma-se sobre a localização dos participantes das escolas descrita anteriormente no método, onde, por meio da coordenação ou direção da instituição de ensino, era indicado o profissional que desenvolvia práticas de Educação Sexual para a participação neste estudo. Respondendo a este critério, verifica-se que todos os profissionais indicados lecionam nas disciplinas de Ciências e/ou Biologia. Embora os PCN (BRASIL,

1997b) coloquem sobre a transversalidade e interdisciplinaridade nas abordagens da sexualidade nas escolas, de acordo com os resultados verifica-se a predominância de uma lógica disciplinar da Educação Sexual.

Sobre o tempo de atuação nas respectivas escolas, o período mínimo foi dois anos e o máximo vinte, o que indica que os professores apresentam uma importante experiência profissional em atividades pedagógicas diversas. Do mesmo modo, conclui-se que os professores apresentam um considerável envolvimento com as práticas de Educação Sexual, uma vez que o tempo mínimo de experiência foi de três anos e o máximo de vinte e oito anos.

A seguir, na Tabela 4, são apresentados e discutidos os resultados dos professores participantes do estudo, relativos à formação específica vinculada à Educação Sexual.

Tabela 4: Formação específica vinculada à Educação Sexual do Município C, 2014

| Nº | Formação em ES | Especificações | Duração | Oferecido por quem? |
|-----------|-----------------------|----------------------------|----------------|------------------------------|
| E 1 | Sim | Prevenção também se ensina | 30 horas | Diretoria Regional de Ensino |
| E 2 | Sim | Não explícita | 8 horas | Diretoria Regional de Ensino |
| E 3 | Sim | Não explícita | 8 horas | UNESP |
| E 4 | Não | --- | --- | --- |
| E 5 | Não | --- | --- | --- |
| E 6 | Não | --- | --- | --- |
| E 7 | Sim | Prevenção também se ensina | 30 horas | Diretoria Regional de Ensino |
| E 8 | Sim | Prevenção também se ensina | 30 horas | Diretoria Regional de Ensino |
| E 9 | Não | --- | --- | --- |
| E 10 | Sim | Não explícita | Não lembra | Diretoria Regional de Ensino |

Fonte: Elaborado pela autora

Na Tabela 4 verifica-se que seis professores já vivenciaram alguma formação relacionada à Educação Sexual. O tempo de duração destes cursos variou de oito a trinta horas. Sobre esta questão questiona-se se este tempo de formação específica seria o suficiente para dar subsídios e respaldos para os profissionais, tendo em vista que o tempo mínimo de experiência prática em Educação Sexual apresentado pelos professores foi de três anos.

Do mesmo modo, as informações anteriores provocam questionamentos sobre os motivos de alguns professores não terem participado de cursos, uma vez que todos apresentam o mesmo vínculo, no caso o Estado, e são responsáveis por atividades pedagógicas similares, dentre elas a Educação Sexual. Sobre esta questão, hipotetiza-se que nem todos os professores têm acesso aos cursos oferecidos, bem como que as vagas

oferecidas possivelmente são preenchidas, em grande parte, por profissionais que exercem cargos de gestão.

4.1.1.2. CARACTERIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL

A seguir, na Tabela 5, são apresentados e discutidos os resultados dos professores relacionados a espaços para o planejamento conjunto das práticas de Educação Sexual nas escolas.

Tabela 5: Espaços sistematizados para o planejamento das práticas do Município C, 2014

| Nº | Existem espaços sistematizados de planejamento conjunto? | Qual? | Duração/frequência | Regularidade |
|------|--|-------|----------------------|---|
| E 1 | Sim | ATPC | 100 minutos semanais | De acordo com a necessidade |
| E 2 | Não | --- | --- | --- |
| E 3 | Sim | ATPC | 100 minutos semanais | De acordo com a necessidade |
| E 4 | Não | | | |
| E 5 | Sim | ATPC | 100 minutos semanais | De acordo com a necessidade e quando chega a parte do currículo |
| E 6 | Não | --- | --- | --- |
| E 7 | Não | --- | --- | --- |
| E 8 | Não | --- | --- | --- |
| E 9 | Não | --- | --- | --- |
| E 10 | Sim | ATPC | 100 minutos semanais | De acordo com a necessidade |

Fonte: Elaborado pela autora

Na Tabela 5 observa-se que seis professores respondem que não existem espaços sistematizados para o planejamento das práticas nas escolas. No que se refere a este resultado, em conformidade com a literatura (CARVALHO et.al., 2012), hipotetiza-se que esta realidade pode estar relacionada à predominância das ações estarem vinculadas aos conteúdos das disciplinas de Ciências. Neste caso, tanto as questões relacionadas à sexualidade, quanto os demais conteúdos trabalhados nestas disciplinas, possivelmente ficam sob a responsabilidade daqueles que as executam, neste caso os professores de Ciências e Biologia.

Com relação aos demais participantes, embora exista a indicação de espaço sistematizado para o planejamento conjunto das práticas nos horários das ATPC, verifica-se que tais discussões são realizadas de acordo com a necessidade. Deste modo, evidencia-se nos

resultados que o planejamento conjunto das ações é algo pontual e esporádico e não contínuo e sistematizado.

A seguir, na Tabela 6, são apresentados e discutidos os resultados relacionados à especificação das práticas realizadas nas escolas.

Tabela 6: Práticas de Educação Sexual do Município C, 2014

| Nº | Práticas existentes | De que modo são determinados os conteúdos a serem abordados? | A escola produz materiais para as atividades de ES? |
|------|---|--|---|
| E 1 | Aulas de Ciências e Biologia e demais disciplinas (transversalmente) | Os currículos disciplinares apresentam os conteúdos e a escola identifica as demandas | Não |
| E 2 | Aulas de Ciências e Biologia | Os currículos disciplinares apresentam os conteúdos | Não |
| E 3 | Aulas de Ciências e Biologia e PET (parceria com a Universidade) | Os currículos disciplinares apresentam os conteúdos | Não |
| E 4 | Aulas de Ciências e Biologia e Ações pontuais na escola da Família e Feiras de Ciências | Os currículos disciplinares apresentam os conteúdos | Não |
| E 5 | Aulas de Ciências e Biologia | A escola identifica as demandas | Não |
| E 6 | Aulas de Ciências e Biologia | O professor de Ciências e Biologia identifica as demandas | Sim |
| E 7 | Aulas de Ciências | Os currículos disciplinares apresentam os conteúdos e o professor de Ciências identifica as demandas | Não |
| E 8 | Aulas de Ciências | Os currículos disciplinares apresentam os conteúdos | Não |
| E 9 | Aulas de Ciências e disciplina eletiva “Atitudes para viver” | Os currículos disciplinares apresentam os conteúdos e o professor de Ciências identifica as demandas | Não |
| E 10 | Aulas de Ciências e Filosofia | Os currículos disciplinares apresentam os conteúdos e a escola identifica as demandas | Não |

Fonte: Elaborado pela autora

Nos resultados apresentados na Tabela 6 observa-se que as práticas ocorrem predominantemente nas aulas de Ciências e/ou Biologia, de forma que em apenas duas escolas a abordagem da sexualidade ocorre também em outras disciplinas. De acordo com estudos anteriores, esta questão pode estar relacionada à concepção, por parte dos professores de outras disciplinas, de que a abordagem da Educação Sexual é responsabilidade da área de Ciências (GARCIA, 2005; CARIDADE, 2008).

Do mesmo modo, hipotetiza-se que o fato das questões vinculadas à sexualidade estarem incluídas especificamente nos currículos de Ciências e Biologia pode favorecer a

predominância da abordagem da Educação Sexual nestas disciplinas. Embora a Educação Sexual na escola, a partir dos PCN (BRASIL, 1997b) preconize a transversalidade e interdisciplinaridade nas práticas, de acordo com os resultados, bem como aponta a literatura, persiste um distanciamento entre o que se é proposto por esta política e o modo como as ações são executadas na realidade (NARDI, 2008).

Com relação à identificação dos conteúdos a serem abordados, observa-se que as práticas, em sua maioria, permanecem restritas aos currículos. Apenas três participantes apontam sobre a necessidade dos adolescentes se configurar como estratégia para a seleção de conteúdos a serem abordados, ou seja, para além do que está previsto nos currículos.

A seguir, na Tabela 7, são apresentados e discutidos os resultados referentes aos objetivos, conteúdos abordados e recursos pedagógicos utilizados nas práticas de Educação Sexual nas escolas.

Tabela 7: Especificações das práticas: objetivos, conteúdos e recursos do Município C, 2014

| Nº | Objetivos | Conteúdos abordados | Recursos/metodologias |
|------|---|--|---|
| E 1 | Orientação e Prevenção de DST e gravidez | DST, drogas, gravidez e família | Diálogo e materiais didáticos |
| E 2 | Orientação e Prevenção de DST e gravidez | Reprodução, anatomia, gravidez, parto, DST, métodos contraceptivos | Mídias, diálogo e materiais didáticos |
| E 3 | Orientação e Prevenção de DST e gravidez, projetos de vida | Métodos contraceptivos, gravidez e DST | Materiais didáticos, mídias, diálogo, palestras |
| E 4 | Orientação e Prevenção de DST e gravidez, projetos de vida | Métodos contraceptivos, gravidez, DST, e adolescência | Diálogo, aulas expositivas, materiais didáticos, mídias |
| E 5 | Orientação e Prevenção de DST e gravidez, autoestima, reduzir bullying, formação da identidade, identificar situações | Aparência física, cuidados com o corpo, higiene, hormônios, métodos contraceptivos | Diálogo, materiais didáticos |
| E 6 | Orientação e Prevenção de DST e gravidez | Adolescência, hormônios, masturbação e métodos contraceptivos | Diálogo, aulas expositivas, materiais didáticos |
| E 7 | Orientação e Prevenção de DST e gravidez | Relação sexual, prevenção de DST/HIV e gravidez | Diálogo, materiais didáticos |
| E 8 | Orientação e Prevenção de DST e gravidez, preservação da saúde | Anatomia, fisiologia, higiene, métodos contraceptivos | Diálogo, materiais didáticos |
| E 9 | Orientação e Prevenção de DST e gravidez | Métodos contraceptivos, reprodução, DST, Diversidade Sexual, gravidez | Diálogo, mídias, materiais didáticos |
| E 10 | Orientação e Prevenção de DST e gravidez | Gravidez e métodos contraceptivos | Diálogo, mídias, materiais didáticos |

Fonte: Elaborado pela autora

Em conformidade com a literatura (NARDI; QUARTIERO, 2012), os resultados apresentados na Tabela 7 revelam que os objetivos das práticas mostram-se focados, prioritariamente, na prevenção das DST e gravidez na adolescência. Objetivos mais subjetivos e sociais, que envolvem o fenômeno da sexualidade, tais como formação de identidade, violência, projetos de vida, autoestima, são pouco evidenciados.

Do mesmo modo, nos resultados, em conformidade com a literatura, os conteúdos trabalhados nas práticas, possivelmente por estarem vinculados aos currículos, mostram-se centrados, em sua maioria, em questões biológicas e preventivas, de forma que temáticas como diversidade sexual, por exemplo, são pouco abordadas (CARVALHO et al., 2012).

A literatura aponta que determinadas questões sobre a sexualidade como as diversidades sexuais, por exemplo, permanecem como tabus, seja em função de valores morais, religiosos, seja por questões relacionadas a pouca formação em temáticas da sexualidade (PIMENTA; TOMITA, 2012; BORGES, MEYER, 2008; NARDI; QUARTIERO, 2012; FIGUEIRÓ, 2006; NUNES; SILVA, 2000). Hipotetiza-se que esta questão apontada pela literatura possa ser uma das justificativas para as práticas de Educação Sexual desenvolvidas pelos professores participantes do estudo não incluírem tais questões mais sociais e subjetivas da sexualidade.

Apesar das observações colocadas referentes à restrição dos conteúdos abordados, se considerado os objetivos apresentados como norteadores das ações nas escolas, considera-se que existe coerência entre os conteúdos trabalhados e os objetivos pretendidos nas práticas. No entanto, destaca-se a necessidade de abordagens mais amplas, que incluam os aspectos sociais, culturais e subjetivos da sexualidade, de modo que contribuam com subsídios mais críticos aos adolescentes e favoreçam a adoção de comportamentos mais responsivos frente ao exercício da sexualidade, conforme é verificado em estudos anteriores (QUIRINO; ROCHA, 2012; COSTA et al., 2001; ALENCAR et al., 2008).

Com relação aos recursos pedagógicos, verifica-se nos resultados o diálogo como ferramenta importante, utilizada concomitantemente inclusive em abordagens mais tradicionais, como aulas expositivas e palestras. Estes resultados evidenciam que, apesar dos avanços tecnológicos na atualidade, as metodologias utilizadas nas práticas mostram-se significativamente tradicionais.

Importa refletir que na realidade contemporânea, tendo em vista o avanço das tecnologias de informação, bem como o acesso dos adolescentes a estas diversas fontes de conhecimento, o papel do educador esteja mais relacionado à mediação dos conteúdos

apreendidos, no sentido de auxiliar os adolescentes a administrar o conhecimento que absorvem. Nesta perspectiva, aponta-se que para além de ofertar a informação de modo verticalizado e como detentor do saber, o profissional que atua junto aos adolescentes pode propor uma aprendizagem a partir de relações mais dialógicas e horizontais.

Ainda com relação às metodologias utilizadas, destaca-se a idade dos professores participantes, cuja média é de 48 anos. Deste modo, observa-se uma possível defasagem advinda do desencontro geracional, ou seja, as técnicas anteriormente aprendidas pelos profissionais para trabalharem questões vinculadas à sexualidade mostram-se inadaptadas à realidade atual da população adolescente. Assim, sugere-se que as metodologias educativas sejam repensadas e, do mesmo modo, aponta-se a necessidade de propiciar espaços de educação permanente com a finalidade de promover a reflexão e ressignificação dos repertórios práticos dos profissionais.

Na Tabela 8, apresentada e discutida a seguir, complementam-se as informações da Tabela 7 e corresponde aos resultados do setor da Educação com informações referentes à frequência e possibilidade de parcerias nas práticas de Educação Sexual nas escolas.

Tabela 8: Especificações das práticas: frequência e parcerias do Município C, 2014

| Nº | Frequência | Possibilidade de Parcerias |
|------|--|---|
| E 1 | Bimestral (curricular no 8º ano) e livre demanda com todas as séries | Não há |
| E 2 | Bimestral (curricular nos 8º do EF e 3ª do EM) e livre demanda com todas as séries | Saúde e Universidade |
| E 3 | Bimestral (curricular no 8º ano) | Universidade |
| E 4 | Bimestral (curricular nos 8º e 9º EF, 1ª a 3ª do EM) | Demais disciplinas |
| E 5 | Mensal | Mediação escolar e professor de matemática |
| E 6 | Bimestral (curricular no 6º do EF e 3ª do EM) e livre demanda com todas as séries | Não há |
| E 7 | Bimestral (curricular no 8º ano) e livre demanda com todas as séries | Não há |
| E 8 | Bimestral (curricular no 8º ano) e livre demanda com todas as séries | Professor de Português e Filosofia |
| E 9 | Bimestral (curricular no 8º ano) e semestral na disciplina eletiva de saúde | Não há. Na disciplina eletiva com as demais disciplinas |
| E 10 | Bimestral (curricular com o 8º ano) e livre demanda com todas as séries | Demais disciplinas |

Fonte: Elaborado pela autora

Sobre a frequência das abordagens, apresentadas na Tabela 8, em comparação com a Tabela 6, são verificadas contradições. Embora os resultados demonstrem que as práticas

ocorrem predominantemente atreladas às disciplinas de Ciências e Biologia e, portanto a Educação Sexual encontra-se incluída nos currículos durante um bimestre, com destaque ao 8º ano do ensino fundamental, ao descreverem as frequências das práticas, os professores colocam que elas ocorrem também de acordo com a necessidade dos adolescentes nas demais séries.

Considera-se que esta contradição pode estar relacionada à compreensão mais disciplinar da Educação Sexual, de modo que as abordagens relacionadas à sexualidade fora de contextos formais e curriculares das aulas apresentam pouca visibilidade, inclusive para aqueles que as praticam.

No que se refere às parcerias para as práticas, três professores colocam que não identificam esta possibilidade. A interdisciplinaridade é sugerida por cinco professores, embora as descrições das práticas, apresentadas anteriormente na tabela 8, evidenciem que a Educação Sexual permanece predominantemente como uma abordagem disciplinar.

A Universidade é colocada enquanto possibilidade de parceria por apenas dois professores. Acerca desta questão, aponta-se que esta instituição poderia se configurar como um importante apoio para os serviços, tendo em vista sua função social, bem como o fato de ser um espaço de produção do conhecimento (SEVERINO, 2002).

Ainda com relação às parcerias, apenas um professor coloca a possibilidade de apoio do setor da Saúde, embora na literatura seja ressaltada a potencialidade da intersetorialidade entre as áreas da Saúde e da Educação para as práticas de Educação Sexual (BAUMFELD et al., 2012; FERREIRA; TORGAL, 2011; MOIZÉS, BUENO, 2010). Deste modo, de acordo com os resultados referentes ao setor da Educação, evidencia-se que as práticas intersetoriais têm apresentado dificuldades de efetivação.

4.1.2. SETOR DA SAÚDE

A seguir, serão apresentados e discutidos os resultados com as informações descritivas relativas ao setor da Saúde. Assim como na Educação, os resultados apresentam-se subdivididos em duas seções com suas respectivas tabelas, seguidas de discussão.

4.1.2.1. INFORMAÇÕES DOS PARTICIPANTES

A Tabela 9, apresentada e discutida a seguir, corresponde aos resultados que caracterizam os profissionais do setor da Saúde participantes do estudo, tais como sexo, idade, formação acadêmica, tempo de trabalho no serviço de saúde e de envolvimento com práticas vinculadas à Educação Sexual.

Tabela 9: Dados gerais e formação acadêmica do Município C, 2014

| N° | Sexo | Idade | Função | Graduação | Pós-grad. | Tempo de trabalho na Unidade | Tempo de prática de ES |
|------|------|-------|------------|------------|-----------|------------------------------|------------------------|
| S 1 | F | 42 | Enfermeira | Enfermagem | Sim | 8 meses | 18 anos |
| S 2 | F | 37 | Enfermeira | Enfermagem | Sim | 2 anos e 6 meses | 4 anos |
| S 3 | F | 43 | Enfermeira | Enfermagem | Sim | 5 meses | 18 anos |
| S 4 | F | 34 | Enfermeira | Enfermagem | Sim | 5 anos | 5 anos |
| S 5 | F | 51 | Enfermeira | Enfermagem | Sim | 13 anos | 13 anos |
| S 6 | F | 31 | Enfermeira | Enfermagem | Sim | 2 anos | 10 anos |
| S 7 | F | 40 | Enfermeira | Enfermagem | Sim | 14 anos | 9 anos |
| S 8 | F | 33 | Enfermeira | Enfermagem | Sim | 1 ano | 9 anos |
| S 9 | F | 39 | Enfermeira | Enfermagem | Sim | 2 anos | 13 anos |
| S 10 | F | 33 | Enfermeira | Enfermagem | Sim | 7 anos | 10 anos |

Fonte: Elaborado pela autora

A partir das informações apresentadas na Tabela 9, observa-se que todos os profissionais indicados a participarem do estudo são mulheres e apresentam graduação em enfermagem. Retoma-se sobre o procedimento de localização dos participantes deste estudo, em que por meio da gestão das Unidades de Saúde da Família, na figura do médico, dentista e enfermeiro, era indicado o profissional da equipe que desenvolvesse práticas vinculadas à Educação Sexual nos respectivos serviços de saúde.

Embora a interdisciplinaridade seja preconizada pelas Políticas Públicas como estratégia utilizada nas práticas de prevenção e promoção na ESF (BRASIL, 1997a), de acordo com os resultados, no que se refere à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, evidencia-se a centralização destas ações no enfermeiro.

Com relação a esta questão, sugere-se a relevância de que estudos futuros se aprofundem sobre os motivos que corroboram para o maior envolvimento da enfermagem nestas ações de educação em saúde vinculadas à Educação Sexual de adolescentes.

Sobre as informações na tabela 9, verifica-se que os profissionais do setor da Saúde participantes do estudo apresentam experiência em práticas vinculadas à Educação Sexual com adolescentes, de modo que o tempo mínimo de envolvimento foi de quatro anos e o máximo de dezoito anos.

Na Tabela 10, apresentada e discutida a seguir, constam os resultados do setor da Saúde relativos à participação dos profissionais em atividades de formação vinculadas à Educação Sexual e à sexualidade.

Tabela 10: Formação específica vinculada à Educação Sexual do Município C, 2014

| Nº | Formação em ES | Especificações | Duração | Oferecido por quem? |
|------|----------------|--------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| S 1 | Não | --- | --- | --- |
| S 2 | Sim | Transexualidade | 8 horas | Prefeitura |
| S 3 | Sim | DST e Redução de danos | 4 dias e 3 dias | Prefeitura |
| S 4 | Sim | Pré-natal | 6 meses | Prefeitura |
| S 5 | Sim | Não lembra | Não lembra | Não lembra |
| S 6 | Sim | Diversidade sexual | 6 meses | Secretaria Estadual de Saúde |
| S 7 | Não | --- | --- | --- |
| S 8 | Não | --- | --- | --- |
| S 9 | Sim | Saúde da Criança e do adolescente | 2 meses | Universidade |
| S 10 | Sim | DST, Redução de Danos e Adolescência | 4 dias, 3 dias e 2 meses | Prefeitura e Universidade |

Fonte: Elaborado pela autora.

Verifica-se nos resultados apresentados na Tabela 10 que, diferente do setor da Educação, a maioria dos profissionais da Saúde, um total de sete, já vivenciou alguma formação relacionada à Educação Sexual. O tempo de duração destas atividades variou entre oito horas e seis meses, bem como demonstrou-se diverso nas temáticas abordadas. Sobre esta questão, ressalta-se novamente que na literatura a formação profissional é apontada como uma necessidade para o preparo profissional para a abordagem educativa de questões relacionadas à sexualidade (ANASTÁCIO, 2007).

4.1.2.2. CARACTERIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL

Nesta seção, são apresentados e discutidos os resultados do setor da Saúde referentes à caracterização das práticas vinculadas à Educação Sexual desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família.

A Tabela 11, apresentada e discutida a seguir, corresponde aos resultados do setor da Saúde, relacionados aos espaços de planejamento conjunto das práticas de Educação Sexual realizadas nas Unidades de Saúde da Família.

Tabela 11: Espaços sistematizados para o planejamento das práticas do Município C, 2014

| Nº | Existem espaços sistematizados de planejamento conjunto? | Qual? | Frequência |
|------|--|---|-------------------------|
| S 1 | Sim | Reunião de equipe | Esporádico |
| S 2 | Sim | Reunião de equipe e discussões de casos | Esporádico |
| S 3 | Sim | Reunião de equipe | Semanal |
| S 4 | Sim | Reunião de equipe | Esporádico |
| S 5 | Sim | Reunião de equipe | Não responde |
| S 6 | Sim | Reunião de equipe | Semanal |
| S 7 | Sim | Reunião de equipe | Semanal |
| S 8 | Sim | Reunião de equipe | Esporádico |
| S 9 | Sim | Reunião de equipe | Semanal |
| S 10 | Sim | Reunião de equipe e discussões de caso | Semanal e continuamente |

Fonte: Elaborado pela autora.

Na Tabela 11, verifica-se que todos profissionais apontam que a reunião de equipe configura-se como um espaço para o planejamento conjunto das ações vinculadas à Educação Sexual, sendo que quatro participantes colocam sobre a frequência destes encontros ser esporádica, um não responde, e os demais apontam que acontecem semanalmente.

Cruz e colaboradores (2008) colocam que as reuniões de equipe na Estratégia de Saúde da Família mostram-se de extrema importância, uma vez que elas possibilitam a discussão coletiva sobre questões relacionadas ao processo de trabalho, bem como o planejamento conjunto e definição das ações de cuidado individuais e coletivas a serem desenvolvidas com a população.

Embora a literatura e os resultados do estudo demonstrem reconhecimento sobre a potencialidade das reuniões de equipe, sabe-se que questões mais técnicas acabam por consumir significativamente este espaço coletivo (GRANDOL; DALL'AGNOL, 2010). Esta questão pode revelar-se como uma dentre as possíveis hipóteses para o planejamento das

ações de Educação Sexual ocorrer de modo esporádico, visto que outras questões do processo de trabalho e demais necessidades de saúde da população, acabam por ser priorizadas.

Observa-se também que as discussões de caso foram citadas por dois participantes como um espaço para planejamento conjunto de práticas vinculadas à Educação Sexual de adolescentes.

A Tabela 12, apresentada e discutida a seguir, corresponde às informações relativas às práticas desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família, com suas respectivas especificações e responsáveis pela execução e elaboração.

Tabela 12: Práticas de Educação Sexual do Município C, 2014

| Nº | Qual? | Quem realiza? | Por quem são elaboradas as práticas? |
|------|---|--|--------------------------------------|
| S 1 | Consulta individual de enfermagem | Enfermeira | USF |
| S 2 | Consulta individual de enfermagem e médica | Enfermeira e médica | USF e Programas Federais |
| S 3 | Grupos de gestante, grupo na escola, Consulta individual de enfermagem, médica e odontológica | Todos da equipe e alunos da Universidade | USF e Programas Federais |
| S 4 | Consultas individuais de enfermagem e acolhimento | Enfermeira e os outros profissionais da equipe | USF |
| S 5 | Consulta individual de enfermagem e médica e acolhimento | Enfermeira e médica | USF |
| S 6 | Consulta individual de enfermagem, odontologia e médica | Enfermeira, dentista e médica | USF e Programas Federais |
| S 7 | Consulta individual de enfermagem, odontologia e médica, acolhimento e grupo de gestantes | Enfermeira, dentista, médica e ACSs | USF e Programas Federais |
| S 8 | Consulta individual de enfermagem e médica, sala de espera e grupos | Enfermeira, médico, ACSs, alunos da Universidade | USF e Programas Federais |
| S 9 | Grupo de Planejamento Familiar, consultas individuais de enfermagem e médica | Médica e enfermeira | USF e Programas Federais |
| S 10 | Consulta individual de enfermagem, odontologia e médica e acolhimento | Médica, dentista e enfermeira | USF e Programas federais |

Fonte: Elaborado pela autora.

Verifica-se nestes resultados apresentados na Tabela 12, que em todas as Unidades de Saúde da Família as práticas vinculadas à Educação Sexual ocorrem em espaços de consultas individuais. Atividades coletivas com este enfoque ocorrem somente em três Unidades. Sobre esta questão, ressalta-se que a Estratégia de Saúde da Família reforça sobre a

importância da promoção da saúde por meio da educação em saúde, em que são formados grupos de usuários nas Unidades para discussão e empoderamento dos cuidados sobre determinadas questões de saúde (BRASIL, 1997a; BRASIL, 2006).

Certamente que, respondendo ao que se é preconizado pelo Ministério da Saúde, as Unidades participantes que não apresentam práticas coletivas sobre Educação Sexual com adolescentes desenvolvem grupos com a população sobre outras temáticas de saúde e, possivelmente, com usuários em outra etapa do desenvolvimento. Sobre esta questão, no documento “Marco Teórico Referencial: saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens” (BRASIL, 2007a), é reconhecida a dificuldade de acesso à população adolescente, uma vez que eles utilizam pouco os serviços para a promoção de sua saúde sexual e reprodutiva.

Considera-se que esta questão, relacionada ao acesso, pode ser uma dentre as justificativas para a pouca existência de práticas coletivas vinculadas à Educação Sexual nas Unidades de Saúde participantes do estudo.

Com relação ao profissional responsável pelas práticas, observa-se que, de um modo geral, é predominante a presença dos profissionais da equipe gestora do serviço, no caso enfermeiros, médicos e odontólogos, na realização das atividades. Em apenas quatro Unidades é colocado sobre a participação de outros profissionais da equipe e serviços nas práticas.

Compreende-se que esta diferença está relacionada com o fato das práticas ocorrerem nos espaços de consulta individual e não em espaços mais coletivos, de forma que as consultas exigem a responsabilidade daqueles que as realizam, enquanto que os grupos ampliam a possibilidade de colaboração e participação de outros profissionais da equipe e/ou outros serviços, além de favorecer a criação de vínculos e trocas entre os usuários.

Ainda com relação aos responsáveis pela execução das práticas de Educação Sexual, observa-se que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) aparece envolvido com tais práticas em apenas duas Unidades. A literatura destaca a importância deste profissional no processo de consolidação do SUS, especialmente no que tange às práticas de prevenção e promoção desenvolvidas na ESF (BRASIL, 2004c). Desta forma, reflete-se sobre o quanto as ações das equipes nos serviços de saúde encontram-se distanciadas do que está preconizado nas políticas de Saúde.

Ainda sobre a importância do envolvimento dos ACS, destaca-se o papel fundamental deste profissional para as práticas de cuidado junto à população como um todo, inclusive com os adolescentes. Seja por meio de ações mais sistematizadas, como nos grupos nas Unidades,

seja no acompanhamento dos adolescentes e suas respectivas famílias nas visitas domiciliares, o ACS é um profissional essencial no processo de vigilância em saúde (BRASIL, 2004c; BRASIL, 2009f). Do mesmo modo, ressalta-se que o vínculo entre este profissional e as famílias da comunidade, pode contribuir positivamente com as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como pode favorecer a relação de confiança, identificação e aproximação dos adolescentes com os serviços de saúde (BRASIL, 2009f).

A Tabela 13, apresentada e discutida a seguir, corresponde aos resultados do setor da Saúde referentes às especificações das práticas de Educação Sexual desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família.

Tabela 13: Especificações das práticas: objetivos, conteúdos e recursos do Município C, 2014

| Nº | Objetivos | Conteúdos | Recursos pedagógicos |
|------|--|--|---|
| S 1 | Orientação e prevenção de DST e gravidez | Sexualidade, gravidez, Papanicolau, métodos contraceptivos e relação sexual | Material didático e diálogo |
| S 2 | Orientação e prevenção de DST e gravidez, promoção da saúde e cuidados | DST/HIV, gravidez, drogadição, uso de preservativo e outros métodos contraceptivos | Material didático, métodos contraceptivos e diálogo |
| S 3 | Prevenção de DST e gravidez, orientação sobre parto e cuidados com os bebês, empoderar sobre cuidados com a saúde, fortalecimento de vínculos com os escolares | DST, gravidez, vacinação, drogas, desenvolvimento e métodos contraceptivos | Material didático, mídias, diálogo |
| S 4 | Orientação, prevenção e vínculo | Sexualidade, gravidez e métodos contraceptivos | Material didático e diálogo |
| S 5 | Orientação | Métodos contraceptivos, sexualidade, gravidez | Material didático, métodos contraceptivos e diálogo |
| S 6 | Orientação, sensibilização, planejamento familiar (gravidez) e prevenção | Sexualidade, relacionamentos, DST, gravidez, violência | Material didático e diálogo |
| S 7 | Orientação e prevenção | Métodos contraceptivos, projetos de vida e sexualidade | Material didático e diálogo |
| S 8 | Orientação, prevenção e cuidado | Sexualidade, drogas, métodos contraceptivos e gravidez | Material didático, diálogo e dinâmicas |
| S 9 | Orientação, prevenção e tratamento | DST, gravidez, métodos contraceptivos, pré-natal, parto, cuidados com o bebê, sexualidade e drogas | Material didático, métodos contraceptivos, diálogo e mídias |
| S 10 | Orientação e prevenção de DST, pré-natal | Gravidez, métodos contraceptivos, DST/HIV | Material didático, diálogo e métodos contraceptivos |

Fonte: Elaborado pela autora

Observa-se nas informações apresentadas na Tabela 13 que, assim como nas práticas realizadas nas escolas, os objetivos principais das ações são orientação e prevenção das DST e gravidez na adolescência. Embora as Políticas Públicas vinculadas à saúde sexual e reprodutiva e à adolescência, incluam em seus conteúdos aspectos subjetivos e sociais relativos à sexualidade, de acordo com os resultados, não somente nos objetivos, como também nos conteúdos abordados, as ações vinculadas à Educação Sexual permanecem focadas predominantemente em questões biológicas e preventivas (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007c).

Sobre esta questão, considera-se que a necessidade de formação específica sobre sexualidade pode estar atrelada a pouca abordagem dos aspectos sociais e subjetivos da sexualidade. Além do apoio que as formações podem oferecer para as práticas, ressalta-se que, conforme aponta a literatura, as questões relacionadas à sexualidade permanecem até os dias atuais atravessadas por valores morais e religiosos (NARDI, QUARTIERO, 2012; FIGUEIRÓ, 2006; NUNES; SILVA, 2000; BORGES, MEYER, 2008).

Neste sentido, para que haja contribuições mais efetivas, Barreiro, Teixeira-Filho e Vieira (2006) colocam sobre as formações sobre a sexualidade, voltada aos profissionais, favorecerem a apropriação de novos conceitos a partir da sensibilização e reflexão crítica dos profissionais sobre seus valores, crenças e concepções sobre a sexualidade e temas afins.

Do mesmo modo, nos resultados apresentados na tabela 13 destaca-se sobre a “sexualidade” ser colocada como conteúdo diverso e separado dos demais, como se este fenômeno não fosse o pano de fundo de todas as práticas de Educação Sexual e não um tema. Desta forma, mostra-se relevante refletir sobre a concepção de sexualidade sustentada pelos profissionais.

A Tabela 14, apresentada e discutida a seguir, complementa as informações da tabela anterior (Tabela 13) e corresponde aos resultados do setor da Saúde referentes à frequência e possibilidade de parcerias nas práticas.

Tabela 14: Especificações das práticas: frequência e parcerias do Município C, 2014

| Nº | Frequência | Possibilidade de Parcerias |
|------|---|--|
| S 1 | De acordo com a demanda espontânea (consultas) | Não há |
| S 2 | De acordo com a demanda espontânea (consultas) | Equipe |
| S 3 | De acordo com a demanda espontânea (consultas) e grupos mensais | Equipe, Universidade e a escola |
| S 4 | De acordo com a demanda espontânea | Equipe |
| S 5 | De acordo com a demanda espontânea (consultas) e anual o grupo na escola | Equipe e escola |
| S 6 | De acordo com a demanda espontânea (consultas) | Residência multiprofissional, psicóloga e Terapeuta Ocupacional (NASF) |
| S 7 | De acordo com a demanda espontânea (consultas e acolhimento), grupo de gestante quinzenal, na escola ainda não há frequência (início) | Escola |
| S 8 | Uma vez por semana (consultas), grupos quinzenais e mensais | Universidade |
| S 9 | De acordo com a demanda espontânea (consultas), grupos semanais, quinzenais e esporádico (na escola) | Equipe e o NASF |
| S 10 | Três vezes na semana (consultas) e visitas mensais | Equipe e Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS |

Fonte: Elaborado pela autora

De acordo com estes resultados relativos à frequência e parcerias, apresentados na Tabela 14, verifica-se que com relação às práticas de Educação Sexual desenvolvidas nas consultas, em oito Unidades de Saúde da Família não existe uma sistematização e regularidade das ações. Evidencia-se que as práticas ficam a critério da demanda espontânea, ou seja, dos usuários adolescentes procurarem os serviços de saúde.

Neste sentido, embora a ESF (BRASIL, 1997a), reafirme o novo modelo de saúde sustentado pelo SUS (BRASIL, 1990b) e destaque sobre a importância das ações de promoção e proteção da saúde e prevenção de agravos, de acordo com os resultados, evidencia-se que as ações com esta população nos serviços acabam por reproduzir modelos tradicionais de atenção à saúde. Embora as ações realizadas nas Unidades de Saúde participantes sejam de extrema importância, observa-se que são priorizadas as práticas preventivas e curativas, de forma que as doenças permanecem como foco das ações.

Quanto à possibilidade de parcerias, seis Unidades destacaram sobre a participação e envolvimento da equipe do serviço, duas sobre o apoio dos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008a), duas apontaram a Universidade e três a escola.

Com destaque ao foco do presente estudo, embora reconheça-se sobre a potencialidade da parceria entre os setores da Saúde e da Educação para as práticas de Educação Sexual com adolescentes, verifica-se a existência de obstáculos para a implementação e efetivação de práticas intersetoriais (CARVALHO et. al, 2009; AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012).

4.2. CONCEPÇÕES, PRÁTICAS E PERPECTIVAS ACERCA DA EDUCAÇÃO SEXUAL NOS SETORES DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE E A INTERSETORIALIDADE

A partir da Análise Temática (BARDIN, 2009) dos resultados advindos das entrevistas realizadas junto aos setores da Saúde e da Educação, em conformidade com os objetivos do presente estudo, bem como com os materiais teóricos utilizados, seis categorias de análise foram identificadas em ambos os setores. Anteriormente à apresentação e discussão dos resultados dos setores da Educação e da Saúde, segue a apresentação das categorias de análise:

A. EDUCAÇÃO SEXUAL: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS

Os resultados apresentados e discutidos nesta categoria de análise estão relacionados aos modelos de Educação Sexual, ou seja, às concepções e valores subjetivos e sociais, que respaldam e embasam as práticas desenvolvidas pelos profissionais (DUARTE, 2010; GOMES, 2013).

Os conteúdos relacionados à sexualidade abordados nas práticas também foram analisados e discutidos. Considerou-se a especificidade de tais conteúdos no sentido destes estarem mais restritos às questões fisiológicas e reprodutivas, ou incluírem aspectos mais sociais e subjetivos da sexualidade.

Além dessas questões, sobre as práticas, foram analisadas informações trazidas pelos profissionais sobre o preparo e planejamento das atividades, como por exemplo, no caso das escolas, se estas estavam restritas aos currículos ou se eram abordadas continuamente, de acordo com a demanda dos adolescentes.

B. DESAFIOS NA REALIDADE DAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL NOS SERVIÇOS

Nesta categoria de análise serão apresentados e discutidos os resultados relacionados aos desafios identificados pelos profissionais dos setores da Saúde e da Educação no cotidiano de execução das práticas de Educação Sexual. Questões mais estruturais relacionadas a recursos, materiais, rotina dos serviços, preparo profissional, apoio de outros equipamentos, foram consideradas, analisadas e discutidas.

C. ESPAÇO PARA A EXECUÇÃO DAS PRÁTICAS

As questões apresentadas e discutidas nesta categoria de análise referem-se às percepções dos profissionais dos setores da Saúde e da Educação sobre o espaço adequado para a execução das práticas de Educação Sexual, tendo em vista a realidade e especialidade de cada área, a rotina dos serviços e o acesso à população adolescente.

D. POLÍTICAS PÚBLICAS E AS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL

Esta categoria de análise buscou abarcar os conteúdos das entrevistas relacionados à percepção dos profissionais sobre as Políticas Públicas provenientes dos Ministérios da Saúde e da Educação vinculadas à prática da Educação Sexual. As possíveis contribuições, desafios e fragilidades das Políticas para a realidade das práticas, apontados pelos participantes do estudo, foram analisadas e incluídas nesta categoria.

E. INTERSETORIALIDADE ENTRE A SAÚDE E A EDUCAÇÃO: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES

Nesta categoria serão apresentados e discutidos os resultados advindos das entrevistas relacionados à intersectorialidade entre os setores da Saúde e da Educação, no campo da Educação Sexual. Nas entrevistas os profissionais expressaram sobre as potencialidades,

desafios e limites para a concretização do trabalho intersetorial nas práticas educativas em sexualidade.

Os resultados identificados relacionados à realidade das práticas, com a inclusão de questões como apoio e parcerias, a percepção sobre as dinâmicas e movimentos de aproximação e resistência entre os setores colocadas, serão apresentados e discutidos nesta categoria de análise.

F. ESTRATÉGIAS E PERSPECTIVAS PARA À EDUCAÇÃO SEXUAL

Considerando a realidade, o modo como as atividades e intervenções encontram-se estruturadas, as potencialidades e dificuldades das práticas nos serviços de saúde e educação, os profissionais entrevistados apontaram sobre possíveis estratégias e perspectivas para a qualificação das práticas de Educação Sexual em um sentido mais macro, relacionado à Políticas, e em perspectivas mais micro, relacionadas às estruturas locais que atuam. Os resultados relacionados a tais questões foram incluídos nesta categoria de análise.

A seguir, primeiramente serão apresentados e discutidos os resultados nas categorias de análise referentes ao setor da Educação e, na sequência, ao setor da Saúde. Após a apresentação e discussão destes resultados, serão realizadas discussões relativas às aproximações e divergências entre os resultados correspondentes aos setores da Educação e da Saúde.

4.2.1. CATEGORIAS DE ANÁLISE DO SETOR DA EDUCAÇÃO

A seguir serão apresentados e discutidos os resultados referentes ao setor da Educação, a partir das categorias de análise descritas e seus respectivos eixos temáticos.

A. EDUCAÇÃO SEXUAL: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS

Com relação a esta categoria de análise, a partir da coleta de dados realizada junto aos professores participantes deste estudo, pode-se identificar dois eixos temáticos: *Modelo biológico-centrado e preventivo* e *Modelo biopsicossocial*.

No modelo de Educação Sexual biológico-centrado e preventivo as concepções que embasam as práticas vinculadas à sexualidade se relacionam, predominantemente, às dimensões fisiológicas, reprodutivas e preventivas. Nesta perspectiva, as práticas abordam temáticas como desenvolvimento fisiológico, anatomia, aparelho reprodutor e métodos contraceptivos (DUARTE, 2010). Dos dez profissionais do setor da Educação entrevistados, seis demonstraram utilizar esta concepção para embasar e nortear suas práticas.

Os objetivos das intervenções neste modelo mostram-se focados na prevenção de DST/HIV e gravidez na adolescência, de modo que demais aspectos subjetivos, socioculturais, relacionados à sexualidade, são pouco abordados ou silenciados. Como pode ser observado no relato a seguir:

Eu entendo como orientação. Eu acho que primeiro é desvendar a sexualidade, desvendar o aparelho reprodutor porque eles não conhecem... Então primeiro é saber o corpo, saber como fica grávida, eu acho que essa parte. Eu acho que é legal começar primeiro por aí. Fazer com que eles entendam o corpo, saber por que engravida... eu acho que eu trabalho mais com a parte de conhecimento do corpo. (E2)

Embora o objetivo demonstrado no relato anterior seja oferecer informações para que os adolescentes adotem comportamentos preventivos, sabe-se que a adoção de tais comportamentos não está somente relacionada à informação sobre métodos contraceptivos, DST, dentre outras temáticas abordadas nestas práticas.

Estudos relacionados à gravidez na adolescência, por exemplo, revelam que muitas outras questões se relacionam com este processo, a cultura em que se está inserido, a família, e demais aspectos subjetivos dos adolescentes mostram-se envolvidos (BORGES, TRINDADE, 2009; BORDIN, CAPUTO, 2008). A partir destas constatações, aponta-se a necessidade de que as práticas abarquem em seus conteúdos os aspectos subjetivos e socioculturais da sexualidade.

Alguns profissionais entrevistados compreendem que as restrições de abordagem nas suas práticas ocorre em função de sua formação e, conseqüentemente, do maior preparo para trabalhar determinadas temáticas, conforme observa-se no depoimento a seguir:

Eu acho que eu domino realmente, que eu posso falar com mais propriedade questões voltadas à parte fisiológica, anatômica e as implicações a partir daí. Falar dos hormônios, do ciclo menstrual, falar a partir daí de como você vai fazer sua prevenção. (E8)

Verificou-se também que determinadas práticas com enfoque no Modelo biológico-centrado e preventivo, apresentaram uma perspectiva mais reguladora e disciplinadora da sexualidade. Nesta concepção, o educador se relaciona com os adolescentes de um modo mais verticalizado, de forma que julga e busca controlar e/ou modificar comportamentos relativos à expressão e exercício da sexualidade (GOMES, 2013). Nesta prática mais reguladora observa-se valores como “promiscuidade”, calcados em tabus e preconceitos, conforme verifica-se nos relatos a seguir:

As maneiras deles, das meninas estarem se comportando com a própria sexualidade. Às vezes eu até brinco que dá vergonha de ser mulher, porque a maneira como elas se vestem e se comportam ultimamente. (E7)

Eu acho que a gente teria que trabalhar mais, não sei como ainda, trazer o respeito da sexualidade para eles, que eles não têm mais, perderam. No sentido de respeitar o outro, de não sair cada hora com um, promiscuidade, beija aqui, transa ali, cada hora com um, é liberal. (E9)

Embora as Políticas e Programas vinculados à Educação Sexual valorizem a compreensão e abordagem mais ampla da sexualidade, sabe-se que este modelo, restrito às dimensões biológicas da sexualidade, permanece predominante entre as práticas de Educação Sexual nos dias atuais (CASTRO; ABRAMOWAY; SILVA, 2004; PAIVA; PUPO; BARBOZA, 2006). O posicionamento adotado pelo presente estudo é de que existe um reconhecimento da importância e legitimidade de práticas focadas restritamente nos aspectos biológicos e preventivos. No entanto, considera-se que abordagens mais ampliadas podem qualificar as ações vinculadas à Educação Sexual.

Lionço e Diniz (2008) afirmam que a desconsideração dos aspectos sociais e subjetivos da sexualidade e que envolvem a relação sexual, podem interferir na adoção, por parte dos adolescentes e jovens, de comportamentos responsivos e preventivos. Em conformidade com o que afirmam estes autores, Zimbres e Palma (2009) realizaram um estudo com professores e adolescentes de duas escolas, cujo objetivo era investigar a concepção de ambos sobre a Educação Sexual realizada nas escolas, tendo como foco principal o tema da gravidez na adolescência. Verificou-se que, na percepção dos adolescentes, para a prevenção de gravidez na adolescência, faz-se necessário que as abordagens de Educação Sexual ocorram para além das questões biológicas, anatômicas e preventivas, mas que incluam também os aspectos subjetivos e emocionais da sexualidade (ZIMBRES; PALMA, 2009).

Assim, considera-se que o foco restrito às questões fisiológicas, nas diferenças anatômicas entre homens e mulheres, na reprodução, modos de evitar as Doenças Sexualmente Transmissíveis e a gravidez na adolescência, termina por negligenciar demandas de adolescentes que podem não estar relacionadas a tais questões. Esses conhecimentos são extremamente importantes, mas questões subjetivas, afetivas, tais como diversidades sexuais, gênero, ansiedades, curiosidades, dentre outras que circundam o exercício da sexualidade, também o são (BRASIL, 1997b). Tais questões devem ser consideradas especialmente na escola, uma vez que esta pode configurar-se como um espaço de construção de valores éticos, humanos e de exercício da cidadania, em que valores como o respeito às diversidades sexuais, por exemplo, deve ser cultivado (NARDI, 2008; ALTMANN, 2013; PEREIRA, 2011).

A literatura indica que a justificativa para tais restrições está relacionada ao fato da sexualidade permanecer como um tabu para muitos profissionais, bem como a valores morais e religiosos e à falta de preparo na formação acadêmica para o trabalho de Educação Sexual (FIGUEIRÓ, 2006; NUNES; SILVA, 2000). Os resultados do estudo confirmam tais considerações, conforme pode ser observado no depoimento a seguir:

O tabu que a gente carrega mesmo, isso é um grande obstáculo, a questão dos tabus. Porque os alunos não têm muitos tabus. Eles começam, vem procurar a gente para informação e às vezes a gente não está muito preparado para lidar com as questões que eles fazem para gente, às vezes é uma coisa muito cabeluda, assim, assustadora. Alguns professores sim, conseguem lidar com isso muito bem, mas acho que na maioria dos casos há um tabu muito forte em trabalhar questões mais polêmicas sobre sexualidade. (E3)

No que se refere à relação mais conservadora com a sexualidade observada no depoimento anterior (E3), o presente estudo destaca sobre a importância da inclusão de aspectos positivos e saudáveis relacionados à sexualidade, bem como ao ato sexual, nas práticas de Educação Sexual. Considera-se também que foco estritamente nas doenças e demais possíveis consequências indesejáveis advindas das experiências sexuais, pode resultar na construção de imaginários negativos e repressivos no exercício da sexualidade.

Evidencia-se em alguns profissionais a expectativa de que os adolescentes precisam temer para se cuidar, conforme pode ser observado no relato a seguir, sobre a abordagem das DST com os alunos:

A parte de Doenças Sexualmente Transmissíveis é mais difícil de eles entenderem o assunto, porque que acontece, eu mostro algumas fotos, choca um pouco e eu falo, a intenção é essa mesmo, chocar. (E2)

Ao considerar a sexualidade como algo intrínseco à vida humana e a expressão de um desenvolvimento saudável, incluir questões como prazer nas discussões sobre os métodos, por exemplo, complementar e ampliaria as práticas no sentido preventivo (LIONÇO; DINIZ, 2008).

Sobre a abordagem mais disciplinadora e reguladora de comportamentos e expressões da sexualidade, contida nos resultados deste estudo, Cabral e Heilborn (2009) apontam que o exercício da atividade segura e a prevenção da gravidez na adolescência não são alcançados por meio de práticas profissionais normativas e moralistas sobre a sexualidade.

Do mesmo modo, considera-se que em afirmações que ressaltam sobre a “promiscuidade” dos adolescentes, os valores que embasam estes modos de fazer a Educação Sexual na escola revelam-se conservadores, uma vez que buscam impor ao outro algo dito como “correto” e desvalorizar comportamentos e expressões “errados”, entendidos como desviantes (NARDI; QUARTIERO, 2012).

Considera-se que estas estratégias e modelos de intervenção, ainda que de forma velada, terminam por fortalecer padrões e normas sociais imperantes e, do mesmo modo, no lugar de promover um exercício consciente e livre da sexualidade, acabam por produzir um cuidado que tutela os corpos e não emancipa (NARDI; QUARTIERO, 2012; NARDI, 2008).

Os resultados do presente estudo indicam que algumas das abordagens realizadas nas escolas vão nesta direção. Considera-se que a compreensão do educador de que ele sabe o que é bom ou não para o adolescente de modo que precisa “colocar na cabeça deles o que é certo”, desfavorece o processo de conquista de autonomia no exercício da sexualidade (COSTA et al., 2001; ALENCAR et al., 2008).

Relacionado à falta de preparo e formação profissional apontada pela literatura, como reforçadoras de práticas embasadas predominantemente por valores pessoais (FIGUEIRÓ, 2006; NUNES; SILVA, 2000), hipotetiza-se que desta forma os profissionais, incluindo aqui os participantes deste estudo, permanecem em um lugar de “segurança”, de modo que seus valores e concepções frente à sexualidade estejam pouco vulneráveis.

Com relação ao eixo temático intitulado como modelo biopsicossocial, observa-se concepções e práticas mais abrangentes, nas quais questões fisiológicas, emocionais e sociais da sexualidade, são incorporadas às ações. Nesta perspectiva a sexualidade é entendida como fenômeno inerente à todo ser humano e que pode ser espessa de múltiplas formas, nas diferentes etapas da vida, nos diferentes contextos e realidades subjetivas, sociais e culturais (MEIRA et al., 2006; BOZON, 2004).

Na perspectiva do modelo biopsicossocial, Costa e colaboradores (2001) destacam a sexualidade como um aspecto importante do desenvolvimento e um elemento estruturador e formador da identidade dos sujeitos, tal é a importância de uma compreensão mais abrangente, para além dos aspectos biológicos.

Esta compreensão da sexualidade demonstra, por parte dos profissionais, maior atenção às demandas não somente abordadas nos currículos escolares, mas também à temáticas que são relevantes e que não se mostram diretamente relacionadas aos aspectos fisiológicos e reprodutivos. Tais práticas reconhecem que questões como perspectivas de futuro, autoestima, especificidades da fase da adolescência, as questões de gênero, dentre outras, estão intimamente relacionadas ao exercício da sexualidade e à adoção de comportamentos preventivos (LIONÇO; DINIZ, 2008).

No presente estudo observaram-se conteúdos nas entrevistas que revelam este modelo de Educação Sexual, conforme ilustrado pelo relato de E5, “[eu] gosto de estar discutindo com eles sobre o que é adolescência, como que é que a gente enxerga o futuro, quais que são as possibilidades.” Os relatos que se seguem, também, corroboram a afirmação:

Eu acho que dá para apontar todos os assuntos de sexualidade da forma mais simples ou da forma mais rebuscada. Basta querer, basta dedicar. Basta sanar as dúvidas do aluno que já ajuda ele bastante. (E6)

Questões de diversidade sexual são abordadas pelos alunos e são esclarecidas de uma forma nada homofóbica, dizendo que é questão de opção, escolha de cada ser humano viver da forma que o organismo dele também quer e pede que seja vivenciado. (E6)

A compreensão mais ampla da sexualidade por parte de alguns professores participantes do estudo, bem como a inclusão de questões diferenciadas a serem abordadas nas práticas de Educação Sexual, como a diversidade sexual, por exemplo, se mostram em consonância com o que está preconizado pelas Políticas Públicas vinculadas à Educação Sexual (BRASIL, 1997b; BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007c; SFAIR, 2012).

Apenas em uma das dez entrevistas, ao definir a Educação Sexual, a questão da autonomia no exercício da sexualidade se revela como um objetivo nas práticas, conforme pode ser observado no depoimento a seguir:

Eu acho que são ações que dão condições ao adolescente de fazer escolhas, eu não diria as certas, mas escolhas para seu benefício, que preservem seu

corpo, que permitam, que não atrapalhem o desenvolvimento dele. Eu acho que é isso, que dê autonomia para ele ser senhor do seu corpo. (E3)

Considera-se que, embora a autonomia ainda não revele-se como um objetivo das ações, o modelo biopsicossocial apresentado nos resultados demonstra importantes avanços, especialmente no sentido de incluir também conteúdos subjetivos e sociais da sexualidade nas práticas de Educação Sexual com os adolescentes.

Sobre esta categoria de análise, verifica-se que a maioria dos professores entrevistados demonstram sustentar, enquanto embasamento para as práticas, o modelo biológico-centrado e preventivo. De um modo geral, apesar desta constatação, existe um reconhecimento, por parte destes profissionais, de que as práticas de Educação Sexual precisam ser aprofundadas, a partir da inclusão de temáticas subjetivas e sociais, conforme observa-se no relato a seguir:

Eu por exemplo, em 3 anos que eu comecei a trabalhar com isso eu sempre segui o currículo, que fala de prevenção, fala de DST, mas eu nunca me atrevi a falar de Diversidade Sexual e da questão de gênero, de machismo, essas coisas e acho que é uma falha minha. (E3)

No que se refere às concepções e intervenções nas práticas de Educação Sexual, a partir dos resultados do estudo, considera-se que ainda existam caminhos para se avançar no sentido da autonomia. Uma prática a favor da emancipação, da autonomia, exige do profissional uma percepção diferenciada sobre a sexualidade, na qual este fenômeno seja reconhecido como um direito humano (BRASIL, 2007a). O presente estudo destaca a necessidade de um entendimento por parte dos profissionais de que as informações e conhecimentos adquiridos pelos adolescentes nas intervenções serão administradas subjetivamente e transformadas em ações concretas.

Considera-se que as estratégias educativas para que os adolescentes cuidem-se, previnam-se, reconheçam seus desejos, conheçam seus corpos, não devem estar atreladas ao medo, culpa ou punição. A Educação Sexual realizada sob a ótica da autonomia do sujeito, busca oferecer subsídios críticos e respaldos para que, a partir de um processo reflexivo, os adolescentes estejam mais aptos para fazer as próprias escolhas e trilhar os próprios caminhos assertivamente (COSTA et al., 2001; ALENCAR et al., 2008).

Quanto às questões discutidas nesta categoria de análise, referente aos modelos das práticas nas escolas, levantam-se questionamentos sobre os motivos que fazem com que as abordagens ocorram predominantemente de forma biológico-centrada e preventiva.

Sobre esta questão, de acordo com Castro e Heilborn (2009) pesquisas revelam que projetos e práticas de Educação Sexual desenvolvidas pelas escolas que apresentam um enfoque na informação sobre DST/AIDS são mais aceitas pelas famílias, comunidades e demais professores, questão esta que corrobora com a execução de práticas mais preventivistas e podem estar presentes na realidade focalizada neste estudo.

A partir disso, com o objetivo de pensar formas de alcançar mudanças positivas e efetivas nas práticas de Educação Sexual, reflete-se sobre as possibilidades de superação de desafios e obstáculos relativos aos papéis da escola, dos professores, bem como o papel das Políticas Públicas nos dias atuais.

Aponta-se sobre a excessiva responsabilidade que é projetada nos professores na realidade contemporânea. Espera-se que estes profissionais estejam aptos a abordar as temáticas vinculadas à sexualidade, bem como à demais questões de prevenção consideradas pertinentes ao período da adolescência. Com relação a esta questão, dada as dificuldades e fragilidades que os professores revelaram nos resultados do presente estudo, aponta-se para a necessidade de maior apoio e atenção ao professor e também sobre a falta de condições para a implementação das Políticas Públicas.

Destaca-se que os desafios identificados nos resultados evidenciam a necessidade de efetivação da interdisciplinaridade, conforme preconizado pelos PCN, embora as práticas permaneçam centradas nas disciplinas de Ciências, justificadas como responsabilidade deste profissional uma vez que é no currículo desta disciplina que a sexualidade encontra-se inclusa.

B. DESAFIOS NA REALIDADE DAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS

Nesta categoria de análise foram identificados três eixos temáticos: *Necessidade de capacitação; Necessidade de apoio; Escassez de recursos pedagógicos.*

As entrevistas revelaram que a falta de preparo e formação para o trabalho de Educação Sexual é algo que se configura como um importante desafio para a prática. Sobre esta necessidade de capacitação, Silva e Neto (2006) apontam que o despreparo profissional pode resultar em posturas discriminatórias e pouco reflexivas, de modo que as crenças, mitos e valores pessoais dos educadores, acabam por ser impostos e reproduzidos nas práticas junto

aos adolescentes. Considera-se que é possível que esta falta de formação também tenha refletido nas práticas dos professores participantes do estudo.

Os professores relataram que a formação acadêmica não oferece subsídios suficientes para o trabalho de Educação Sexual e que, do mesmo modo, a gestão oferece poucos cursos para dar suporte às práticas, conforme verifica-se nos depoimentos a seguir:

Eu por exemplo fiz um curso de licenciatura em Ciências exatas, habilitação em química, tive bastante biologia, mas não tive um enfoque sobre Educação Sexual. Então eu vejo que o educador tem que passar por uma formação em serviço. (E4)

Talvez falta de curso para mim, para eu mesma me sentir mais confiante e falta de apoio da Secretaria de Educação. Cursos de formação seria, eu acho. Para eu ter mais base para falar o que a gente tem que passar para os alunos. (E9)

Tais depoimentos somam-se às informações apresentadas nos resultados descritivos, nas quais verificou-se que a formação acadêmica dos profissionais é, predominantemente, o curso de Ciências Biológicas. Do mesmo modo, conforme as informações relacionadas à formação dos profissionais, apresentadas nos resultados descritivos, após esta graduação, apenas seis profissionais vivenciaram algum espaço de formação. Evidencia-se nos resultados que, mesmo apresentando esta participação em cursos, permanece a necessidade de capacitação, de forma que sua falta é apontada como um desafio para o cotidiano das práticas.

Considera-se que o reconhecimento dos professores sobre a necessidade de capacitação específica sobre sexualidade e Educação Sexual revela por parte destes profissionais, uma compreensão crítica sobre as práticas que desenvolvem. Do mesmo modo, demonstra uma postura comprometida, uma vez que consideram a possibilidade de qualificarem suas práticas, a partir da participação em espaços de educação permanente.

Espaços de educação permanente, voltados aos profissionais que atuam nas escolas, são previstos por Políticas Públicas, tais como o Projeto da Secretaria Estadual de Educação em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo “Prevenção Também se Ensina”, uma estratégia que busca incentivar uma cultura de prevenção em questões de saúde no espaço escolar (RODRIGUES, 2008).

O modelo de formação deste programa segue uma lógica de multiplicação, na qual os coordenadores pedagógicos das instituições de ensino participam de cursos e compartilham os conhecimentos adquiridos com os professores, para que estes realizem as intervenções com os alunos. Embora seja esta a lógica das formações, ocorre em alguns casos que os

conhecimentos não sejam acessados por aqueles que executam as práticas, conforme o relato apresentado a seguir:

Para eu ter mais base para falar o que a gente tem que passar para os alunos, eu que tenho que correr, porque a Secretaria não oferece nada. Muito pouco que oferecem. E se oferecem a gente tenta fazer inscrição e não consegue. Esse Prevenção também se ensina, eu não fico sabendo de nada. Não chega no professor. Se chegar na escola fica parado na coordenação. Para mim nunca chegou. (E9)

A partir do relato anterior, apesar da existência de políticas e programas públicos voltados à educação permanente para os profissionais, questiona-se sobre possíveis limitações relacionadas à efetivação e impacto no cotidiano das práticas nas escolas, uma vez que aqueles que desenvolvem as práticas muitas vezes não acessam tais espaços de formação.

Com relação aos programas e projetos do setor da Educação vinculados à Educação Sexual, reflete-se sobre o processo de descentralização da gestão do setor da Educação. Lück (2000) coloca que a estratégia de descentralização busca dar maior autonomia para aos serviços de educação dos municípios, mais especificamente às Diretorias Regionais de Ensino, a partir do entendimento que apenas uma gestão mais próxima consegue sanar as necessidades específicas dos serviços de educação.

Seguindo esta lógica de gestão, são destinados recursos para diversos fins, dentre eles a formação, no entanto os acessos a tais recursos, bem como as prioridades, ficam a critério da gestão pública local. Ou seja, frente a diversas demandas e necessidades, embora a descentralização promova uma aproximação dos serviços, esta fica vulnerável às prioridades das gestões locais.

Apesar desta questão sobre a falta de acesso à formação voltada aos profissionais que desenvolvem as práticas, vale destacar o SPE que, conforme apresentado anteriormente, é voltado para esta questão (BRASIL, 2007b). A proposta do SPE é direcionada aos profissionais da área da Educação, Saúde e demais serviços que estejam desenvolvendo práticas vinculadas à saúde sexual e reprodutiva na adolescência (BRASIL, 2007b).

Em 2007 foi lançado o manual do SPE “Guia para profissionais de Saúde e Educação”, um documento que oferece subsídios teóricos e práticos para orientar e dar apoio aos profissionais que desenvolvem práticas vinculadas à Educação Sexual, bem como apresenta propostas de intervenção/curso por meio de um cronograma de oficinas (BRASIL, 2007b). Cabe ressaltar que o acesso a este material é gratuito e disponível virtualmente e, de acordo com a proposta do SPE, a proposta de curso deve ser autônoma em níveis locais, bem

como sugere-se que o facilitador deste processo conheça o material na íntegra para orientar este processo de formação e reflexão dos profissionais (BRASIL, 2007b).

O PSE também prevê como parte de suas ações a capacitação dos profissionais dos serviços de saúde e educação em temáticas vinculadas à promoção da saúde integral de crianças e adolescentes (BRASIL, 2007d). Acerca desta formação prevista pelo PSE, Cabral e Heilborn (2009) sugerem que representantes dos municípios após participarem desta capacitação, realizem um papel de multiplicação dos conteúdos aprendidos com os demais atores dos serviços. De acordo com estas autoras, considera-se que esta proposta torna-se restrita no sentido de alcance, especialmente pela falta de um acompanhamento mais especializado para dar suporte aos serviços.

Do mesmo modo, no que se refere à abordagem do fenômeno da sexualidade, questiona-se a efetividade de tais capacitações, uma vez que a sexualidade trata-se de um fenômeno complexo, em que sua abordagem educativa revela-se predominantemente focada nas questões biológicas, bem como sustentada por valores, regras e concepções pessoais (CABRAL; HEILBORN, 2009).

Os resultados do presente estudo reforçam as considerações de Cabral e Heilborn (2009), uma vez que indicam não somente o pouco acesso dos profissionais participantes das capacitações, bem como revelam, ainda que se tenha vivenciado uma formação, abordagens predominantemente biológicas da sexualidade nas práticas de Educação Sexual.

Conforme evidencia-se nos resultados, embora existam estratégias voltadas à formação profissional, como o Guia para profissionais da Saúde e Educação e a proposta de capacitação do PSE, os professores não acessam as informações provenientes dos cursos e materiais voltados à Educação Sexual. Ou seja, os materiais são elaborados com o objetivo de oferecer respaldo aos profissionais, no entanto, por motivos ainda não desvelados, estes recursos não chegam ao seu destino.

Outro aspecto a ser observado sobre a necessidade de capacitação para a abordagem da sexualidade na escola, é a relação desta com os modelos biológico-centrados predominantes nas abordagens de Educação Sexual. Tendo em vista que a predominância de formação na graduação dos professores que estão na prática ser da área de Ciências, aponta-se que nos currículos desta disciplina, as questões fisiológicas, relacionadas ao desenvolvimento humano, anatomia, reprodução e prevenção, estão incluídas (CARVALHO et al., 2012).

Esta consideração pode também ser acrescentada à explicação sobre o enfoque dos conteúdos das práticas de Educação Sexual desenvolvidas pelos professores participantes do

estudo ser, em sua maioria, vinculados às questões biológicas e preventivas, em que demais aspectos sobre a sexualidade, subjetivos e sociais, apresentam pouco ou nenhum enfoque nas práticas.

Do mesmo modo, as próprias dificuldades e resistências dos professores, tais como preconceitos, tabus, valores morais e religiosos, afetam diretamente a qualidade e características das práticas em Educação Sexual, bem como revelam-se imperantes até os dias atuais enquanto embasamento para as práticas (BORGES, MEYER, 2008; GARCIA, 2005). No que se refere à transmissão de valores e concepções pessoais nas práticas de Educação Sexual nos PCN (BRASIL, 1997b) é apontado que:

todas as pessoas com quem convivem, crianças, jovens e adultos, ao expressarem sua sexualidade ensinam coisas, transmitem conceitos e idéias, tabus, preconceitos e estereótipos que vão se incorporando à educação sexual (p. 291).

Em conformidade com a literatura, os resultados do presente estudo destacam sobre as dificuldades relacionadas aos tabus dos profissionais frente à sexualidade interferirem nas práticas, algo que, de acordo com os professores, reforça sobre a necessidade de capacitação, como verifica-se no depoimento a seguir:

[...] muitos professores tem o tabu e, da mesma maneira que a gente tem que atender a necessidade dos adolescentes, de conscientizar para a prevenção, respeitar o próprio corpo, os professores precisam também ter essa formação para outros temas. Então eu quero falar com meu aluno sobre diversidade, mas eu não estou pronto para isso. Então eu acho que o professor tem que ter uma formação bem parecida com aquela que ele quer passar. (E3)

O depoimento anterior demonstra uma percepção crítica do profissional sobre suas limitações, bem como revela o reconhecimento por parte dos professores sobre a importância de se abordar temáticas específicas de sexualidade nas práticas de Educação Sexual nas escolas.

Ressalta-se novamente que, apesar da sensação de despreparo frente à necessidade de formação e demais limitações, como é possível observar nos resultados descritivos apresentados anteriormente, os professores demonstram compromisso com a prática de Educação Sexual.

Sobre o despreparo profissional verificado nos resultados, Garcia (2005) conclui que os valores e crenças pessoais dos profissionais acabam sendo utilizados como subsídios para

dar embasamento às práticas. Deste modo, considera-se que o espaço de Educação Sexual no lugar de se configurar como uma estratégia mais democrática e crítica em relação ao exercício da sexualidade, corre o risco de contribuir com a reprodução de padrões e normas sociais moralistas e repressoras.

A partir do exposto, reforça-se sobre a necessidade expressa também pelos professores participantes do estudo, da capacitação ser garantida pela gestão dos serviços de educação. Deste modo, a compreensão aqui adotada é que, seja por meio da implementação de Políticas Públicas já existentes, seja pela elaboração de novas políticas, a educação permanente precisa ser garantida aos profissionais que encontram-se inseridos nas escolas e desenvolvem as práticas junto aos adolescentes.

Com relação a essa necessidade de capacitação, verificada nos resultados, Costa (2004) destaca sobre as mudanças na realidade contemporânea, bem como nas políticas vinculadas à Educação, que atualmente reforçam sobre o papel da escola para a construção da cidadania, bem como exigem dos profissionais novos modos de agir no cotidiano das práticas educativas. Sobre esta questão, o autor ressalta a necessidade de se repensar a formação inicial dos professores, bem como atenta para a importância de um cuidado especial, a partir de um olhar crítico e criativo, nas formações continuadas voltadas aos profissionais (COSTA, 2004).

Assim, considera-se que os espaços de capacitação profissional exigem uma abordagem mais reflexiva, de modo que, além de contribuírem com novos conhecimentos, podem favorecer a sensibilização e provocar a reflexão sobre valores e verdades pessoais cristalizados que atravessam e interferem nas práticas (BARREIRO; TEIXEIRA-FILHO; VIEIRA, 2006). Nesta perspectiva, considera-se que tais valores e verdades podem ser revistos criticamente, para então serem transformados e ressignificados na execução das práticas.

No que se refere à falta de apoio nas práticas de Educação Sexual, os resultados mostraram-se relacionados à questão da Educação Sexual ficar restrita às disciplinas de Ciências, no ensino fundamental, e Biologia, no ensino médio. Embora os PCN (BRASIL, 1997b) preconizem a abordagem da Educação Sexual a partir da transversalidade e interdisciplinaridade, de acordo com os resultados deste estudo, a realidade das práticas permanece centrada nessas disciplinas.

Para além da existência de Políticas Públicas que preconizem a transversalidade e a interdisciplinaridade, reflete-se sobre quais condições concretas que tais Políticas oferecem

aos profissionais e aos serviços para a implementação e efetivação do que se é proposto. Compreende-se que a manutenção de conteúdos de sexualidade exclusivamente nos currículos das disciplinas de Ciências, por exemplo, pode ser um dos fatores que reforçam a manutenção de práticas disciplinares da sexualidade nas escolas.

Da mesma forma, cabe observar que os conteúdos formais, específicos de cada uma das disciplinas, apresentam um cronograma a ser contemplado e cumprido ao longo do ano letivo. Sobre esta questão, faz-se refletir se em tais cronogramas existem espaços para a inclusão de ações interdisciplinares vinculadas à sexualidade e demais temas transversais, no cotidiano das atividades pedagógicas.

A necessidade de apoio dos demais professores que lecionavam outras disciplinas na escola, inclusive a partir do reconhecimento que a interdisciplinaridade e a transversalidade ampliariam a abordagem de conteúdos nas práticas, também foi evidenciada nas falas de alguns professores entrevistados, conforme observa-se no relato a seguir:

Eu tenho uma formação e sou uma pessoa acho que mais técnica, prefiro trabalhar essa parte mais técnica. Então essa questão mais existencial, eu tenho mais dificuldade de abordar. Eu acho que é uma dificuldade minha que deve ser suprida por algum outro professor aí, da parte de humanas. (E8)

Com relação ao relato anterior, retoma-se sobre a sexualidade não se restringir aos aspectos biológicos, mas ser um fenômeno complexo, construído e atravessado por condições históricas, sociais, culturais e subjetivas (GOMES, 2013). Sobre esta questão, faz-se refletir se o modo como são desenvolvidas as práticas na realidade, possibilita uma abordagem ampliada das questões que envolvem o fenômeno da sexualidade (BRASIL, 1997b). Conforme os resultados deste estudo, bem como aponta a literatura, as práticas de Educação Sexual permanecem com o enfoque restrito aos aspectos biológicos abordados nas disciplinas de Ciências (CASTRO; ABRAMOWAY; SILVA, 2004; PAIVA; PUPO; BARBOZA, 2006).

Com o objetivo de agregar os demais aspectos da sexualidade às práticas, considera-se que o relato anterior (E8) revela uma percepção significativamente crítica, que sugere a incorporação de conteúdos mais subjetivos relativos à sexualidade por meio da complementariedade e interdisciplinaridade.

Ainda sobre a necessidade de apoio para a realização das atividades de Educação Sexual, as famílias dos alunos das escolas foram citadas, especialmente como alvo de preocupação para as abordagens de Educação Sexual. A falta de orientação das famílias para com os filhos sobre temas em sexualidade, bem como a resistência sobre a abordagem de

questões como diversidade sexual, especialmente em função da formação religiosa, foi apontada como desafio, conforme verifica-se nos depoimentos a seguir:

Do meu ponto de vista a família ainda é um entrave, porque como nós tivemos a vacinação do HPV, algumas mães se opuseram às filhas tomarem a vacina, não levaram as filhas para tomar a vacina. Então nós não temos uma abertura para conversar. (E1)

Eu acho que falar de diversidade sexual para mim é mais difícil. Até assim, porque falar sobre sexualidade com os alunos tudo bem, mas às vezes a formação religiosa deles atrapalha na hora de você falar de diversidade sexual. Aí é preciso ter um feeling, um cuidado muito grande para você transmitir aquela informação sem ser preconceituoso. (E3)

Gonçalvez, Faleiro e Malafaia (2013) em estudo de revisão sobre o desenvolvimento da Educação Sexual realizado por pais e educadores, colocam que muitas famílias privam seus filhos destas práticas educativas em função de uma compreensão negativa da sexualidade e a partir do entendimento que esta abordagem pode antecipar a vida sexual de seus filhos. Estas autoras ainda sugerem que a aproximação entre as famílias e as escolas pode contribuir positivamente no desenvolvimento das práticas de Educação Sexual.

Embora a vivência da sexualidade em grande parte ocorra na dimensão privada, relacionada ao âmbito individual e familiar, tendo em vista os componentes sociais e culturais que compõe a construção do fenômeno da sexualidade, aponta-se o seu caráter público e social (CHAUÍ, 1985; MEIRA et.al., 2006). Neste sentido, reforça-se o posicionamento aqui adotado, que defende que as práticas educativas vinculadas a esta temática devem agregar os aspectos sociais que compõe a sexualidade.

Considera-se que esse reconhecimento do caráter público e social da sexualidade, reforça os motivos de Políticas Públicas se debruçarem sobre questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, com o intuito de oferecer subsídios e respaldos às práticas a serem desenvolvidas em espaços públicos como, por exemplo, as escolas públicas.

A partir desta perspectiva, ressalta-se sobre a responsabilidade de execução das práticas de Educação Sexual não ser exclusividade das famílias. Neste sentido a aproximação entre a escola e as famílias, bem como outros setores como a Saúde, mostra-se uma estratégia potente para o avanço, alinhamento, qualificação e eficácia das práticas (GOMES; HORTA, 2010).

Assim, sugere-se que as escolas desenvolvam práticas que envolvam as famílias e a comunidade, por meio de palestras mensais, rodas de conversa, por exemplo, com o objetivo de sensibilizar acerca da importância, bem como instrumentalizar os familiares e/ou responsáveis para a abordagem questões de sexualidade junto aos adolescentes. Considera-se que esta estratégia pode ser significativamente positiva, tanto no sentido de fortalecer a parceria escola-famílias, quanto para ampliar o cuidado com a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes em diferentes cenários.

A falta de recursos pedagógicos, relacionados por exemplo ao acesso à internet, foi apontada como um importante desafio para o cotidiano das práticas. Alguns se utilizavam de materiais particulares, da elaboração de cartazes e quadrinhos com aproveitamento do que havia disponível nas escolas, dentre outras estratégias, como pode ser verificado nos relatos a seguir:

Eu acho que a escola está muito pobre de recursos. A gente não tem, por exemplo, muito acesso a sala de informática com os alunos. Sempre tem algum porém, falta de monitor, internet que é lenta. Eu acho que recursos didáticos são pobres. Então a gente trabalha muito com a criatividade, com o improviso. (E8)

Eu acho assim, às vezes materiais, para a gente estar desenvolvendo as atividades, estar trabalhando. Porque quando você tem, você mostra as coisas. Eu tenho alguns que era da minha irmã, que é enfermeira e doou para mim, que é antigo, mas dá para fazer demonstrações de conhecimento. (E7)

Com relação à falta de materiais verificada nos resultados deste estudo, vale apontar os Projetos “Prevenção também se ensina” e “Vale Sonhar”, apresentados anteriormente no presente estudo. Estes projetos, por meio das Diretorias Regionais de Ensino, disponibilizam recursos pedagógicos para o trabalho de Educação Sexual nas escolas.

Alguns professores relataram ter conhecimento sobre estes projetos, bem como seus respectivos recursos, e declararam que faziam a utilização de jogos lúdicos provenientes do projeto Vale Sonhar nas práticas de Educação Sexual com os adolescentes. Apesar disso, de um modo geral, a maioria dos participantes relatou não ter materiais de apoio para a execução das práticas, exceto os currículos das disciplinas. Com relação a esta questão reflete-se se apenas algumas instituições receberam os materiais ou, se em razão da pouca ou não utilização nas atividades, tais recursos pedagógicos acabaram se perdendo.

Sobre esta questão, faz-se refletir se a falta de recursos materiais realmente se configura como um desafio, ou se, por trás desta necessidade, existe uma complexidade de

fatores a serem desvelados. Considera-se que a necessidade de transformação de limitações mais subjetivas e culturais, relacionadas, por exemplo, a valores morais, religiosos, crenças e tabus dos profissionais frente à sexualidade, são mais desafiadores e primários que a questão dos recursos materiais.

Somente a existência de recursos materiais garantiria a superação de desafios e consequentemente uma melhora na qualidade das práticas? Questões como essas não foram foco deste estudo, no entanto, sugere-se ser este um aspecto vinculado as práticas de Educação Sexual a ser aprofundado em estudos futuros.

C. ESPAÇO PARA A EXECUÇÃO DAS PRÁTICAS

Nesta categoria de análise foram identificados dois eixos temáticos: *Adolescentes e a falta de orientação das famílias* e *Educação Sexual como atribuição da escola*. Conforme os resultados identificados no presente estudo, ressalta-se que todos os professores participantes consideram a escola como local propício e adequado para a execução das práticas de Educação Sexual.

Os professores entrevistados relataram uma preocupação com a falta de diálogo e orientação das famílias com os adolescentes sobre as questões de sexualidade, conforme observa-se no relato a seguir:

Para os alunos, eu acho que é o único local que eles têm às vezes para estar conversando. Como eu falei, eles não conversam, pela geração que a gente está, eles não conversam em casa. Eu acho errado isso. Eu acho um absurdo. (E7)

Esta carência de diálogo, na percepção dos profissionais, se deve à vergonha que os adolescentes sentem em conversar sobre sexo com os pais e, por isso, a escola seria o espaço mais adequado para abordar e acolher as demandas dos adolescentes relacionadas à sexualidade, como verifica-se nos depoimentos:

Mais propício que em casa e eu acho. Acho que pai e mãe falam, mas o filho tem vergonha de perguntar. Uma criança de 10 anos não vai perguntar para o pai e se o professor der abertura, eles perguntam. Então deveria ser trabalhado na linguagem deles, mas tem que ser trabalhado. (E9)

Porque ainda, apesar de toda a liberdade que eles têm, para a família ainda é um tabu. Eles não conseguem chegar na mãe. A menininha que não foi tomar a vacina do HPV porque a mãe não deixou, eu questionei “Você conversou com a mamãe? Você falou para ela, explicou como que é o HPV, que você viu aqui na escola? Você conversou abertamente? Ah, minha mãe não conversa comigo essas coisas. (E1)

Com relação à dificuldade de os pais abordarem questões relativas à sexualidade dos filhos, verificada nos resultados e também apontada na literatura, ressalta-se que o sentimento de vergonha das famílias com relação à sexualidade pode resultar na desinformação dos adolescentes (MOREIRA et al., 2008).

Considera-se que, a partir dos depoimentos anteriores, bem como dos demais resultados do presente estudo, existe uma postura comprometida e crítica por parte dos professores, de modo que, apesar de desafios por eles identificados, tais como questões relativas às famílias, permanece o reconhecimento da escola como espaço propício para a execução das práticas. Ou seja, eles reconhecem criticamente seus limites, bem como obstáculos nos serviços, mas assumem a responsabilidade de execução das práticas.

Nos resultados verificou-se também que a realidade cultural das famílias e comunidades socioeconomicamente desfavorecidas, foi apontada como justificativa para a ausência ou orientação inadequada das famílias para os adolescentes, como observa-se no relato a seguir:

Os pais dos nossos alunos não têm orientação nenhuma, muitos deles não sabem ler nem escrever. Então se eles não tiverem essa orientação na escola vai ter onde? Na rua? Quando você trabalha com um aluno de nível social melhor, os pais têm essa orientação em casa...mas nossos alunos os pais não dão orientação nenhuma, eles aprendem na rua realmente. Então eu acho que na escola é fundamental para ensinar o básico que eles têm que saber. (E2)

Com relação às condições socioeconômica explicitada no relato anterior, importa refletir se tais observações não encontram-se calcadas em valores estigmatizantes e elitizados. A partir desta perspectiva, responsabiliza-se as famílias socioeconomicamente desfavorecidas por possíveis comportamentos tidos como “hipersexualizados” na vivência da sexualidade dos adolescentes (NARDI, 2008).

Nos resultados do presente estudo, com relação ao entendimento de que a Educação Sexual é responsabilidade e atribuição da escola e, por isso, o espaço mostra-se propício e adequado para as práticas, revela-se uma compreensão mais ampla sobre os objetivos da educação e das atividades pedagógicas desenvolvidas (BRASIL, 1997b). A escola é apontada

como um espaço diverso, onde as mais variadas demandas dos adolescentes emergem e precisam ser trabalhadas, conforme verifica-se nos depoimentos a seguir:

Eu acho que a escola é o lugar que aparece os problemas. Então eu acho que a escola tem que trabalhar com isso porque na escola é que...porque eu acho que em casa eu acho que o aluno até esconde mais. Na escola que ele vai mostrar um pouco do que ele tá pensando. (E5)

Eu acho que em qualquer espaço pode acontecer a Educação Sexual, mas eu acho que a escola com certeza é um espaço para se ter Educação Sexual. Porque o objetivo da escola é Educação e acho que faz parte e ela está dentro, está inclusa. (E3)

Verifica-se nos resultados o reconhecimento da escola como um espaço diverso e, nesta perspectiva, cabe ressaltar sobre o papel social desta instituição. A escola mostra-se como um potente espaço de socialização no processo de construção de valores éticos e humanos, na formação para o exercício da cidadania e promoção da igualdade de direitos (NARDI, 2008; ALTMANN, 2013; PEREIRA, 2011).

Utilizando o exemplo das diversidades sexuais como temática a ser trabalhada na Educação Sexual, considera-se que silenciar sobre esta demanda, seria perder parte da possibilidade de sensibilizar os adolescentes sobre o respeito às diversidades, direitos, combate à homofobia e o entendimento que o exercício da sexualidade é direito humano (NARDI, 2008; FONTES, 2008).

Com relação à necessidade de se trabalhar as demandas que aparecem no cotidiano das práticas e no espaço escolar de um modo geral, os profissionais destacaram também sobre os grupos na adolescência. Uma vez que, segundo os resultados, existe pouco diálogo dos adolescentes com suas famílias, foi demonstrada uma preocupação de que os adolescentes sanem suas dúvidas apenas entre seus pares, como verifica-se no relato a seguir:

Eu considero muito importante e que é um lugar propício. Eu falo para os alunos que às vezes eles não tem esse suporte em casa... Então a gente diz, não deixa de procurar a escola, um professor. Eu às vezes sou meio bravo, então eu digo que não precisa ser comigo, pode ser com outro que eles se identifiquem mais. Falo para não tirar dúvidas com colegas que podem dar informações erradas. (E10)

Evidencia-se no relato anterior, conforme apontado, uma preocupação por parte dos professores sobre o esclarecimento de dúvidas relativas à sexualidade ocorrerem entre os adolescentes e seus pares. Com relação a esta questão, em conformidade com estes resultados,

Borges (2004) em estudo sobre iniciação da vida sexual, realizado com 383 adolescentes homens e mulheres, verificou que, segundo os participantes de ambos os sexos, as conversas sobre sexo, bem como esclarecimento de dúvidas, ocorrem predominantemente junto aos pares. Do mesmo modo, no estudo de Borges (2004), os adolescentes do sexo masculino destacaram que professores e profissionais de saúde são também importantes referências para informações sobre sexualidade, mais que as famílias, algo que reforça a importância das práticas realizadas tanto nas escolas, quanto nos serviços de saúde.

Verifica-se também no relato anterior (E10), uma compreensão da escola como espaço de orientação, apoio e cuidado para os adolescentes com relação às questões de sexualidade, de forma que sustenta-se o reconhecimento de ser este um espaço propício para a execução das práticas de Educação Sexual.

O posicionamento sobre o papel e atribuições da escola, bem como sobre as atividades educativas realizadas no espaço escolar, verificado nos resultados, é também sustentado pelo Programa Nacional do Livro Didático (PNLD), responsável pela elaboração dos materiais utilizados pelos currículos escolares no ensino fundamental nas escolas públicas. O PNLD, a partir da inclusão das questões de sexualidade nos currículos, reconhece ser este um fenômeno que faz parte do processo de ensino-aprendizagem de modo que sua abordagem se mostra necessária para o desenvolvimento dos adolescentes (RIOS; SANTOS, 2008).

Rios e Santos (2008) afirmam que o PNLD tem o papel de promover princípios democráticos fundamentais nos processos educativos, a favor da superação de condutas discriminatórias e de violação de direitos. Embora este programa inclua uma diversidade de conteúdos relacionados à sexualidade e se reconheça a importância, estes autores colocam que permanece a necessidade de avanços no que se refere à abordagem de questões relacionadas à sexualidade, com destaque à diversidade sexual e gênero.

Com relação a esta questão, nos resultados descritivos já apresentados, bem como nos resultados advindos das entrevistas, identificou-se a predominância das práticas vinculadas aos currículos. Assim, os conteúdos contidos nos materiais didáticos serão aqueles predominantemente abordados nas práticas de Educação Sexual. Deste modo, o presente estudo sugere que as lacunas relacionadas a determinadas temáticas em sexualidade precisam ser preenchidas, de forma que outras dimensões da sexualidade sejam contempladas e trabalhadas com os adolescentes, inclusive nas abordagens curriculares.

A abordagem da Educação Sexual na escola pode ser uma importante estratégia não somente para a aquisição de conhecimentos relativos à adoção de comportamentos

responsivos frente ao exercício da sexualidade, mas também como um espaço potente de oportunidade para se garantir a igualdade de direitos, de modo a facilitar o exercício responsável e pleno da sexualidade (NARDI, 2008; ALTMANN, 2013).

O reconhecimento da escola como local propício, apesar das restrições de conteúdos nas abordagens, bem como dos desafios e dificuldades verificados nos resultados, já se mostra como um significativo avanço na realidade das práticas de Educação Sexual. Do mesmo modo, considera-se que o entendimento de que a escola seja também um espaço de cuidado, demonstra, por parte dos professores participantes do estudo, uma compreensão mais humana e voltada para a integralidade dos adolescentes.

Assim, ressalta-se que ao considerar o contexto escolar, a depender das concepções e valores dos profissionais, as práticas educativas em sexualidade podem reforçar a normatização de padrões sociais que reforçam as desigualdades entre as diversidades humanas, tais como entre os gêneros e as diversidades sexuais (NARDI; QUARTIERO, 2012; NARDI, 2008).

D. POLÍTICAS PÚBLICAS E AS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL

Nesta categoria de análise, a partir dos conteúdos advindos das entrevistas realizadas com os professores, foram identificados dois eixos temáticos: *Contribuições e Fragilidades*. O entendimento de que as Políticas Públicas vinculadas à Educação Sexual contribuem para as práticas verificado nos resultados, esteve relacionado à compreensão de que elas oferecem subsídios para as ações nas escolas, conforme observa-se no relato a seguir:

Eles realmente são subsídios importantes para a gente, para a gente estar sempre se debruçando sobre eles e enriquecendo o trabalho da gente. Eu acho que é muito importante a gente estar sempre em contato com eles. (E8)

Verifica-se que, apesar do reconhecimento de que as Políticas Públicas oferecem subsídios, não existe clareza sobre quais são estas contribuições e, possivelmente, sobre como implementá-las nas práticas. Observa-se que a existência das Políticas não garante sua utilização, bem como não oferece necessariamente, de acordo com os resultados aqui apresentados, subsídios concretos e práticos para sua efetivação na realidade das práticas.

Além disso, a falta de clareza sobre os subsídios que as Políticas oferecem, pode estar relacionada à necessidade de haver maior proximidade dos professores com os documentos públicos, conforme verifica-se no depoimento:

Eu acho que eles contribuem sim. Eu acho que na verdade são documentos que deveriam ficar muito mais nas mãos, ao alcance dos professores na escola. Eles contribuem com a prática dos professores na escola, mas eles não estão muito à mão para os professores lerem e discutirem juntos. (E3)

Os princípios e diretrizes norteadores das práticas de Educação Sexual na escola estão contidos em documentos públicos da Educação, como nos PCN (BRASIL, 1997b) e Projetos estaduais como o Prevenção também se Ensina, e demais documentos voltados à temáticas mais específicas em sexualidade como a cartilha “Diversidade Sexual na Educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas (BRASIL, 2009a), dentre outros.

Em conformidade com os resultados deste estudo, conforme apontado anteriormente no presente estudo, embora seja reconhecida a legitimidade e importância dos PCN para as práticas de Educação Sexual, permanece um desconhecimento por parte dos profissionais que se encontram na prática sobre este documento (NARDI; QUARTIERO, 2012).

Tanto os PCN, como os demais documentos públicos vinculados à Educação Sexual, servem de apoio para as práticas, no entanto sua utilização não é obrigatória (SILVA; NETO, 2006). Ou seja, embora os PCN sustentem uma concepção e abordagem ampliada da sexualidade e das práticas de Educação Sexual, em função da não obrigatoriedade da utilização deste documento nas escolas, as práticas permanecem balizadas pelos conteúdos dos currículos que, em sua maioria, estão restritos às questões biológicas, bem como às disciplinas das áreas de Ciências (FONTES, 2008).

Os PCN ainda sugerem que a sexualidade trata-se de um tema transversal e que pode ser trabalhado nas demais disciplinas e interdisciplinarmente (BRASIL, 1997b; CARVALHO et al., 2012). Em conformidade com o que se é preconizado pelos PCN, verificou-se nos resultados a importância que um professor atribuiu à necessidade de superação do modelo disciplinar e efetivação da transversalidade nas práticas, conforme observa-se no relato a seguir:

Eu acho que dentro de uma Unidade de Educação, eu acho que todas as áreas deviam abordar. Eu acho que num texto de português, língua portuguesa às vezes aparece e seria uma oportunidade de esclarecer. Não é mandar procurar no dicionário. (E6)

Para além do reconhecimento da necessidade de superação das lógicas disciplinares das práticas de Educação Sexual, assim como é colocado pelos PCN e reafirmado nos resultados, reflete-se novamente sobre quais são as reais condições que esta política, bem como os demais documentos públicos, oferecem para que os profissionais e serviços possam concretizá-las nas práticas.

Ainda com relação a não efetivação das Políticas nas práticas, a cartilha “Diversidade Sexual na Educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas” citada anteriormente, ao abordar a temática do combate à homofobia, convida a escola, a exercer seu papel social no sentido de superar a reprodução de lógicas perversas de opressão e reforço das desigualdades (BRASIL, 2009a). Deste modo, a não obrigatoriedade, desconhecimento ou desuso deste documento para embasar as ações, faz com que as abordagens vinculadas à diversidade sexual fiquem à revelia dos valores pessoais, morais e subjetivos dos profissionais (NARDI; QUARTIERO, 2012).

Retoma-se sobre o fato que a existência das Políticas Públicas não garante sua efetivação nas práticas, especialmente aquelas que não apresentam caráter obrigatório. Assim, colocam-se questionamentos como, por exemplo: A obrigatoriedade garante a implementação das Políticas Públicas? Quais estratégias seriam necessárias para garantir a aproximação entre o que se é preconizado e implementado e efetivado, no contexto das práticas?

Com relação aos aspectos das Políticas Públicas, verificados nos resultados como fragilidades, dois pontos principais foram destacados: o distanciamento/descontextualização das Políticas da realidade e a falta de suporte prático nos documentos.

No que se refere ao distanciamento entre as Políticas e a realidade das práticas foi apontado a descontextualização no que tange à aplicabilidade dos programas e projetos à realidade das escolas, principalmente no que concerne à escassez de materiais e às condições socioeconômicas e culturais dos alunos da comunidade escolar. Na sequência exemplos de relatos que ilustram esta concepção sobre a descontextualização das Políticas:

Todos os programas e todas as leis visam o bem estar de todos. Eu vejo assim. Mas para você adaptar aquela lei à realidade tem um caminho a seguir. Muitos são distanciados da realidade. Porque eles fazem as pesquisas, mas tem hoje a diversidade de vida, vida não, de atuação na vida é tão diferente, então eu acho que às vezes eles direcionam para um caminho muito estanque e dentro da sala de aula ela é muito mais diversa. (E1)

Eu acho que as coisas estão muito bonitas no papel, mas a realidade é outra. Se pensa em coisas de outras culturas e realidades para fazer os manuais e programas, mas nossa realidade é outra. (E10)

Com relação à descontextualização das Políticas Públicas frente à possibilidade de implementação na realidade das práticas verificada nos resultados, Barcelos e colaboradores (2010) destacam sobre a relevância das Políticas considerarem as realidades locais, uma vez que as necessidades e demandas da população podem apresentar variações de acordo com os diferentes contextos e realidades sociais.

Do mesmo modo, verifica-se nos relatos anteriores (E1 e E10) que estes professores apresentam maior conhecimento das Políticas, dado o embasamento crítico para justificar a compreensão de que elas não contribuem com a realidade das práticas. Compreende-se que estes resultados oferecem possíveis perspectivas para a aproximação das Políticas com a realidade das práticas. Assim, revela-se a necessidade de adaptação das Políticas frente à diferentes realidades e culturas, de modo a favorecer a superação do engessamento e uniformização de como estão colocadas na atualidade.

Ainda com relação à percepção sobre fragilidades das Políticas para as práticas, verificou-se nos resultados a percepção de que os documentos públicos devem oferecer mais subsídios para nortear as práticas realizadas junto aos adolescentes, conforme observa-se nos depoimentos a seguir, de E7, “[os] PCNs citam as coisas, mas não traz assim, como a gente deve estar trabalhando, fazendo [...]”, e de E6, “[os] nossos PCNs, os currículos estão lá. De uma forma escrita até em negritos mas que, só diz: Sexualidade. Ele não destrincha.”

Estes depoimentos evidenciam que existe a necessidade de um suporte mais prático para embasar as práticas desenvolvidas. Embora as Políticas contribuam com conteúdos, predominantemente teóricos, revelam-se lacunas no que tange à instrumentalização dos profissionais para a aplicação e efetivação nas ações.

Com relação às divergências entre o que as políticas preconizam e a realidade das práticas, Nardi (2008) a partir de um estudo comparativo entre o Brasil e a França sobre questões relacionadas à sexualidade, tais como as práticas de Educação Sexual, as diversidades sexuais e as Políticas Públicas vinculadas a este campo, aponta que no Brasil permanece um grande distanciamento entre a “lei no livro” e a “lei na ação”.

Reconhece-se, portanto, que desafios permanecem existentes no que tange a efetiva aplicação das Políticas na realidade cotidiana das práticas, tanto relacionado à inclusão de

temáticas específicas nos currículos e nas práticas de Educação Sexual, quanto vinculado à adequação das Políticas às múltiplas realidades sociais e culturais.

Apesar das fragilidades apontadas sobre as Políticas Públicas da Educação no contexto da sexualidade, elas também foram destacadas como documentos que garantem e legitimam a execução da Educação Sexual nas escolas, conforme os relatos de E3, segundo o qual “[são] documentos que dão diretrizes e garantem que seja trabalhada sexualidade na escola, sem eles não daria para fazer. Eles legitimam.”; e de E4:

[...] parece que a legislação veio assim fortalecer essa questão de realmente tratar o assunto, mesmo, não deixar de lado e com seriedade. Eu acho que nos últimos anos aconteceu isso, mas tem muito a ser feito, porque a gente está longe do ideal. (E4)

No que se refere às Políticas garantirem a execução das práticas, dado seu aspecto legal, foi evidenciada a sensação de proteção, por parte dos professores participantes do estudo, frente às possíveis resistências das famílias sobre as práticas de Educação Sexual com os adolescentes, conforme observa-se no depoimento a seguir:

Os documentos ajudam assim, na liberação para trabalhar. Quando eu comecei, era proibido falar sobre o assunto. A diretora falava que tinha que pedir autorização para os pais, caso algum pai reclamasse eu poderia até responder processo, mas graças a Deus nunca aconteceu, mas com o ECA acaba vindo assim, que a escola é obrigada a falar sobre o assunto...então os Programas e Projetos vem para facilitar a gente ter liberdade de falar sobre o assunto, de trabalhar. (E7)

Considera-se pelo presente estudo que, em conformidade com os resultados, o ECA apresenta importantes avanços no que tange ao reconhecimento e garantia dos direitos dos adolescentes em diferentes aspectos, dentre eles o acesso à educação e à saúde, bem como o direito ao exercício da sexualidade (BRASIL, 1990a).

Com relação a esta consideração, coloca-se o questionamento se o fato das Políticas oferecerem respaldos legais às práticas, realmente protege as escolas frente a possíveis movimentos de resistências das famílias para a execução da Educação Sexual nas escolas. Sobre esta questão, para além do respaldo legal que os documentos oferecem, sugere-se uma maior aproximação e parceria das famílias com as escolas, de forma que seja aprofundada a compreensão das atribuições da escola, bem como da importância da Educação Sexual e demais atividades pedagógicas desenvolvidas (MOIZÉS; BUENO, 2010).

No tocante às Políticas de Educação vinculadas à Educação Sexual apresentadas nos resultados, considera-se que a aproximação e conhecimento mais aprofundado desses documentos, por parte dos profissionais que executam as práticas, se mostra salutar para uma avaliação mais crítica sobre as contribuições e avanços dessas Políticas no âmbito da Educação Sexual no espaço escolar.

Esta sugestão está relacionada tanto ao fato de que a maior apropriação dos conteúdos oferecerá subsídios mais concretos para as práticas, quanto à importância de se conhecer os documentos em sua totalidade para a identificação e crítica sobre lacunas existentes e necessidades de avanços nas Políticas Públicas.

E. INTERSETORIALIDADE ENTRE A SAÚDE E EDUCAÇÃO: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES

Esta categoria de análise foi dividida em duas subcategorias: E.1. Intersetorialidade entre a Saúde e a Educação: Potencialidades e E.2. Intersetorialidade entre a Saúde e a Educação: Fragilidades, apresentadas e discutidas na sequência.

E.1. INTERSETORIALIDADE ENTRE A SAÚDE E A EDUCAÇÃO: POTENCIALIDADES

Essa subcategoria buscou incluir os aspectos positivos relativos à efetivação da intersetorialidade identificados nos resultados advindos da coleta de dados junto aos professores, a partir de experiências no cotidiano das práticas, bem como de percepções sobre o quanto a intersetorialidade poderia agregar qualidade às intervenções.

Embora os resultados descritivos, relativos à caracterização dos participantes e serviços, demonstrem que as escolas apresentam pouca parceria com os serviços de saúde, os resultados das entrevistas revelaram o reconhecimento, por parte dos professores, de potencialidades da intersetorialidade entre tais setores para as práticas de Educação Sexual.

Nesta subcategoria foram identificados três eixos temáticos: *Troca de conhecimentos e acesso às informações da saúde; Recursos pedagógicos; Acesso dos adolescentes à Saúde.*

No que se refere à troca de conhecimentos, foi verificado que na percepção dos professores, pela especificidade dos serviços de saúde, estes teriam conteúdos de extrema importância para qualificar e complementar as práticas, conforme pode-se observar no relato a seguir:

A potencialidade é reunir sim os conhecimentos da área da pedagogia, da Educação, com os provenientes da área da saúde, conhecimentos específicos, eu acho que potencializa a aprendizagem. (E4)

Com relação à troca de conhecimento entre os diferentes setores verificada nos resultados do presente estudo, Nogueira-Neto (2012) ressalta que as ações setoriais e os respectivos conhecimentos específicos de cada setor apresentam limitações frente à necessidade de dar respostas a fenômenos mais complexos, como a sexualidade, por exemplo. Neste caso, destaca-se que a atuação intersetorial pode se configurar como estratégia potente para o enfrentamento de diversas questões sociais (NOGUEIRA-NETO, 2012).

Nos resultados também foi observado como fator positivo a questão de acesso a dados e informações dos serviços de saúde, tais como índices de Doenças Sexualmente Transmissíveis e gravidez na adolescência, tanto por serem conteúdos mais concretos e menos teóricos, como também pelo fato de poderem se configurar como ferramentas pedagógicas para auxiliar nas práticas. Evidencia-se nos resultados a expectativa de que estas informações contribuiriam também com possíveis mudanças de comportamento dos adolescentes, conforme verifica-se nos depoimentos:

Por exemplo, os problemas do posto de saúde. Quantos casos aparecem lá de diversas doenças, diversos problemas mesmo sexuais de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Eles devem ter, por exemplo, uma estatística, com informações, que não chega até nós. Não que nós precisássemos saber quem são, mas em números. Porque os números às vezes podem alertar as crianças. Então se eles trouxessem essa informação para dentro da escola, elas poderiam ser trabalhadas até interdisciplinarmente. Saber porcentagem, quantidade, aí entra a matemática e as Ciências. (E1)

Eles têm um conhecimento melhor [...] até às vezes porcentagem das doenças. Porque eu não tenho acesso, quantos casos têm coisas assim. Eles poderiam estar orientando com esses dados também e o pessoal teria mais cuidado. (E7)

Do mesmo modo, o entendimento de que dados reais e concretos mostram-se necessários, esteve embasado na compreensão de que os adolescentes não acolhem as

orientações aprendidas na Educação Sexual na escola por considerarem que estão distantes da realidade concreta, conforme verifica-se no relato a seguir:

Quando você fala em DST, é como se aquilo fosse uma coisa literária e não fosse uma coisa da parte da vida deles e que poderia, se eles não se ajustarem, não tiverem conhecimento, eles não vão ter cuidado consigo. É o tema mais difícil porque para eles é difícil reconhecer que faz parte da vida deles. (E1)

De acordo com Brêtas (2010) o sentimento de “onipotência”, evidenciado também nos resultados, pode ser entendido como uma sensação de invulnerabilidade no comportamento de adolescentes, algo que pode ser considerado como um importante aspecto relacionado ao aumento do risco e vulnerabilidade, nesta etapa do desenvolvimento, frente às diversas questões, dentre elas a sexualidade.

Assim, verifica-se a compreensão de que para que os adolescentes previnam-se é necessária uma abordagem mais “chocante”, conforme é ilustrado no depoimento a seguir:

Se vem gente de fora dar uma palestra, vai, se a gente fosse falar de Doenças Sexualmente Transmissíveis, se trouxesse uma pessoa, um aidético para fazer a palestra, mostrar a vida dele, trazer a realidade para dentro da escola, eu acho que chocaria mais, eles aprenderiam mais. (E9)

Com relação à potencialidade da intersetorialidade observou-se também nos resultados a expectativa, por parte dos professores, de que a articulação com os serviços de saúde pode contribuir com a disponibilização de recursos pedagógicos para as práticas, como por exemplo, preservativos e modelos anatômicos, conforme os depoimentos a seguir:

Eu acho que seria muito bom, toda parceria é bem-vinda, eu penso mais pela troca e principalmente por esses recursos materiais que é o que eu sinto mais falta mesmo. Então eu acho que a principal potencialidade seria esse acesso a materiais. (E10)

Então assim, se for um médico, um enfermeiro, que nem lá na UBS, uma vez eu fui lá eles disseram que tem até como demonstrar camisinha feminina. Porque eu demonstro, mas eu faço adaptação na mão. Eles têm modelo anatômico que poderiam estar utilizando e mostrar com mais clareza as coisas. O contato com esses materiais é tornar concreto e acho que isso realmente potencializa. (E7)

Os depoimentos anteriores, bem como os demais resultados deste estudo que destacam as potencialidades da intersetorialidade entre os setores da Saúde e da Educação, demonstram

que existe uma dificuldade de compreensão deste conceito. Verifica-se uma concepção ainda fragmentada entre os setores, que considera que um setor pode colaborar com o outro, mas pouco aponta-se sobre os sentidos de corresponsabilização e integralidade, que compõe a atuação intersetorial (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

Com relação à especificidade de conhecimento da área da Saúde, nos resultados verificou-se a expectativa de que os profissionais de saúde podem desenvolver a prática com mais efetividade. Esta relativa insegurança dos professores foi demonstrada inclusive com relação às temáticas mais biológicas da sexualidade, como pode ser observado nos relatos a seguir:

O que eu tenho mais dificuldades é das DSTs, porque lembrar sintomas, coisas assim direitinho, estar mostrando assim para eles, eu acho que é mais difícil. Gravidez na adolescência, do conhecimento que eu tenho eu passo para eles, mas eu não sei tudo. Por isso que eu falei, se viesse uma pessoa de fora falar, porque eles têm um conhecimento maior do corpo do adolescente para esclarecer para eles era melhor. (E7)

Acho que se tivesse uma parceria com a Secretaria de Saúde, vir aqui, esclarecer, explicar ficaria melhor para a gente. Vindo gente de fora, chama mais atenção deles do que nós, todo dia falando. (E9)

Ressalta-se que os resultados obtidos sobre a intersetorialidade entre os setores da Saúde e da Educação reforçam sobre a concepção biológico-centrada e preventiva da Educação Sexual, ainda predominante nas práticas. Do mesmo modo, o enfoque dado às doenças nas práticas verificado nestes resultados, revela, por parte de alguns professores, uma concepção de saúde pautada no modelo tradicional biomédico e curativo.

Assim, retomam-se aqui as questões discutidas sobre o distanciamento entre o que está posto nas Políticas Públicas e sua efetivação na realidade. Conforme observa-se nos resultados deste estudo, bem como aponta a literatura, no que concerne ao setor da Saúde, existem desafios e caminhos a serem percorridos no sentido de melhoria das ações, sustentabilidade e efetivação do que se é preconizado pelo SUS (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004; CAMPOS, 2007; SPEDO, 2009). Dentre as necessidades de avanço relacionadas à efetivação dos princípios do SUS, a implementação de práticas intersetoriais revela-se como um importante desafio a ser superado (CARVALHO et al., 2009).

A partir dos resultados anteriores, relativos à intersetorialidade, de acordo com o presente estudo, considera-se que permanece, por parte de alguns professores, uma concepção fragmentada sobre os setores da Saúde e da Educação, de forma que nesta perspectiva não

existe uma correlação e complementariedade entre os serviços no desenvolvimento das práticas.

Não se trata de negar as especificidades e especialidades de cada setor, mas sim de reconhecer que ações intersetoriais, por meio de articulação contínua, troca de saberes e empoderamento de conhecimentos específicos entre os setores da Educação e da Saúde, pode fortalecer práticas diversas, dentre elas as vinculadas à sexualidade. Neste sentido, as práticas intersetoriais podem favorecer uma abordagem mais ampla e integral da sexualidade, para além dos aspectos biológicos (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2013).

A partir disso, considera-se que ações de promoção e prevenção realizadas pelas Unidades de Saúde no espaço escolar são extremamente potentes. No entanto, tais ações, não devem ser substitutivas, e sim complementares às intervenções da escola. Assim, reforça-se sobre as práticas, a partir de uma perspectiva intersetorial, preconizarem a corresponsabilidade e não a transferência de responsabilidades (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

O acesso aos serviços de saúde foi outro aspecto considerado como potencialidade da intersetorialidade nas práticas. Verificou-se nos resultados a percepção de que os adolescentes utilizam pouco os serviços de saúde, de modo que foi apontado que o contato dos adolescentes com os profissionais do setor da Saúde no espaço escolar, possibilitaria a aproximação desta população com o serviço de saúde, conforme o depoimento a seguir:

Eu acho que ficariam com mais liberdade para ir no posto pegar as camisinhas, no postinho distribui, mas muitos têm vergonha. Eu acho que porque conhecem, veem a pessoa do postinho, familiariza com eles e é melhor por causa disso. Eu acho que melhoraria muito. Para eles utilizarem o serviço e não ter vergonha. Principalmente as meninas, não ter vergonha de conversar. Às vezes elas se abrem e falam muita coisa para gente e lá não. Às vezes elas não vão porque mãe não deixa. Então eu acho que o postinho podia vir mais à escola, eu acho que melhoraria muito. (E2)

Verifica-se no depoimento anterior uma percepção crítica dos professores sobre a pouca utilização dos serviços de saúde pelos adolescentes, bem como sobre o acesso à saúde tratar-se de uma questão de direitos (BRASIL, 1990b). Para além desta percepção crítica, são apresentadas estratégias coerentes no sentido de buscar garantir aos adolescentes o direito ao acesso à saúde, a partir da aproximação entre os setores, de modo que ações intersetoriais possam favorecer o vínculo dos adolescentes, bem como da instituição escolar, com os serviços de saúde (GOMES; HORTA, 2010).

E.2. INTERSETORIALIDADE ENTRE A SAÚDE E A EDUCAÇÃO: FRAGILIDADES

Nesta subcategoria estão contidos os resultados relacionados às dificuldades e aos desafios para a efetivação da intersectorialidade na Educação Sexual, segundo a percepção dos professores participantes deste estudo. Tais desafios, apontados pelos professores, estiveram relacionados não somente ao cotidiano das práticas para a efetivação da intersectorialidade, como também às observações sobre limites que partiram de hipóteses e não necessariamente de uma experiência concreta. Os eixos temáticos identificados foram: *Aproximação da Saúde; Fragmentação entre os setores; Corresponsabilidade nas ações.*

Nos resultados identificou-se a percepção de que os professores esperam que os serviços de saúde estejam mais próximos da escola. Esta fragilidade mostrou-se relacionada a aspectos mais subjetivos, como disponibilidade para concretizar a ação, conforme verifica-se no relato a seguir:

Eu acho difícil. Acho que fica muito no faz de conta que faz, faz de conta que vai, e as coisas não saem muito desse faz de conta. Eu entendo como um desafio das pessoas superarem isso. (E10)

Do mesmo modo, esta fragilidade mostrou-se vinculada, na percepção dos professores, à rotina dos serviços de saúde, no sentido de precisarem reorganizar o tempo e as demandas para conseguirem ir à escola, conforme pode ser verificado no depoimento a seguir:

Eu acho que o desafio é eles virem aqui, que não vem ninguém, a gente não tem apoio de nada. A gente busca sozinho, com o tempo que nos resta... eu não vejo limites porque eu nem vejo a parceria. Não vejo parceria nenhuma ligada à Educação e Saúde, nunca vi. Mas é um desafio e eles virem até aqui, porque a gente não pode ir, agora nem o transporte a gente tem. (E9)

Ainda com relação à superação de fatores limitantes, como tempo e rotina, verificou-se nos resultados uma compreensão de que a responsabilidade frente à essas fragilidades para a implementação da intersectorialidade nas práticas é de ambos os setores, como observa-se no relato:

O limite é nosso tempo [...] acho que cada um tem os conteúdos a serem dados, essas coisas, mas o limite eu vejo na disponibilidade deles estarem aqui e nós no postinho, por conta do tempo. (E1)

Nos resultados, para justificar a necessidade de aproximação dos serviços de saúde com a escola, apontou-se o papel educativo da área da Saúde, conforme verifica-se no depoimento:

O desafio é você tirar às vezes dessas outras áreas que não sejam da Educação, esse serviço formativo na escola. Você tirar daqueles especialistas daquele setor, virem formar. (E1)

No que se refere ao papel educativo do setor da Saúde, Rodríguez, Kolling e Mesquida (2007) destacam sobre a importância de que para a efetividade das práticas de promoção e prevenção, o profissional de saúde precisa resgatar e exercer sua função de educador. A Estratégia de Saúde da Família utiliza-se da educação em saúde como estratégia que fundamenta as práticas de cuidado junto à população, de modo que, neste novo modelo de atenção à saúde, a Educação é parte inerente ao processo de cuidado (ALVES, 2005). No entanto, conforme os resultados deste estudo evidenciam, esta compreensão de complementariedade entre os setores ainda não foi alcançada.

Com relação à fragmentação entre os setores ser verificada como fragilidade nos resultados, foi apontado sobre o modo como os setores estão estruturados e organizados, bem como sobre as diferenças relativas à gestão dos serviços, conforme os depoimentos a seguir:

Eu acho que um desafio é isso acontecer. Porque são setores diferenciados, aqui a Educação é Estado, ali é Prefeitura, é Saúde. Eu acho que é muito compartimentado. Os setores são compartimentados. Então eu acho que esse é o maior desafio, fazer a coisa juntar, fazer uma engrenagem. (E2)

Eu acho que ainda a escola está segmentada, a saúde está segmentada, a moradia, enfim. Nós vivemos num país grande, e o próprio país é segmentado em estados, depois municípios. E cada um faz a sua parte. (E6)

Ainda no que se refere à fragmentação dos setores, os resultados revelaram que, de modo geral, as práticas conjuntas de Educação Sexual entre as áreas da Saúde e da Educação ocorrem apenas em situações pontuais e isoladas, ao invés de ações contínuas, conforme observa-se nos relatos:

Eu acho que teria que haver mais momentos de interação entre os dois setores. A gente gostaria que não houvesse limites. A gente gostaria que a coisa acontecesse de forma contínua. Pode ser que um dia aconteça né? (E8)

Conseguir essa conexão, essa junção de forças. Acaba acontecendo que a escola ela fica meio isolada, não consegue. Mesmo acontecendo algumas intervenções, não são atuações sistematizadas. Então o desafio é conseguir realmente que na prática isso aconteça, que nós tivemos avanços, mas ainda são bem pequenos. (E4)

Verifica-se nos relatos anteriores, o reconhecimento sobre a necessidade de corresponsabilização na execução das práticas de Educação Sexual. Na perspectiva apresentada nos resultados, a corresponsabilização pode estar relacionada ao fazer junto e à responsabilidade compartilhada entre diferentes serviços e setores no processo de cuidado, ou seja, a efetivação da intersetorialidade. Retoma-se novamente sobre os distanciamentos entre o que se é preconizado e a efetivação na realidade, uma vez que, conforme a percepção dos professores, com relação às práticas de Educação Sexual, a corresponsabilização não é efetivada.

A intersetorialidade, a educação em saúde e a corresponsabilização, apresentadas e discutidas nos resultados deste estudo, compõem parte das diretrizes para as estratégias de intervenção e cuidado desenvolvidas pelos serviços de saúde (BRASIL, 2004a). Estes conceitos encontram-se inseridos nas leis e Políticas de Saúde, desde o surgimento do SUS (BRASIL,1990a) e mais especificamente na reorientação do modelo assistencial na Atenção Básica, com a criação do PSF (BRASIL, 1997a).

Apesar disso, é possível que em determinados aspectos permaneça a coexistência entre modelos antagônicos de assistência à saúde, o tradicional biomédico e a nova proposta de atenção à saúde, centrada na promoção e vigilância da saúde, questão essa que pode ser revelada em algumas práticas profissionais e dinâmicas nos serviços de saúde (CAÇADOR, 2012).

Sobre esta questão, Ross e Gouvêa (2009) afirmam que estudos apontam que em diversos países da América Latina existe a coexistência de modelos assistenciais em saúde nas práticas e serviços de saúde. Esta questão pode ser uma dentre as muitas hipóteses para explicar e justificar as fragilidades no que tange à intersetorialidade nas ações de Educação Sexual apresentadas nos resultados deste estudo.

Com relação a estas arestas, no processo de mudança de modelo de atenção à Saúde, ações de Educação Permanente, voltadas aos profissionais deste setor, têm sido pensadas e executadas com o objetivo de sanar essas possíveis lacunas ainda existentes nos serviços, ou seja, enquanto estratégia de consolidação do SUS (GOMES; FRANCISCHETTI; PARPINELLI, 2014). Do mesmo modo, Políticas Públicas intersetoriais vêm sendo

elaboradas como estratégias de se tentar garantir que a intersetorialidade se efetive na prática (BRASIL, 2003; BRASIL, 2007d).

O PSE (BRASIL, 2007d) é um exemplo de Política intersetorial, desde a sua elaboração, de forma que os Ministérios da Saúde e Educação são corresponsáveis pelas ações advindas deste programa. O PSE apresenta um conjunto de intervenções com temáticas específicas relacionadas ao cuidado em saúde de crianças e adolescentes, dentre elas questões relativas à sexualidade, de modo que os serviços de saúde e educação sejam parceiros nesse processo de cuidado (BRASIL, 2007d).

Embora o PSE tenha sido criado em 2007, a implementação e efetivação de suas ações permanece em processo em muitos municípios, como no município C, local onde este estudo foi realizado. Segundo informações provenientes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a implementação do PSE teve início no segundo semestre de 2013, mas ainda encontra-se em processo. Com relação a esta questão, que evidencia distâncias significativas entre a criação de programas e a concretização de ações, a literatura ressalta que para que seja possível a efetivação e sustentabilidade do PSE, faz-se necessária a sua inserção nos municípios, nas metas do governo, bem como nas rotinas dos serviços de saúde e nas escolas (FERREIRA et al., 2014).

Apesar da informação sobre o início das atividades do PSE, obtidas na SMS, nos resultados referentes ao setor da Educação, os professores não fizeram menção sobre a existência deste programa, de modo que as Políticas destacadas por estes profissionais, conforme discutido na categoria relacionada às Políticas Públicas, foram àquelas vinculadas especificamente ao setor da Educação. Ferreira e colaboradores (2014) em estudo sobre a implementação do PSE verificaram que a participação dos setores no programa não é equânime. Hipotetiza-se que os motivos do PSE não ser apontado nos relatos advindos do setor da Educação, reforça o desconhecimento das Políticas que deveriam envolver diferentes setores.

Assim, em conformidade com os resultados verificados, a literatura aponta que as dificuldades para a efetivação de programas intersetoriais como o PSE, podem estar relacionadas com o despreparo político e técnico por parte da gestão e dos profissionais dos serviços, bem como ao fato da intersetorialidade ainda não fazer parte da realidade de muitos locais (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012; GOMES; VIEIRA, 2010).

Estudos ressaltam que a intersetorialidade entre os setores da Saúde e da Educação pode potencializar as práticas de Educação Sexual (BAUMFELD et al., 2012; FERREIRA;

TORGAL, 2011; MOIZÉS, BUENO, 2010). Apesar deste reconhecimento, conforme verifica-se nos resultados apresentados, ainda existem muitos avanços necessários tanto nas Políticas e Programas, quanto em demais aspectos relacionados à intersectorialidade entre os setores da Saúde e Educação.

Para o enfrentamento das fragilidades colocadas sobre a intersectorialidade, bem como para o alcance das potencialidades apontadas nos resultados, faz-se necessário o envolvimento e participação de todos os atores envolvidos, profissionais dos serviços, adolescentes e famílias, de forma que todos sejam corresponsáveis nas ações, bem como o que se é preconizado pelas Políticas Públicas se concretize na realidade das práticas de Educação Sexual (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007c).

Assim, considera-se necessário que o setor da Saúde se aproxime das escolas e que estas deixem suas portas mais abertas para os serviços de saúde e as famílias. Revela-se a necessidade de um maior conhecimento do conceito/significado da intersectorialidade, por parte dos setores envolvidos, de modo que estas práticas não representem para os profissionais um aumento de demandas de trabalho, mas sim a possibilidade de qualificação e maior resolutividade de demandas já existentes. Deste modo, considera-se que as práticas intersectoriais realizadas nas escolas podem contribuir com o cuidado com a saúde integral dos adolescentes, bem como podem favorecer a ampliação do acesso dos adolescentes aos serviços de saúde.

F. ESTRATÉGIAS E PERSPECTIVAS PARA A EDUCAÇÃO SEXUAL

Nesta categoria de análise, os eixos temáticos que emergiram dos conteúdos das entrevistas foram: *Efetivação da interdisciplinaridade; Currículos e a continuidade das ações; Capacitação profissional; Práticas intersectoriais.*

Com relação à efetivação da interdisciplinaridade no desenvolvimento das práticas, foi colocada a importância do envolvimento dos professores de outras disciplinas nas práticas, como observa-se nos depoimentos:

Eu acho que se a maioria dos professores trabalhasse, falassem sobre isso, de todas disciplinas. Se fosse um campo maior, mais planejado, eu acho que talvez o resultado fosse melhor. Realmente, não ficar uma coisa só de Ciências. (E7)

Eu acho que o professor pode buscar alternativas metodológicas para poder usar estratégias diferentes de ensino e aprendizagem, buscar parcerias inclusive com os pares da unidade para poder pensar juntos e juntas. (E4)

Estes resultados mostram-se relacionados às questões anteriormente discutidas, como a predominância das abordagens de Educação Sexual se mostrarem restritas às disciplinas de Ciências e Biologia, bem como sobre a lógica da interdisciplinaridade e transversalidade ser o modelo preconizado pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 1997b).

Verifica-se nos resultados que esta centralização disciplinar da Educação Sexual é algo que, aparentemente, provoca certo incômodo para os professores da área de Ciências, seja pela sensação de incompletude no que se refere às questões sociais e subjetivas da sexualidade na formação do profissional, seja pelo acúmulo de atribuições para estes professores, como observa-se no relato a seguir:

[...] deveriam ser todas as disciplinas, mas todos falam que isso é assunto de Ciências. O máximo que fazem é em Português ler textos, mas se tem dúvidas, Ciências responde. Ah pergunta para a professora de Ciências. (E7)

Conforme colocado anteriormente sobre os PCN, com relação ao trabalho das questões vinculadas à sexualidade, é sugerida a interdisciplinaridade nas práticas (BRASIL, 1997b). Soma-se à interdisciplinaridade preconizada por esta política, o fato do fenômeno da sexualidade ser complexo, de modo que, como aqui evidenciado, as práticas com este enfoque precisam ser mais complexificadas e, para tanto, faz-se necessário o envolvimento e complementariedade entre as disciplinas.

De acordo com os resultados deste estudo, existem muitos caminhos a serem percorridos para a efetivação da interdisciplinaridade. Sobre esta questão, Garrutti e Santos (2004) afirmam que a interdisciplinaridade mostra-se como um desafio para os professores que buscam a superação das práticas mais rígidas e que fragmentam o conhecimento, fundamentadas na disciplinaridade do saber.

Com relação aos desafios para a efetivação da interdisciplinaridade, este estudo evidenciou a necessidade de se repensar os conteúdos incluídos nos currículos. Assim, sugere-se que a sexualidade precisa ser incluída nos currículos das demais disciplinas, uma vez que, embora a transversalidade sugira a abordagem para além dos currículos, os resultados demonstram que as ações permanecem focadas nas abordagens curriculares. Deste modo, não somente a disciplinas de Ciências se responsabilizariam pela abordagem da sexualidade na escola.

Questões relacionadas à dinâmica nas instituições de ensino, como currículos muito fechados, foram apontadas como estratégia para as práticas de Educação Sexual. Nesta estratégia destaca-se a necessidade de que as ações ocorram para além dos currículos, conforme observa-se nos depoimentos a seguir:

Eu acho que é a questão do currículo, que é muito fechado. Você tem cinco ou seis aulas por dia, mas não tem como encaixar paralelamente um projeto, com o horário da aula, porque fora disso é complicado. (E5)

Eu acho que Educação Sexual é um trabalho que tem que acontecer de forma contínua, as ideias têm que ser lançadas continuamente para os jovens. A gente tem que trabalhar o que está no currículo, mas não ficar fechado nisso, não pode. A cada momento que existe ali um gancho você tem que lançar mão daquilo e trazer o assunto. (E8)

Com relação aos depoimentos anteriores, destacam-se os conteúdos programáticos dos currículos precisarem ser contemplados e, desse modo, conforme demonstra os resultados descritivos deste estudo sobre a predominância das práticas nas disciplinas de Ciências, as demais disciplinas que não apresentam questões de sexualidade incluídas em seus conteúdos, dificilmente se debruçam sobre este fenômeno.

Acrescido à questão dos currículos, destaca-se nos resultados a falta de capacitação profissional para a realização da Educação Sexual, como pode ser verificado no relato:

Talvez falta curso para mim, para eu mesma me sentir mais confiante e falta de apoio da Secretaria de Educação. Cursos de formação seria, eu acho. Para eu ter mais base para falar o que a gente tem que passar para os alunos. (E9)

A falta de capacitação foi discutida e apresentada nos resultados anteriores sobre os desafios no cotidiano das práticas, bem como pode ser observada nos resultados descritivos. Em conformidade com os resultados do estudo, a literatura destaca a necessidade de formação para o trabalho de Educação Sexual (SILVA; NETO, 2008). De acordo com os professores participantes do estudo, os conteúdos aprendidos nas graduações não oferecem subsídios para o desenvolvimento das práticas, conforme verifica-se no depoimento:

[a] formação continuada é essencial. Quando o professor sai da licenciatura ele sai com uma base muito pequena para poder trabalhar o tema. Então é essencial um processo de Formação continuada, mesmo nos espaços de HTPC com temáticas, com essa temática mais específica. (E4)

Sobre esta questão, questiona-se se a formação do profissional em espaços de educação permanente garantiria a qualificação das práticas. Por tratar-se de um fenômeno atravessado por tabus, valores morais, religiosos, considera-se que as capacitações vinculadas à Educação Sexual devem incluir, para além da aquisição de conhecimentos, a reflexão e desconstrução de valores e concepções cristalizados por parte dos profissionais (BARREIRO; TEIXEIRA-FILHO; VIEIRA, 2006).

No sentido de buscar garantir formação para os profissionais, vale ressaltar que esta estratégia pode ser expandida para professores das demais disciplinas como estratégia de efetivação da abordagem interdisciplinar e transversal da sexualidade na escola.

Apesar das fragilidades colocadas, com destaque ao distanciamento entre as Políticas e sua efetivação na realidade, dado o reconhecimento e postura comprometida por parte dos professores sobre a importância das práticas de Educação Sexual, destaca-se a necessidade de continuidade das ações, independente de programas e projetos que apoiem as práticas, conforme verifica-se no relato:

Eu não fico esperando chegar algo determinado para fazer as intervenções. Aqui nós fazemos também porque entendemos que é necessário trabalhar essas questões. (E10)

Sugere-se que o setor da Saúde contribua para o enfrentamento e superação dos desafios verificados nos resultados relacionados às práticas de Educação Sexual, utilizando-se de ferramentas de avaliação e monitoramento das práticas de cuidado como, por exemplo, o planejamento estratégico (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2004b), de modo que favoreça a construção de um processo reflexivo nas escolas, o que pode resultar em práticas mais assertivas. Envolver os adolescentes e as famílias neste processo reflexivo sobre as práticas, pode também favorecer a superação de divergências e resistências, colocadas anteriormente como desafios pelos professores (GOMES; HORTA, 2010).

Do mesmo modo, a literatura aponta que ouvir dos adolescentes, que devem ser os protagonistas das ações, sobre suas ideias, desejos e necessidades, sem a emissão de juízos de valor, pode oferecer subsídios para a elaboração das práticas educativas e de cuidado em sexualidade, bem como favorecer a criação de vínculo desta população com os profissionais (RIBEIRO, 2006).

Ainda no que se refere às estratégias e perspectivas para a Educação Sexual, a efetivação da intersetorialidade, incluindo o apoio da Universidade, no desenvolvimento das práticas, foi outra estratégia verificada nos resultados do estudo, como pode observar-se na

colocação de E1 que afirma acreditar “[...] que seja essa articulação, com a Saúde e com todos os setores. Até mesmo a Universidade. Eu acho que a Universidade é muito distante da escola estadual.”

Embora a articulação e parceria entre os setores impliquem muitos desafios, evidenciados também neste estudo, os resultados, em conformidade com a literatura, revelam o reconhecimento dos professores sobre a potencialidade da corresponsabilização entre os setores (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

Com relação a esta articulação entre os setores, destaca-se que a Atenção Básica, mais especificamente as Unidades de Saúde da Família, que encontram-se inseridas nos territórios e próximas das escolas, podem contribuir para a efetivação da intersetorialidade das práticas (COSTA; PONTES, 2006; BRASIL, 2006).

Teoricamente, os princípios e diretrizes norteadores das práticas e modelos de atenção à saúde na Estratégia de Saúde da Família, com destaque à integralidade, promoção e proteção da saúde, vão ao encontro dos objetivos de uma prática mais abrangente de Educação Sexual, uma vez que sustenta-se a percepção dos sujeitos em sua totalidade (BRASIL, 1997a).

A promoção e proteção da saúde estão vinculadas a um olhar mais integral dos sujeitos, de modo que questões como sexualidade, que é algo inerente à existência humana, precisam ser cuidadas (BRASIL, 2006). De acordo com as Políticas vinculadas à adolescência, ressalta-se a sexualidade como um aspecto prioritário de análise, intervenção e cuidados, na prevenção de riscos e vulnerabilidades para esta população (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007a).

No presente estudo, com relação às Políticas Públicas intersetoriais, em conformidade com a literatura, os resultados indicaram a necessidade de que os programas e projetos sejam mais sistematizados, algo que favoreceria uma parceria contínua entre os setores, ao invés de ações pontuais e isoladas (GOMES; VIEIRA, 2010). Esta questão é retomada como estratégia e perspectiva para a Educação Sexual, conforme observa-se no depoimento:

Eu acho que um Programa mais consolidado, anual, de parceria entre, por exemplo, o Ministério da Saúde com o Ministério da Educação. Então acho que se tivesse uma coisa consolidada e que tivesse um cronograma a ser cumprido, como a escola. Então se fosse como um currículo, essas ações, intervenções, de Educação Sexual, que tivesse um programa a ser cumprido, com cronograma mesmo, com datas, com eventos. Por exemplo ações bem descritas, que vão acontecer em uma época do ano. (E3)

O presente estudo sugere que o entendimento mais aprofundado, por parte dos professores, sobre as Políticas intersetoriais entre os setores da Saúde e da Educação no campo da Educação Sexual, pode ser uma importante ferramenta para sua efetivação na prática. Do mesmo modo, reforça-se que questões relacionadas à gestão dos setores da Saúde e da Educação, no sentido de incentivo e apoio no desenvolvimento e efetivação de ações intersetoriais, mostram-se importantes para o processo de concretização da intersectorialidade na Educação Sexual (FERREIRA et al., 2014).

4.2.2. CATEGORIAS DE ANÁLISE DO SETOR DA SAÚDE

As categorias de análise e os respectivos eixos temáticos apresentados e discutidos a seguir, correspondem aos resultados advindos das entrevistas realizadas junto aos profissionais do setor da Saúde, participantes deste estudo.

A. EDUCAÇÃO SEXUAL: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS

Nesta categoria de análise, assim como nos resultados referentes ao setor da Educação, dois eixos temáticos foram identificados: *Modelo biológico-centrado e preventivo*; *Modelo biopsicossocial*. Diferente do setor da Educação, seis profissionais da Saúde demonstraram uma concepção e prática mais vinculada ao modelo biopsicossocial, enquanto que quatro profissionais demonstraram sustentar o modelo biológico-centrado e preventivo.

Conforme descrito anteriormente, o modelo biológico-centrado e preventivo está relacionado à uma concepção predominantemente biológica do conceito de Educação Sexual. Nesta perspectiva, as práticas mostram-se focadas em questões fisiológicas, como desenvolvimento, anatomia, aparelhos reprodutores, bem como às questões de prevenção de DST/HIV e gravidez na adolescência, como observa-se no depoimento a seguir:

Você tem que conversar, você tem que orientar sobre o que é atividade sexual, quais são as consequências, “é bom, é, só que você sabe que tem consequências, que você pode ficar grávida? Você sabe que você pode pegar uma doença?”. Não sei, no meu ver é orientação. (S1)

A abordagem focada nas questões biológicas nas práticas vinculadas à Educação Sexual, realizadas pelos profissionais do setor da Saúde, mostrou-se relacionada a aspectos da formação profissional, como observa-se no relato a seguir, sobre as facilidades em abordagem de temas em Educação Sexual:

Gravidez, para contraceptivos, até na DST a gente aborda tranquilo, mas eu acho que é a maneira de abordar, a maneira de realizar. Porque eu fui treinada né? Na graduação, na escola eu tive sobre isso e a vivência do dia a dia, a gente vai aprendendo. (S4)

Os manuais e Políticas do Ministério da Saúde, norteadores das práticas vinculadas à Educação Sexual, bem como às ações que objetivam a saúde integral na adolescência nos serviços de saúde, oferecem subsídios para uma abordagem mais ampliada da sexualidade, para além dos aspectos biológicos e preventivos (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007c). No entanto, observa-se que os serviços utilizam, predominantemente, como respaldo das ações, programas como o de Planejamento Familiar (BRASIL, 1996c), e o de pré-natal, proveniente da Política Nacional de Humanização do Parto (BRASIL, 2002), ou seja, políticas que não são específicas para a adolescência, conforme verifica-se no depoimento:

É que aí fica muito genérico, não são só para adolescentes. Para o profissional é ótimo, é neles que a gente se embasa. Por exemplo, a gestação. Tem um programa de pré-natal que independente se é para adolescente, se é para adulto, que a gente vai seguir isso. Então, para as DSTs, tem também padronizado o que deve ser feito, as condutas, os testes rápidos, rede cegonha, que contribuem muito, mas não são voltados para adolescentes. (S8)

Assim, conforme colocado, o Planejamento Familiar não se trata de uma Política Pública restrita à fase da adolescência, embora inclua esta população, no caso as mulheres adolescentes (BRASIL, 1996c). As questões priorizadas e abordadas a partir deste programa, se relacionam às questões preventivas, como os métodos contraceptivos para diferentes etapas do desenvolvimento, dentre elas adolescência, e as demais questões, como gravidez, DST/HIV, pré-natal e parto. Ou seja, conforme demonstram os resultados, tratam-se exatamente das mesmas temáticas abordadas nas práticas dos profissionais de saúde que revelaram sustentar este modelo.

Sobre a restrição das abordagens nas práticas às questões biológicas e preventivas, a partir do entendimento que a sexualidade é parte integrante da saúde, considera-se que reduzir este fenômeno às questões fisiológicas, com destaque à prevenção das DST/HIV e gravidez

na adolescência, seria também demonstrar uma concepção e modelo desatualizado de saúde, uma vez que se mostra centrada em lógicas mais curativas, ao invés de ampliar também para ações de promoção e proteção da saúde. No modelo atual de saúde, as questões sociais e subjetivas também configuram-se como fatores determinantes e condicionantes a serem considerados nos processos de cuidado com a saúde (BRASIL, 1990a).

Em estudo realizado sobre documentos públicos vinculados à Educação Sexual na adolescência, no período de 1990 a 2010, verificou-se que a predominância dos documentos que abordavam sobre esta questão era proveniente do Ministério da Saúde (SFAIR, 2012). Do mesmo modo, ainda com relação ao estudo de Sfair (2012), nas terminologias adotadas, a palavra “prevenção” era utilizada vinculada à sexualidade na maioria destes documentos.

Assim, conforme verificado na literatura, bem como nos resultados do presente estudo, o modelo preventivo, ainda que de modo implícito, se mostra como principal pano de fundo e se revela explicitamente nos conteúdos abordados em algumas das práticas vinculadas à Educação Sexual nos serviços de saúde.

O modelo biológico-centrado e preventivo, que pauta algumas práticas verificadas neste estudo, revelou duas concepções no que tange à compreensão da relação dos profissionais com os adolescentes nas ações de Educação Sexual: 1. Reguladora-verticalizada; 2. Horizontal.

Na primeira concepção, a reguladora, conforme aponta a literatura, o modo como o profissional se coloca frente ao cuidado dos adolescentes nas ações de sexualidade é mais verticalizado, no sentido de imposição de valores e críticas pessoais sobre o exercício da sexualidade (GOMES, 2013), como verifica-se no relato:

Se você vai conversar a fundo eles não sabem, eles não entendem quais são os limites, porque é tudo tão, como vou colocar? Tem casos e casos, mas a sexualidade tá banalizada então eu acho que a gente tem que conversar também sobre isso. Sobre o limite nesse sentido. O limite do que é saudável.
(S6)

Sobre a concepção mais horizontal no modelo biológico-centrado, considera-se, a partir da horizontalidade, a participação ativa dos sujeitos no seu processo de cuidado, em uma relação mais dialógica. O relato a seguir, demonstra esta concepção, de forma que, embora o profissional destaque a abordagem de questões predominantemente biológicas, ao definir Educação Sexual, destaca-se sobre a participação do adolescente, como afirma S7 ao

dizer que “[...] entendo assim, toda orientação, tudo que a gente possa construir juntos, estar tirando dúvidas e estar crescendo junto com eles, com relação à sexualidade.”

Com relação à horizontalidade do cuidado, é destacada a Política Nacional de Humanização (PNH), que deve nortear as práticas nos serviços de saúde (BRASIL, 2004a). A PNH defende a importância da participação do sujeito em seu processo de cuidado, desde as questões de planejamento compartilhado, ao acesso às informações sobre suas condições de saúde (BRASIL, 2004a). Nesta perspectiva, os resultados referentes ao setor da Saúde revelam que algumas práticas nas Unidades de Saúde da Família mostram-se em consonância com o que se é preconizado pelas políticas.

Nos resultados referentes ao setor da Educação, destacou-se que a sexualidade é um fenômeno que envolve questões subjetivas, tais como valores pessoais, morais, religiosos, questões estas que certamente interferem no modo como serão abordadas as práticas de Educação Sexual (SILVA; NETO, 2006; FONTES, 2008). Deste modo, considera-se que a pouca abordagem ou exclusão de conteúdos mais subjetivos e sociais da sexualidade, possivelmente se relaciona também às concepções e valores pessoais dos profissionais sobre a sexualidade.

Quanto ao eixo temático intitulado como modelo biopsicossocial, verifica-se uma abordagem e concepção mais ampla da sexualidade. Nesta perspectiva, outras questões sociais e subjetivas, além dos aspectos biológicos que compõe o fenômeno da sexualidade, são incluídas e trabalhadas nas práticas vinculadas à Educação Sexual com os adolescentes, conforme observa-se no depoimento:

Eu acho que é uma vastidão. Quando a gente fala em ES, a impressão que dá é que fica só uma questão focada nisso, na questão sexual, dos métodos contraceptivos, de como não engravidar, mas eu acho que tem coisa além disso, tem dúvidas da própria existência. (S3)

Nos resultados verifica-se que as práticas que demonstraram sustentar este modelo de Educação Sexual, incluem nas abordagens temáticas sociais e subjetivas como, por exemplo, relacionadas à diversidade sexual, como pode ser verificado no depoimento a seguir relacionado às questões de identidade sexual de um grupo de adolescentes atendidos na USF:

Eles sempre procuram o serviço por conta da cirurgia de mudança de sexo mesmo. Aí a gente tem que fazer essa orientação [...] Aí tem a coisa dos hormônios, que eles querem tomar, para aumentar seio, diminuir pelos. Então aparece, nas consultas, não no coletivo, e isso é abordado tranquilamente. [...] Porque eles têm isso como direito, é lei. E assim,

embora o município não tenha isso, eles têm como reivindicar, tem como conseguir. E aí eles trazem e a gente tenta esclarecer... aí assim, teve outro movimento tal, da mudança do nome no prontuário, a gente teve que mudar e eles são chamados do nome que eles gostam de ser chamados. (S8)

O depoimento anterior demonstra o conhecimento do profissional de saúde sobre questões de identidade sexual, incluindo aspectos legais provenientes da Política nacional de Saúde Integral, que se debruçam sobre as questões LGBTT³ (BRASIL, 2010b). Do mesmo modo, verifica-se uma aproximação desses resultados ao que se é preconizado nas Políticas Públicas de saúde sexual e reprodutiva para a adolescência na Atenção Básica, com destaque às diversidades sexuais (BRASIL, 2013).

Assim, como nas práticas deste estudo que verificaram um modelo biológico-centrado e preventivo, o modelo biopsicossocial identificado apresentou diferenças no modo como os profissionais se relacionam com os adolescentes nas práticas de Educação Sexual: 1. Reguladora e; 2. Horizontal, a favor da emancipação e autonomia.

Sobre a concepção reguladora verificada no modelo biopsicossocial, similar ao descrito no modelo biológico-centrado, embora com a inclusão de questões subjetivas e sociais, algumas práticas se revelaram marcadas por valores moralizantes, pautadas em uma lógica mais verticalizada, de controle e imposição de padrões normativos frente ao exercício da sexualidade dos adolescentes (GOMES, 2013), como observa-se no relato a seguir;

Eu trabalho muito essa parte do sexo como...envolver o amor, envolver outras coisas que não só a sensação de prazer. Porque hoje em dia o sexo inverteu, ele mudou um pouco. “Eu faço sexo porque eu to com vontade. Eu faço sexo agora com você, depois com você, eu faço com o outro”. Eu trabalho muito isso porque acaba não deixando de ser um sexo mais promíscuo... Porque eu acho que hoje o sexo está muito mais solto, mais normal, mais físico, então eu falo que tem que trazer mais um pouquinho essa questão do amor. (S2)

Sobre as práticas que sustentam uma concepção mais horizontal, a favor da autonomia e emancipação no processo de cuidado, a sexualidade dos adolescentes é compreendida a partir de uma lógica de direitos, na qual questões relativas aos projetos de vida, à formação educacional/profissional, dentre outras, são reconhecidas como importantes conteúdos a serem trabalhados na Educação Sexual (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2013). Tal concepção, também revela ser adotada por alguns profissionais do setor da Saúde participantes do estudo,

³ Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (BRASIL, 2010b).

conforme observa-se no depoimento a seguir o sobre abordagem de questões de gênero e perspectivas de futuro nas práticas:

É uma coisa que eu sempre falo. Está estudando? Porque você não está estudando? Se parou no primeiro ano, não vai continuar? Força, vamos lá! Então a gente conversa muito sobre isso e cai muito naquilo, o que você quer fazer? Aí é comum as meninas: Ah, eu quero fazer engenharia de não sei o que, mas isso é muito coisa de homem, então não vamos fazer. Sabe assim, coisas que você percebe que o discurso é um, mas na prática ainda é outra. Eu caio muito nesta questão do gênero por causa disso, porque eu sempre vou pelo lado da escola. Você está estudando, não está, porque que parou? o que você acha? O que que acontece? A menina para, casa, vai cuidar da casa. Acaba reproduzindo o que ainda a gente tem na sociedade. (S5)

Os resultados relacionados a esta concepção a favor da autonomia no modelo biopsicossocial de Educação Sexual, mostram-se em conformidade com o que se é preconizado pelas Políticas Públicas que sustentam perspectivas mais positivas sobre a adolescência, bem como reconhecem os direitos sexuais e reprodutivos desta população (BRASIL, 2013; BRASIL, 2007c; BARCELOS et.al, 2010).

Barcelos e colaboradores (2010) em estudo documental sobre as Políticas Públicas voltadas à população adolescente e jovem, ressaltam que o fenômeno da adolescência tem estado vinculado às questões negativas referentes a este período do desenvolvimento, tais como dependência, impulsividade, irresponsabilidade. Deste modo, as Políticas Públicas voltadas a esta população, que utilizam-se desta perspectiva, podem favorecer o desenvolvimento de práticas mais verticalizadas e reguladoras (BARCELOS et. al, 2010). Este estudo aponta que as Políticas que adotam concepções mais positivas dos adolescentes dentro do contexto da realidade social, terminam por proporcionar mais oportunidades e empoderamento para esta população (BARCELOS et.al, 2010).

De fato, as questões discutidas anteriormente nesta categoria de análise, revelam a coexistência de modelos, tanto de Educação sexual, como de saúde, na execução das práticas dos profissionais do setor da Saúde. Considera-se pelo presente estudo, que estas questões mais antagônicas relativas às concepções, conceitos e práticas, deveriam ser olhadas, refletidas e trabalhadas no cotidiano das práticas.

Com relação às práticas de Educação Sexual executadas pelos profissionais do setor da Saúde que permanecem biológico-centradas, a literatura aponta que esta questão pode ter relação com o fato de os cursos de graduação vinculados à área da saúde apresentarem um

enfoque biológico da sexualidade em seus conteúdos (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2006).

Do mesmo modo, sugere-se que visitar ou aprofundar-se em Políticas Públicas e estudos no campo da sexualidade em espaços coletivos, como nas reuniões de equipe semanais nas Unidades de Saúde da Família, por exemplo, pode favorecer um processo crítico e reflexivo dos profissionais sobre o modo como as práticas vinculadas à Educação Sexual vêm sendo trabalhadas junto aos adolescentes nos territórios.

Pires (2005) ao discutir modelos na relação dos usuários com os profissionais/serviços de saúde nos processos de cuidado, destaca sobre a politicidade do cuidado. A autora afirma que uma prática de cuidado emancipatória envolve três processos que são: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar e cuidar para emancipar (PIRES, 2005).

Nesta perspectiva emancipatória apontada por Pires (2005), com destaque às práticas vinculadas à Educação Sexual, o presente estudo considera que revela-se como estratégia fundamental para as práticas a maior aproximação dos profissionais e serviços com a população adolescente, de forma a ouvir, conhecer e reconhecer melhor suas necessidades. Assim, pode-se favorecer o envolvimento dos adolescentes como participantes ativos nas práticas desenvolvidas. Do mesmo modo, considera-se que esta perspectiva de horizontalidade pode contribuir com a autonomia dos sujeitos, no caso, adolescentes, frente ao exercício da sexualidade.

B. DESAFIOS NA REALIDADE DAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Nesta categoria de análise, os eixos temáticos identificados nos resultados correspondentes ao setor da Saúde foram: *Acesso aos adolescentes; Organização, estrutura e rotina; Necessidade de capacitação.*

Com relação ao acesso à população adolescente, os resultados apontam que na percepção dos profissionais, esta população utiliza pouco os serviços de saúde. Esta questão se deve, segundo os profissionais, à especificidade da fase adolescência, com destaque à sensação de onipotência e invulnerabilidade apontada pela literatura (BRÊTAS, 2010), conforme observa-se no relato:

Eu acho que é a questão da conquista mesmo, de como esse profissional vai se colocar próximo, vai criar um vínculo, criar uma empatia para poder trabalhar esses temas. Porque esses adolescentes tem uma questão própria, de ser arredo com relação ao serviço de saúde. São onipotentes: Ah nunca vai acontecer comigo. (S3)

Embora os resultados demonstrem uma percepção de que os adolescentes acessem pouco os serviços de saúde, Arruda et. al (2011) apontam que esta questão de acesso pode se tratar muito mais de um mito do que realidade, uma vez que informações do SIAB revelam que sim, esta população utiliza os serviços.

Importante ressaltar que nos resultados descritivos, devido às dificuldades relativas à desatualização de dados, bem como por problemas técnicos, as informações relativas às Unidades de Saúde que constavam no SIAB (cf. Apêndice 7), em sua maioria, foram possíveis de serem obtidas somente na secretaria de Saúde, junto ao Centro de Informações de Saúde. Em apenas três Unidades foi possível obter estes dados diretamente nos serviços.

Do mesmo modo, de acordo com os relatos dos profissionais do setor da Saúde, as informações referentes aos dados do SIAB, apresentam falhas e não são fidedignas. Sobre esta questão, a partir dos resultados, o presente estudo ressalta a pouca ou não utilização deste recurso no planejamento de práticas de cuidado nos serviços de saúde. É importante reforçar que os dados do SIAB devem configurar-se como instrumento de avaliação e redefinição das ações e práticas da Atenção Básica (BRASIL, 2004b).

Assim, ressalta-se que as informações contidas neste sistema deve balizar as ações desenvolvidas nas Unidades, de modo que, para além de configurarem-se como dados numéricos que expressem procedimentos realizados, sejam identificados como dados epidemiológicos que evidenciam as necessidades de saúde dos adolescentes e da comunidade como um todo.

Nesta perspectiva, as informações podem favorecer o processo de avaliação do serviço, no sentido de reconhecimento de potencialidades e fragilidades nas ações de cuidado desenvolvidas e, deste modo, contribuir com elaboração de práticas de cuidado adequadas às diferentes realidades e contextos (BRASIL, 2004b).

As dificuldades de acesso também estiveram relacionadas à busca dos adolescentes pelos serviços somente em situações mais emergenciais. Atrelada a esta questão, sobre a dificuldade de acesso, os profissionais destacaram que o fato dos grupos de adolescentes apresentarem influências nas escolhas, comportamentos, entre os pares, conforme aponta a literatura (OLIVEIRA; CAMILO; ASSUNÇÃO, 2003), revela-se como fator que dificulta a

adesão desta população às práticas realizadas nos serviços, como verifica-se no depoimento a seguir:

O maior desafio é a própria característica do adolescente. Ele não identifica o local de saúde, o serviço de saúde como um espaço deles. Então eles têm uma dificuldade de chegar. Quando eles chegam é porque realmente tem alguma coisa que está incomodando muito. E aí quando são convidados, eles têm aquela coisa de sempre ter que estar em grupo, então se um do grupo é contra, parece que aquela ideia não cola mais. Então quando a gente consegue convencer um, a gente consegue convencer o grupo todo. (S8)

Sobre a busca dos adolescentes pelos serviços em situações emergenciais aqui evidenciadas, retoma-se a questão dos modelos de saúde. Embora o surgimento do SUS (BRASIL, 1990a) e da ESF (BRASIL, 1997), implicaram em mudanças nos modelos de assistência, bem como no conceito de saúde, de acordo com os resultados, a população adolescente demonstra uma compreensão mais tradicional e biomédica dos serviços de saúde.

Com relação a esta questão, reflete-se sobre quais serviços os equipamentos de saúde têm ofertado à população adolescente, no sentido de ressaltar o quanto as atividades e ações desenvolvidas nas Unidades por si só já podem evidenciar prioridades, além de educar indiretamente a população sobre o modelo de atenção à saúde sustentado pelos serviços. Conforme a percepção dos profissionais, a população adolescente permanece demandando serviços mais curativos, centrados em procedimentos, de modo que os serviços, para atender a tais demandas, permanecem em uma lógica de atenção à saúde que não prioriza a promoção e a prevenção em saúde. Assim, o presente estudo destaca que uma mudança de modelo prevê a necessidade de transformações da cultura e paradigmas tanto nas práticas realizadas nos serviços, como nas concepções dos profissionais e das comunidades.

A partir disso, sugere-se a necessidade de se repensar as ofertas de atividades de promoção e prevenção nas rotinas dos serviços de saúde, especialmente voltadas à população adolescente, de modo que favoreça a elaboração de novas percepções, por parte dos usuários, sobre os objetivos dos serviços, a concepção de saúde no modelo de atenção vigente, bem como favoreça a aproximação/ acesso dos adolescentes aos serviços de saúde.

Com relação à percepção dos profissionais sobre os adolescentes não se identificarem com o serviço de saúde, apresentada no depoimento anterior (S8), levantam-se alguns questionamentos, dentre eles se os serviços de saúde estão preparados para receber os adolescentes. Sobre esta questão, Rocha e colaboradores (2012) em estudo que investigou a percepção dos adolescentes sobre a Estratégia de Saúde da Família, foi verificada a

necessidade de maior preparo dos profissionais, bem como dos serviços, para acolher a população adolescente.

Além da indagação sobre o preparo dos serviços, demais questões se fazem presentes, tais como: Esta população é prioridade nos serviços? As atividades desenvolvidas nos serviços consideram as necessidades dos adolescentes? Os adolescentes participam da proposição das atividades? As Unidades de Saúde da Família não deveriam expandir seu espaço de atuação para localizar e se aproximar dos adolescentes?

Sobre esta última indagação, sugere-se aqui que, além da elaboração e ampliação da quantidade de atividades oferecidas na rotina dos serviços, as equipes de saúde invistam também em práticas extramuros, no sentido de promover saúde em outros locais formais e informais das comunidades, tais como a escola, centros comunitários, praças, ou seja, onde seja possível acessar a população adolescente.

Importa também destacar a relevância das equipes estarem preparadas para o acolhimento dos adolescentes, de modo a favorecer a criação de vínculo com o serviço. Para além de atender as demandas que os adolescentes buscam, considera-se que o acolhimento, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização do SUS nos serviços de saúde, revela-se uma importante possibilidade de escuta qualificada às necessidades dos adolescentes (BRASIL, 2010c). Neste sentido, aponta-se que compreender melhor o que o adolescente deseja pode favorecer a elaboração de atividades e práticas voltadas a esta população nos serviços de saúde.

Ainda com relação à percepção dos profissionais do setor da Saúde sobre os adolescentes comparecerem à Unidade para questões mais emergenciais ou pontuais de saúde, esta questão também foi verificada nos resultados como um fator que dificulta a adesão à continuidade do cuidado nas abordagens sobre sexualidade, quando ela se faz necessária, conforme observa-se no relato a seguir:

A dificuldade que a gente tem é que às vezes é no retorno dele. Muitas vezes a gente marca, faz o retorno, conversa uma primeira vez, faz uma consulta de enfermagem, uma consulta médica mais ampliada, onde ele pode participar, ele vai fazer a ponte, vai retornar para dar um retorno para a gente. Às vezes a gente consegue que na primeira consulta eles venham, pegam orientação, tudo, mas o retorno deles fica um pouco mais difícil para a continuidade do cuidado. (S2)

Considera-se que esta dificuldade de acesso e adesão pode estar relacionada, como um dos questionamentos levantados, à prioridade desta população no cotidiano das práticas de

cuidado em saúde nas Unidades. Nos serviços de Saúde, existem linhas de cuidado que definem o percurso assistencial nas questões de saúde, ou seja, prioridades, necessidades e estratégias de garantir a integralidade do cuidado à determinada população (FRANCO, 2003).

Exemplos destas linhas de cuidado são questões de saúde coletiva como Hipertensão e Diabetes, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, dentre outras. A saúde do adolescente, embora seja uma linha de cuidado, de acordo com os resultados obtidos no presente estudo, na prática não é vivenciada como prioridade em função das demais necessidades de saúde vinculadas à outras demandas e populações, como pode ser observado nos depoimentos a seguir:

Eu acho que é fundamental as ações que a gente precisa fazer. O adolescente ele está muito perdido dentro da escola, da saúde, da casa. A gente ainda está muito distante do adolescente. A gente precisa estreitar os laços [...] A gente não tem nem na agenda um momento para isso. A gente tem para o hipertenso, diabético, puericultura, pré-natal, para a saúde do homem, do trabalhador, mas a gente não tem para o adolescente. (S2)

As dificuldades que eu vejo é do dia a dia, estar fazendo essa busca ativa do adolescente. Muitas atribuições junto e se esquece do adolescente. Não tem assim, ainda, uma política formada para o adolescente. Eu vejo uma dificuldade nossa [...] Então a gente se lembra dos programas né? Programas de criança, programa do hipertenso, programa do idoso e esquece do adolescente. (S4)

Do mesmo modo, de acordo com os profissionais, a Educação Sexual para adolescentes não se trata de uma prática priorizada nos serviços em função das demais necessidades de saúde, como verifica-se no relato a seguir:

Eu acho que é um tema que fica na Unidade de Saúde meio embaixo do pano. Porque aí: tem a hipertensão, aí tem o diabético, tem a tuberculose, e a Educação Sexual meio que não vai prejudicar ninguém, aí os hipertensos ficam tudo descompensados, as gestantes estão com a pressão alta. Então assim, não é um carro chefe da Unidade. (S3)

Sobre a colocação anterior, considera-se relevante destacar estratégias como as campanhas de vacinação, como o exemplo citado da prevenção do vírus HPV, que atentam para as prioridades e necessidades de saúde, de modo a dar visibilidade a determinado público que se mostram focadas.

As questões relacionadas à rotina e organização dos serviços também foram verificadas nos resultados como desafios para a prática de Educação Sexual nas Unidades, conforme observa-se no depoimento a seguir:

O excesso de trabalho é uma das coisas que para mim é um obstáculo. Eu nunca tive nenhum problema até o momento com adolescente, principalmente relacionado com a Educação Sexual. Mas eu acho que assim, a gente conseguir um tempo hábil dentro da rotina de trabalho...porque se fala assim, tanto em medicina preventiva, vamos fazer prevenção, só que pouca importância se dá para isso. (S9)

Em conformidade com os resultados do presente estudo, Sampaio e colaboradores (2010), em pesquisa realizada entre os anos de 2007 e 2008 em Petrolina-PE e Juazeiro-BA, investigaram as ações educativas voltadas à saúde sexual de adolescentes nos serviços de Saúde, nas quais evidenciou-se a inexistência de ações de promoção à saúde sexual de adolescentes. De acordo com esta pesquisa, a inexistência destas práticas foi justificada pela ausência de espaço físico adequado para a execução destas atividades, pela falta de suporte técnico-pedagógico para os profissionais sobre sexualidade, bem como pelo acúmulo de tarefas nas Unidades de Saúde, com destaque e prioridade às intervenções curativas (SAMPAIO et al., 2010).

Retoma-se, portanto, a priorização das práticas mais curativas, de modo que ações de prevenção e promoção, de acordo com os resultados do presente estudo, permanecem pouco abordadas nos serviços. Com relação ao excesso de demandas espontâneas e curativas na rotina de trabalho, os profissionais da área Saúde consideram que esta lógica resulta na escassez de tempo para o desenvolvimento de práticas de promoção e prevenção, em detrimento de ações curativas, conforme verifica-se no relato a seguir:

A gente queria ter o grupo de adolescentes também, ter um período só para o adolescente aqui na Unidade, mas hoje a gente não tem tempo e nem respaldo da Secretaria para fazer isso. Para deixar de atender a demanda espontânea, para estar trabalhando com esse grupo específico... porque no próprio processo de trabalho, é um tema que entra em discussão, que a gente vê que está em falta e que precisava ter esse período, esse espaço. (S7)

Acrescido às tais questões, ainda com relação a estes desafios, foi citada a escassez de materiais e recursos tecnológicos para o desenvolvimento das práticas, algo que pode justificar a pouca utilização das mídias como recursos para as práticas, conforme apontado anteriormente nos resultados descritivos, como pode observa-se na colocação a seguir: “[eu] sinto falta de mais materiais didáticos. Se eu for gravar um vídeo, eu tenho que procurar, aí a internet é lenta, é ruim, aí você não consegue. Eu acho que seria mais fácil.” (S1)

Verificou-se também nos resultados que a necessidade de capacitação para o desenvolvimento da Educação Sexual, mostra-se um importante desafio para o cotidiano das práticas, como pode ser ilustrado pelo relato a seguir:

Eu acho que deveria ter capacitações. Porque é importante. Tem muito profissional que não foi capacitado na graduação, por exemplo, já se formou há muito tempo e foi trabalhar em outras áreas. Acho que principalmente capacitação e vontade do profissional mesmo, não só por gostar, mas ter necessidade de estar preparado. (S9)

Em conformidade com os resultados deste estudo, a literatura aponta que as dificuldades com relação ao trabalho em Educação Sexual se relacionam, em grande parte, ao despreparo e à carência de informações sobre sexualidade e adolescência (GARCIA, 2005; SILVA; NETO, 2006; BORGES, MEYER, 2008; TONELI; TAGLIAMENTO; BEIRAS, 2005). Deste modo, a falta de informações, bem como as concepções dos profissionais e o modo como lidam com sua sexualidade, podem vir a repercutir em práticas inadequadas, fundamentadas em valores morais e preconceitos, por parte daqueles que as executam (SILVA; MEGID-NETO, 2006; GESSER et al., 2012; AVILA et al., 2011).

Com relação a esta questão, Garcia (2005) afirma que os profissionais envolvidos com esta prática precisam reconhecer-se como sujeitos sexuados, que têm desejos, medos, preconceitos, e que a forma com que lidam com esses afetos e com sua própria sexualidade, pode interferir na prática de atuação no campo da Educação Sexual.

A necessidade de capacitação mostrou-se relacionada à aquisição de novos conhecimentos no campo da sexualidade e da adolescência, bem como ao aprendizado de estratégias para lidar com esta população, conforme observa-se nos depoimentos:

Eu acho assim, a falta de preparo do profissional, minha também, acho que de todo profissional, o preparo para lidar com esse adolescente. Porque ele vem muito pouco na Unidade, então eu acho que a gente precisava saber como lidar com eles. (S7)

A primeira coisa é abordagem. Então a gente precisa ter capacitações, aprender novas abordagens para conquistar esse público, né? Para fazer com que as orientações façam sentido. (S6)

Com relação à necessidade de capacitação apontada nos resultados tanto do setor da Educação como da Saúde, ressalta-se a potencialidade da parceria com as Universidades. Por meio de Programas como o PET-Saúde (BRASIL, 2008b), que conta com a parceria das Universidades com a Estratégia de Saúde da Família, é possível fomentar espaços de

aprendizagem para qualificação dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, dos serviços de saúde (BRASIL, 2008b).

Ainda sobre esta questão vinculada à formação profissional, apontada nos depoimentos anteriores, bem como nos demais resultados, a literatura destaca para a necessidade de educação permanente para os profissionais que trabalham com Educação Sexual, justificada não somente a carência de informações, como também pelo fato das concepções e valores subjetivos dos profissionais nortear suas práticas (SILVA; MEGIDNETO, 2006; GESSER et al., 2012; AVILA et al., 2011).

Em Portugal, Anastácio (2007) em pesquisa realizada com professores do primeiro ciclo básico sobre a Educação Sexual afirma que, segundo estes profissionais, a necessidade de capacitação revela-se um significativo obstáculo para as intervenções. O estudo coloca que as dificuldades identificadas são similares a outros países e atenta sobre as necessidades de

[dar] passos seguros no sentido de um forte investimento na formação dos professores (quer na sua formação inicial, quer na contínua e pós-graduada) que se dirija ao âmago das suas dificuldades e anseios e se concretize numa melhoria das suas competências profissionais e sociais no âmbito da educação sexual (ANASTÁCIO, 2007, p. 517).

Retoma-se, portanto, a questão da Educação Permanente. Segundo a Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2009d), existem recursos destinados à realização de Educação Permanente em Saúde para os profissionais que se encontram nos serviços.

Neste sentido, ao considerar a lógica de descentralização da gestão no setor da Saúde, similar ao setor da Educação, o investimento em ações desse cunho fica sob a responsabilidade das direções regionais de saúde e dos equipamentos de gestão dos municípios (BRASIL, 2009d).

Assim, a partir dos resultados do estudo, evidencia-se que ainda que existam Políticas de Saúde específicas para a população adolescente, a realidade demonstra que permanece a necessidade de que as ações preconizadas se efetivem no cotidiano das práticas, bem como garantam a Educação Permanente aos profissionais em temáticas também voltadas à adolescência e à sexualidade.

No que se refere a esta questão, também destaca-se a necessidade de se investir na implementação de mais Políticas Públicas que se debrucem sobre a garantia de capacitação para os profissionais que desenvolvem práticas vinculadas à Educação Sexual (TONELI; TAGLIAMENTO; BEIRAS, 2005).

Considera-se que a superação de alguns dos desafios da realidade das práticas de Educação Sexual nas Unidades de Saúde pode acontecer de diferentes modos, especialmente por meio do enfoque na reorganização dos serviços de saúde, como por exemplo, a garantia na agenda dos serviços de espaços para cuidados em saúde e sexualidade com a população adolescente.

Ferrari, Thomson e Melchior (2006), em estudo realizado junto aos quarenta e sete profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, vinculados à Estratégia de Saúde da Família em Londrina- PR, verificaram que os profissionais participantes compreendem que os adolescentes não são considerados prioridade nos serviços de Saúde. No estudo de Ferrari, Thomson e Melchior (2006), identificou-se que esta população busca o serviço em situações pontuais e emergenciais, sendo a maioria mulheres adolescentes que chegam aos serviços para testes de gravidez. Estes autores ressaltam que o baixo acesso pode estar relacionado tanto aos adolescentes não buscarem os serviços, quanto aos serviços apresentarem poucas atividades voltadas a este público. A partir disso, em conformidade com as discussões dos resultados do presente estudo, concluem que os profissionais e serviços precisam estar mais preparados para receber os adolescentes, de modo que ações voltadas a esta população estejam inclusas nas agendas e rotinas dos serviços de saúde (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2006).

Do mesmo modo, no que se refere à necessidade de capacitação verificada nos resultados, sugere-se que instrumentalizar os profissionais sobre a relação com os adolescentes, de modo a refletir e estudar sobre especificidades deste período do desenvolvimento, pode favorecer o acesso e aproximação dos serviços com esta população.

Além destas estratégias, tendo em vista tanto à dificuldade de acesso aos adolescentes, quanto a falta de espaço na rotina para as práticas de Educação Sexual, sugere-se que as Unidades de Saúde possam estar mais próximas das escolas e, assim, a partir da corresponsabilidade, desenvolverem práticas intersetoriais de Educação Sexual. Nesta perspectiva, considera-se que podem ser pensadas ações para a aproximação deste público, por meio da realização de atividades coletivas, nas quais as questões de sexualidade e saúde sejam trabalhadas em uma linguagem mais adequada e empática à adolescência.

Do mesmo modo, considera-se que a aproximação dos serviços de saúde dos adolescentes nas escolas, pode contribuir para a ampliação dos conhecimentos desta população sobre o modelo de atenção à saúde vigente. Assim, tendo em vista que o potencial de mudança de uma cultura está nas crianças, adolescentes e jovens, o presente estudo considera ser esta também uma possibilidade de superação dos obstáculos e contribuição para

a efetivação e implementação das ações de promoção e prevenção, conforme preconizadas pelo SUS.

C. ESPAÇO PARA A EXECUÇÃO DAS PRÁTICAS

Nesta categoria de análise, os eixos temáticos identificados nos resultados advindos da coleta de dados junto aos profissionais do setor da Saúde foram: *Unidade de Saúde como local propício*; *Unidade de Saúde e a dificuldade de acesso*; *Escola como local propício*.

Com relação à Unidade de Saúde da Família ser considerada como local propício para as práticas de Educação Sexual, os resultados estiveram relacionados a diversos fatores, dentre eles a orientação das famílias com seus filhos sobre sexualidade. A percepção de que as famílias não orientam os filhos, bem como sobre os pais também precisarem de informação pode ser observada no relato a seguir:

Eu acho que é um local propício e acho que é importante porque assim, muitas vezes o adolescente não tem ninguém em casa para tirar as dúvidas dele e também a dúvida dos pais e de quem fica em casa com eles mesmo.
(S9)

No relato anterior, ainda que de forma velada, retoma-se sobre a responsabilidade da Educação Sexual de adolescentes. O entendimento de que o espaço da Unidade é propício, uma vez que não se conversa em casa com os familiares, parte da suposição de que se os pais fizessem esse papel, não seria necessária a abordagem nos serviços.

No Marco Teórico referente à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens (BRASIL, 2007a) é destacado sobre a responsabilidade das práticas de cuidado e proteção necessitar do envolvimento de todos os atores possíveis, como serviços de saúde, educação, as famílias e os adolescentes. Nesta perspectiva, as práticas vinculadas à Educação Sexual passam a ser responsabilidade de todos e é reconhecida como atribuição de serviços públicos como as Unidades de Saúde da Família e as escolas (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007b; BRASIL, 2013; BRASIL, 1997b).

Outro fator a ser considerado sobre a Unidade de Saúde como espaço para as práticas, foram os princípios e diretrizes da Estratégia de Saúde da Família, com destaque às ações de promoção, conforme observa-se no relato de S2 que afirma ser “[...] propício porque a gente

trabalha a Saúde. A gente não trabalha a doença. A gente tem que promover e para promover saúde, a gente tem que discutir aqui.”

A questão do vínculo das equipes das Unidades de Saúde da Família com a população foi também destacada para justificar o reconhecimento deste equipamento como espaço adequado para as práticas. Aponta-se que a territorialização da Estratégia de Saúde da Família, que torna a Unidade responsável pelos cuidados em saúde da população de determinada área de abrangência, favorece a proximidade com a população (BRASIL, 1997a).

Do mesmo modo, a denominada clínica ampliada em Saúde, abordagem utilizada na Estratégia de Saúde da Família, considera o sujeito em sua totalidade, bem como sustenta uma proposta de cuidado mais horizontal, compartilhada e humanizada e, assim, favorece o vínculo entre o serviço e a comunidade (CAMPOS, 2005; BRASIL, 2004a). Com relação ao vínculo entre o serviço de saúde e os usuários, Cecílio (2001), ao discutir os desafios da integralidade no SUS, destaca a importância e define vínculo como

referência e relação de confiança, algo como o rosto do "sistema" de saúde para o usuário. A reconceitualização aqui é reconhecer que o vínculo, mais do que a simples descrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades. (CECÍLIO, 2001, p. 117)

Desse modo, em conformidade com a literatura, na percepção dos profissionais do setor da Saúde o vínculo favorece a relação de confiança para se abordar questões de sexualidade, como verifica-se nos depoimentos a seguir:

Porque aqui a gente tem vínculo com a população, eles se sentem mais à vontade para falar e para mostrar também. Porque é difícil, principalmente para os meninos, eles vêm e eles falam para a gente aí a gente fala “Posso ver?” “Não, mas eu só vim te falar”, mas eu preciso ver. A gente fica com aquela conversa toda até conseguir. Então eu acho, principalmente pelo vínculo com a população. (S9)

É propício porque a gente tem várias pessoas procurando, tem uma abertura enorme, tem um acesso enorme à muita gente e tem vínculo com as pessoas, com a comunidade. (S10)

Ainda que os profissionais considerem a Unidade de Saúde como um espaço propício, destaca-se a priorização de práticas curativas e ações de cuidado voltadas à outras demandas e populações, que não os adolescentes, na rotina dos serviços.

Ou seja, de acordo com os profissionais, a Unidade é local propício, porém, novamente se coloca sobre a distância entre o que é preconizado pelas Políticas Públicas e a

possibilidade de efetivação na prática, dadas as questões relacionadas ao tempo, rotina e prioridades nos serviços. Deste modo, os resultados do presente estudo reforçam a necessidade de avanços no que tange à implementação das Políticas.

Nos resultados também identificou-se percepções sobre a Unidade de Saúde da Família ser considerada como espaço não propício para a execução das práticas de Educação Sexual, questão esta que esteve relacionada à dificuldade de acesso à população adolescente, uma vez que utilizam pouco os serviços de saúde, como pode ser observado no relato a seguir, em que S8 afirma que “[...] os adolescentes não vão na Unidade. Então assim, não é um espaço deles. Na verdade eu acho que a gente deveria ir ao espaço onde eles consideram legítimo deles.”

Relacionado à questão de pouco acesso aos adolescentes pelos serviços de saúde, a escola foi apontada pelos profissionais de saúde como local mais propício para as práticas de Educação Sexual. Assim, em razão desta questão de acesso, bem como da percepção sobre o despreparo dos serviços de saúde para receber a população adolescente, a escola foi apresentada como local mais propício que as Unidades de Saúde da Família, como observa-se nos depoimentos a seguir:

Eu considero importante, mas não sei se a Unidade de Saúde é um lugar propício. Da forma que a gente faz não é. Sem ter um espaço para eles eu não acho não. Eu acho que de repente até na escola. Poderia ser um local propício, mas teria que estar preparado para receber os adolescentes, mas não está. O próprio espaço físico, o pessoal, os funcionários, acho que não tem nada preparado para estar recebendo eles aqui. (S7)

Aqui, a gente não consegue fazer promoção, porque o adolescente ele não vem para a Unidade de Saúde se ele já não tem alguma demanda. Ele já teve a relação sexual desprotegida, ou ele teve, já tem, já sofreu bullying por questões de orientação sexual, ou aí ele já tá com transtorno instalado, entendeu. Então eu acho que nesse caso a escola seria um lugar de promoção. De falar no coletivo. Porque a gente trazer o coletivo da adolescência para dentro da Unidade de Saúde, é muito difícil. (S6)

Com relação à colocação anterior, faz-se refletir se a sugestão da escola como espaço propício para a realização da Educação Sexual está relacionada ao reconhecimento da legitimidade e potencialidade das práticas realizadas neste local ou, se tal consideração, trata-se de uma transferência de responsabilidades, em função das dificuldades identificadas nos serviços de saúde.

Conforme evidenciam os resultados deste estudo, a dificuldade de acessar a população adolescente é um fator que preocupa e torna desafiadora a efetivação do cuidado com a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Considera-se que repensar fatores importantes, como o modo como as práticas são desenvolvidas, recursos pedagógicos utilizados, linguagem das abordagens, bem como sobre o modo que os adolescentes são convidados para as atividades, são estratégias a serem consideradas no sentido de ampliar a adesão às atividades.

O posicionamento aqui adotado aponta que especificidades da fase da adolescência, tais como a onipotência, exposição às situações de risco, papel dos grupos, discutidas anteriormente, devam se configurar como eixos norteadores para a elaboração das intervenções, no sentido de promover maior identificação do público com a proposta de atividade.

Ao refletir sobre essas dificuldades de acesso, compreende-se que ações intersetoriais entre os setores da Saúde e da Educação podem ser importantes estratégias de enfrentamento deste desafio. Do mesmo modo, sugere-se que identificar espaços de convivência de adolescentes na comunidade, pode contribuir com a aproximação dos serviços com a população adolescente.

D. POLÍTICAS PÚBLICAS E AS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL

Nesta categoria de análise, os eixos temáticos identificados, apresentados e discutidos na sequência foram: *Contribuições e Fragilidades*.

Com relação às contribuições das Políticas Públicas, foi identificada uma compreensão de que os documentos, programas e projetos oferecem embasamento e respaldo para as práticas. No que se refere ao embasamento, verificou-se que os subsídios teóricos, contidos nos manuais, embasam as ações de cuidado à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, conforme os depoimentos a seguir, em que S4 afirma ser “[...] muito importante porque da base para a gente. Base tanto científica, quanto para a gente estar lidando, do conhecimento que a gente tem. Eu acho que é uma troca, teórico e prática.”; e S2 reitera seu posicionamento:

Além de normatizar, eles organizam. Eles fazem a gente repensar as nossas práticas. Então a gente faz um momento de reflexão. Com esses momentos de reflexão, aí a gente pode fazer o que eles estão pedindo, que é a execução. Eles ajudam nesse processo. Então quando o município trabalha junto com

essas normativas e diretrizes que vem do Ministério, aí fica um pouco mais próximo e a gente consegue intervir, fazer as ações. (S2)

Questões relacionadas ao conceito de sexualidade, aspectos legais, bem como procedimentos a serem realizados a partir da necessidade de saúde dos adolescentes, estão contidos em diversos documentos públicos da Saúde (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007c; BRASIL, 2013). O Marco Teórico Referencial: Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2007a), por exemplo, apresenta além de um respaldo teórico sobre saúde sexual e reprodutiva, um conjunto de leis que se relacionam com a temática da Educação Sexual.

De acordo com os resultados do presente estudo, para os profissionais do setor da Saúde há uma ressonância positiva advindas destas Políticas, de forma que consideram que estas oferecerem subsídios para as práticas e configuram-se como ferramentas para as ações de cuidado dos adolescentes, no sentido teórico e prático.

Quanto a outro aspecto das Políticas Públicas identificados pelos participantes como contribuições, destacou-se a dimensão legal das Políticas, que tanto legitimam e garantem a execução da Educação Sexual para os adolescentes, como protegem os profissionais de possíveis resistências das famílias. Neste caso, a vacinação recente para a prevenção do vírus HPV (BRASIL, 2014) foi utilizada como exemplo, uma vez que algumas famílias demonstraram resistência e, para estarem legalmente respaldados, os profissionais da Saúde revisitaram documentos públicos vinculados aos direitos dos adolescentes, como verifica-se nos relatos:

[...] outro dia coma vacina do HPV, a gente ficou com a questão, “vai fazer sozinho, não vai fazer sozinho?” e aí assim, é de direito, está lá no Estatuto, eu não gostaria que minha filha saísse para a escola e fosse vacinada, eu não gostaria, mas no Estatuto está dizendo que se ela for sozinha procurar o serviço de saúde é para fazer então eu acho que isso que tem clareza, dá um norte para a prática sem dúvida. (S3)

Eles respaldam o trabalho da gente. Tanto a questão técnica, que eles te dão uma orientação técnica, quanto de respaldo mesmo, porque é aquela coisa, o ECA está aí, você pode pegar o adolescente, ontem aliás foi uma discussão em uma reunião de vacina, que vai vacinar adolescente do HPV, mais da metade da reunião foi “vai vacinar adolescente que chegar sozinho na Unidade?” E se tiver algum problema? Aí é assim, o ECA respalda. Esses documentos são importantes para isso. (S5)

De acordo com os resultados, existe uma preocupação com o modo com que as famílias compreendem a abordagem de práticas vinculadas à Educação Sexual com os adolescentes nas Unidades de Saúde da Família. Sabe-se que a saúde é um direito garantido por lei à todos os cidadãos, desde a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988).

Do mesmo modo, o ECA trata-se de uma Política posterior que reforça a legitimidade do direito ao acesso à saúde, onde criança e adolescentes são também destacados como prioridade absoluta (BRASIL, 1990b). Ou seja, de acordo com os resultados, evidencia-se a fundamental importância das Políticas, no entanto, aponta-se a necessidade de avanços, como por exemplo com no que se refere à necessidade de superar as resistências e preocupações na relação com as famílias.

Embora existam tantos avanços das Políticas, os resultados do presente estudo evidenciam, em conformidade com a literatura, que muitas famílias ainda demonstram valores morais significativamente conservadores e negativos sobre a sexualidade e acabam por privar os filhos de orientação (GONÇALVES; FALEIRO; MALAFAIA, 2013). Sugere-se que o esclarecimento dessas famílias sobre as questões legais nos espaços de educação em saúde nas Unidades, pode ser uma importante estratégia no processo de superação de resistências e construção de parcerias entre o serviço e as famílias.

Para além do entendimento de uma suposta “proteção” das Políticas Públicas para as práticas profissionais, elas devem ser reconhecidas como “proteção” aos adolescentes, uma vez que é a partir deste respaldo legal que torna-se possível garantir o direito à assistência integral da saúde a esta população (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2007c, BRASIL, 2010a).

Nos resultados do presente estudo, foram identificados diversos fatores que justificavam a concepção de que existem fragilidades e limites relacionados às Políticas Públicas. A falta de suporte mais prático, em função da predominância de conteúdos teóricos provenientes dos documentos, programas e projetos, demonstrou-se como um aspecto negativo. Retoma-se nesta questão, um dos desafios para o cotidiano das práticas, a necessidade de capacitação em sexualidade na adolescência, mais especificamente sobre estratégias de abordagem junto a esta população, conforme verifica-se no relato:

Eu acho, para mim não está contribuindo. É uma coisa teórica, sempre a mesma coisa e eu já queria mais dinâmicas, coisas mais...e aquela coisa é muito difícil “Ah, eu vou montar um grupo de adolescentes, de gestantes”. Eu não consigo, elas não vêm. Como é que eu faço para conseguir fazer essas pessoas virem? Não sei, alguma coisa que ajudasse nessa parte. (S1)

No que se refere às fragilidades, foi identificado nos resultados a ausência de documentos públicos que deveriam ser utilizados no cotidiano das práticas de cuidado com os adolescentes, com destaque à Caderneta do Adolescente do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b). De acordo com os profissionais de saúde, este documento, embora seja relevante e possa contribuir positivamente para as práticas com os adolescentes, na realidade não é utilizado ou não chega até as Unidades de Saúde da Família em quantidade suficiente, conforme observa-se nos depoimentos:

Eu acho que se fossem usados, como eles vieram para a gente, veio explicando, veio a cadernetinha bonitinha, se fossem realmente utilizados, eu acho que ajudaria muito, porque tem todas as informações do adolescente ali. Vacinas têm questões de dúvidas deles, tem a questão de sexualidade, tem a questão de doenças que tem na faixa deles, crescimento, essas coisas. Ele teria o acesso desse documento. Todos os dados dele estariam nele. Ajudaria bastante em consulta e tudo e até na própria vida dele, só que não é usado. (S10)

Seria muito bom se eles fossem usados. Hoje, contribuição nenhuma, porque eles não existem. Se você me pedir uma caderneta de adolescente eu não tenho para te dar. Eu a conheço porque ela foi apresentada num evento, no qual cada Unidade ganhou meia dúzia e nunca mais veio. Nossa, um material muito legal, com ilustrações, fotos, com desenhos, que daria para abordar muito, conversar muito com o adolescente e eu acho que seria abrir uma porta mesmo. (S8)

Com relação a esta questão de falta de acesso ou não utilização da Caderneta do adolescente, retoma-se os distanciamentos entre o que se prevê nas Políticas, programas e documentos públicos e a implementação e efetivação na realidade das práticas.

A Caderneta do adolescente, citada nos depoimentos anteriores, trata-se de um documento bastante completo, no qual contém informações e dicas sobre saúde, sexualidade, desenvolvimento, questões legais, de cidadania e de direitos, bem como possibilita a marcação e acompanhamento de procedimentos como vacinação, por exemplo, realizados nas Unidades de Saúde (BRASIL, 2009b). Este documento apresenta uma versão para meninos e outra para meninas, em uma linguagem bem inteligível para adolescentes.

Observa-se que nas cadernetas as questões relativas à sexualidade abordam conteúdos importantes sobre prevenção à saúde sexual e reprodutiva na adolescência, porém, aspectos afetivos e sociais, como relacionamentos, desejos, dentre outros, não aparecem incluídas questões relativas à diversidade sexual (BRASIL, 2009b). Com relação a este silenciamento, o posicionamento aqui adotado destaca que, em uma perspectiva de integralidade do sujeito, a

orientação sexual é parte legítima e integrante dos sujeitos e, portanto, deveria ser considerada e abordada com os adolescentes.

Ainda com relação a pontos frágeis nas Políticas, verificou-se também uma necessidade de que os profissionais do setor da Saúde e de outros setores tivessem maior aproximação e entendimento sobre os programas e projetos advindos do Ministério da Saúde, conforme pode ser verificado nos relatos:

Eu acho que eles contribuem só porque é uma obrigação, obriga a fazer. Eu acho que é uma coisa colocada, mesmo o PSE. Eu acho que é uma coisa da gente ir atrás, de como se faz. Por que assim, principalmente na atual gestão a gente faz o trabalho mais sozinha mesmo. Não tem muito respaldo, muito apoio. É uma coisa mais da gente ir atrás mesmo, se informar e colocar na prática porque a gente vai ser cobrado. Respaldo teórico traz, mas você ter o respaldo teórico e colocá-lo na prática é bem diferente. Acho que até muita coisa que está no teórico é diferente da prática. (S9)

O PSE, não entendem para que serve o programa. É muito mais que pesar as crianças, pesar os adolescentes. Não, é abrir as portas da escola. Não sei se...acho que tem dois lados. Não sei se a Unidade está preparada para isso e se a escola quer abrir suas portas. (S8)

Como já apontado anteriormente, o PSE depende da inserção das ações previstas por este programa nas rotinas dos serviços de saúde e educação (FERREIRA et al., 2014). Do mesmo modo, em consonância com os resultados, o entendimento da proposta deste programa, bem como as maneiras de executá-la, por parte dos profissionais e serviços, mostra-se imprescindível (FERREIRA et al., 2014).

Tanto na execução do PSE, como demais programas e projetos intersetoriais, conforme já discutido, a gestão municipal dos setores da Saúde e da Educação, tem um papel fundamental, tanto no sentido de apoio, como no monitoramento e avaliação do Programa. Esta participação da gestão, bem como o envolvimento dos dois setores, se mostra salutar na realização e concretização de bons resultados destas iniciativas que buscam garantir o cuidado integral dos adolescentes.

E. INTERSETORIALIDADE ENTRE A SAÚDE E A EDUCAÇÃO: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES

Nesta categoria de análise, os resultados referentes ao setor da Saúde serão apresentados e discutidos em duas subcategorias: E.1. Intersetorialidade entre a Saúde e a Educação: Potencialidades; E.2. Intersetorialidade entre a Saúde e a Educação: Fragilidades.

E.1.INTERSETORIALIDADE ENTRE A SAÚDE E A EDUCAÇÃO: POTENCIALIDADES

Nesta subcategoria, sobre as potencialidades relacionadas à efetivação da intersetorialidade entre os setores da Saúde e da Educação, os eixos temáticos identificados, apresentados e discutidos a seguir foram: *Corresponsabilização do cuidado*; *Integralidade e complementariedade do cuidado* e; *Acesso dos adolescentes à Saúde*.

Com relação à corresponsabilização do cuidado, verificou-se nos resultados que, a partir das percepções dos profissionais de saúde, a intersetorialidade com o setor da Educação pode favorecer a responsabilização conjunta nas práticas. O PSE foi utilizado para exemplificar sobre esta questão, conforme observa-se no depoimento a seguir:

Eu acho que o PSE veio para fortalecer [...] Agora veio uma questão dizendo assim que o escolar deles é o mesmo adolescente nosso, o adulto de amanhã e vai ser o idoso. Será que a gente poderia fazer para somar? ‘Olha, eu tenho aluno que está matando aula, fazendo uso de bebida alcoólica, aluno que está traficando ou servindo de laranja’. Então vamos trazer uma fala de drogas, uma fala de álcool, vamos trazer um vídeo, vamos passar, vamos conversar. Então assim, esta questão de ver que se ele na escola está fazendo isso, também é um problema meu, ele fazer isso enquanto a questão da saúde. (S6)

Sobre esta corresponsabilização nas práticas, cabe retomar que nos resultados anteriores deste estudo, destacou-se também a hipótese de tentativa de transferência de responsabilidade da Educação Sexual para a escola, diferente de somar, do fazer em conjunto, verificado no depoimento anterior (S6). Em conformidade com este depoimento (S 6), sabe-se que o processo de corresponsabilização envolve uma compreensão dos profissionais envolvidos de que o fenômeno de intervenção, como por exemplo a sexualidade na adolescência, é responsabilidade e atribuição de todos e, portanto, a execução depende deste envolvimento conjunto (BRASIL, 2004a).

Em termos teóricos, nos processos de corresponsabilização e intersetorialidade deve existir esta articulação e parceria constantes entre os setores, desde o processo de

identificação de necessidades, ao planejamento, desenvolvimento, monitoramento e avaliação das ações (BRASIL, 1997a; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2007d). Deste modo compartilhado e corresponsável, para o desenvolvimento da prática intersetorial na Educação Sexual dos adolescentes, de acordo com os profissionais de saúde, os serviços de saúde devem atuar em conjunto com a escola, conforme observa-se no relato a seguir:

Acho que a própria integração mesmo, entre a Educação e a Saúde. É unir força para poder orientar. Não só orientar, mas também monitorar as práticas, porque a gente faz orientação e a menina aparece grávida e não adiantou nada, a gente pensa “nossa, eu orientei, ela sabia, ela não usou o método, deixou de usar”. Eu acho que na intervenção tem que ter avaliação mesmo, dos resultados. Eu acho que é união de forças, de conhecimento. (S9)

No relato anterior, observa-se a compreensão de que as práticas intersetoriais envolvem um processo contínuo, de forma que a articulação, parceria e corresponsabilização entre os setores, ocorra desde o planejamento à execução e avaliação das ações. A partir disso, sugere-se a realização de ações conjuntas mais sistematizadas e que garantam que as práticas e programas intersetoriais sejam efetivados.

Relacionados à corresponsabilização, estão a complementariedade dos setores e a integralidade do cuidado, outros aspectos verificados nos resultados sobre as potencialidades da intersetorialidade. No que se refere à complementariedade, apontou-se nos resultados deste estudo, em conformidade com os documentos públicos, que a intersetorialidade é positiva, uma vez que as ações desenvolvidas pelos setores da Educação e da Saúde nas práticas de cuidado em sexualidade são complementares (BRASIL, 2007b; BRASIL, 2007d), conforme verifica-se nos depoimentos a seguir:

Porque se essa parceria existisse, a gente criaria uma rede de atenção ao adolescente no município. Porque hoje tem coisas que eu não consigo resolver na Atenção Básica, dentro da Unidade de Saúde e que eu preciso de outros setores, preciso da Educação. (S8)

Por exemplo a escola. Ela está com o adolescente lá. Então eu vou lá trabalhar com o adolescente. Então é uma maneira de você melhorar o contato com o adolescente. E além disso, você amplia as ações. Você tem uma ação ampliada né. Amplia de que forma? Porque tem algumas coisas que, por exemplo, eu consigo fazer e que a escola não consegue. Mas tem outras coisas que a escola consegue fazer e que eu não. O professor tem uma didática para estar trabalhando algumas coisas. Ele tem o vínculo com o aluno. (S5)

Neste sentido de complementariedade, a troca de informações entre os setores, de forma a qualificar as práticas também foi destacada, como demonstra-se no relato de S7, “[eu] acho que pode contribuir porque são formações diferentes, então acaba sempre juntando um pouco do que eu sei com o do outro. Eu acho que contribui.”, e de S1:

A gente poderia ver o adolescente como um todo... eu acho que se juntasse todo mundo, uma complementa a outra. De informação e de apoio para o adolescente, buscando focar mais na prevenção, no trabalho de prevenção. (S1)

Em conformidade com as Políticas Públicas de Saúde voltadas à integralidade nos cuidados em saúde para a adolescência (BRASIL, 2007c; BRASIL, 2013), os resultados deste estudo destacaram que a intersetorialidade pode favorecer a integralidade do cuidado, como verifica-se nos depoimentos a seguir, tanto para S2, “[eu] acho que o cuidado fica mais eficiente porque a gente tem apoio. Então para todos os adolescentes eu acredito que essa prática contribui com o cuidado integral.”, como para S6:

Eu acho que ampliando o acesso e diversificando os serviços. Se tivesse uma parceria, por exemplo eventos voltados, eventos dentro da escola, mas que os órgãos trabalhassem juntos, talvez a gente teria mais resultados do que cada um trabalhar no seu quadradinho e aí se conversar quando precisa, quando o problema tá instalado. A intersetorialidade no sentido da promoção, da prevenção, no sentido do coletivo. (S6)

Conforme os resultados descritivos do presente estudo, bem como na colocação anterior, ressaltam-se sobre as dificuldades de algumas Unidades em expandirem as práticas curativas, individuais e esporádicas, voltadas aos adolescentes, para ações coletivas de promoção e prevenção.

Com relação ao princípio da integralidade, citado anteriormente, considera-se a possibilidade deste estar relacionado à questão de continuidade do cuidado, a partir de um conjunto articulado de ações, individuais e coletivas, e diferentes serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990a; SPEDO, 2009). Sobre este princípio, resalta-se que ele possui outras dimensões, de forma que pode estar vinculado à compreensão e intervenção profissional mais ampliada dos sujeitos, em que fatores biopsicossociais são considerados condicionantes e determinantes de saúde (BRASIL, 1990a).

Nesta dimensão, as práticas de Educação Sexual mais abrangentes, apresentadas nos resultados deste estudo, vinculadas ao modelo biopsicossocial, sustentam esta perspectiva de integralidade do sujeito (LIONÇO; DINIZ, 2008).

Com relação a esta abordagem mais ampliada e integral, soma-se a concepção de cuidado em saúde atual, que mostra-se centrada na pessoa, de modo que o sujeito é corresponsável em seu processo de cuidado (BRASIL, 2004a). Nesta perspectiva mais participativa das práticas de saúde, no processo de troca de conhecimentos e empoderamento na intersetorialidade com a área da Educação, o setor da Saúde pode contribuir com uma prática mais democrática de Educação Sexual, que não somente reconhece o direito nas questões de sexualidade, como busca a autonomia e emancipação nesse processo de cuidado (BRASIL, 2007a; DUARTE, 2010).

Conforme colocado anteriormente, identifica-se nos resultados a existência de dificuldades de acesso aos adolescentes nos serviços de saúde. Sobre esta questão, a intersetorialidade mostrou-se como uma possibilidade de ampliação do acesso a esta população, de modo que contribua para que as necessidades de saúde dos adolescentes sejam cuidadas, conforme observa-se nos relatos a seguir:

Eu acho que você vai passar informação, vai ter mais acesso a eles e aos professores, que também são pessoas que podem passar as informações ali, porque estão com eles todos os dias. Ou alguma coisa que eles identifiquem lá, eles podem vir conversar com a gente, essa troca pode ser feita. Em muitas escolas são feitas. De repente tem muitas coisas, porque eles ficam lá todo dia. (S10)

É potente porque eles estão lá na escola. Vem um ou outro aqui, mas eles estão mais na escola. Na escola eles ficam metade do dia. Conhecem bem cada um deles, conhecem a família deles. E também porque na escola é a parte da Educação. Lá eles vão aprender do que é o pênis, o que é a vagina. No sentido de acessar os adolescentes e dar uma continuidade também. Já que eles não vêm tanto à Unidade é um jeito de estar acessando eles também. (S1)

Além da pouca utilização dos serviços por parte dos adolescentes, evidenciada neste estudo, verificou-se que as práticas vinculadas à Educação Sexual realizadas nas Unidades de Saúde, em sua maioria, são individuais. Tendo em vista a influência dos pares na adolescência, discutida anteriormente, reforça-se a potencialidade de estratégias coletivas com esta população.

Reforça-se também a questão da corresponsabilização entre os setores poder favorecer a conquista de resultados mais efetivos. Do mesmo modo, considera-se que a intersectorialidade entre os setores da Saúde e Educação, voltada para ações de promoção e prevenção junto à população adolescente, pode se configurar com uma possibilidade de ampliação das práticas predominantemente curativas nos serviços de saúde.

E.2.INTERSETORIALIDADE ENTRE A SAÚDE E A EDUCAÇÃO: FRAGILIDADES

Nesta subcategoria serão apresentados e discutidos os resultados do setor da Saúde relacionados aos desafios e limites para a concretização da intersectorialidade nas práticas de Educação Sexual. Os eixos temáticos identificados foram: *Corresponsabilização do cuidado; Organização dos serviços; Necessidade de capacitação.*

Com relação à corresponsabilização do cuidado, embora esta questão tenha aparecido nos resultados relativos às potencialidades, ela foi também apresentada como um importante desafio e fragilidade para a intersectorialidade das práticas, como observa-se no relato a seguir:

O desafio é a gente conseguir trabalhar acho que um colaborando com o outro, que ainda não tem isso. Assim, os dois lados querendo isso e trabalhando junto por um motivo em comum. (S7)

No que se refere à necessidade de ações conjuntas e integradas, também verificou-se nos resultados deste estudo um entendimento, por parte dos profissionais de saúde, de que a escola, ao invés de buscar a corresponsabilização nas ações, apresenta uma expectativa de que o setor da Saúde desenvolva as práticas sozinho, conforme observa-se no depoimento a seguir:

Eu acho que esse é o limite, trabalhar junto. Que não seja uma parceria desfavorável para alguma das partes. É que às vezes a gente vai trabalhar com algum serviço, a questão da intersectorialidade, mas de fato ela não acontece. É um simples referenciar, encaminhar, mas não trabalhar junto. “Isso aqui é meu, isso aqui é seu”. Não é isso. Isso tem que estar bem claro e pode ser um limite. Dependendo da parceria ela pode não ser legal. (S6)

Sobre a percepção dos profissionais relacionada à corresponsabilização das escolas, nos resultados observa-se o reconhecimento de que o setor da Saúde também apresenta resistências para a articulação, conforme verifica-se no relato a seguir:

Todas as vezes que a gente tentou fazer alguma parceria com a escola para discutir sexualidade, o que acontece? As professoras saem da sala: isso é serviço de saúde né!? Como se sexualidade fosse só da saúde. Não, sexualidade é do ser humano. Porque chega para o professor e ele tem que lidar com isso. A escola ainda é um campo estranho, e aí a gente recua a qualquer resistência, primeiro movimento, primeiro não: graças a Deus que eles falaram não, porque eu não tenho que ir lá”. Eu vejo limites. A escola hoje não quer abrir e a gente não quer entrar. (S8)

No relato anterior observa-se uma postura crítica do profissional de saúde frente à postura dos serviços de ambos os setores. Demonstra-se que existe um reconhecimento de que as dificuldades e resistências para a efetivação de práticas intersetoriais é responsabilidade de ambos.

Atreladas à corresponsabilização, questões subjetivas dos profissionais e serviços dos setores da Saúde e da Educação, relacionadas à disponibilidade e resistências para articular e executar a Educação Sexual em conjunto foram verificadas, como observa-se no depoimento a seguir:

Eu acho que é a vontade de cada um. A escola fica absorvida no que ela tem que fazer e a gente fica absorvido no que tem que fazer e não sai do seu dia a dia porque não consegue. Aí: Ah, depois eu vou. Se ninguém der o primeiro passo ninguém vai. Então eu acho que é vontade, da gente ir lá e de eles virem aqui. Até da própria secretaria de educação que queira fazer alguma coisa com a Secretaria de Saúde. (S10)

Acerca da colocação anterior, atenta-se sobre o risco de não atribuir exclusivamente aos profissionais a responsabilidade para a efetivação e implementação de práticas intersetoriais. Certamente que os profissionais de saúde e demais atores envolvidos são corresponsáveis na efetivação das práticas, porém, conforme discutido nos resultados anteriores, existem questões mais complexas que envolvem o processo de implementação das ações intersetoriais previstas pelas Políticas. Dentre tais questões, destaca-se o preparo político e técnico da gestão local dos serviços e setores (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012).

A fragmentação entre os setores, relacionada à corresponsabilização, também foi identificada como fragilidade, de modo que cada setor fica responsável apenas por suas especificidades, embora existam ações e fenômenos que são atribuições e responsabilidades compartilhadas entre os setores, como verifica-se no relato a seguir, de S5, “[o] desafio é você

quebrar esse tabu, essa coisa de que escola é para ensinar e saúde é para curar. Porque isso está na cabeça de todo mundo.”

Outro aspecto verificado nos resultados sobre fragilidades da intersetorialidade entre os setores da Saúde e da Educação, está relacionado às questões de organização dos serviços. O excesso de demanda na Unidade de Saúde, bem como nas escolas, com horários das aulas, agenda, por exemplo, foram apontados como obstáculos para as práticas intersetoriais de Educação Sexual, conforme os depoimentos a seguir:

Dentro da realidade tem muitos limites, assim, muitas coisas que até impedem de fazer. A demanda das Unidades por exemplo. Acho que para a Educação também, deve ser uma demanda grande. A quantidade de alunos e tudo mais, eles têm cargas horárias para cumprir. (S9)

É difícil a gente vincular o horário da escola com o nosso, com a nossa agenda. Outros milhares de coisas para estar fazendo. Então não é uma coisa tão simples assim. A gente estar se organizando para poder estar vendo, estar fazendo. (S1)

Os resultados do estudo reforçam considerações da literatura sobre os profissionais identificarem que o excesso de demandas cotidianas mostra-se como um desafio para o desenvolvimento de práticas intersetoriais (SENA et. al, 2012). Esta questão novamente ressalta o quanto as ações permanecem, em sua maioria, focadas em práticas curativas em detrimento das ações de promoção e prevenção (BRASIL, 1997a; BRASIL, 2010a; AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012). Assim, as práticas de promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, com destaque às ações intersetoriais, deixam de ser priorizadas, como observa-se no relato a seguir:

Eu acho que é falha de todo mundo e a gente tem um defeito. A gente apaga fogo o tempo todo. Quando a gente está na Unidade de Saúde a gente faz um monte de coisas, mas chegou alguém passando mal, você vai atender, a gente não para para planejar ações de prevenção e promoção de saúde e para para fazer aquilo. (S5)

Sugere-se que as Unidades de Saúde da Família, bem como os equipamentos de gestão, tais como a Secretaria Municipal de Saúde e Departamentos de Atenção Básica, devem refletir criticamente sobre as ações dos serviços, de forma a observar se tais práticas têm respondido às necessidades de saúde da população.

Com relação à questão da capacitação profissional, a carência de educação permanente foi também identificada nos resultados deste estudo como uma fragilidade para o trabalho intersetorial entre os setores da Saúde e da Educação, como observa-se no relato a seguir:

A Educação Permanente. Para a Saúde e Educação, porque a gente precisa falar a mesma linguagem. Porque a gente taxa o adolescente. “Ah ele não quer escutar, não quer fazer, problema dele”. Por isso que eu falo que a Educação Permanente ela é importante para a gente conseguir alcançar o cuidado integral. (S2)

Como já abordado anteriormente, a literatura aponta, em conformidade com os resultados do presente estudo, sobre a formação e preparo profissional revelarem-se como desafios e necessidades para a realização de práticas de Educação Sexual (FIGUEIRÓ, 2006; SILVA; NETO, 2006; NUNES; SILVA, 2000). Porém, apesar desta necessidade identificada, bem como existirem Políticas Públicas voltadas à Educação Permanente, na realidade, tais formações não se efetivam.

Conclui-se que a intersetorialidade entre os setores da Saúde e da Educação, conforme a literatura e os resultados apresentados apontam, apesar dos desafios e fragilidades discutidos, pode contribuir com a qualificação das práticas de Educação Sexual para adolescentes (BAUMFELD et al., 2012; CARIDADE, 2008; FERREIRA; TORGAL, 2011; MOIZÉS, BUENO, 2010).

F. ESTRATÉGIAS E PERSPECTIVAS PARA A EDUCAÇÃO SEXUAL

Nesta categoria de análise, os eixos temáticos que emergiram dos conteúdos advindos das entrevistas realizadas no setor da Saúde e que serão apresentados e discutidos a seguir, foram: *Capacitação profissional; Apoio para as práticas; Aproximação dos adolescentes; Intersetorialidade.*

Com relação à capacitação profissional, questão essa que emergiu na maioria das categorias de análise apresentadas, os resultados revelaram uma necessidade dos profissionais de ampliarem seus repertórios teóricos e práticos para o trabalho de Educação Sexual. Em conformidade com a literatura (BAUMFELD et al., 2012; CARIDADE, 2008; FERREIRA; TORGAL, 2011), esta necessidade é colocada como importante estratégia para a qualificação das práticas de Educação Sexual, como verifica-se no depoimento a seguir:

Mais capacitações dos profissionais, eu acho. Capacitações nessa área. Eu acho que tem que instrumentalizar a gente mais, para ter uma abordagem melhor, tentar trazer mais adolescentes, para abranger maiores coisas. A gente sabe porque a gente lê o que tem no programa, o pouco que a gente tem é na faculdade, tudo, mas eu não acho que é o suficiente. Tem que ter mais. (S10)

Relacionada às questões de capacitação, destacou-se a necessidade de que nesses processos, sejam eles encontros, cursos, exista uma perspectiva de sensibilização dos profissionais sobre a importância e legitimidade da Educação Sexual para a integralidade do cuidado com a saúde dos adolescentes, como verifica-se no relato a seguir:

Eu acho que primeiro uma coisa do profissional ter a iniciativa, dele gostar do tema. Ele levantar essa bandeira. Se a gente tem uma colega que não gosta, não consegue se colocar, então não consegue desenvolver. Uma outra coisa é a sensibilização da equipe. Como é uma temática que é conflituosa, é melhor não trabalhar. Então uma sensibilização para essa necessidade. (S3)

A partir do relato anterior, em conformidade com a literatura, reforça-se a necessidade de um processo de formação profissional que, para além da apropriação de novos conteúdos, favoreça a superação de valores morais e conservadores, desconstrução de paradigmas, para que, a partir disto, seja possível uma abordagem mais qualificada junto aos adolescentes (FIGUEIRÓ, 2006; NUNES; SILVA, 2000).

Do mesmo modo, embora reconheça-se a potencialidade da identificação do profissional com a atividade que executa, o presente estudo aponta que a execução de práticas vinculadas à Educação Sexual não devem ficar a cargo deste “gostar”. Para além dos valores pessoais do profissional, ressalta-se que a implementação de práticas de Educação Sexual está respaldada pelas Políticas Públicas que as preconizam.

Com relação ao apoio para as práticas, o acesso a recursos pedagógicos foi identificado nos resultados como estratégia para melhorar o desenvolvimento das intervenções em Educação Sexual. Do mesmo modo, o apoio da gestão para as Unidades foi apontado, conforme observa-se nos depoimentos a seguir, respectivamente:

Acho que mais material didático e de qualidade. Um computador decente para a gente trabalhar, um data-show que não tem. Principalmente assim, porque material audiovisual é uma coisa que chama a atenção, então é importante. A escola até que tem porque a gente usou o deles quando a gente foi para lá, mas aqui na Unidade não tem. (S9)

Capacitação, orientação. A gente ter os métodos disponíveis aqui, a gente ter cursos. Você ter profissional capacitado, você ter um médico que coloque um DIU, por exemplo. Hoje mesmo eu atendi uma adolescente que precisou por DIU porque é hipertensa, então assim, eu acho que desde o profissional capacitado, ter recursos materiais, ter os recursos didáticos e eu acho que o apoio da Secretaria e não só cobrança. (S7)

Quanto aos depoimentos anteriores, ressalta-se a importância do papel da gestão dos serviços de saúde no que se refere à viabilização das práticas de educação em saúde na Atenção Básica, de forma que as ações desenvolvidas pelas Unidades de Saúde da Família possam responder às necessidades de saúde da comunidade em determinado território (BRASIL, 2009c; BRASIL, 1997a). Além do apoio da gestão, sugere-se que as Universidades façam-se presentes, conforme colocado anteriormente, como possibilidade de parceria nas questões de capacitação dos profissionais.

Outro aspecto apontado como perspectiva e estratégia para as práticas nos resultados do setor da Saúde, relacionou-se à necessidade de aproximação dos serviços de saúde da população adolescente. Considerando-se as dificuldades de acesso aos adolescentes, uma vez que na percepção dos profissionais da Saúde os adolescentes não utilizam os serviços, apontou-se a sugestão de estratégias de aproximação e vínculo com esta população (RIBEIRO, 2006). A busca pelos locais na comunidade que os adolescentes frequentam no cotidiano, bem como ampliação do vínculo e identificação junto aos adolescentes sobre suas necessidades, foram verificadas nos resultados, conforme o relato a seguir:

Os adolescentes não vão na Unidade. Então assim, não é um espaço deles. Na verdade eu acho que a gente deveria ir ao espaço onde eles consideram legítimo deles. A escola poderia ser esse espaço, mas eu acho que também não é um espaço legítimo para o adolescente. Eles não consideram que a escola é deles. Então talvez uma quadra, uma praça, um baile funk, eu estou falando da realidade dessa comunidade...aquele espaço é deles. E também acho que seria muito legal para o profissional tirar a capa do saber e falar: agora a gente está em território do outro. E aí tem leis que não são as nossas, tem respeito que não é o nosso, mais horizontal. “Então a gente está aqui para conversar. (S8)

O entendimento de que conhecer melhor a população e reconhecer as suas necessidades de saúde, apresentados nos resultados, mostra-se coerente no sentido de que as ações planejadas e desenvolvidas pelas Unidades de Saúde da Família devem responder às necessidades de saúde da comunidade (BRASIL, 1997a). Ou seja, esta aproximação da população e de suas necessidades deve se configurar como informações que balizem os

planejamentos das estratégias de educação em saúde em geral, bem como as práticas vinculadas à Educação Sexual (BRASIL, 1997a).

A criação de vínculo entre as Unidades de Saúde e os adolescentes pode ampliar o acesso a esta população, de modo que eles passem a utilizar mais os serviços que lhes são de direito (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2007c; RIBEIRO, 2006). Do mesmo modo, esta aproximação possibilita a construção de espaços para sensibilização dos adolescentes sobre a corresponsabilização nas ações de cuidado em saúde.

Conforme apontado anteriormente, Rocha e colaboradores (2012) em pesquisa sobre a percepção dos adolescentes sobre a Estratégia de Saúde da Família, verificaram que os adolescentes ainda sustentam modelos de saúde tradicionais biomédicos. Não obstante, nesta pesquisa foi verificado que os adolescentes consideram a necessidade de maior privacidade nos atendimentos realizados na Unidade de Saúde da Família, bem como sugerem que as práticas nos serviços sejam mais voltadas a eles, de modo que se identifiquem mais com os serviços de saúde (ROCHA et al., 2012).

Assim, destaca-se novamente sobre a extrema importância de que tanto os profissionais, quanto os serviços de saúde, estejam preparados para receber a população adolescente, de forma que as necessidades de saúde desta população sejam ouvidas e cuidadas (ROCHA et al., 2012). Ainda verificou-se nos resultados que a intersetorialidade entre os setores da Saúde e da Educação mostra-se como importante estratégia e perspectiva para as práticas, somada ao protagonismo dos adolescentes nos planejamentos das ações, como demonstra-se no depoimento a seguir:

Sentar junto, todas essas pessoas envolvidas, dos diferentes setores. Eu acho que não dá para fazer nada junto se não sentar todo mundo para planejar isso. Não adianta a Saúde ficar imaginando “ah, vamos na escola, vamos fazer aquilo e aquele outro” se você não senta e vê a realidade da escola... E precisa ter também nesse cenário todo o adolescente, envolver o adolescente nesse processo. Porque é para eles. (S8)

Com relação à participação dos adolescentes evidenciada no depoimento anterior, a literatura aponta que algumas das Políticas Públicas atuais voltadas à população adolescente e jovem ressaltam para a necessidade deste envolvimento (CABRAL; HEILBORN, 2009). No entanto, a partir dos resultados deste estudo, verifica-se que existem caminhos a serem percorridos, tanto no sentido do papel dos adolescentes nos serviços, bem como na desconstrução da concepção de adolescência atrelada às questões mais negativas. Desse modo, sugere-se que a ressignificação desta fase do desenvolvimento, a partir do

reconhecimento de suas potencialidades, pode favorecer a aproximação, a escuta, bem como garantir mais espaço para que os adolescentes possam expressar suas necessidades, ideias e contribuições para as práticas.

Conforme discutido nos resultados anteriores, considerando-se as potencialidades da intersetorialidade entre os setores da Saúde e da Educação para as práticas de Educação Sexual, políticas intersetoriais de saúde e sexualidade foram elaboradas (BRASIL 2003; BRASIL, 2007b; BRASIL, 2007d). Tais políticas consideram a complementariedade destes setores no que tange à Educação Sexual e, para isso, apresentam ações programadas e articuladas a serem desenvolvidas nas escolas.

Sobre estes programas e projetos, nos resultados, em consonância com a literatura, foi destacada a necessidade de que na execução exista uma maior organização e sistematização, com cronogramas e ações intersetoriais pré-definidos (GOMES; VIEIRA, 2010). De acordo com os profissionais do setor da Saúde, esta estratégia contribuiria com a organização das equipes de ambos os setores, no sentido de ter uma agenda com atividades integradas de Educação Sexual a serem cumpridas, como verifica-se no relato relacionado ao PSE a seguir:

O Programa Saúde na Escola, o PSE, é um exemplo do que pode fortalecer e também outros programas municipais que façam essa, esse casamento. Que isso exista formalmente. Que se tenha um calendário, talvez relacionado à sexualidade na adolescência. (S6)

A partir dos resultados deste estudo, conclui-se que, apesar da potencialidade de Políticas Públicas intersetoriais para as práticas de Educação Sexual, permanece a necessidade de avanços, especialmente no sentido de implementação nos serviços. Sobre esta fragilidade para a efetivação da intersetorialidade, reforça-se a sugestão verificada nos resultados, sobre a organização das demandas e questões de rotina. Neste sentido, compreende-se que um esforço conjunto dos setores pode favorecer a superação dos desafios para a implementação de práticas intersetoriais.

Do mesmo modo, conforme os resultados evidenciados no presente estudo, considera-se que a maior aproximação e entendimento das Políticas Públicas vinculadas à Educação Sexual e à adolescência pode contribuir para elaboração de práticas mais amplas e qualificadas, bem como pode favorecer a identificação de lacunas a serem preenchidas em tais Políticas.

4.3. SETORES DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE: APROXIMAÇÕES E DIFERENÇAS

Nesta seção serão apresentados e discutidos alguns pontos que revelam aproximações e diferenças nos resultados correspondentes aos setores da Educação e da Saúde em relação às práticas vinculadas à Educação Sexual. A seguir, na Tabela 15, são apresentadas as categorias de análise e seus respectivos eixos temáticos identificados a partir da análise dos resultados advindos das entrevistas realizadas junto aos setores da Educação e da Saúde.

Tabela 15: Categorias de Análise e Eixos Temáticos do Município C, 2014

| CATEGORIAS DE ANÁLISE | EIXOS TEMÁTICOS | |
|---|---|--|
| | Educação | Saúde |
| A. Educação Sexual: concepções e práticas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Modelo biológico-centrado e preventivo 2. Modelo biopsicossocial | <ol style="list-style-type: none"> 1. Modelo biológico-centrado e preventivo 2. Modelo biopsicossocial |
| B. Desafios identificados na realidade das práticas de Educação Sexual nos serviços | <ol style="list-style-type: none"> 1. Necessidade de capacitação 2. Necessidade de apoio 3. Escassez de recursos pedagógicos | <ol style="list-style-type: none"> 1. Acesso aos adolescentes 2. Organização, estrutura e rotina 3. Necessidade de capacitação |
| C. Espaço para a execução das práticas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Os adolescentes e a falta de orientação das famílias 2. Educação Sexual como atribuição da escola | <ol style="list-style-type: none"> 1. Unidade de Saúde como local propício 2. Unidade de Saúde e a dificuldade de acesso 3. Escola como local propício |
| D. Políticas Públicas e as práticas de Educação Sexual | <ol style="list-style-type: none"> 1. Contribuições 2. Fragilidades | <ol style="list-style-type: none"> 1. Contribuições 2. Fragilidades |
| E. Intersetorialidade entre a Saúde e a Educação: potencialidades e fragilidades (subcategorias) | POTENCIALIDADES | POTENCIALIDADES |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Troca de conhecimentos e acesso às informações da saúde 2. Recursos pedagógicos 3. Acesso dos adolescentes à Saúde | <ol style="list-style-type: none"> 1. Corresponsabilização do cuidado 2. Integralidade e a complementariedade do cuidado 3. Acesso dos adolescentes à Saúde |
| | FRAGILIDADES | FRAGILIDADES |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Aproximação da Saúde 2. Fragmentação entre os setores 3. Corresponsabilização nas ações | <ol style="list-style-type: none"> 1. Corresponsabilização nas ações 2. Organização dos serviços 3. Necessidade de capacitação |
| F. Estratégias e perspectivas para a Educação Sexual | <ol style="list-style-type: none"> 1. Efetivação da interdisciplinaridade 2. Currículos e a continuidade das ações 3. Capacitação profissional 4. Práticas intersetoriais | <ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitação profissional 2. Apoio para as práticas 3. Aproximação dos adolescentes 4. Intersetorialidade |

Fonte: Elaborado pela autora

Com relação à primeira categoria de análise, “*Educação Sexual: concepções e práticas*”, de acordo com os resultados apresentados e discutidos, observa-se significativa similaridade entre os setores. O modelo denominado biológico centrado e preventivo e o modelo biopsicossocial, foram verificados nas práticas realizadas em ambos os setores.

Em conformidade com a literatura, observa-se que persiste a predominância de práticas centradas em aspectos biológicos e preventivos da sexualidade, onde questões mais subjetivas e sociais deste fenômeno são pouco abordadas (ALTMANN, 2013; FURLANI, 2003; CASTRO; ABRAMOWAY; SILVA, 2004). Sobre esta questão, como uma possível justificativa para esta predominância, especificamente nas escolas, a literatura aponta que a abordagem mais preventivista da sexualidade é comumente mais aceita e compreendida pelas famílias e demais professores (CABRAL; HEILBORN, 2009). Do mesmo modo, o presente estudo considera que esta questão pode estar relacionada à formação dos profissionais que pode oferecer limitações para a abordagem da sexualidade em outras dimensões, para além do biológico.

Hipotetiza-se também que a priorização de questões mais concretas vinculadas aos aspectos fisiológicos, que envolvam a orientação para a prevenção de DST e gravidez, pode estar relacionada às questões mais subjetivas dos profissionais, dada a complexidade do fenômeno da sexualidade, fortemente marcado por tabus e preconceitos. Compreende-se que a abordagem de questões que envolvam as dimensões sociais, subjetivas e culturais da sexualidade, como as diversidades sexuais, ou polêmicas, como aborto, pode dificultar a execução de uma prática isenta de valores pessoais, de forma que o profissional não estando preparado, projetará seus valores e concepções.

Do mesmo modo, de acordo com os resultados, observa-se que as estratégias educativas permanecem em perspectivas mais verticalizadas e reguladoras do exercício da sexualidade, de forma que os valores subjetivos e morais do profissional revelam-se como embasamento para as intervenções desenvolvidas. Sobre esta questão, hipotetiza-se que a opção por uma prática menos dialogada pode se configurar como uma tentativa do profissional manter-se em um lugar seguro, sem expor suas dificuldades e fragilidades, dentre elas a sensação de despreparo para o trabalho de Educação Sexual.

Embora reconheça-se limites no que se refere às práticas de Educação Sexual em ambos os setores, a partir dos resultados do presente estudo, considera-se que os profissionais da Saúde revelam um maior preparo e segurança para lidarem com a sexualidade na adolescência. Hipotetiza-se que tal segurança possa ser justificada por questões vinculadas à

formação profissional, especificamente a graduação em enfermagem, de modo que observa-se que estes profissionais encontram-se tecnicamente mais preparados que os profissionais da Educação.

Quanto à segunda categoria de análise identificada nos conteúdos das entrevistas, “*Desafios identificados na realidade das práticas de Educação Sexual nos serviços*”, houve similaridades e diferenças nos resultados. Em ambos os setores, a necessidade de capacitação para o desenvolvimento das práticas foi evidenciada. Os profissionais dos setores da Educação e da Saúde, embora desenvolvam ações de Educação Sexual, apontam identificar dificuldades em função de se sentirem despreparados, em uma dimensão técnica e subjetiva, para a abordagem de temáticas vinculadas à sexualidade junto aos adolescentes.

Importa aqui ressaltar que mais do que o acesso a novos conhecimentos, os profissionais necessitam de espaços de capacitação que favoreçam a ressignificação de concepções e valores, bem como a desconstrução de tabus, mitos e preconceitos que interferem nas práticas educativas em sexualidade.

Com relação a esta necessidade de capacitação profissional, evidenciada nos resultados, sugere-se que estudos futuros se aprofundem acerca desta questão a partir da aplicação de uma proposta de formação e posterior avaliação da eficácia desta intervenção. Compreende-se que esta pode se configurar enquanto uma estratégia para avaliar mais concretamente os impactos e contribuições da formação para o preparo profissional para a execução das ações e, conseqüentemente, para a a qualificação das práticas de Educação Sexual.

Ainda com relação aos desafios, no setor da Educação foi verificada a necessidade de apoio das famílias e demais professores para a realização das atividades de Educação Sexual, bem como a falta de materiais pedagógicos para a realização das práticas. Diferente das percepções dos professores, os profissionais do setor da Saúde apontaram que a dificuldade de acesso à população adolescente nos serviços como uma questão que interfere no desenvolvimento das práticas, especialmente no sentido de realizar ações coletivas e na continuidade do cuidado em ações individuais.

Do mesmo modo, nos desafios identificados emergiram também questões relativas à rotina e demandas dos serviços de saúde, como a permanência de ações mais curativas, em detrimento de práticas de promoção e prevenção, bem como sobre a saúde do adolescente e a Educação Sexual não serem priorizadas na rotina de atendimento.

Os profissionais do setor da saúde demonstram o reconhecimento da importância de ações de prevenção e promoção, no entanto, com a justificativa de que a população demanda práticas curativas, reproduzem o antigo modelo de atenção à saúde. Compreende-se que uma dinâmica se estabelece, ao passo que a população demanda ações procedimento-centradas e os serviços respondem à tal demanda, ainda que de forma não intencional, ocorre um processo de deseducação da população no que tange à apropriação sobre o modelo atual de atenção e vigilância em saúde.

Sobre a terceira categoria de análise identificada, “*Espaço para a execução das práticas*”, observou-se que ambos os setores consideram que a escola seja um local mais propício para a realização das mesmas. O setor da Educação justifica esta percepção em função dos adolescentes não receberem orientação das famílias, bem como considerarem que a Educação Sexual está entre as atribuições e responsabilidades da escola.

Do mesmo modo, o setor da Saúde apontou que consideram que a Unidade de Saúde seja um local propício, justificada pelo vínculo com a comunidade, bem como pela saúde sexual e reprodutiva estar entre as atribuições do serviço. No entanto, apesar de julgarem a Unidade como espaço adequado, reforçam sobre a dificuldade de acesso à população adolescente, uma vez que os mesmos utilizam pouco o serviço de saúde. A partir disso, ressaltam também a viabilidade e a potência das práticas de Educação Sexual acontecerem no espaço escolar.

Quanto ao reconhecimento de ambos os setores sobre a escola ser o espaço mais adequado, problematiza-se aqui a necessidade de concretização de práticas intersetoriais. Se tanto o setor da Educação, quanto da Saúde reconhecem que a Educação Sexual está entre as atribuições dos serviços, sugere-se que exista maior mobilização dos setores para a implementação de práticas intersetoriais.

No que se refere aos resultados correspondentes à categoria de análise “*Políticas Públicas e as práticas de Educação Sexual*”, em ambos os setores foi identificado nos conteúdos dos relatos contribuições e fragilidades relativas às Políticas Públicas. No setor da Educação, como contribuições das Políticas foi verificada que as mesmas oferecem subsídios teórico e prático para as ações, enquanto que no setor da Saúde aponta-se que as Políticas oferecem embasamento mais teórico.

Observou-se contradições nas colocações dos profissionais quanto à questão dos subsídios para as práticas, uma vez que os profissionais referem sobre a contribuição das Políticas e, ao mesmo tempo, apontam repetidamente a necessidade de capacitação em função

da sensação de despreparo para a prática, por exemplo. Assim, questiona-se sobre o quanto as Políticas Públicas realmente oferecem este respaldo para os profissionais desenvolverem as ações e/ou o quanto as referências sobre tal contribuição ainda estão no plano do discurso e distantes da concretização do que se propõe.

Do mesmo modo, em ambos os setores evidenciou-se a percepção de que as Políticas oferecem também como contribuições o respaldo legal para a execução das práticas. Com relação a esta dimensão legal no tocante às Políticas que respaldam as práticas de Educação Sexual identificada nos resultados de ambos os setores, questiona-se sobre os possíveis significados destas percepções. A preocupação com os pais é evidenciada nos resultados de modo que o respaldo legal para a abordagem da Educação Sexual aparece como um possível escudo protetor. Desse modo, hipotetiza-se que estas respostas estejam mais vinculadas à questão das famílias do que ao reconhecimento, por parte dos profissionais, de que as dimensões que envolvem as práticas de Educação Sexual relacionam-se ao direito dos adolescentes de acessarem informações e cuidados vinculados à saúde sexual e reprodutiva.

Quanto às fragilidades das Políticas Públicas, nos resultados advindos do setor da Educação foi apontado a descontextualização das propostas, no sentido de engessamento dos projetos e da falta de recursos para desenvolver as atividades previstas, bem como a não efetivação da transversalidade e a interdisciplinaridade, preconizadas pelos PCN (BRASIL, 1997b).

Embora a transversalidade e a interdisciplinaridade estejam previstas nos PCN desde 1997, em conformidade com a literatura, os resultados evidenciam que as práticas permanecem predominantemente vinculadas às disciplinas de Ciências (GARCIA, 2005; CARIDADE, 2008). Sobre esta abordagem disciplinar, o presente estudo compreende que tanto o fato dos currículos que incluem as questões de sexualidade nas disciplinas de Ciências, quanto a rotina das escolas apresentarem pouco ou nenhum espaço para atividades integradas, favorecem a manutenção da abordagem disciplinar da sexualidade.

Sobre as fragilidades das Políticas Públicas evidenciadas nos resultados do setor da Saúde, foi identificada a necessidade destas oferecerem mais subsídios práticos, bem como a dificuldade que encontram de acessar materiais provenientes das Políticas. Do mesmo modo, evidenciou-se como fragilidade a necessidade dos profissionais em terem maior conhecimento e domínio dos documentos públicos que embasam ou deveriam embasar as ações.

Considera-se que a questão do desconhecimento dos profissionais merece destaque. A maioria das Políticas Públicas vinculadas à Educação Sexual, especialmente provenientes do

Ministério da Saúde, são elaboradas para oferecer embasamento para as práticas (SFAIR, 2012). No entanto, de acordo com estes resultados, evidencia-se uma possível falta de conhecimento e/ou desuso dos documentos públicos por parte dos profissionais.

Desse modo, sugere-se que espaços de educação permanente, que são previstos pelo SUS (BRASIL, 2009d), foquem também na revisitação de documentos públicos que devem balizar as práticas realizadas nos serviços. Compreende-se que esta falta de conhecimento e/ou desuso das Políticas revela-se como um dentre outros fatores que favorecem o distanciamento entre o que se é preconizado pelas Políticas e sua efetivação na realidade das práticas.

No que se refere ao possível desconhecimento acerca das Políticas Públicas por parte dos profissionais, embora o presente estudo hipotetize uma defasagem nesta dimensão, sugere-se que estudos futuros também se aprofundem sobre esta questão, no sentido de identificar o quanto os profissionais que atuam em ambos os setores encontram-se apropriados das Políticas Públicas que embasam suas práticas.

Com relação à quinta categoria de análise “*Intersetorialidade entre a Saúde e a Educação: potencialidades e fragilidades*”, embora a literatura ressalte a potencialidade resultante da intersectorialidade entre a Saúde e a Educação (BAUMFELD et al., 2012; FERREIRA; TORRAL, 2011; MOIZÉS, BUENO, 2010; LEITE, 2012), os resultados do presente estudo revelam que ainda existem muitos avanços necessários relacionados à efetivação de práticas intersectoriais.

No que se refere à potencialidade da efetivação das práticas intersectoriais verificadas nos resultados, destaca-se a concordância dos profissionais do setor da Saúde e da Educação sobre a necessidade de ampliação do acesso aos adolescentes. Ambos os setores consideram que os adolescentes utilizam pouco os serviços de saúde, bem como apontam que a efetivação de práticas intersectoriais de Educação Sexual poderia favorecer a ampliação do acesso a esta população.

Para o enfrentamento das fragilidades colocadas sobre a intersectorialidade, bem como para o alcance das potencialidades apontadas nos resultados, sugere-se o envolvimento, participação e preparo de todos os atores envolvidos, gestão local, profissionais, serviços, adolescentes e famílias, de forma que todos sejam corresponsáveis nas ações, bem como o que se é preconizado pelos programas e políticas se concretize na realidade das práticas de Educação Sexual (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007; AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012).

Quanto à participação e envolvimento dos adolescentes, verificada nos resultados como questão limitante nas práticas e que revela a necessidade de maior envolvimento desta população na esfera da Educação Sexual, ressalta-se a questão do protagonismo. Nesta direção, sugere-se a necessidade da gestão, profissionais e serviços de Educação e Saúde, com a participação dos adolescentes e suas famílias, repensarem os espaços nas suas múltiplas dimensões e papéis, de forma a aproximar os diferentes atores implicados no processo educativo, com o intuito de favorecer a construção de novos sentidos e significados acerca da instituição escolar e de saúde.

Ainda sobre as potencialidades da intersetorialidade verificadas nos resultados, evidencia-se que os participantes do setor da Saúde destacaram princípios tais como a integralidade e a corresponsabilidade do cuidado, de modo que verifica-se a expectativa de unir forças no processo de cuidado com os adolescentes. Já no setor da Educação, as potencialidades destacadas evidenciam, em sua maioria, concepções mais unilaterais, de modo que espera-se obter dados, recursos, provenientes do outro setor, sem destaque ao fazer compartilhado e corresponsável, que corresponde à definição de intersetorialidade (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004; CARVALHO et al., 2009).

No que tange às fragilidades relativas à intersetorialidade nas práticas de Educação Sexual, a necessidade de corresponsabilidade nas ações é apontada por ambos os setores, de modo que é evidenciado o reconhecimento dos profissionais de que a não efetivação de práticas intersetoriais é responsabilidade de ambos os serviços/setores.

Sobre as fragilidades e desafios para a efetivação de práticas intersetoriais de Educação Sexual entre a Saúde e a Educação, ressalta-se aqui a necessidade de não responsabilizar unicamente os profissionais dos serviços pela não efetivação destas ações. Embora existam Políticas Públicas intersetoriais, tais como o SPE (BRASIL, 2003) e o PSE (BRASIL, 2007d), muitos obstáculos relacionados à realidade das Unidades de Saúde e das escolas e demais questões estruturais permanecem enquanto desafios.

Para além da existência de programas e documentos públicos que preconizam as práticas intersetoriais, reflete-se sobre quais as condições concretas que os profissionais e serviços possuem para a implementação. O modo como os serviços estão organizados, a rotina, excesso de demandas, escassez de recursos, dentre outros, são fatores a serem considerados. Do mesmo modo, reforça-se a necessidade imprescindível do apoio da gestão local de ambos os setores para a efetivação de práticas intersetoriais.

A partir dos resultados, verifica-se que os profissionais da Saúde apresentam um maior preparo para o trabalho intersetorial. Hipotetiza-se que esta consideração esteja relacionada à modalidade de serviço de saúde em que atuam, no caso, a Atenção Básica. Ressalta-se que nos últimos anos a Atenção Básica, com destaque à Estratégia de Saúde da Família, apresentou significativos avanços no que tange às práticas de vigilância em saúde que, além de ampliar as concepções e conceitos relacionados ao cuidado, ampliam o escopo das ações, de modo que, para além de práticas curativas, são preconizadas ações de promoção e prevenção (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1997a). Assim, compreende-se que tais avanços repercutem nas práticas dos profissionais do setor da Saúde, uma vez que ainda existam limitações, estes profissionais encontram-se mais apropriados de diretrizes e modos de fazer integrados, se comparado aos profissionais do setor da Educação.

Importa destacar que, a partir dos resultados deste estudo, o setor da Saúde apresentou-se mais apropriado e instrumentalizado tanto em relação aos conceitos que envolvem a Educação Sexual como na compreensão sobre a intersetorialidade. Assim, considera-se a possibilidade de que práticas intersetoriais de Educação Sexual, ainda que efetivadas no espaço escolar, necessitem de investimento e maior mobilização dos profissionais do setor da Saúde para sua concretização inicial.

Neste sentido, sugere-se que a intersetorialidade entre os setores da Educação e da Saúde pode contribuir com as práticas educativas desenvolvidas nas escolas em diversas dimensões. O setor da Saúde pode contribuir tanto na proposição de metodologias e conteúdos abordados nas escolas, quanto na troca de conhecimentos específicos e empoderamento junto aos profissionais da Educação, bem como no processo de corresponsabilização no cuidado com a saúde sexual e reprodutiva na adolescência.

Na última categoria de análise identificada, "*Estratégias e perspectivas para a Educação Sexual*", observa-se que ambos os setores destacam a necessidade de capacitação dos profissionais para a qualificação das ações, questão essa apontada também como desafio para o desenvolvimento da Educação Sexual, tanto nas escolas como nas Unidades de Saúde. Este resultado reforça a necessidade de capacitação profissional para a execução das práticas educativas em sexualidade, apontada pela literatura (ANASTÁCIO, 2007; GARCIA, 2005).

Do mesmo modo, outra similaridade entre os setores foi a concepção de que a efetivação de práticas intersetoriais poderia qualificar as práticas de Educação Sexual. Este reconhecimento da potencialidade da intersetorialidade provoca questionamentos sobre os motivos que corroboram para esta percepção. Os resultados contidos na categoria de análise

anterior, em especial no setor da Educação, evidenciaram equívocos sobre o conceito de intersetorialidade, bem como sobre o modo de agir dentro desta lógica integrada e corresponsável. Assim, reflete-se que a intersetorialidade encontra-se mais em uma dimensão discursiva, empática e politicamente correta e menos significativa cotidiano das ações dos serviços.

Não obstante, considera-se de extrema relevância a questão da intersetorialidade ter emergido nos resultados enquanto estratégia para a Educação Sexual. Apesar desta necessidade de alinhamentos conceituais e apropriação da intersetorialidade como instrumento para as práticas, tendo em vista as especificidades e diferenças evidenciadas entre os setores da Saúde e da Educação, verifica-se uma perspectiva por parte dos participantes de que unir forças para o enfrentamento de questões comuns pode favorecer a superação de desafios, bem como qualificar as ações educativas em sexualidade.

A partir do exposto, com destaque à implementação de práticas intersetoriais entre os setores da Saúde e da Educação, considera-se necessário que os serviços de saúde aproximem-se das escolas e que estas deixem suas portas mais abertas para os serviços de saúde e as famílias. Do mesmo modo aponta-se a necessidade de um maior conhecimento do conceito/significado da intersetorialidade, por parte dos setores envolvidos, de modo que estas práticas não representem para os profissionais um aumento de demandas de trabalho, mas sim a possibilidade de qualificação e maior resolutividade de demandas já existentes.

Assim, compreende-se que as práticas intersetoriais entre os setores das Saúde e da Educação, sejam realizadas nas escolas, nos serviços de saúde ou demais equipamentos sociais, podem contribuir com o cuidado integral da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, bem como podem favorecer a ampliação do acesso dos adolescentes aos serviços de saúde.

A partir dos resultados deste estudo é possível depreender aspectos importantes que são demandados para a realização de práticas de Educação Sexual nos diferentes setores, bem como sobre desafios para efetivação da intersetorialidade. Nesta direção, compreende-se que a capacitação dos profissionais envolvidos torna-se fundamental. A partir desta identificação, apresenta-se, no apêndice 9, um esboço de intervenção.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que os objetivos pretendidos pelo estudo foram contemplados a partir da investigação proposta sobre o modo como a Educação Sexual para adolescentes tem sido executada pela Estratégia de Saúde da Família e pelas escolas públicas que abarcam esta população. Ressalta-se que investigações acerca desta temática, focalizando os equipamentos da Atenção Básica e a intersetorialidade, avançam no conhecimento que tem sido produzido nesta esfera.

Com relação aos participantes do estudo, tanto do setor da Educação, quanto da Saúde, vale apontar a significativo envolvimento dos profissionais com a Educação Sexual, bem como a disponibilidade para expressarem suas concepções, potencialidades e fragilidades relacionadas às práticas. Do mesmo modo, verificou-se um comprometimento e responsabilidade com as práticas por parte dos profissionais. Nesta perspectiva, para além de reconhecerem a importância desta prática junto aos adolescentes, revelam uma percepção crítica e propositiva tanto com relação à restrição e limitações de suas ações, quanto sobre estratégias para se qualificar as intervenções e transpor as dificuldades.

Ainda sobre os participantes, conforme apontado na discussão dos resultados, no setor da Saúde verificou-se a participação predominante da enfermagem nas práticas vinculadas à Educação Sexual nas Unidades de Saúde da Família. Acerca desta questão, sugere-se que estudos futuros se aprofundem sobre os possíveis motivos que corroboram para o maior envolvimento da enfermagem em práticas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, bem como em demais ações de promoção e prevenção nos serviços de saúde.

Do mesmo modo, especificamente no setor da Educação, observou-se que todos os professores participantes lecionavam a disciplina de Ciências. Com relação a esta questão, ainda que as práticas estejam centralizadas nesta disciplina, sugere-se que estudos futuros possam se aprofundar sobre a compreensão dos demais professores de outras disciplinas acerca de questões que envolvam a Educação Sexual. Compreende-se que dar voz aos demais professores pode somar elementos no que tange à elaboração de estratégias para possíveis avanços para as práticas de Educação Sexual, com destaque à efetivação da interdisciplinaridade.

Verifica-se na amostra de coleta deste estudo uma participação de mais de 50% dos equipamentos públicos do município, de ambos os setores, que abarcam a população

adolescente. Considera-se que a identificação com o tema da Educação Sexual facilitou a entrada da pesquisadora nos serviços públicos, em especial nas Escolas Estaduais.

Com relação aos desafios para a efetivação de práticas intersetoriais entre a Saúde e a Educação verificados nos resultados, destaca-se o modo como os setores se relacionam ao atuarem em propostas integradas. Discutiu-se que em programas como o PSE, por exemplo, existe uma relação significativamente verticalizada entre a Saúde e a Educação, nas quais as iniciativas para o desenvolvimento das práticas educativas a serem desenvolvidas nas escolas partem predominantemente dos serviços de saúde. A partir disso, reforçou-se que uma ação integrada para ser mais efetiva deve envolver ambos os setores, em instâncias que vão desde a gestão, planejamento e execução das propostas educativas.

No que se refere à investigação da intersetorialidade e as práticas de Educação Sexual proposta pelo estudo, embora tenha-se focalizado os setores da Saúde e da Educação, sugere-se que estudos futuros se debrucem sobre o envolvimento e inclusão de outros setores tais como a Cultura, a Assistência Social, por exemplo, nas práticas vinculadas à Educação Sexual junto aos adolescentes. Sobre esta questão, observa-se a predominância de Políticas focadas na parceria entre o setor da Saúde e da Educação. No entanto, considera-se que outras áreas apresentam conhecimentos e campos de atuação diferenciados que podem somar e ampliar as práticas de Educação Sexual.

Sobre as Políticas Públicas, os resultados do presente estudo evidenciam um distanciamento entre o que está previsto pelos documentos e a efetivação na realidade das práticas de Educação Sexual, de modo que as práticas permanecem aquém do que está previsto em ambos os setores. Vinculada a esta questão, em consonância com a literatura, observou-se nos dois setores concepções e abordagens do fenômeno da sexualidade restrita aos aspectos biológicos.

Com relação a este distanciamento, entre o que está preconizado e a realidade observada, ressalta-se a não efetivação da intersetorialidade nas práticas de Educação Sexual, de modo que a articulação entre os setores da Saúde e da Educação, quando ocorrem, mostram-se pontuais, esporádicas e não sistematizadas. Sobre esta questão, discutiu-se que a existência de Políticas Públicas não garante a execução de práticas em conformidade com o que se está previsto. Ou seja, para além das existências das propostas, as condições para a implementação, sejam políticas, técnicas, estruturais e organizacionais dos serviços, são fundamentais.

Ainda sobre os hiatos entre o que se prevê e o que é concretizado, destaca-se no setor da Educação a não efetivação da interdisciplinaridade, embora preconizada pelos PCN desde 1997 nas práticas de Educação Sexual. Sobre esta questão, ressaltou-se que devido a complexidade do fenômeno da sexualidade, constituído por diferentes dimensões tais como, biológica, social, subjetiva, cultural, evidencia-se a necessidade de abordagens mais complexificadas, onde as diversas áreas do conhecimento revelam-se complementares. Assim, para além do reconhecimento da potência da interdisciplinaridade nas práticas de Educação Sexual, faz-se necessário estabelecer condições de sua concretização, de forma que existam espaços concretos para as diferentes disciplinas atuarem de modo integrado.

No entanto, evidenciou-se também a compreensão de que a existência de Políticas Públicas que preveem a realização da Educação Sexual são avanços, uma vez que estas garantem e legitimam a abordagem da sexualidade junto à população adolescente nos serviços, temática esta historicamente velada e alvo de valores morais e religiosos preconceituosos, especialmente nas escolas.

Os resultados do estudo apontaram também a necessidade dos serviços pensarem em estratégias de aproximação e estabelecimento de vínculos com as famílias, no que se refere às práticas vinculadas à Educação Sexual. Especialmente no setor da Educação, observa-se uma significativa preocupação e sensação de falta de apoio das famílias para a realização da Educação Sexual na escola. Acerca desta questão, resalta-se sobre a relevância dos serviços desenvolverem estratégias de aproximação e fortalecimento de vínculos e parcerias com as famílias, adolescentes e comunidade, na realização de práticas vinculadas à Educação Sexual.

Ainda sobre as Políticas Públicas, verificou-se nos resultados que, apesar das Políticas propostas para a Educação Sexual apresentarem uma concepção ampliada e abrangente sobre a sexualidade, a implementação nas práticas permanece focada na prevenção de DST e gravidez na adolescência. Assim, embora seja destacada a importância de temáticas biológicas e preventivas, ressaltou-se a necessidade de se abordar criticamente temas complexos e relevantes tais como gênero, diversidades sexuais, aborto, projetos de vida, dentre outros.

Neste sentido, tendo em vista a potencialidade do período da adolescência quanto à aquisição de conhecimentos, habilidades, estruturação da personalidade e identidade do sujeito, considera-se que ampliar as práticas de Educação Sexual, para além de favorecer a reflexão sobre a importância do autocuidado, pode contribuir com a construção de valores sociais, éticos e morais mais humanos frente às diversidades, sejam elas de gênero, sexuais, dentre outras.

Nesta direção, dada a relevância da atuação da Atenção Básica no processo de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva na adolescência, sugere-se que estudos futuros também se aprofundem sobre o modo como as práticas vinculadas à Educação Sexual voltadas aos adolescentes estão sendo desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família.

Do mesmo modo, a proposição de se investigar conjuntamente dois setores, Educação e Saúde, mostra-se um diferencial deste estudo. Esta proposta permitiu verificar tanto especificidades relativas a cada setor no que tange à Educação Sexual e à efetivação da intersetorialidade, como confrontar os resultados de modo a favorecer uma ampliação do conhecimento sobre potencialidades e fragilidades das práticas setoriais e intersetoriais desenvolvidas em ambos os setores.

Sobre a intersetorialidade, embora seja uma proposta prevista e preconizada como diretriz na grande maioria das Políticas Públicas setoriais, verificou-se que os participantes do setor da Educação apresentam pouco conhecimento conceitual sobre esta diretriz. Quanto à efetivação de estratégias intersetoriais, observou-se que ambos os setores permanecem em uma lógica que mais se assemelha à transferência de responsabilidade ou atuações pontuais e que partem da iniciativa de um dos setores, que de um processo de corresponsabilização e atuação conjunta, conforme prevê a lógica intersetorial. Assim, no que tange à efetivação de práticas intersetoriais, reforça-se a necessidade de preparo político e técnico não somente por parte dos profissionais e serviços, como também da gestão dos respectivos setores.

Compreende-se que este estudo avança ao revelar sobre os conhecimentos e percepções dos profissionais dos setores da Saúde e da Educação com relação às Políticas Públicas vinculadas à adolescência e à sexualidade. Considera-se que estas informações, advindas dos atores que atuam nos serviços sobre as Políticas Públicas que devem balizar as práticas, contribuem com a identificação de potencialidades e lacunas que podem ser utilizadas como ferramentas para a avaliação e elaboração das Políticas.

Do mesmo modo, compreende-se que os resultados aqui apresentados podem favorecer a reflexão sobre o que está posto pelas Políticas, bem como sobre as necessidades de aperfeiçoamentos e mudanças e, nesta direção, sugeriu-se também que, especialmente os profissionais e os adolescentes, sejam co-construtores das propostas de Educação Sexual.

Com relação às práticas de Educação Sexual desenvolvidas nos serviços, revelou-se que em muitos casos a execução mantém-se vinculada às questões mais subjetivas e pessoais dos profissionais, tais como a identificação com o tema e à sensação de preparo para a ação. Discutiu-se que este não deve ser o veículo motor das ações, mas sim o reconhecimento da

potencialidade da Educação Sexual para os adolescentes no sentido de prevenção de riscos e promoção da saúde. Deste modo, considera-se que as condições necessárias, por meio de capacitação profissional, por exemplo, sejam garantidas para que as propostas previstas pelas Políticas Públicas efetivem-se na realidade concreta, independente de características pessoais dos profissionais.

Quanto às fragilidades relativas às Políticas Públicas, verificou-se, a partir dos resultados, a necessidade de maior flexibilidade dos programas nacionais, dada a questão da descontextualização e distanciamento das propostas em prática. Deste modo, sugeriu-se que as especificidades de cada local, tais como necessidades de saúde, cultura da comunidade, dentre outros, possam ser consideradas e agregadas às práticas, de forma que as proposições sejam menos engessadas e verticalizadas e façam sentido nos diferentes territórios e contextos sociais.

Com relação à formação dos profissionais sobre sexualidade, questão apontada pela literatura e reafirmada nos resultados do presente estudo, ressaltou-se a necessidade das Políticas Públicas que preveem capacitações repensem o modo como estas são realizadas, bem como os conteúdos abordados. Observa-se que o modo como estão colocadas as formações, além de não alcançar todos profissionais que encontram-se nos serviços, conforme evidenciam os resultados, mostram-se insuficientes no sentido de contribuir para que os profissionais que participem dos cursos sintam-se mais preparados para o trabalho de Educação Sexual.

Sobre esta questão, dada a complexidade do fenômeno da sexualidade, sugeriu-se que as capacitações voltadas aos profissionais, além de precisar abarcar um contingente maior de participantes, devem agregar conteúdos subjetivos e sociais vinculados à sexualidade, bem como utilizar-se de abordagens metodológicas mais críticas, reflexivas e sensibilizadoras. Compreende-se que propostas formativas desenvolvidas sob esta perspectiva podem favorecer a reflexão sobre valores pessoais, morais, mitos e tabus relativos à sexualidade, de modo que contribua com o preparo não somente técnico, mas principalmente subjetivo dos profissionais para o desenvolvimento do trabalho de Educação Sexual.

Considera-se que o desenho metodológico adotado neste estudo favoreceu a apreensão de conteúdos a partir de diferentes óticas e campos do saber, nos quais foi possível identificar divergências e similaridades sobre questões relativas à Educação Sexual e à intersectorialidade. Compreende-se que embora as Políticas intersectoriais entre a Saúde e a Educação sejam pensadas para ambos os setores, aponta-se que as especificidades dos serviços e dos

profissionais que neles atuam, especialmente no que tange à formação específica correspondente a tais áreas, devem ser consideradas na elaboração das propostas.

Embora seja possível identificar lugares comuns de conhecimento e atribuição entre os setores da Educação e da Saúde, como por exemplo a questão do cuidar e do educar dos adolescentes, considera-se de significativa relevância apreender e usufruir das peculiaridades de cada setor.

A partir deste estudo, soma-se elementos para a compreensão de que as ações intersetoriais, por meio da corresponsabilização e da complementariedade entre os setores, pode favorecer a diminuição dos distanciamentos, bem como a concretização e implementação do que está previsto pelas Políticas Públicas na realidade das práticas vinculadas à Educação Sexual nos serviços de educação e saúde.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, R. A. et al. Desenvolvimento de uma proposta de Educação Sexual para adolescentes. **Ciência e Educação**, Bauru, v. 14, n.1, p. 159-168, 2008.
- ALVAREZ, R. E. C.; BORGES, A. L. V.; HOGA, L. A. K. Gravidez na Adolescência: valores e reações dos membros da família. **Acta Paul Enf.** V. 22, n.6, p. 779-85, 2009.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.
- ALTMAN, 2013. Diversidade sexual e educação: desafios para a formação docente. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 13, p. 69-82, abr. 2013.
- ANASTÁCIO, Z. F. C. **Educação Sexual no 1º CEB: Concepções, Obstáculos e Argumentos dos Professores para a sua (não) Consecução.** Tese de Doutorado em estudos da criança e saúde infantil- Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, Portugal, 2007.
- AQUINO, E. M. L. et.al. Sexualidade Juvenil: Aportes para as Políticas Públicas. In: AQUINO, E. M. L. et al. **O Aprendizado da Sexualidade.** Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006, cap. 10, p. 399-417.
- ARRUDA, S. et al. **Adolescentes, jovens e educação em sexualidade: Um guia para ação.** Fundação Ford – Brasil. Promundo, 2011. Disponível em <<<http://www.promundo.org.br/wp-content/uploads/2011/07/Toolkit-1.pdf>>>. Acesso em fevereiro de 2014.
- AVILA, A. H.; TONELI, M. J. F.; ANDALÓ, C. S. A. Professores/as diante da sexualidade-gênero no cotidiano escolar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.16, n. 2, p.289-298, abr/jun.2011.
- AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, pp. 1333-1356, 2012. Disponível em <<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a05v22n4.pdf>>>. Acesso em fevereiro de 2014.
- BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S.; DIAS, R. R. Estrutura e Suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.21, n.2, p.52-61, 2001.
- BARCELOS, M. R. B. et. al, Políticas Públicas para adolescentes em territórios vulneráveis. **RBPS**, Fortaleza, v.23, n.3, p.288-294, jul/set, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BARREIRO, L.; TEIXEIRA-FILHO, F. S.; VIEIRA, P. M. Corpo Afecto e Sexualidade: uma experiência da abordagem das sexualidades a partir das artes. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, v. 5, n.1, p.13-27. 2006.

BAUMFELD, T. S, et al. Autonomia do Cuidado: interlocução afetivo-sexual com adolescentes no PET- Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.36, n.1, p.71-80, mar. 2012.

BOLETIM INFORMATIVO DST/AIDS. Secretaria de Saúde – Diretoria de epidemiologia e vigilância Sanitária; Diretoria executiva de epidemiologia, **Programa Estadual de DST e Aids**. Pernambuco, ano II, n. 1, jan/abr. 2000.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DST/AIDS. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS**. Brasília, v.2, n.1. 2005.

BORDIN, I. A.; CAPUTO, V. G. Gravidez na adolescência e o uso frequente de álcool e drogas no contexto familiar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.3, p. 402-10, jun. 2008.

BORGES, A. L. V; TRINDADE, R. F. C. Gravidez na adolescência. In: BORGES, A. L.V.; FUJIMORI, E. **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. Barueri: Manole, 2009. p.334-347.

BORGES, Z. N.; MEYER, D. E. Limites e possibilidades de uma ação educativa na redução da vulnerabilidade à violência e à homofobia. **Ensaio: avaliação e políticas públicas em educação**, Rio de Janeiro, v.16, n.58, pp. 59-76, jan./mar. 2008.

BORGES, A. L. V.; LATORRE, M. R. D. O.; SCHOR, N. Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.7, jul. 2007.

BORGES, A. L. V. **Adolescência e vida sexual**: análise do início da vida sexual de adolescentes residentes na zona leste do município de São Paulo. 2004. 185 f. Tese de doutorado em Saúde Pública- Programa de Pós Graduação em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2004.

BOZON, M. **Sociologia da Sexualidade**. Editora Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Centro Gráfico, 1988.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>>. Acesso em 21 de maio de 2014.

_____. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069. Cortez, São Paulo, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde do Adolescente**. Bases Programáticas. 2. ed. Brasília, DF, 1996.

_____. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996b. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm>>. Acesso em 12 de maio de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação da Atenção Básica**. Brasília, DF, 1997a.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: apresentação dos temas transversais**. Brasília: MEC/SEF, 1997b.

_____. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF, 1996c. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm>>. Acesso em 21 de julho de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização do parto**. Brasília, DF, 2002. Disponível em <<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>>. Acesso em 4 julho de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização/Humaniza SUS. **A Clínica Ampliada**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na Atenção Básica de Saúde Roteiros para Reflexão e Ação**. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Perfil de competências do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, DF, 2004c.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **Diretrizes para a Implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília, 2005, 19p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Marco Teórico e Referencial Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2007^a.

_____. Ministério da Educação. UNESCO/UNICEF/UNFPA. **Guia para a formação de profissionais de saúde e educação: Programa Saúde e Prevenção nas Escolas**, Série Manuais, n.76, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens**. Brasília, DF, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Saúde nas Escolas**, Brasília, 2007d.

_____. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, DF: 4 mar. 2008a. nº 43.

_____. **Portaria interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET – Saúde, Brasília, DF, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2009d. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Educação. **Diversidade Sexual na Educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas**. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde do Adolescente**. Brasília, DF, 2009b. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menina.pdf>>. Acesso em 4 de junho de 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional da Assistência Social- PNAS/2004, NOB/SUAS**, Brasília, DF, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, nº 26 Saúde Sexual e Saúde reprodutiva**. Brasília, 2009e.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, DF, 2009e, 84p. (Série F. Educação e Comunicação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes Nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens, na promoção, proteção e recuperação da Saúde**. Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília, DF, 2010b. Disponível em <<http://www.abglt.org.br/docs/PoliticaNacional_SaudeIntegral_LGBT.pdf>>. Acesso em 9 de maio de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de Saúde**, 2ª ed. 5ª reimp. Brasília, DF, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Sexual e Reprodutiva de adolescentes e jovens-** Caderno de Atenção Básica, Brasília, 2013.

BRÊTAS, J. R. S. Vulnerabilidade e Adolescência. **Rev. Sociedade Brasileira de Enfermagem e Pediatria**, São Paulo, v.10, n.2, p.89-96, dez. 2010.

BUGLIONE, S. (org.). **Reprodução e Sexualidade:** uma questão de justiça. Porto Alegre: Themis safe, 2002.

CABRAL, C. S.; HEILBORN, M. L. **Avaliação das Políticas Públicas sobre Educação Sexual e Juventude:** da conferência do Cairo aos dias atuais. In: Rumos para o Cairo +20- compromissos do governo brasileiro com a Plataforma da Conferência internacional sobre a população em desenvolvimento, ABRASCO, 2009.

CAÇADOR, B. S. **Configuração indenitária do enfermeiro no contexto da estratégia de saúde da família.** 2012. 180 f. Dissertação de Mestrado- Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

CARIDADE, M. C. M. **O papel da escola e da educação em ciências na educação sexual dos adolescentes:** concepções de professores de ciências da natureza-naturais e de encarregados de educação da Escola EB 2 e 3 de Cabeceiras de Basto. 2008. 180 f. Dissertação de Mestrado em Educação- Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Portugal, 2008.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação da Política Nacional de promoção da saúde. Opinião. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p. 745-749, 2004.

CAMPOS, G.W.S. Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2005.

CAMPOS, G. W. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 301-306, mai/abr, 2007.

CANADÁ. **Crossing Sectors** – Experiences in Intersectorial Action, Public Policy and Health. Agency of Health of Canada, 2007. Disponível em <<<http://www.unnaturalcauses.org/assets/uploads/file/Canada-Crossing%20Sectors.pdf>>>. Acesso em 3 de julho de 2014.

CARVALHO, M. F. et al. Intersetorialidade: diálogo da política nacional da promoção da saúde com a visão dos trabalhadores da atenção básica em Goiânia. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, vol. 3, n. 3, p. 44-55, jul./set. 2009.

CARVALHO, I. S. et. al. A sexualidade em livros didáticos de ciências do 8º ano do ensino fundamental: uma abordagem satisfatória? **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 29-36, jul/set 2012.

CASTRO, M. G.; ABRAMOWAY, M.; SILVA, L. B. **Juventude e Sexualidade.** Brasília, UNESCO, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p.113-126.

CHAUÍ, M. **Repressão sexual:** essa nossa (des)conhecida. São Paulo: Brasiliense. 9. ed. São Paulo, 1985.

COSTA, A. M.; PONTES, A. C. R.; ROCHA, D. G. **Intersetorialidade na produção e promoção da saúde.** In: CASTRO, A. MALO, SUS Ressignificado a promoção da saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2006. p. 96-115

COSTA, N. M. L. A Formação Contínua de Professores – novas tendências e novos caminhos. **Holos**, Ano 20, p. 63-75, dez. 2004. Disponível em <<<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/48/52>>>. Acesso em fevereiro de 2014.

COSTA, M. C. O. et al. Sexualidade na adolescência: desenvolvimento, vivência e propostas de intervenção. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 2001, 77 (supl.2), p. 217-224. Disponível em <<http://moodle.epmcelp.edu.mz/pluginfile.php/3375/mod_resource/content/1/exualidade%20na%20adolesc%C3%A2ncia%20desenvolvimento.pdf>>. Acesso em 22 de setembro de 2013.

CRUZ, M. L.S. et al. O. Reunião de Equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da família. **Psicologia Revista**, São Paulo, v.7, n1/2, p.161-183, 2008.

DIAZ, M. et al. Outcomes of three different models for sex education and citizenship programs concerning knowledge, attitudes, and behavior of Brazilian adolescents. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p. 589-597, março / abril 2005.

DUARTE, P. M. S. **Educação da sexualidade:** modelos e representações de professores. 2010. 87 f. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação- Departamento de Educação, Universidade de Aveiro, Portugal, 2010.

FERNANDES, A. D. S. A. **Cotidiano de Adolescentes vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi):** realidade e perspectivas. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à Saúde de adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p. 2491-2496, nov.2006.

FERREIRA, I. R. C. et al. **Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola.** Manual metodológico. Curitiba: Champagnat (PUC-PR), 2014.

FERREIRA, M. M. S. R. S.; TORGAL, M. C. L. F. P. R. Estilos de vida na adolescência: comportamento sexual dos adolescentes portugueses. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.3, p.589-595, jun. 2011.

FIGUEIRÓ, M. N. D. Educação Sexual: como ensinar no espaço da escola. **Revista Linhas (UDESC)**, v. 7, n. 1, 21, 2006. Disponível em <<<http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1323/1132>>>. Acesso em agosto de 2013.

FIGUEIRÓ, M. N. D. **Educação Sexual**: retomando uma proposta, um desafio. Londrina: Eduel, 2010.

FONSECA, A. Prevenção de DST/AIDS no ambiente escolar. **Interface**, Botucatu, v. 6, n.11, p. 71-88, aug. 2002.

FONTES, M. Ilustrações do Silêncio e da Negação: a ausência de imagens da diversidade sexual em livros didáticos. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v.8, n.16, p. 363-378, jul./dez. 2008.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. 11. ed. Rio de Janeiro. Edições Graal, 1988.

FRANCO, T. B. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 125-34.

FURLANI, J. Educação Sexual: possibilidades didáticas. In: LOURO, G. L.; NECKEL, J. F.; VILODRE, S. (org.). **Corpo Gênero e Sexualidade**: um debate contemporâneo na educação. Petrópolis: Vozes, p.66-81, 2003.

GARCIA, L. J. V. **O processo de educação sexual na escola**: um estudo de caso sobre a conceituação, significação e representação compreensiva de professores da rede municipal de ensino de Camboriú-SC sobre educação sexual. 2005. 81 f. Dissertação de Mestrado em psicologia- Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

GARRUTTI, E. A.; SANTOS, S. R. A Interdisciplinaridade como forma de superar a fragmentação do conhecimento. **Revista de Iniciação Científica da FFC**, v. 4, n. 2, p. 187-197, 2004. Disponível em <<<http://200.145.171.5/ojs-2.2.3/index.php/ric/article/viewFile/92/93>>>. Acesso em julho de 2014.

GESSER, M.; OLTRAMARI, L. C.; CORD, D.; NUEMBERG, A. H. Psicologia Escolar e formação continuada de professores em gênero e sexualidade. **Psicologia Escolar e Educacional**, Maringá, v.16, n.2, p. 229-336, jul./dec. 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-85572012000200005&script=sci_arttext>>. Acesso em maio de 2014.

GOMES, C. P. M. L.; FRANCISCHETTI, I.; PARPINELLI, V. L. F. **Educação Permanente na Academia e Educação Permanente em Saúde: confluências**. In: Educação Permanente na Academia: da teoria à Prática. Curitiba: CRV, 2014.p. 29-35.

GOMES, C. M.; HORTA, N. C. Promoção de saúde do adolescente em âmbito escolar. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 486-499, out./dez. 2010.

GOMES, M. R. O.; VIEIRA, N. Saúde e Prevenção nas escolas: promovendo a educação em sexualidade no Brasil. **Revista tempus Acta em Saúde Coletiva**, v. 4, n.2, 2010. Disponível em <<<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/798/786>>>. Acesso em abril de 2013.

GOMES, R. S. Educação em Sexualidade na escola: entre a normalização e a perspectiva dos direitos humanos. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10. In: **Anais Eletrônicos....** Florianópolis, 2013.

GONÇALVEZ, R. C.; FALEIRO, J. H.; MALAFAIA, G. Educação Sexual no contexto familiar e escolar: impasses e desafios. **Holos**, Ano 29, v. 5, p. 251-263, 2013. Disponível em <<<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/784/741>>>. Acesso em julho de 2014.

GRANDOL, M. K.; DALL'AGNOL, C. M. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.14 n.3, p. 504-510, jul/set. 2010.

GURGEL, M.G.I. et.al. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rev. De Enfermagem, v.12, n.4, p.799-05, dez. 2008.

IBGE, 2011. **Índice Brasileiro de geografia e estatística**. Cidade São Carlos. Disponível em <<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=354890>>>. Acesso em 9 de maio de 2013.

LEÃO, A. M. C.; RIBEIRO, P. R. M. As Políticas Educacionais do Brasil: a (in)visibilidade Da Sexualidade e das Relações De Gênero. **Revista ibero-americana de estudos em educação**. v.7, n.1, p. 28-37, 2012. Disponível em: <<<http://seer.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/5365/4298>>>. Acesso em julho de 2014.

LEITE, V. A sexualidade adolescente a partir da percepção de formuladores de Políticas Públicas: refletindo o ideário de adolescentes sujeitos de direitos. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 89-103, 2012.

LIONÇO, T.; DINIZ, D. Homofobia, silêncio e naturalização: por uma narrativa da diversidade sexual. **Psicologia Política**, São Paulo, v.8, n.16, p. 307-324. 2008.

LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. Ação social e intersetorialidade: relato de uma experiência na interface entre saúde, educação e cultura. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação**, v.10, n.20, p.505-515, jul/dez. 2006.

LÜCK, H. Perspectivas da Gestão Escolar e Implicações quanto à Formação de seus Gestores. **Em aberto**, Brasília, v.17, n.72, p.11-33, fev./jun.2000.

MAIA, A. C. B.; EIDT, N. M.; TERRA, B. M.; MAIA, G. L. **Educação sexual na escola a partir da psicologia histórico-cultural**. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 17, n. 1, p. 151-156, jan./mar. 2012.

MANZINI, E. J. **Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros**. In: Seminário Internacional de pesquisa e estudos qualitativos, 2, A pesquisa qualitativa em debate. Anais. Bauru: SIPEQ, 2004. Disponível em <<<http://www.sepq.org.br/Isipeq/anais/pdf/gt3/04.pdf>>>. Acesso em maio de 2013.

MARTINEZ, E.Z. et. al. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. *Cad. De Saúde pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.5, p.855-867, mai. 2011.

MEIRA, M. E. M. et al. Psicologia Escolar, desenvolvimento humano e sexualidade: projetos de orientação sexual em instituições educacionais. **Revista Ciência em Extensão**, v. 2, n.2, 21p., 2006. Disponível em <<http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/199>>. Acesso em maio de 2013.

MOIZÉS, J. S.; BUENO, S. M. V. Compreensão sobre sexualidade e sexo nas escolas segundo professores do ensino fundamental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.44, n.1, p.205-212, mar. 2010.

MOREIRA, R. M. et al. Adolescência e sexualidade: uma reflexão com enfoque bioético. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 61-71, jul./set. 2013.

MOREIRA, T. M. M. et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.2, p. 312-320, jun. 2008.

NARDI, H. C. O Estatuto da diversidade sexual nas Políticas de Educação no Brasil e na França: a comparação como ferramenta de desnaturalização do cotidiano de pesquisa. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v.20, n. esp, 2008. p. 12-23. Disponível em <<<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20nspe/v20nspea04.pdf>>>. Acesso em abril de 2014.

NARDI, H. C.; QUARTIERO, E. Educando para a diversidade: desafiando a moral sexual e construindo estratégias de combate à discriminação no cotidiano escola. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n.11, p.59-87, ago./2012.

NOGUEIRA-NETO, W. Sexualidade infanto-adolescente e seu reconhecimento como direitos humanos: a necessidade de mais reflexão e teorizações. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.15-32, 2012.

NUNES, C.; SILVA, E. **A Educação sexual da criança: subsídios teóricos e propostas práticas para uma abordagem da sexualidade além da transversalidade**. Campinas: Autores Associados, 2000.

OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T.; PONTES, A. P. M.; SALGADO, L. P. P. Atitudes, sentimentos e imagens na representação social da sexualidade entre adolescentes. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 4, p. 817-23, out./dez.2009.

OLIVEIRA, M. C. S. L.; CAMILO, A. A.; ASSUNÇÃO, C. V. Tribos urbanas como contexto de desenvolvimento de adolescentes: relação com pares e negociação de diferenças. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v.11, n.1, jun. 2003.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório de conferência internacional sobre População e Desenvolvimento**. Cairo, 1994. Disponível em <<<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>>. Acesso em 2 de agosto de 2014.

PAIVA, V. Calazans, G.; VENTURI, G.; DIAS, R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.1, p. 45-53, jun. 2008. Disponível em <<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42s1/07.pdf>>>. Acesso em setembro de 2014.

PAIVA, V.; PUPO, L. R.; BARBOZA, R. O. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.40, p.109-19, 2006. Disponível em <<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40s0/15.pdf>>>. Acesso em julho de 2013.

PEREIRA, S. M. S. M. **Educação sexual em meio escolar: o caso de uma escola do Porto**. 2011. 104 f. Dissertação de Mestrado- Departamento de Epidemiologia Clínica, Medicina Preditiva e Saúde Pública, Universidade do Porto, Porto, 2011.

PICAZIO, C. **Sexo Secreto: Temas polêmicos da sexualidade**. Rio de Janeiro: Editora GLS, 1999.

PIMENTA, R. A.; TOMITA, T. Y. Adolescência e sexualidade no cotidiano da Equipe de Enfermagem do Serviço de Atenção Básica à Saúde. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 28, n. 1, p. 39-52, jan./jun. 2007.

PIRES M. R. G. M. Politicidade do Cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n. 5, p. 729-36, 2005.

PRIORE, M. D. **Histórias íntimas: sexualidade e erotismo na história do Brasil**. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2011.

QUIRINO, G. S.; ROCHA, J. B. T. Sexualidade e Educação Sexual na percepção docente. **Educar em Revista**, Curitiba, n.43, p.204-225, jan./mar. 2012.

RIBEIRO, P. R. M. **Os momentos históricos da Educação Sexual no Brasil**. In: RIBEIRO, P. R. M. (org.), Sexualidade e educação: aproximações necessárias. São Paulo: Arte & Ciência, 2004. p. 15-25.

RIBEIRO, P. R. M. **A institucionalização dos saberes acerca da sexualidade humana e da educação sexual no Brasil**. In: FIGUEIRÓ, M. N. D. (org.). Educação Sexual: múltiplos temas, compromissos comuns. Londrina: UEL, 2009. p.129-140.

RIBEIRO, P. C. P. **Atenção à saúde do adolescente-saúde em casa**. 1. ed. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

- RIOS, R.; SANTOS, W. Diversidade sexual, educação e sociedade: reflexões a partir do Programa Nacional do Livro Didático. **Psicologia Política**, São Paulo, v. 8, n. 16, p. 325-344, dez. 2008.
- ROCHA, F. A. A. et al. Programa de Saúde da Família: a percepção de adolescentes de um município do Estado do Ceará. **Revista Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 7-13, abr./jun. 2012.
- RODRÍGUEZ, C. A.; KOLLING, M. G.; MESQUIDA, P. Educação e saúde: um binômio que merece ser resgatado. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.31, n.1, p. 60-6, jan./abr. 2007.
- RODRIGUES, L. F. R. **Representações sociais de professores sobre o projeto “Prevenção também se Ensina”**: uma abordagem psicossocial. Dissertação de Mestrado em Educação- Programa de Pós-graduação em Educação. 2008. 127 f. Centro Universitário Moura Lacerda, Ribeirão Preto, 2008.
- ROSS, C; GOUVÊA, L. A. V. N. **Conceitos Relevantes Para A Compreensão Das Políticas De Saúde No Brasil**: Modelos assistenciais, promoção da saúde e vigilância da saúde. In: 4º seminário nacional Estado e Políticas sociais. Unioeste, campus de Cascavel-PR. 16 a 19 set. 2009.
- SAITO, M. I. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. A prevenção em questão. In: SAITO, M.I.; SILVA, L.E.; LEAL, M.M (ed.). **Adolescência, prevenção e risco**. 2. ed. São Paulo: Ed.Atheneu, 2008. p. 41-46
- SÃO PAULO. Assembléia Administrativa. **O estado dos municípios 2006-2008**: índice paulista de responsabilidade social. São Paulo, Fundação SEAD 2010.
- SAMPAIO, J.; SANTOS, R. C.; PAIXÃO, L. A.; TORRES, T. S. Promoção da Saúde Sexual: desafios no Vale do São Francisco. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v.22, n.3, p.499-506, 2010. Disponível em <<<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n3/v22n3a10>>>. Acesso em junho de 2014.
- SAMPIERI, R.H; COLLADO, C. F.; LUCIO, P.B. O processo de pesquisa e os enfoques quantitativo e qualitativo: rumo a um modelo integral. In: **Metodologia de Pesquisa**. São Paulo: Mc GrawHill, 3ª Ed, 2006. p. 2-21.
- SEVERINO, A. J. Educação e universidade: conhecimento e construção da cidadania. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.6, n.10, p.117-124, fev. 2002.
- SENA, L. A; CAVALCANTI, R. P; PEREIRA, I. L; LEITE, S. R. R. Intersetorialidade e ESF: limites e possibilidades no território de uma Unidade Integrada de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n.3, p. 337-342, 2012. Disponível em <<<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/12803/7873>>>. Acesso em julho de 2014.
- SEADE, 2011. **Perfil dos municípios do Estado de São Paulo**. Disponível em: <<<http://produtos.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>>>. Acesso em julho de 2014.

SFAIR, S.C. **Educação Sexual para adolescentes e jovens: o que preveem os documentos públicos nos níveis Federal e Estadual em São Paulo.** 2012. 113 f. Dissertação de Mestrado em Terapia Ocupacional- Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

SILVA, D. P. M. **Gênero e sexualidade nos PCNs: uma proposta desconhecida.** In: REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM EDUCAÇÃO, ANAIS, ANPED, Caxambu, 2007. Disponível em: <<https://www.academia.edu/5145325/Www_anped_org_br_reunioes_30ra_trabalhos_GT23-2871--Int>>. Acesso em 30 de agosto de 2014.

SILVA, R. C. P.; MEGID-NETO, J. Formação de Professores e Educadores para abordagem da educação sexual na escola: o que mostram as pesquisas. **Ciência e Educação**, Bauru, v.12, n.2, p. 185-197, mai/ago. 2006.

SPEDO, S M. **Desafios para implementar a integralidade da assistência à saúde no SUS: estudo de caso no município de São Paulo (SP).** Tese de Doutorado em Saúde Pública. 2009. 150 f. Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SOARES, C.B. Consumo contemporâneo de drogas e juventude: a construção do objeto na perspectiva da Saúde Coletiva. Tese livre-docência. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007. 195p. Disponível em <<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-26112007-161151/pt-br.php>>>. Acesso em julho de 2014.

SOUZA, P. L.; PEREIRA, C. S.; NOGUEIRA, M. L. S.; PEREIRA, D. B.; CUNHA, G. M.; MÖLLER, F. O. Projetos PET-Saúde e Educando para a Saúde: Construindo Saberes e Práticas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n.1, p.172-177, jan./mar. 2012.

TAQUETTE, S. R. Sexualidade na adolescência. **In: Saúde do Adolescente: competências e habilidades.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília, 2008. (Textos Básicos da Saúde, B).

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M.; PAULA, M. C. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. **Rev Soc Bras Med Trop**, v.37, n.3, p. 210-214, 2004. Disponível em <<<http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822004000300003>>>. Acesso em agosto de 2013.

TONELI, M. J. F.; TAGLIAMENTO, G.; BEIRAS, A. Crenças, valores e visões: trabalhando as dificuldades relacionadas à sexualidade e gênero no contexto escolar. **Rev. Aletheia**, Canoas, n.21, p.69-78, jun. 2005.

UNICEF. **Adolescência: uma fase de oportunidades.** In: Situação Mundial da Infância 2011, fev. 2011. Disponível em <<http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf-UNICEF_2011>>.

VENTURA, M. (org.). **Direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos**: síntese para gestores, legisladores e operadores do direito. Rio de Janeiro: ADVOCACI, 2003.

WHO (World Health Organization). **Adolescent Friendly Health Services**-An Agenda for change. Genova: 2002.

YAZLLE, M.E.H.D.; FRANCO, R.C.; MICHELAZZO, D. Gravidez na adolescência: uma proposta de prevenção. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v.31, n.10, p.477-9, 2009.

ZIMBRES, F. M.; PALMA, R. P. **Educação sexual e gravidez**: o que pensam alunos e professores de uma escola particular e de uma pública sobre esse tema? 2009. 80 p. Trabalho de Conclusão do Curso de Ciências Biológicas, Universidade Mackenzie, São Paulo, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO- ESCOLAS

Informações relativas a toda instituição escolar

1. Quantos profissionais compõe a equipe de trabalho da escola?
2. Quantos alunos estão matriculados na escola? Quantos são homens? E mulheres?
3. Quantos são adolescentes (12 a 18 anos, pelo ECA)? Quantos são homens? E mulheres?
4. A escola oferece cursos/atividades para os alunos, além do ensino regular? Se sim, quais?
5. Existem práticas/intervenções de Educação Sexual com adolescentes na escola? Quais? Quem realiza?
6. As práticas/intervenções em ES foram elaboradas pela escola ou são referentes a projetos e programas estaduais/federais?
7. Existem materiais produzidos pela escola para a realização das atividades de ES?
8. Qual a formação (graduação e pós-graduação, participação em cursos sobre ES) dos profissionais que desenvolvem as intervenções em ES?
9. Existem espaços sistematizados para que os profissionais possam planejar as atividades de ES em equipe? Se sim, qual o tempo (duração) e frequência destes encontros? Quais questões são trabalhadas nestes encontros?
10. Identifique as práticas de ES com os adolescentes na escola

| Prática (s) | Profissional Responsável | Objetivos | Frequência | Principais temas abordados | Recursos pedagógicos | Possibilidade de parcerias |
|-------------|--------------------------|-----------|------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Informações específicas do profissional

1. Iniciais:
2. Sexo:
3. Idade:
4. Cargo/função na instituição:
5. Formação (graduação):
6. Pós-graduação:
Se sim, qual?
7. Tempo que trabalha na instituição:
8. Há quanto tempo realiza intervenções vinculadas à ES?
9. Já participou de formação específica (curso, palestra, fórum, por exemplo) sobre ES ou temas relacionados à sexualidade na adolescência? Especifique:
 - duração:
 - oferecido por quem (pessoa, instituição):
 - pago ou gratuito?
 - formação do profissional que ministrou as atividades no curso:

APÊNDICE 2 – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO- UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Informações relativas a toda Unidade de Saúde

1. Quantos profissionais compõe a equipe de trabalho da Unidade de Saúde? A equipe está completa?
2. Qual o número da população cadastrada na Unidade de Saúde? Desta população, quantos são adolescentes (10 a 19 anos pela OMS)? Quantos são homens? E mulheres?
3. Quais são as principais demandas e serviços procurados pelos adolescentes que utilizam a Unidade de Saúde?
4. Existem práticas/intervenções de Educação Sexual com adolescentes na Unidade de Saúde? Quem realiza?
5. As práticas/intervenções em ES foram elaboradas pela Unidade de Saúde ou são referentes à projetos e programas estaduais/federais da Saúde?
6. Qual a formação (graduação e pós-graduação, participação em cursos sobre ES) dos profissionais que desenvolvem as intervenções em ES?
7. Existem espaços sistematizados para que os profissionais possam planejar as atividades de ES em equipe? Se sim, qual o tempo (duração) e frequência destes encontros? Quais questões são trabalhadas nestes encontros?
8. Identifique as práticas de ES com os adolescentes na Unidade de Saúde:

| Prática (s) | Técnicos Responsáveis | Objetivo | Frequência | Principais temas abordados | Recursos pedagógicos | Possibilidade de parcerias |
|-------------|-----------------------|----------|------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|
| | | | | | | |

Informações específicas do profissional

9. Iniciais:
10. Idade:
11. Sexo:
12. Cargo/função no serviço:
13. Formação (graduação):
14. Pós-graduação:
Se sim, qual?
15. Tempo que trabalha na Unidade de Saúde:
16. Há quanto tempo realiza intervenções vinculadas à ES?
17. Já participou de formação específica (curso, palestra, fórum, por exemplo) sobre ES ou temas relacionados à sexualidade na adolescência? Especifique:
 - duração:
 - oferecido por quem (pessoa, instituição):
 - pago ou gratuito?
 - formação do profissional que ministrou as atividades no curso:

APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO

Educação Sexual (ES): Concepções e Práticas

1. Quais os desafios (obstáculos, limites, necessidades) que você identifica para a execução da ES com adolescentes na escola? Por quê?
2. Existem temas que você encontra maiores dificuldades para abordar nas intervenções em ES? Quais temas e tipos de dificuldades?
3. Existem temas que você encontra maiores facilidades para abordar nas intervenções em ES? Quais temas e tipos de facilidades?
4. Além das temáticas que já são abordadas nas práticas de ES na escola, quais questões relacionadas à ES você considera que deveriam ser trabalhadas? Por quê?
5. Questões sobre diversidade sexual (homossexualidade, transexualidade) são abordadas nas intervenções em ES? Fale sobre isso.
6. Há demanda/interesse dos alunos sobre as questões de gênero (papéis masculinos e femininos) e diversidades de orientação sexual? Conte e comente sobre isso.
7. Como você considera que se prepara um profissional para realizar intervenções em ES com adolescentes? Por quê?
8. Fale sobre como você e os demais profissionais da escola reúnem aportes (referenciais teóricos, planejamento e preparação das atividades) para contribuir com a realização das intervenções em ES.
9. Em relação às leis, documentos oficiais e diretrizes governamentais, que abordam sobre a ES, como por exemplo, os PCN (Temas transversais), o SPE (Saúde e Prevenção nas escolas) e o PSE (Programa Saúde na Escola), em sua opinião, qual a contribuição de tais documentos para a prática em ES com adolescentes?
10. O que você entende por Educação Sexual (ES) para adolescentes?
11. Você considera importante a ES? Considera a escola o local propício para realizá-la? Fale sobre isso.

Educação Sexual: intersetorialidade e perspectivas

12. Para a realização das intervenções em ES com adolescentes, a escola recebe algum apoio de pessoas e/ou outros serviços de outras áreas da comunidade? Fale sobre isso.
13. Em relação à parceria entre diferentes setores (Saúde, Educação, Assistência, etc) como você compreende que esta articulação pode ampliar e contribuir com a prática em ES com adolescentes? Fale sobre isso.
14. Existem práticas em ES com adolescentes realizadas em parceria entre a escola e a Saúde?
15. Especificamente sobre a parceria entre o setor da Educação e Saúde para a prática em ES, o que você considera como:
 - potencialidades
 - desafios
 - limites
16. Em sua opinião, quais estratégias poderiam fortalecer as práticas em ES? Fale sobre isso.
17. Você gostaria de fazer mais alguma observação, acrescentar algo à nossa conversa?

APÊNDICE 4 – ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Educação Sexual: Concepções e Práticas

1. Você já comentou no formulário de caracterização sobre as práticas/intervenções em ES com adolescentes na Unidade de Saúde. Me explique agora, como os adolescentes são convidados ou envolvidos nestas práticas.
2. Quais os desafios (obstáculos, limites, necessidades) que você identifica para a execução da ES com adolescentes? Por quê?
3. Existem temas que você encontra maiores dificuldades para abordar nas intervenções em ES? Quais temas e tipos de dificuldades?
4. Existem temas que você encontra maiores facilidades para abordar nas intervenções em ES? Quais temas e tipos de facilidades?
5. Questões sobre diversidade sexual (homossexualidade, transexualidade) são abordadas nas intervenções em ES? Fale sobre isso.
6. Há demanda/interesse dos usuários (adolescentes) sobre as questões de gênero (papéis masculinos e femininos) e diversidades de orientação sexual? Conte e comente sobre isso.
7. Além das temáticas que já são abordadas nas práticas de ES na Unidade de Saúde, quais outras questões relacionadas à ES você considera que deveriam ser trabalhadas? Por quê?
8. Como você considera que se prepara um profissional para realizar intervenções em ES com adolescentes? Por quê?
9. Fale sobre como você e sua equipe reúnem aportes (referenciais teóricos, planejamento e preparação das atividades) para contribuir com a realização das intervenções em ES.
10. Em relação às leis, documentos oficiais e diretrizes governamentais, que abordam sobre a ES, como por exemplo, o SPE (Saúde e Prevenção nas escolas), o PSE (Programa Saúde na Escola), a Caderneta de Saúde do Adolescente, em sua opinião, qual a contribuição de tais documentos para a prática em ES com adolescentes?
11. O que você entende por Educação Sexual (ES) para adolescentes?
12. Você considera importante a ES? Considera a Unidade de Saúde o local propício para realizá-la? Fale sobre isso.

Educação Sexual: intersetorialidade e perspectivas

13. Para a realização das intervenções em ES com adolescentes, a Unidade de Saúde recebe algum apoio de pessoas e/ou outros serviços de outras áreas da comunidade? Fale sobre isso.
14. Em relação à parceria entre diferentes setores (Saúde, Educação, Assistência, etc) como você compreende que esta articulação pode ampliar e contribuir com a prática em ES com adolescentes? Fale sobre isso.
15. Existem práticas de ES com adolescentes realizadas em parceria entre a Unidade de Saúde e a Educação? Dê exemplos.

16. Especificamente sobre a parceria entre o setor Saúde e Educação para a prática em ES, o que você considera como:
 - potencialidades
 - desafios
 - limites
17. Em sua opinião, quais estratégias poderiam fortalecer as práticas em ES? Fale sobre isso.
18. Você gostaria de fazer mais alguma observação, acrescentar algo à nossa conversa?

APÊNDICE 5 - DADOS GERAIS DAS ESCOLAS

Tabela 16: Dados gerais das escolas do Município C, 2014

| Nº | Nº de profissionais da escola | Nº total de alunos | Total de homens | Total de mulheres | Nº de adolescentes (12 a 18 anos- ECA) | Sexo masculino | Sexo feminino |
|------|--|--------------------|-----------------|-------------------|--|----------------|---------------|
| E 1 | 103 (80 professores e 23 funcionários) | 542 | 317 | 255 | 470 | 275 | 195 |
| E 2 | * | * | * | * | * | * | * |
| E 3 | 36 (26 professores e 10 funcionários) | * | * | * | * | * | * |
| E 4 | * | * | * | * | * | * | * |
| E 5 | * | * | * | * | * | * | * |
| E 6 | 70 (professores e funcionários) | 546 | 267 | 278 | 332 | * | * |
| E 7 | 66 (53 professores e 13 funcionários) | 587 | 287 | 300 | 587 | 287 | 300 |
| E 8 | * | * | * | * | * | * | * |
| E 9 | 27 (18 professores e 9 funcionários) | 347 | 222 | 125 | 339 | 145 | 194 |
| E 10 | 92 (73 professores e 15 funcionários) | 1395 | 683 | 712 | 1395 | 683 | 712 |

Fonte: Elaborado pela autora

*Sem informação. Instituição ficou de fornecer os dados, via participante, mas não forneceu.

APÊNDICE 6 – ATIVIDADES COMPLEMENTARES DAS ESCOLAS

Tabela 17: Cursos e atividades das escolas participantes do Município C, 2014

| N° | Cursos/ Atividades | Qual? |
|-----------|-------------------------------|--|
| E 1 | Sim | Escola da família e Preparação para o ENEM (EF e EM) |
| E 2 | Sim | Escola da Família |
| E 3 | Sim | Escola da Família; Mais Educação |
| E 4 | Sim | EJA; Escola da Família; Mais Educação |
| E 5 | Sim | Sala de Leitura; Escola da Família; Reforço |
| E 6 | Não | |
| E 7 | Sim | Escola da família |
| E 8 | Sim | Aulas de reforço; Oficinas de arte e teatro |
| E 9 | Não | |
| E 10 | Sim | Escola da Família; Profissionalizante de cuidador de idosos e rotina financeira; PIBID (parceria com a universidade) |

Fonte: Elaborado pela autora

APÊNDICE 7- DADOS GERAIS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Tabela 18: Dados gerais das USFs do Município C, 2014

| Nº | Nº de profissionais da equipe | Equipe completa? | Nº total da população cadastrada | Nº total de famílias | Nº de adolescentes (10 a 19 anos-OMS) | Sexo masculino | Sexo feminino |
|------|-------------------------------|------------------|----------------------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------|---------------|
| S 1 | 12 | Não | 2607 | 794 | 390 | 196 | 194 |
| S 2 | 16 | Sim | 2963 | 862 | 508 | 264 | 244 |
| S 3 | 13 | Sim | 2110 | 700 | 348 | 183 | 169 |
| S 4 | 13 | Sim | 3750 | 936 | 760 | 391 | 369 |
| S 5 | 13 | Sim | 2971 | 888 | 385 | 151 | 234 |
| S 6 | 10 | Não | 2465 | 819 | 260 | 124 | 136 |
| S 7 | 16 | Sim | 2951 | 815 | 434 | 221 | 213 |
| S 8 | 12 | Não | 2313 | 674 | 398 | 200 | 198 |
| S 9 | 13 | Sim | 1966 | 550 | 470 | 246 | 224 |
| S 10 | 13 | Sim | 3100 | 935 | 432 | 218 | 214 |

Fonte: Elaborado pela autora

*Informações coletadas no Centro de Informações de Saúde- Secretaria Municipal de Saúde

APÊNDICE 8- PRINCIPAIS DEMANDAS DOS ADOLESCENTES NAS USF

Tabela 19: Demandas dos adolescentes nas USFs do Município C, 2014

| N° | Quais demandas? |
|------|--|
| S 1 | Vacinação, crise nervosa, Papanicolau, pílula, camisinha |
| S 2 | Vacinação, TIG, resfriado |
| S 3 | Consulta de enfermagem e médica |
| S 4 | Contraceptivos, Papanicolau, vacinação |
| S 5 | Situações de urgência, questão ginecológica, anticoncepcional |
| S 6 | Anticoncepcional |
| S 7 | Vacinação e métodos contraceptivos |
| S 8 | Vacinação, uso de drogas, educação sexual (planejamento familiar, métodos, gestação, DSTs) |
| S 9 | Pré-natal, uso de drogas, DSTs, vacinação, programa de saúde da mulher (Papanicolau e planejamento familiar) |
| S 10 | Consulta de enfermagem e médica, resfriado, dor de garganta, dor nas costas, vacinação, menstruação (menarca), dúvidas, gravidez |

Fonte: Elaborado pela autora

APÊNDICE 9 – CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS: UM ESBOÇO PARA INTERVENÇÃO

A partir dos resultados obtidos no presente estudo, com destaque à necessidade de capacitação profissional evidenciada em ambos os setores, bem como tendo em vista a literatura vinculada à Educação Sexual, elaborou-se uma proposta de intervenção, apresentada e discutida nesta seção.

Os resultados relativos ao modo como as práticas de Educação Sexual têm se dado nos serviços de Educação e Saúde, os desafios, limites e potencialidades para a efetivação da intersetorialidade, bem como as contribuições e fragilidades referentes às Políticas Públicas, foram considerados.

Vale ressaltar que trata-se de um esboço de capacitação, apenas com a breve sugestão de conteúdos considerados relevantes a serem abordados, seguidos de suas respectivas justificativas para a inclusão nesta proposta de capacitação voltada aos profissionais. Do mesmo modo, destaca-se a necessidade de metodologias mais ativas e participativas na abordagem dos temas nos encontros, com a utilização de recursos audiovisuais, fotos, construções de narrativas, estudos de caso, dinâmicas, além de leitura de textos e políticas vinculados à Educação Sexual.

Aponta-se também, sob a perspectiva da sensibilização e como parte dos instrumentos e ferramentas a serem trabalhadas nos encontros, a potencialidade dos participantes terem espaço para compartilhar suas trajetórias de vida, pessoais e profissionais, bem como da necessidade de seus conhecimentos e experiências prévios serem valorizados.

Ressalta-se também a importância dos encontros serem presenciais, oferecerem subsídios práticos para a abordagem de temáticas em sexualidade, bem como garantirem a intersetorialidade na composição dos grupos, a partir da inclusão de profissionais inseridos nos serviços e na gestão de diferentes setores, tais como Educação, Saúde, Assistência Social, dentre outros.

PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO: TEMAS EM SEXUALIDADE

a. História da Sexualidade e Educação Sexual

Considera-se relevante que os profissionais que desenvolvem práticas vinculadas à Educação Sexual ampliem seu conhecimento e compreensão sobre as concepções de sexualidade e sobre a Educação Sexual, em diferentes contextos históricos, sociais e culturais, bem como sobre as respectivas repercussões de tais concepções na construção de valores morais na sociedade.

Do mesmo modo, compreende-se que o conhecimento sobre as mudanças de concepções sobre a sexualidade possibilita ampliar a compreensão sobre este fenômeno, para além de suas dimensões biológicas e vinculadas exclusivamente ao ato sexual.

Considera-se que a apreensão destas informações pode favorecer, para além de ampliar o conhecimento, a compreensão de que valores morais, religiosos, preconceitos, são construídos também histórica e socialmente. Ou seja, pode favorecer a desconstrução da naturalização de valores pessoais relativos à sexualidade, uma vez que tais valores podem interferir negativamente nas práticas de Educação Sexual.

b. Modelos de Educação Sexual

Sobre a abordagem deste conteúdo em um espaço de capacitação, a partir dos resultados observados no presente estudo, considera-se relevante que os profissionais participantes conheçam diferentes modelos de práticas de Educação Sexual apontados pela literatura. Compreende-se que ampliar o conhecimento relacionado aos modelos de prática, a partir de uma abordagem crítica, pode favorecer aos participantes a reflexão sobre o modo como desenvolvem as intervenções, bem como acerca dos objetivos, valores e concepções que embasam suas práticas.

c. Adolescência: concepções e contexto atual

Considera-se relevante que os participantes apropriem-se de diferentes conceitos e concepções sobre a adolescência, nas diferentes culturas, correntes teóricas, bem como sustentada pelas Políticas Públicas. Espera-se que esta compreensão contribua com a ressignificação do fenômeno da adolescência, para além de valores estereotipados, negativos, bem como restritos à noção de risco e vulnerabilidade.

Além disso, sugere-se que a metodologia utilizada na abordagem deste fenômeno possa utilizar como disparador a história de vida dos participantes quando eram adolescentes.

Compreende-se que esta estratégia pode favorecer a reflexão sobre as mudanças geracionais, culturais, sociais e históricas que impactaram na adolescência e que revelam-se nesta população no contexto atual.

d. Gênero: representações sociais dos papéis masculinos e femininos

Considera-se de significativa relevância empoderar aqueles que atuam junto aos adolescentes de conhecimentos voltados às representações subjetivas, sociais, culturais, que envolvem as questões dos gêneros ainda na atualidade.

A partir do reconhecimento da importância do período da adolescência na construção dos valores sociais, morais e identitários dos indivíduos, ressalta-se a importância da compreensão das diferenças entre os gêneros a partir do exercício do respeito às diversidades e combate às desigualdades e demais violências relativas aos gêneros.

e. Diversidades Sexuais

A abordagem das diversidades sexuais é prevista por Políticas Públicas vinculadas à Educação Sexual na adolescência. Observou-se nos resultados deste estudo que existe um despreparo profissional com relação a essa temática, de forma que questões relativas à diversidade sexuais são silenciadas ou pouco abordadas. Do mesmo modo, ressalta-se a necessidade de que as abordagens vinculadas à temática das diversidades não estejam embasadas em valores morais do educador.

Espera-se que a ampliação de conhecimentos relacionados à diversidade sexual, nas dimensões teóricas, legais e em espaços de militância, possa favorecer a desconstrução da naturalização de questões como a homossexualidade, por exemplo. Do mesmo modo, considera-se que os acessos à informação sobre os direitos sexuais corroborem com a diminuição de práticas educativas reprodutoras da exclusão das diversidades, bem como reforçadoras de padrões sociais normativos e opressores.

f. Políticas Públicas setoriais e intersetoriais

Sugere-se que os conteúdos relacionados às Políticas Públicas setoriais e intersetoriais vinculadas à adolescência e à saúde sexual e reprodutiva ocorram em vários

encontros de capacitação, dado que existe uma vastidão de documentos públicos, especialmente advindos do Ministério da Saúde.

Conforme discutido nos resultados do presente estudo, considera-se relevante que os profissionais participantes revisitem, acessem e apropriem-se das Políticas Públicas setoriais e intersetoriais relacionadas à saúde sexual e reprodutiva e à adolescência. Do mesmo modo, aponta-se a relevância de se discutir questões setoriais específicas como, por exemplo, o modelo atual de atenção à saúde.

Sobre esta questão, ressalta-se que foram apontados nos resultados do presente estudo equívocos de compreensão dos demais serviços e da população adolescente sobre o conceito e práticas atuais de saúde, com destaque à necessidade de superação do modelo procedimento-centrado e o enfoque em ações de promoção e prevenção.

Espera-se que a aproximação destes documentos públicos, com destaque às propostas intersetoriais vinculadas à Educação Sexual, favoreçam a ampliação da compreensão de conceitos e diretrizes tais como interdisciplinaridade, transversalidade, corresponsabilidade, intersetorialidade, integralidade, bem como sobre as questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos na adolescência.

Do mesmo modo, considera-se que aprimorar o conhecimento sobre as Políticas Públicas, com destaque à implementação de práticas intersetoriais, pode contribuir com a reflexão acerca das aproximações e distanciamentos entre o que se é preconizado pelas políticas e o que é executado na realidade das práticas desenvolvidas nos serviços.

Quanto à questão dos direitos sexuais e reprodutivos, compreende-se que o reconhecimento da legitimidade dos adolescentes serem livres para suas escolhas sexuais, pode favorecer a adoção de práticas menos moralizantes e mais acolhedoras. Conforme observado na discussão dos resultados deste estudo ressalta-se que práticas moralizantes e repressoras não garantem que os adolescentes se previnam.

g. Educador e adolescentes: mediando a informação

A partir do reconhecimento que os adolescentes na atualidade acessam informações por meio de diversas fontes, por meios de telecomunicação, virtuais, nas redes sociais, sites específicos, reflete-se sobre qual o papel do profissional nas práticas de Educação Sexual.

Considera-se que discutir o papel dos profissionais inseridos na atualidade frente a adolescência na realidade contemporânea, pode contribuir com a ressignificação do papel educativo, no sentido de mediar a informação que chega até o adolescente e ajudá-lo a decifrá-la, com o intuito de favorecer o processo de elaboração e transformação do conhecimento em atitudes concretas.

h. Protagonismo: autonomia e emancipação X regulação e tutela

A maioria das Políticas Públicas vinculadas à adolescência destacam a relevância do envolvimento e participação dos adolescentes no planejamento e execução das propostas junto à eles desenvolvidas. Compreende-se que as práticas educativas nesta lógica mais horizontal de cuidado, menos verticalizada e reguladora, pode favorecer a conquista de autonomia e responsabilidade por parte dos adolescente frente ao exercício da sexualidade.

Do mesmo modo, considera-se que as práticas educativas mais horizontais partem do princípio de reconhecer e validar a importância da alteridade no processo de construção do conhecimento, atitudes e comportamentos dos indivíduos.

Ressalta-se que as práticas de Educação Sexual em uma perspectiva mais emancipatória de cuidado devem oferecer subsídios aos adolescentes para que eles estejam conscientes e aptos a fazerem as próprias escolhas.

i. Elaboração de proposta de Intervenção Intersetorial em Educação Sexual

Nesta etapa dos encontros de capacitação, sugere-se que os profissionais participantes elaborem conjuntamente e intersetorialmente propostas de intervenção em Educação Sexual para serem executadas de modo integrado junto aos adolescentes nos serviços.

Espera-se que este seja um exercício prático sobre como atuar intersetorialmente nas práticas de Educação Sexual.

j. Supervisão

Sugere-se que encontros de supervisão ocorram durante a execução das propostas intersetoriais de intervenção. Esta etapa consiste no esclarecimento de dúvidas, acolhimento

de angústias, necessidades e desafios expressos pelos participantes a partir da experiência prática, com o intuito de qualificar as práticas de Educação Sexual desenvolvidas nos serviços.

k. Finalização e Avaliação

O encontro final sugerido consiste na avaliação de todo processo da capacitação, no sentido de apreender os pontos de vista mais subjetivos dos profissionais a partir dessa vivência, identificar pontos fortes e frágeis da proposta de capacitação, bem como a aplicabilidade e a possibilidade de efetivação de novas propostas na rotina dos serviços.

Sabe-se que a capacitação profissional por si só não garante a mudança e a qualificação das práticas, nem mesmo a implementação e efetivação das Políticas Públicas. No entanto, o posicionamento aqui adotado defende que uma proposta de formação intersetorial, que inclua tais conteúdos e utilizando-se de abordagens mais críticas e sensibilizadoras atreladas à informação, pode contribuir com a desconstrução de mitos e tabus relacionados à sexualidade, bem como favorecer a integração entre os setores.

Considera-se que esta experiência pode ser uma possibilidade de aproximação, reconhecimento mútuo das práticas, atribuições e limites entre os diferentes setores, de modo a sensibilizar os participantes sobre a potencialidade das ações integradas, a partir da corresponsabilização e complementariedade no cuidado com a saúde sexual e reprodutiva na adolescência.