



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER

ALINE CARVALHO PEREIRA

**Experiência do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas nas ações
intersetoriais em Sexualidade para adolescentes**

Julho, 2013
Brasília – DF

ALINE CARVALHO PEREIRA

**Experiência do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas nas ações
intersectoriais em Sexualidade para adolescentes**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Departamento de Serviço Social (SER), ao Instituto de Ciências Humanas (IH) como requisito à obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, pela Universidade de Brasília (UnB), sob orientação da Prof^a Lucélia Luiz Pereira

Julho, 2013

Brasília – DF

**Experiência do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas nas ações
intersetoriais em Sexualidade para adolescentes**

A banca examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social, da Universidade de Brasília, da estudante

ALINE CARVALHO PEREIRA

Profª Mestre Lucélia Luiz Pereira
Professora/Orientadora SER - UnB

Prof. Dr. Cristiano Guedes
Convidado examinador interno

Assist. Social Ricardo Pereira Soares
Convidado examinador externo

RESUMO

A pesquisa discute as ações em Sexualidade desenvolvidas pelo Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas no âmbito escolar envolvendo as áreas de saúde e educação, portanto, um esforço de analisar o desafio da intersectorialidade no que diz respeito a discussão da temática. Para a análise foram escolhidas três escolas da região administrativa de Taguatinga e que estavam inscritas no SPE, juntamente com os três centros de saúde parceiros. Como modelo metodológico escolheu-se a entrevista qualitativa semi-estruturada. Foram realizadas entrevistas com seis profissionais envolvidos no projeto, sendo três na área de educação e três profissionais da área de saúde. Na análise de dados foi levado em consideração a caracterização do SPE nas escolas, uma busca de entendimento quanto a intersectorialidade entre as áreas de Educação e Saúde, e uma análise quanto as diretrizes sobre Educação Sexual do SPE e as concepções dos profissionais acerca dos direitos sexuais e reprodutivos. Observou-se que ainda se faz presente o discurso tradicional da educação sexual onde prevalece a medicalização, o modelo biologicista, a prevenção por meio do temor, a heteronormatividade e diferenciação em função de gênero. Por isso a importância de se abrir o discurso em torno de uma reflexão em torno dos direitos humanos e o respeito à diversidade.

Palavras-Chave: Intersectorialidade, Sexualidade, Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos, Intersectorialidade.

ABSTRACT

This research reasons about Sexuality actions developed by Health and Prevention in Schools Project in the educational scope involving health and education areas. Thus, it is an effort in analyzing such intersectorial challenge in which concerns the thematic debate. For the analysis, it has been chosen three schools in the administrative region of Taguatinga and that were registered in SPE along with three associated health centers. Semi-structured qualitative interviews were chosen as the methodological model. Interviews were performed with six professionals involved in this project: three from Health area and other three from Education area. In data analysis, a list of aspects has been taken into consideration: the SPE characterization in the schools; an understanding pursuance concerning the intersectoriality between Education and Health areas; and a analysis of SPE's Sex Education guidelines and professionals's beliefs about reproductive and sexual rights. It has been still noted the presence of orthodox sex education speech wherein prevails the medicalization, the biologicist model, fear-driven prevention, heteronormativity and differentiation by gender. Therefore the importance of an open debate around a reflection towards human rights and respect for diversity.

Keywords: Intersectoriality; Sexuality; Sexual Rights; Reproductive Rights.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
CAPÍTULO I	10
EDUCAÇÃO E SEXUALIDADE	10
1.1 Sexualidade: Conceitos e Abordagens	10
1.2 Paradigmas da Educação Sexual, Ideário Emancipatório e Sexualidade Adolescente.....	11
1.3 Direitos Sexuais e Reprodutivos na perspectiva dos Direitos Humanos	12
1.3.1 Direitos Reprodutivos	13
1.3.2 Direitos Sexuais.....	15
1.4 Promoção da Saúde.....	16
CAPÍTULO II	18
EDUCAÇÃO SEXUAL E IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE DAS POLÍTICAS DA SAÚDE E EDUCAÇÃO	18
2.1 Intersetorialidade: um desafio de superação ao modelo setorial de implementação de políticas	18
2.2 Educação Sexual na abordagem escolar	20
2.3 Educação Sexual na abordagem da saúde	21
2.4 Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)	23
CAPÍTULO III	26
ANÁLISE DOS DADOS	26
3.1 Caracterização do SPE nas Escolas participantes	26
3.2 Intersetorialidade entre as áreas de educação e saúde	32
3.3 Diretrizes sobre Educação Sexual do SPE e as concepções dos profissionais acerca dos Direitos Sexuais e Reprodutivos	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	52

INTRODUÇÃO

A sexualidade historicamente esteve relacionado às concepções de reprodução e relações sexuais, conseqüentemente as ações em educação durante muito tempo estavam limitadas à uma visão medicalizada. No entanto, houve muito recentemente alterações nas concepções de sexualidade na sociedade. Percebe-se que vários tabus acerca do tema foram quebrados e a sociedade entende a importância de se discutir a sexualidade de forma mais ampla. Essa preocupação com o tema se deve principalmente ao aumento do número de infectados por DST/HIV e a gravidez na adolescência.

Apesar da concepção teórica ter sido ampliada, muitas das ações educativas ainda se restringem a lógica médica ressaltando os riscos do exercício sexual. Ressalva-se, no entanto, que tem havido esforços no âmbito governamental no sentido de implementar ações em sexualidade ampliando o conceito. Desta forma, destaca-se a implementação de programas e projetos sociais defendendo a ideia de valorizar a troca de experiências e a vivência dos sujeitos, e de ampliar a abordagem de temáticas como: gênero, orientação sexual, promoção dos direitos sexuais e reprodutivos.

Um desses projetos governamentais é o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE); e tê-lo como objeto de análise se deve ao fato de que o projeto é direcionado para estudantes, e envolve profissionais tanto da área de educação quanto da área de saúde. Neste sentido, o projeto de pesquisa tem como objetivo analisar as ações intersetoriais, buscando entender a forma de atuação de cada área no Projeto bem como apreender as concepções de direitos sexuais e reprodutivos dos profissionais de saúde e educação envolvidos no projeto.

O estudo é relevante por diversos motivos, dentre eles, o fato de se trabalhar uma temática ainda considerada tabu e de foro íntimo e também por envolver as áreas de saúde e educação, portanto, discutindo a intersetorialidade na implementação das políticas.

Além disso, a discussão sobre as ações educativas para os adolescentes é fundamental tendo em vista não só o fato desta faixa etária estar vivenciando o início da experiência sexual, mas também por vulnerabilidades que tais experiências podem abarcar, caso ocorra um desconhecimento de informações relacionadas aos direitos sexuais e a saúde sexual.

Desta forma, estudos e estatísticas demonstram a relevância da discussão sobre educação sexual tendo em vista que ainda existe uma grande quantidade de

adolescentes com DST/AIDS, considerados vulneráveis e também a questão da gravidez não planejada.

Dados do boletim epidemiológico apresentado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) demonstram que a taxa de incidência de casos de Aids em jovens entre 15 a 24 anos foi de *“9,5/100.000 habitantes, estabilizada nos últimos 10 anos, mas com aumento nas regiões Norte e Nordeste, diminuição nas regiões Sudeste e Sul, e estabilização na Região Centro-Oeste.”* O estudo ainda mostra que o fator escolaridade influencia na incidência de casos, sendo que quanto menor a escolaridade, maior o percentual de infectados. O quadro comparativo mostra a taxa de 0,17% em meninos com ensino fundamental incompleto e 0,10% entre os que têm ensino fundamental completo.

A importância de se estudar projetos como o SPE, pode ser reforçado pelos dados oferecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) acerca da gravidez na adolescência. O número de partos realizados em adolescentes entre 10 a 19 anos caiu em 22,4%, entre os anos de 2005 a 2009. O Ministério da Saúde atribui essa diminuição aos gastos realizados nas ações de educação sexual e na distribuição de preservativos para jovens, que chegou a contabilizar aproximadamente R\$3,3 milhões no ano de 2009.

No entanto, a ideia central do projeto é a discussão sobre concepções de direitos sexuais e da abordagem da sexualidade no âmbito escolar com ações desenvolvidas pelas áreas de saúde e educação, portanto, um esforço também de analisar o desafio da intersetorialidade das áreas no que diz respeito a discussão da temática sexualidade.

Definiu-se como objetivos específicos da pesquisa: a) Mapear as atribuições desenvolvidas pelas áreas saúde e educação; b) Identificar a percepção dos profissionais de saúde e educação sobre direitos sexuais e reprodutivos dos jovens estudantes; c) Analisar as características de intersetorialidade, identificando os desafios para a articulação das áreas.

A hipótese levantada foi a de que na educação sexual repassada pelos profissionais do SPE prevalece o entendimento dos direitos sexuais e reprodutivos a partir de uma perspectiva normativa, biologicista e medicalizada. Essa hipótese foi fundamentada pela pesquisadora, devido à vivência na participação de aplicação de oficinas de Educação Sexual para adolescentes em um projeto realizado pela Universidade, na época como graduada em Farmácia.

O presente trabalho foi realizado através de Pesquisa Exploratória que objetiva proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito ou construindo hipóteses. Podendo torná-lo mais claro, e ter maior precisão e compreensão acerca do estudo.

Ao se optar por pesquisa exploratória a pesquisadora realizou levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2007).

O levantamento bibliográfico foi realizado durante todo o processo de pesquisa, e consistiu no mapeamento e leitura de publicações acerca do tema, tais como artigos, livros, legislações, além da análise de material distribuído pelos Ministérios da Educação e da Saúde referentes ao projeto analisado (SPE).

Através da pesquisa bibliográfica, constatou-se que não havia muitas pesquisas referentes ao programa estudado, aliás os trabalhos encontrados que mencionavam o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas foram realizados em cidades diferentes da área a que se prestou a abrangência da pesquisa, mas serviram como componentes importantes para a análise.

Quanto à forma de abordagem, a pesquisa é qualitativa, definida por Neves (1996) como um método que é direcionado ao longo do seu desenvolvimento, sem enumerar ou medir eventos, tendo como características: o ambiente da pesquisa é o local para obter as fontes de dados, enfoque dedutivo, apresenta significados do sentido que as pessoas dão às coisas e à sua vida, e está presente o caráter dedutivo.

Dessa forma, seis profissionais envolvidos na implementação do projeto SPE participaram da pesquisa e puderam por meio de entrevista contribuir na análise dos pontos levantados pela pesquisadora, além de dar subsídios para testar a hipótese levantada no trabalho.

Para a realização da pesquisa de campo foram escolhidas três escolas de referência, que atuam há mais tempo com o projeto, e que se localizavam na região administrativa de Taguatinga.

Realizou-se as entrevistas com profissionais da Região Administrativa de Taguatinga, não só porque nesta RA está localizada a escola pioneira na implementação do projeto, mas também porque foram apontadas como as escolas onde o projeto está mais avançado, de acordo com a Secretaria Regional de Educação.

Como previsto pelo projeto, as escolas devem atuar conjuntamente com o centro de saúde mais próximo. Sendo assim, foram também entrevistados três profissionais responsáveis pelo projeto nos centros de saúde.

As três profissionais da área de educação estão todas nos cargos de orientadores pedagógicos, sendo que duas escolas são de Ensino Médio, e uma Escola de Ensino Fundamental. Os três profissionais da área de saúde, são enfermeiros que atuam como coordenadores do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS.

Para a realização das entrevistas utilizou-se um roteiro semiestruturado com questões chaves a serem abordadas (anexo). As entrevistas duraram em média uma hora,

sendo que quatro foram gravadas e transcritas e duas foram somente anotadas em caderno de campo tendo em vista que os entrevistados não autorizaram a gravação. As demais entrevistas foram transcritas para facilitar a análise do conteúdo.

Após a coleta de dados, procedeu-se à análise documental e análise das entrevistas realizadas.

Para garantir o anonimato dos entrevistados, durante a apresentação/discussão dos resultados, as referências aos entrevistados foram catalogados por números. Logo, ao se referir à Unidade 1, estará sendo feita referência às atuações do Profissional de Educação nº 1 e ao Profissional da Saúde nº 1, ou seja àqueles que trabalham conjuntamente, e assim por diante, até o profissional 3.

Em relação aos procedimentos éticos, destaca-se que o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília.

Durante a realização das entrevistas, foi informado aos profissionais sobre a garantia do sigilo e anonimato das informações. Além disso, após apresentação e esclarecimentos sobre a pesquisa, os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O trabalho está dividido em 03 capítulos. No primeiro e segundo capítulos estarão a abordagem teórico-metodológica construída para a análise do objeto de estudo. Sendo que no Capítulo 01, será dada centralidade na discussão da Sexualidade e Educação, abarcando quais os conceitos e abordagens, fazendo um breve levantamento histórico, e vinculando a sexualidade às discussões de Direito Sexual e Reprodutivo, dentro de uma lógica de Promoção à Saúde.

No Capítulo 02, será discutida a Educação Sexual e a importância da intersectorialidade das políticas da saúde e educação. Dentro desse capítulo será analisada como a intersectorialidade foi ganhando espaço, dada como uma resposta efetiva frente ao modo setorial de gestão das políticas públicas. Será discutida também como se dá a Educação Sexual na abordagem escolar e na saúde. Essa análise servirá de subsídio para que se possa entender como podem se apresentar essas concepções dentro do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE). Assim, esse capítulo finaliza apresentando as características da política pública de prevenção e promoção à saúde realizada pelo Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas.

E finalmente no Capítulo 03, será feito a análise de dados baseada nas entrevistas colhidas juntos aos profissionais de saúde e educação, buscando através de uma avaliação crítica e problematização conseguir responder à pergunta de pesquisa, bem como discutir a hipótese levantada.

CAPITULO I

EDUCAÇÃO E SEXUALIDADE

1.1– A sexualidade: conceitos e abordagens

A sexualidade, embora estivesse presente em estudos antropológicos com uma abordagem associada às práticas sexuais e reprodução biológica, pode ser considerado, para as Ciências Humanas, como uma área de recente investigação. (NUNES, 1996. BOZON, 2004.) O estudo da sexualidade foi predominantemente reconhecido nas Ciências Naturais, como a psicologia clínica, a psicanálise ou a sexologia, de uma forma restrita e unilateral, muito associada a fatores biológicos e de caráter estritamente individual.

A apropriação do tema sexualidade pelas ciências sociais possibilita analisá-la como um construto social. Assim como o presente trabalho que pretende realizar uma análise da sexualidade a partir de uma interpretação dialética, que compreende o tema “como construção social a partir da práxis humana e, portanto, condicionada pelos diferentes momentos históricos e políticos” (NUNES, 1996, p.4).

A tentativa de ruptura com conceito de sexualidade ligado apenas à concepção de reprodução biológica da espécie pode ser considerada relativamente recente, tendo em vista que se tornou uma preocupação somente no século XX. Essa tendência de dissociar sexualidade do sentido de reprodução foi influenciada pelo advento dos métodos contraceptivos, na década de 60 e também com o surgimento de epidemias de HIV nos anos 80 (HEILBORN & BRANDÃO, 1999).

Outra ruptura que deve ser destacada é àquela concepção de sexualidade limitada à ideia do ato sexual, não sendo apenas uma questão pessoal, mas também social e política. E considerando também o fato de que “a sexualidade é "aprendida", ou melhor, é construída, ao longo de toda a vida, de muitos modos, por todos os sujeitos.” (LOURO, 2000 p.5).

Assim vão se construindo novas abordagens da sexualidade, buscando um conceito mais amplo, que por não ser fixa, seus significados e conteúdos, mudam conforme muda-se o espaço, os grupos sociais, e até mesmo ao longo da vida de um mesmo indivíduo.

Os movimentos sociais representados por grupos feministas e por homossexuais, por exemplo, podem ser considerados grandes responsáveis por inserir nas discussões de sexualidade as questões de gênero e sexuais. Essas desconstruções mexem com identidades, ou com parâmetros normativos, e que em nossa sociedade ocidental está figurada no homem branco, heterossexual, de classe média urbana e cristão. (LOURO, 2000).

Pensar em sexualidade também requer pensar em repressão, ou seja, formas de

controlar o exercício da sexualidade. No decorrer da história e em diversas sociedades a sexualidade foi e ainda é reprimida. Algumas vezes de forma violenta, mas em sua maioria de forma sutil e interiorizada pelos membros da sociedade. Alguns tipos de repressão ganham respaldo em estudos científicos, outras repressões têm o caráter educativo, como se serviu a religião para manter o poder sobre os fiéis. (LINS & BRAGA, 2009)

A preocupação científica, de áreas como a sexologia, a psicanálise e de tantas outras de abordar e discutir a questão da sexualidade, pode em um primeiro momento aparentar certa liberdade para se falar no assunto. À medida que se estabelece aquilo que pode ser dito e feito, a partir de certos princípios e leis, isto pode se tornar uma estratégia sutil de reprimir a sexualidade. É o que pode ser chamado de “sexualidade repressiva, na medida em que o sexo é aquilo que se faz segundo normas estabelecidas por uma cientificidade, que toma o sexo como objeto”. (CHAUI et al, p. 37, 1981).

Assim, a educação sexual, enquanto uma área que aborda a sexualidade, também pode apoderar-se da sexualidade enquanto um instrumento manipulável e controlável.

1.2 - Paradigmas da Educação Sexual, Ideário Emancipatório e Sexualidade Adolescente.

A partir do momento que se concorda com Goldberg (1988) de que a sexualidade é uma questão social ¹, sem deixar de ser também uma questão individual, torna-se possível compreender porque a Educação Sexual é um meio de transformação social, logo uma ação política. Segundo esta autora, a Educação Sexual deve apontar “um caminho para preparar o educando para viver a sexualidade de forma positiva, saudável e feliz e, sobretudo, para formá-lo como cidadão consciente, crítico e engajado nas transformações de todas as questões sociais, ligadas direta ou indiretamente à sexualidade” (GOLDBERG, 1988, p.155).

No campo da sexualidade, pensar a educação sexual requer considerar que ela pode ser informal, como parte de um processo global, uma ação exercida sobre os indivíduos em seu cotidiano, desde o nascimento, que de forma direta ou indireta repercute em sua sexualidade. Ou pensar na educação sexual formal, institucionalizada, através de intervenções pedagógicas, sejam dentro ou fora de um ambiente escolar (CHAUI et. al. 1981).

Portanto, ao se falar em educação sexual deve-se considerar o conceito de

¹ Questão social: “Originalmente, a questão social foi constituída em torno das transformações econômicas, políticas e sociais ocorridas na Europa do Século XIX, devidas à industrialização. Inicialmente essa questão foi levantada quando com a tomada de consciência da sociedade, ou parte dela, dos problemas decorrentes do trabalho urbano e da pauperização como fenômeno social. Hoje a “questão social” é a expressão das desigualdades e lutas sociais em suas múltiplas manifestações e todos os segmentos sociais envolvidos (trabalhadores e desprotegidos) são heterogêneos.” (Farias & Dias, 2013, p.1)

educação, a partir de Paulo Freire (1996) que afirma que a educação não deve se restringir meramente a uma transmissão de conhecimentos, mas deve criar a possibilidade para que o educando construa seu próprio conhecimento baseado com o conhecimento vivenciado em seu cotidiano social.

A Educação Sexual informal sempre influencia a forma como é abordada ou recebida a Educação Sexual formal. Quando a Educação Sexual é realizada em um contexto educacional, por exemplo, tanto os professores como alunos, têm já apreendido uma sexualidade que irá refletir na forma como vivem, assumem e enxergam a sexualidade sua e do outro. É nesse nível de ensino que é importante:

“desestabilizar as “verdades únicas”, os restritos modelos hegemônicos da sexualidade normal, mostrando o jogo de poder e de interesses envolvidos na intencionalidade de sua construção, e depois, apresentar as várias possibilidades sexuais presentes no social, na cultura e na política da vida humana, problematizando o modo como são significadas e como produzem seus efeitos sobre a existência das pessoas.” (FURLANI, 2003, p.41)

Percebe-se então que, há avanços na discussão sobre sexualidade entre os adolescentes, já que muitos consideram essa fase como o período em que os indivíduos estão iniciando sua vida sexual, no entanto, sabe-se que nem sempre as necessidades e direitos dos adolescentes são atendidos pelos programas e muitas vezes são ignorados pela sociedade.

A partir do aumento significativo de adolescentes grávidas e da incidência de AIDS entre os jovens, houve um processo de discussão e intervenção das políticas públicas de saúde para esse público (BARRETO et. al. 2010). No entanto, a educação sexual para os adolescentes ficou muito voltada para as patologias, prevenções e controle populacional.

Entretanto, para que seja possível estabelecer uma visão crítica, e um avanço no ideário emancipatório na educação sexual, é necessário que haja “um processo de construção coletiva de consciência, autonomia e inteligência sexual” (TUCKMANTEL, 2009, p.169). É importante ressaltar que é essencial, também, a articulação entre família, escola e outros setores, para que o processo possa ter continuidade.

A Educação Sexual Emancipatória pressupõe um trabalho educativo comprometido com a promoção da autonomia do educando, buscando superar padrões de comportamentos hierarquizados e estereotipados, preconceitos e tabus através da compreensão dos aspectos sócio-histórico-políticos que influenciaram na sua construção.

Assim, a luta por uma educação sexual associada à cidadania, ao progresso social e aos direitos humanos é uma das principais possibilidades emancipatórias. É então, nesse momento que a luta pelos direitos sexuais e reprodutivos, foi e continua sendo importante para dar legitimidade aos trabalhos voltados para uma educação sexual emancipatória.

1.3 - Direitos Sexuais e Reprodutivos na Perspectiva dos Direitos Humanos

Ao se abordar direitos sexuais e reprodutivos como parte dos direitos humanos, têm-se a noção de que esses direitos abarcam a ideia de universalidade, liberdade e igualdade inerente a todo ser humano. No entanto, é necessário fazer uma diferenciação conceitual entre os termos, mesmo estando esses direitos inter-relacionados.

Primeiramente, há de se atentar ao fato de que o tema da sexualidade abordado como direitos humanos esteve ausente nos discursos internacionais até recentemente. Uma das primeiras menções em documentos se deu na Conferência Mundial sobre Direitos Humanos em Viena (ONU, 1993) através da Declaração de Viena e a Declaração sobre a Violência contra a Mulher. Esses documentos conseguiram abordar especificamente o termo “sexual” antes suprimido dos debates, muito embora restringido à questão da violência contra a mulher, abuso e exploração sexual.

Em 1994, na Conferência do Cairo sobre População e Desenvolvimento, houve uma conquista importante em que a sexualidade passou a ser vista como algo positivo, que deve ser protegido, e reconhece os direitos sexuais e reprodutivos como elencado nos direitos humanos. (PIOVESAN, 2003). Resultante dessa Conferência foi o Programa de Ação do Cairo, em que estabelecia quais os planos de ação que os 179 países assinantes estariam de acordo. Vale ressaltar que a presença de delegados de países de influência islâmica e católica influenciaram o programa como por exemplo, a não inclusão de temas como direito a liberdade e ao prazer sexual.

O Programa de Cairo obteve avanços colocando em pauta a igualdade e equidade entre os sexos, a promoção da mulher, um capítulo específico sobre a família, embora não incluindo a concepção de família homoafetiva, e principalmente, um capítulo que trata dos Direitos Reprodutivos e Saúde Sexual.

A preocupação com os adolescentes também está presente, objetivando conseguir reduzir o número de grávidas, e tendo como público-alvo os adolescentes nas campanhas sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e sensibilização quanto à igualdade de gênero.

1.3.1 - Direitos Reprodutivos

Na luta pelos Direitos Reprodutivos, as feministas foram protagonistas, no sentido libertário e de igualdade que defendiam. Inicialmente na década de 70, defendiam a saúde da mulher de forma integral, lutando por políticas por parte do Estado voltadas para a discriminação e legalização do aborto, pelo acesso aos métodos contraceptivos, pelo

atendimento ao pré-natal e parto com qualidade, bem como melhoria na qualidade de atendimento e maior acesso às informações.

A luta das mulheres pelo direito ao aborto e à anticoncepção nos países industrializados é o que caracteriza a ideia inicial dos direitos reprodutivos. A partir dessas reivindicações foi produzido um encontro internacional feminista dito como relativamente marginal, o I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, realizado em Amsterdan no ano de 1984. (CORREA & PARKER, 2004).

Assim foram criados os fundamentos dos direitos reprodutivos vinculados à perspectiva do direito a autonomia para decidir sobre a procriação (ou não-procriação). Livre de um controle coercitivo de natalidade por parte da esfera pública, bem como o respeito à decisão de usar métodos anticoncepcionais. No Programa de Ação do Cairo (ONU, 1994), os direitos reprodutivos foram assim definidos:

“Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência” (ONU/Cairo, 1994. Pág. 73).

Para a efetivação dos Direitos Reprodutivos é necessário a defesa da autonomia e da liberdade das pessoas, e pensar também em equidades nas relações. As políticas voltadas para os Direitos Reprodutivos devem proporcionar condições e meios necessários para que sejam garantidos o acesso a políticas de saúde, educação e segurança. E assim, conforme Ventura & Correa (2009), alcançar o desejável em relação à prática livre, saudável e segura das funções reprodutivas e da sexualidade.

Os Direitos Reprodutivos englobam a saúde reprodutiva, definida também na Conferência de Cairo:

"A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não à simples ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio" (ONU/Cairo, 1994 pag. 30).

1.3.2 - Direitos Sexuais

Direitos sexuais como direitos humanos inclui o direito de expressar e viver a sexualidade com prazer. O que não requer pensar direitos sexuais concebendo-se a noção de reprodução, ou seja, não necessariamente passa pela prerrogativa de concepção ou contracepção. (VIANNA & LACERDA, 2004)

Segundo Correa e Parker (2004), o conceito de Direitos sexuais foi mais recentemente elaborado. Muito embora o termo saúde sexual tenha sido utilizado desde 1975 pela OMS.

A definição de Direitos de Sexuais segundo a OMS (2002):

“Direitos sexuais abarcam os direitos humanos que já são reconhecidos em leis nacionais, documentos internacionais de direitos humanos e outras declarações acordadas. Eles incluem os direitos de todas as pessoas, livre de coerção, discriminação e violência, para: a obtenção do mais alto padrão de saúde sexual, incluindo acesso a cuidados e serviços de saúde sexual e reprodutiva; procurar, receber e conceder informação relacionada à sexualidade; educação sexual; respeitado pela integridade corporal, escolher seus parceiros; decidir ser ou não sexualmente ativo; ter relações sexuais consensuais; casamento consensual; decidir se, não, ou quando ter filhos; e buscar satisfação, vida sexual saudável e prazerosa. O exercício responsável dos direitos humanos requer que todas as pessoas respeitem os direitos dos outros.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002, p.53)

Para o entendimento de direitos sexuais como direitos humanos, o presente projeto optou por adotar a concepção defendida por Petchesky (1999). Segundo a autora, essa visão requer dois componentes que seriam integrais e deveriam estar interligados: os princípios éticos e as condições capacitantes.

Os princípios éticos seriam cinco: diversidade sexual, diversidade habitacional (respeito às diversas formas de família), a saúde, autonomia e a equidade de gênero.

A diversidade sexual implica no direito de considerar a pluralidade sexual, aceitando os diferentes tipos de expressão sexual (heterossexuais, homossexuais, bissexuais, transexuais). Numa visão mais ampla, não apenas no sentido de tolerância, mas requerendo ações positivas que privilegiam valores éticos como carinho, apoio, afeição e consentimento mútuo.

A diversidade habitacional se refere às diversas formas de família, entendendo que toda estrutura familiar merece proteção, compreensão e apoio por parte da sociedade e do Estado. Esse princípio reconhece que o modelo familiar pode ser diferente do tipo patriarcal, conjugal e heterossexual, não sendo este exclusivo e tampouco superior. A ideia de família passa a abranger as demais combinações familiares, tendo assim garantido os direitos que dizem respeito à família como casar, constituir um lar e também a adoção de crianças.

O terceiro princípio ético que deve estar presente nos direitos sexuais é o da saúde, o que envolve a ideia de que os sujeitos têm direito a uma vida sexual satisfatória e segura.

O princípio da autonomia reconhece que cada indivíduo tem o direito a tomar suas próprias decisões em assuntos referentes ao seu corpo e sua saúde. Sendo assim, a escolha da identidade sexual, e o controle do seu próprio corpo, principalmente quando se diz respeito ao estabelecimento de relações íntimas, deve ser atribuído ao próprio indivíduo, sem coerções. Esse princípio está intimamente ligado aos conceitos de liberdade e democracia.

O último princípio dentro dos direitos sexuais seria o de equidade de gênero.

No entanto, Petchesky faz uma ressalva, afirmando que essas “reivindicações sexuais afirmativas devem ser encaradas mais como desejos e aspirações do que como realidades concretas” (PETCHESKY, 1999; p.32). Isso porque as condições capacitantes para que possam se realizar necessitaria de uma mudança global nas áreas econômicas, social e estrutural. Defender essa posição significa afirmar que a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos só é possível em sua amplitude caso ocorra concomitante a garantia dos direitos sociais.

De forma resumida, pode-se dizer que os “direitos reprodutivos referem-se, ao direito de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, bem como o direito a ter acesso à informação e aos meios para a tomada desta decisão. Já os direitos sexuais dizem respeito ao direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência” (MATTAR, 2008, p.61).

Apesar dos direitos sexuais e reprodutivos não se restringirem ao campo da saúde, percebe-se a importância do desenvolvimento de programas neste campo disciplinar que possa contribuir para o exercício da sexualidade de forma autônoma e sem preconceitos. Desta forma, uma estratégia importante na garantia de tais direitos é a implementação de ações de promoção da saúde.

1.4 - Promoção da Saúde

A construção do conceito de Promoção da Saúde surgiu a partir dos questionamentos feitos acerca dos modelos de saúde prevalentes, que se vinculavam ao modelo médico-assistencial-individualista. Esse modelo focava no caráter curativo da doença, tinha baixa efetividade e alto custo para o sistema de saúde. (CARDOSO *et al*, 2007)

Como marco teórico da Promoção da Saúde, temos a publicação da Carta de Ottawa na 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Nesse documento, a concepção de

saúde foi ampliado para além da ausência de doenças, considerando a influência na saúde dos indivíduos os aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais (AERDS *et al*, 2004). Com essa perspectiva ampliada, a promoção da saúde requer mudanças organizacionais e desempenho de setores que extrapolam o campo da saúde, envolvendo a participação do Estado, da comunidade, dos indivíduos, dos demais setores sociais, requerendo assim ações intersetoriais.

Segundo a Carta de Ottawa, promoção da saúde é:

“(...) o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Carta de Ottawa, 1986, p. 01)

A proposta da Promoção da saúde, tem em vista superar o antigo modelo médico-assistencialista-privativo e também o modelo campanhista (caracterizado por modelos de programas e campanhas que buscam somente tratar problemas específicos, ex: paralisia infantil, dengue, HIV, entre outros). No entanto, vale ressaltar, que esses modelos não foram superados e ainda coexistem junto com os modelos alternativos dentro do sistema de saúde.

Os modelos alternativos são “caracterizados por envolver vários sujeitos (profissionais de saúde e população), os determinantes clínico-epidemiológicos no âmbito individual e coletivo, as determinações sociais que afetam os distintos grupos populacionais em função da suas condições de vida, o conhecimento e uso das técnicas médico-sanitaristas aliados às de comunicação social” (CARDOSO *et al*, 2007, p.254).

Portanto, o modelo alternativo de promoção da saúde, caminha para a busca da intersetorialidade, que é uma das estratégias que vem se mostrando eficazes para a implementação das políticas públicas.

Quando se fala da necessidade de se conseguir implementar e assegurar o acesso de jovens e adolescentes aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva no âmbito escolar, está se falando também em promoção da saúde.

Assim, o próximo título abordará a discussão de política pública intersetorial que, através da promoção da saúde, buscam abarcar as questões da sexualidade de jovens e adolescentes.

CAPÍTULO II

EDUCAÇÃO SEXUAL E IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE DAS POLÍTICAS DA SAÚDE E EDUCAÇÃO

2.1 Intersetorialidade: um desafio de superação ao modelo setorial de implementação de políticas

A ideia de se aplicar a intersectorialidade nas políticas públicas começou a ganhar força a partir do momento que se percebeu uma ineficácia e falta de efetividade na implementação das políticas setoriais. Segundo Junqueira et al.(1997, p.22) “estruturas setorializadas tendem a tratar o cidadão e os problemas de forma fragmentada, com serviços executados solitariamente, embora às ações se dirijam à mesma criança, à mesma família, ao mesmo trabalhador e ocorram no mesmo espaço territorial e meio ambiente”.

Essa lógica estruturada, de forma setorial, funcionou enquanto resposta à especialização do saber e às corporações profissionais, mas, por outro lado, não conseguiu responder às necessidades e expectativas da população usuária dos serviços prestados. Sentia-se uma dificuldade e perda da integralidade do indivíduo e na interrelação dos problemas. (JUNQUEIRA *et al.*, 1997)

Visando articular as instituições públicas entre si, e também entre a sociedade civil, a intersectorialidade veio como uma resposta para a demanda da população que exigia um olhar mais global e totalizador, bem como uma tentativa de superar uma fragmentação que ocorria no modo setorial de gestão das políticas (NASCIMENTO, 2010). No entanto, vale ressaltar que o ideal não é considerar a intersectorialidade como uma política de gestão que seja antagônica ou que venha para substituir a setorialidade, mas que sejam modelos complementares, buscando uma combinação entre política setorial e intersectorial (SPOSATI, 2006).

Essa mudança de paradigma fez com que o sistema fosse visto não como a soma das partes, mas na perspectiva do todo (JUNQUEIRA et al, 1997). Edgar Morin (1999) é um dos pensadores responsáveis por defender um movimento de ruptura no campo das organizações e instituições, já que acredita que a produção de conhecimento através de disciplinas isoladas, que não se articulam, não consegue expressar a complexidade daquilo que está tecido em conjunto, de toda a diversidade articulada.

O conceito de intersetorialidade pode ser definido como “a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas” (INOJOSA, 2001. p.105). Assim, a responsabilidade extrapola um único setor, exigindo ações conjuntas e integradas.

A definição de intersetorialidade está intimamente ligado aos termos de integração e articulação. Na Lei Orgânica de Saúde 8080/90 é ressaltada a importância de integração e articulação entre os demais setores e também a execução de ações de assistência, vigilância, prevenção e promoção (BRASIL, 1990).

O diálogo intersetorial é um caminho árduo, pois envolve a tentativa de convergir visões de áreas distintas para a implementação de um mesmo objetivo. No entanto é de extrema importância para a apreensão de totalidade, e é ainda através da intersetorialidade que pode-se obter “retornos sociais na perspectiva da inclusão social e superação do modelo de desenvolvimento socioeconômico atualmente vigente”. (AERTS *et al*, 2004)

Embora o discurso acerca da importância da intersetorialidade tenha sido fecundo, segundo Tumelero (2011, p.3) ainda “são poucas as experiências em que administrações municipais optam por um desenho de governo pautado na intersetorialidade”.

Apointa-se como uma das dificuldades da implementação da intersetorialidade das ações, a dificuldade em relação ao conceito, muitas vezes confundido pelos profissionais por interdisciplinariedade. Além disso, são características apontadas por Paula *et. al.* (2004) como desafios a serem superados pela intersetorialidade: a presença de sistemas fragmentados, a ineficiência da comunicação, a forte polarização de responsabilidade de um determinado setor em detrimento do outro e a falta de envolvimento dos setores em problemas que extrapolem suas áreas.

Mesmo com tantas dificuldades a se superar, optar por políticas interssetoriais oferece vantagens como: aumentar o conhecimento e a compreensão entre setores, diminuindo as rivalidades e esclarecendo o papel de cada um; assegurar o planejamento de ações baseadas no conhecimento ampliado das necessidades da comunidade; e garantir que as informações sejam uniformizadas (AERTS *et. al.* 2004). Por isso, o presente trabalho busca analisar a implementação da intersetorialidade entre as áreas de educação e saúde para efetivar ações voltadas à temática da sexualidade na adolescência.

2.2 Educação Sexual na Abordagem Escolar

A sexualidade das crianças e dos adolescentes não é uma preocupação recente, estando presente na escola desde o século XVII. No Brasil, nas décadas de 20 e 30, os comportamentos sexuais que eram considerados como “desvios” passam a ser tratados como doenças, e as crianças e adolescentes se tornam alvos de intervenção preventiva de uma medicina higiênica, sendo a escola um espaço ideal para que se tentasse produzir comportamentos ditos normais. (VIDAL, 1998)

Nessa mesma década, em 1928, ocorreu em Belo Horizonte, a II Conferência Nacional de Educação, que discutia a educação sexual. (VIDAL, 1998) No entanto, o discurso se dava de forma que a educação sexual servisse para hierarquizar o gênero masculino sobre o feminino, o sexo era para procriação da espécie, e a matéria devia ser ministrada em disciplinas das ciências, enfatizando os aspectos de natureza biológica.

Historicamente foi se construindo o papel do educador das áreas das ciências como o responsável para tratar de temas relacionados a sexualidade, mas sempre focando nos sistemas reprodutores masculinos e femininos.

Na década de 60, antes da Ditadura Militar, a escola tenta inserir a educação sexual em seus currículos escolares (ROSEMBERG, 1985 *apud*: ALTMANN, 2001), mas essa proposta não conseguiu seguir adiante, chegando a ocorrer perseguições a diretores e professores envolvidos. Em 1970, a Comissão Nacional de Moral e Civismo veta definitivamente qualquer tentativa de inserção da educação sexual nas escolas, usando de argumentos teológicos, moralistas e sentimentais.

Vale ressaltar que nesse período não havia uma lei explícita que proibia ministrar a Educação Sexual, no entanto, havia uma perseguição política e uma censura, que muito eficientemente fazia com que não se abordasse o assunto. (GUIMARÃES, 1995)

Pode-se dizer que o avanço se deu a partir dos anos 1990, com a legitimação do discurso da sexualidade e gênero nas práticas educacionais brasileiras. Tendo como marco a publicação dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), em 1996. Os PCNs apresentaram a Educação sexual como um tema transversal denominado de “Orientação Sexual”, que passa a ser discutido em todas as fases da escolarização.

A partir dos PCNs, o Estado começa a se responsabilizar diretamente pelo tema da sexualidade. Fator que insere a sexualidade como uma questão de interesse público, afinal “a conduta sexual da população diz respeito à saúde pública, à natalidade, à vitalidade das descendências e da espécie, o que, por sua vez, está relacionado à produção de riquezas, à capacidade de trabalho, ao povoamento e à força de uma sociedade” (ALTMANN, 2001, p.576).

2.3 Educação Sexual na Abordagem da Saúde

O estudo da sexualidade há muito esteve presente nas áreas do conhecimento humano ligados à saúde, vale inclusive ressaltar que o termo sexualidade é uma invenção da biologia e da medicina europeia do século XIX (GIAMI, 2009).

Historicamente, houve escassa literatura no processo de discussão da sexualidade humana até a década de 60. Alguns trabalhos considerados pioneiros, desenvolvidos através de embasamentos científicos, como os de Henry H. Ellis (1859-1939) e Sigmund Freud (1856-1936), sofreram censuras, críticas e rejeições. Mas com o passar do tempo, com o aumento do interesse nesse domínio, com a origem de vários saberes, a medicina acabou se consolidando como uma estrutura de conhecimento legitimada para a abordagem da sexualidade.

O movimento chamado de “medicalização da sexualidade”, no século XIX, foi um processo em que a sexualidade passou a ser definida e tratada como uma esfera passível de adoecimento, e que poderia ser diagnosticada, gerenciada ou restabelecida através de saberes biomédicos.

Ainda hoje, o termo medicalização serve para categorizar “um fenômeno amplo e complexo, que envolve desde a definição de um comportamento como desviante em termos médicos até descobertas científicas que o legitimam, tratamentos propostos e a densa rede de interesses sociais, políticos e econômicos” envolvidos (ROHDEN & RUSSO, 2011, p.90).

Diante desse “apoderamento” do discurso médico, a sexualidade foi classificada e definida dentro de um conjunto de patologias. As perversões sexuais e as anomalias, vistas como aberrações, se tornaram foco dos estudos. E não havia uma preocupação em especializações na área, como uma área específica dentro da medicina, como por exemplo, eram a psiquiatria, a urologia, a ginecologia. Esse seria considerado o primeiro momento da sexologia, também chamado de “proto-sexologia”.

As obras consideradas de referência são a *Psychopathia Sexualis*, de Heinrich Kann (1884) e com o mesmo nome a obra de Krafft-Ebing (1886). Nesse momento os estudos estavam preocupados em classificar metodicamente as doenças referentes à sexualidade, juntamente com a busca da terapia e as técnicas contraceptivas, privilegiando as doenças venéreas e as psicopatologias sexuais.

A chamada segunda sexologia, nasce por volta da década de 1920, afirmando como objeto “o orgasmo”, e como a norma fundamental “o orgasmo ideal”. Considerando-se que o marco dessa mudança se deu com a obra de Wilhelm Reich, a respeito da função do orgasmo, e seguido pelos estudos de Alfred Kinsey, em 1948. Esse momento é marcado pela institucionalização da sexualidade, com criações de instituições de ensino

especializado e a constituição de clínicas de tratamento específico, a sexologia ganha uma autonomia frente às outras disciplinas e especializa-se.

O que antes eram vistos como aberrações, e passava por um controle e posteriormente uma repressão, havendo uma separação entre o que normal e que é anormal, começa a abranger uma continuidade de disfunções, que coloca um vasto número de indivíduos como possíveis seres disfuncionantes sexuais. E a informação passa a ser a função pedagógica central nesse momento.

No Brasil do século XIX, houve normas de saúde que pregavam as práticas médico higienistas, a medicalização do corpo, e a regulação e disciplinamento da sexualidade. Extrapolando o universo individual da saúde, para adentrar nos costumes familiares, o modelo de caráter burguês e socialmente marcado pela hierarquização, tinha como pretensão fazer com que o ato sexual estivesse ligado a ideia de reprodução, e fosse realizada de forma a ter raças puras e sadias, o que de certa forma foi alcançado, tendo em vista que as condutas sexuais masculina e feminina fossem diminuídas a uma função de pai e mãe.

A educação normatizadora da medicina social familiar desencadeou tipos de repressão sexual intrafamiliar. Repressões do homem sobre as mulheres, mulheres tidas “nervosas” tiranizando homens, a perseguição à masturbação infantil, casados reprimindo solteiros, heterossexuais reprimindo homossexuais (CITELI, 2005). Dentro desses conflitos, em busca do modelo dito normal pela norma médica imposta, a própria medicina precisava intervir para que as famílias ditas desestruturadas conseguissem seguir as normas ditas saudáveis.

A segunda sexologia, pode ser considerada como entrando no Brasil em meados de 1970 e início dos anos 1980. No Rio de Janeiro, em 1970, foi criado o Núcleo de Sexologia da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro (SGORJ) por ginecologistas e psicólogo. Em São Paulo temos como marco institucional a criação do Instituto H. Ellis, no ano de 1984, dito como um centro especializado em distúrbios sexuais.

Instituições como essas, juntamente com Organização Mundial de Saúde (OMS), produzem um discurso médico que tentou taxonomizar e definir um conjunto de patologias ligadas à sexualidade. Publicações como a classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados a saúde – CID4, o Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais – DSM, e outros trabalhos, enquadraram indivíduos que desviavam do padrão vigente. A normalidade da heterossexualidade, é vista como forma única, monolítica e saudável. Até os anos de 1990 a homossexualidade era considerada como uma patologia na lista internacional de doenças.

A onda de medicalização da sexualidade segue, principalmente tomando fôlego com o advento do Viagra, medicamento que trata da disfunção erétil masculina.

Estudos recentes sugerem que na atualidade “a sexualidade masculina é abordada numa perspectiva predominantemente biomédica, centrada na fisiologia da ereção e na prescrição de medicamentos, enquanto a sexualidade feminina é apresentada como condicionada por problemas relacionais, mais adequados à intervenção psicológica.” (RODHEN & RUSSO, 2011, p.722).

O Ministério da Saúde, em parceria com estados, municípios e a sociedade civil organizada, promove ações voltadas a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, através de políticas do planejamento familiar. Inicialmente, nas primeiras décadas do século XX, os programas voltavam-se quase que unicamente para assistência às gestantes e questões de parto.

Como marco histórico, em 1984, o Ministério da Saúde cria o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) englobando várias outras ações referentes à saúde da mulher, incluindo à anticoncepção, quando métodos anticoncepcionais começaram a ser distribuídos, mas de forma descontinuada. Somente no ano de 2000, o Ministério da saúde visou ampliar a oferta e distribuição de métodos anticoncepcionais no Sistema Único de Saúde (SUS).

Outro programa que também engloba questões sexuais e que está inserido na lógica da saúde, é o Programa Nacional de DST e AIDS, criado em 1983, constando quatro objetivos básicos iniciais: Vigilância epidemiológica, esclarecimento à população e discriminação dos grupos considerados vulneráveis na época, garantia de atendimento aos casos verificados e orientação aos profissionais de saúde.

Nos centros de saúde, dentro da lógica de atenção básica à saúde, foram adotados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS (1991) e o Programa de Saúde da Família-PSF (1994) como estratégias para construir um novo modelo de atenção integral à saúde das famílias.

Através desses programas são também discutidas ações voltadas para a Saúde Sexual e Reprodutiva. E são juntamente com eles que se construíram os elos para a criação do Projeto saúde e Prevenção nas Escolas, buscando a intersectorialidade entre ações na área de saúde e de educação.

2.4 Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)

O Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas é uma política pública de prevenção e promoção à saúde tendo a escola como ambiente central de atuação. Mas que compartilha decisões e responsabilidades com outras instâncias sociais, instituições governamentais e

não-governamentais, articulando estratégias que contribuam para a redução da vulnerabilidade de adolescentes e jovens às DST/aids e à gravidez não-planejada. (BRASIL, 2006)

Para participar do Projeto, o Município (ou cidade do DF) deverá estar inscrito no Programa Saúde na Escola (PSE). A Portaria Interministerial MS/MEC nº 3696, estabelece quais os critérios para adesão ao programa.

Através dos Secretários Municipais de Educação e de Saúde conjuntamente, os Municípios podem manifestar seu interesse, solicitando via internet. Após a solicitação, deverá ser enviado o Projeto Municipal de Saúde na Escola e o Termo de Adesão. Esse Projeto que será enviado, deverá ser elaborado pelo Grupo de Trabalho Intersetorial, constando as exigências estabelecidas na supracitada Portaria.

Até o ano de 2013 foram inseridos 3.509 Municípios. No Distrito Federal estão cadastradas 25 escolas, e 20 Equipes de Estratégia da Família (ESF). A ideia é de que o PSE seja estendido aos educandos de todas as escolas da educação pública básica do país: estaduais e municipais. A partir de 2013 podem fazer parte do PSE as Creches (incluindo as conveniadas); Pré-escolas; Ensino Fundamental; Ensino Médio; Educação de Jovens e Adultos.

O Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, estabelece as competências do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. E a Resolução/CD/FNDE nº 47 de 1 de setembro de 2011, define o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação como o órgão responsável pela execução orçamentária do programa.

O SPE é implementado em âmbito nacional, participando as três esferas do governo: Federal, Estadual e Municipal, incluindo o Distrito Federal. Cada esfera se reúne em um Grupo Gestor para trabalhar as diretrizes propostas.

O Grupo Gestor Federal (GGF) é responsável por coordenar o projeto em âmbito nacional, trabalha na perspectiva intersetorial, e conta com a participação de representantes do Ministério da Saúde, Ministério da Educação, UNESCO e UNICEF. Esse grupo segue um plano de ação que deve ser implantado e implementado, monitorado e avaliado, e pode ser seguido pelos Grupos Gestores Estaduais e Municipais.

O Grupo Gestor Estadual (GGE) e o Grupo Gestor Municipal (GGM) trabalham com representantes da saúde, da educação e outras secretarias e instituições (Universidades, Organizações da Sociedade Civil, Conselhos, Secretarias da Cultura, Ação Social, Justiça, Esporte e Lazer, entre outras).

Através da criação de cada grupo de trabalho são elaboradas as diretrizes do Projeto, e as linhas de ação em suas respectivas esferas.

No Distrito Federal, o projeto foi lançado em 17 de setembro de 2004, em Escola Pública de Ensino Médio nº 06 na cidade Satélite de Taguatinga.

O grupo gestor do Distrito Federal desenvolve ações conforme as diretrizes e plano de elaboração do SPE Federal, e tem participação de representantes da UnB (Universidade de Brasília), incluindo o Afroatitude, Organização da Sociedade Civil (OSC Educando para a Vida) e das Secretarias de Saúde e Educação do DF.

O Projeto prevê a distribuição de material educativo, tanto para os jovens, como para os educadores e profissionais da área de saúde. Para a realização do projeto utiliza-se como referências os cadernos e manuais que foram elaborados conjuntamente com o Ministério da Educação e da Saúde.

Esse material educativo é composto por cartilhas, revistinhas em quadrinhos, agendas, material com sugestões de oficinas que devem ser aplicadas pelos professores, planfetos educativos. No geral observou-se a utilização de um linguajar apropriado para a aproximação do público-alvo, utilizando-se de gírias e linguajar informal.

CAPÍTULO III

ANÁLISE DOS DADOS

Com base nos estudos realizados no capítulo anterior, e nas pesquisas de campo realizadas por meio de entrevistas e observações, o presente capítulo é subdividido em três blocos de análise, realizados da seguinte forma: 1. Caracterização do SPE nas instituições; 2. Intersetorialidade entre as áreas de Educação e Saúde; 3. Diretrizes sobre Educação sexual do SPE e as concepções dos profissionais acerca dos Direitos Sexuais e Reprodutivos.

3.1 - Caracterização do SPE nas Escolas participantes

A produção de políticas não se inicia com a tomada de decisões, primeiramente identifica-se o problema e constrói-se uma agenda. O que precede as ações em si, são os processos de construção do campo e o tema dessa política (FLEXOR & LEITE, 2007). Dessa forma, é necessário que antes de implementação das ações, os executores das políticas, tenham bem delineado do que se trata o programa e/ou projeto que será desenvolvido.

Retomando o que foi dito sobre o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), criado em 2003, resultado da parceria entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, a pauta é bem definida com ações na área de promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, articulando os setores de saúde e de educação. Basicamente esse projeto visa reduzir a vulnerabilidade dos adolescentes e jovens às doenças sexualmente transmissíveis, à infecção pelo HIV e à gravidez não planejada, com ênfase na promoção da saúde, por meio de ações educativas de prevenção e ampliação do uso de preservativo masculino.

Acontece que no ano de 2007, foi lançado pelo governo federal, ainda em conjunto com Ministério da Saúde e da Educação, o Programa Saúde na Escola (PSE). Esse programa ampliou o escopo de ações conjuntas entre profissionais de saúde e escola, como mostra a resolução do Programa, definindo que a finalidade do PSE é de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção a doenças e agravos, promoção e atenção à saúde. O então Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), foi incluído dentro dos objetivos do PSE.

O PSE trabalha com cinco componentes: 1. Avaliação das condições de saúde; 2. Promoção da saúde e prevenção; 3. Educação permanente e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e de jovens para o Programa Saúde na Escola; 4. Monitoramento da avaliação da saúde dos estudantes; 5. Monitoramento e avaliação do Programa Saúde na Escola.

Este trabalho focou sua análise no componente 2, aonde se inseriu o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), estando explícito nas diretrizes o seguinte objetivo: Educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/Aids.

Na Unidade 1, o SPE está incorporado desde 2008. O profissional de educação responsável é a orientadora pedagógica e o profissional de saúde é o enfermeiro-chefe do posto de saúde. A agenda para planejar as ações são elaboradas em reuniões com os outros profissionais que compõem a equipe. A equipe já contou com 7 professores da escola, e atualmente ficaram apenas a orientadora pedagógica que coordena as ações, um professor de matemática e outro de ciências. No centro de saúde, a equipe é coordenada pelo enfermeiro-chefe e é a mesma que atua no Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS.

Na Unidade 2, havia um trabalho, desde 2002 de Educação Sexual com os jovens que se chamava “Educando para a Vida”, tanto que foi a escolhida para ser a primeira escola do Distrito Federal a implementar o SPE logo quando foi lançado pelo governo em 2003. No ano de 2013 houveram mudanças tanto na coordenação do projeto como nas orientações sobre a forma de implementação do projeto. O conteúdo das entrevistas foram baseadas na experiência adquirida pelos profissionais nos últimos anos (2011 e 2012).

Até 2012 a coordenação ficava sob responsabilidade da orientadora pedagógica, que tem formação em biologia e sexologia, com especialidade em educação sexual. Em 2013 sete novos professores ingressaram na equipe do projeto, contribuindo na tomada de decisão sobre as ações a serem implementadas. Até então, as ações ocorriam como aulas dentro de uma grade horária do aluno, eram ações semanais de forma continuada, que ocorriam em uma sala específica, e contemplavam todas as turmas. Os profissionais da área de saúde eram convidados para ações específicas, como a aplicação de palestras e oficinas. Já na área de Saúde, a responsabilidade pelo SPE ficou a cargo da coordenadora do PACS, que tem formação na área de enfermagem e, além da sua equipe, conta também com o auxílio de um médico.

Na Unidade 3, o SPE vêm sendo executado desde 2003. Como nas outras unidades, o projeto é coordenado pela orientadora pedagógica da escola, e na área de saúde pela enfermeira coordenadora do PACS. Nessa unidade, não há uma equipe interdisciplinar

formando o grupo que coordena as ações, havendo referência basicamente de ações desenvolvidas pelos professores de ciências.

Em todas as unidades as ações comumente citadas foram: oficinas, palestras, distribuição de material impresso, encaminhamentos de alunos para o centro de saúde. A Unidade 1 foi a única que não faz distribuição de preservativos, a profissional da educação nº 1 acha que não há necessidade por se tratar de uma escola de ensino fundamental e acredita que a grande maioria dos alunos não iniciou sua vida sexual, já o profissional da saúde nº 1 que acredita que poderia ser feita a distribuição, mas como não houve consenso na execução dessa ação, ela não vem sendo realizada.

A responsabilidade em se conduzir as oficinas e palestras fica para os profissionais das duas áreas, educação e saúde. O que se percebeu em todas as unidades é que eles escolhem um tema que necessita ser abordado, seguindo a demanda e a realidade de cada escola e procuram um profissional apto e qualificado para fazer um trabalho com os alunos.

Os profissionais que estão à frente do projeto têm como atribuição a coordenação e implementação das ações. O plano de ação é feito conjuntamente com o representante da área de saúde e o da educação. Normalmente as ações são planejadas semestralmente, e tentam firmar objetivos e temas a serem tratados no decorrer do ano letivo, encaixando na agenda da escola. Como mencionado, apenas a Unidade 2 possuía ações continuadas e que ocorriam todas as sextas-feiras em uma sala específica para o projeto.

Das três unidades que foram entrevistadas, todas disseram que estavam inseridas no PSE, e o interesse partiu primeiramente da escola que assinou o termo de adesão e procurou o centro de saúde mais próximo para fazer parte do projeto. Apenas o profissional de saúde nº 3 alegou que o trabalho é realizado porque a escola entrou em contato, mas não soube precisar se o centro de saúde, do qual fazia parte, também teria assinado algum termo de adesão.

Ao serem questionados sobre a concepção do SPE, alguns entrevistados não conseguiram separar/diferenciar o SPE do PSE, e fizeram menções às finalidades do Programa de Saúde nas Escolas, o PSE. Ou seja, falaram sobre a importância da atenção integral à saúde, generalizando a concepção de promoção e prevenção de agravos da saúde em todas as suas vertentes possíveis. Mas todos mencionaram a articulação entre as unidades básicas de saúde com as escolas, como um dos aspectos importantes dentro do projeto.

Percebeu-se que os profissionais da educação tinham uma noção mais clara das diferenças entre o SPE e o PSE, pois duas escolas já faziam ações voltadas para educação

sexual. Com maior ênfase, os profissionais de saúde mencionaram o projeto englobando ações como vacinação de alunos, peso corporal, questões como violência, drogas, bullying e demais questões que não são específicas do SPE, muitos embora não sejam ações excludentes, podendo ser também aproximadas ao tema específico de sexualidade.

No entanto, ao se inserir o SPE juntamente a uma agenda mais ampla, parece que ele perde centralidade nas ações. Percebe-se que muitos profissionais se sentem mais a vontade, ou talvez, com mais experiência para abordar temas como prevenção de doenças, violência, drogas, do que especificamente a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva. Em vários momentos durante a realização das entrevistas foi necessário retomar o tema da sexualidade, para que os entrevistados direcionassem suas falas para às ações realizadas voltadas a esta temática específica.

Todos os entrevistados concordaram que os profissionais da área de educação, por estarem cotidianamente com os alunos, sabem melhor descrever quais as demandas da realidade escolar. Esse aspecto já foi apontado por AERTS et al (2004, p.1026) ao observar que os profissionais da área de saúde têm uma percepção do mundo, muitas vezes distanciada da realidade em que vivem os grupos populacionais que eles atendem.

Todos os profissionais envolvidos no SPE são responsáveis por buscar parcerias, sendo citadas, as parcerias desenvolvidas com Universidades, ONG e iniciativas privadas. Os entrevistados criticaram e destacaram como um dos entraves para a implementação do Projeto, o fato das Secretarias de Saúde e Educação não auxiliarem na busca das parcerias necessárias para um melhor desenvolvimento das ações. Muitas das parcerias estabelecidas, por esforço pessoal dos coordenadores, foram definidas como pontuais, não ocorriam regularmente, portanto, tendo uma característica de não-obrigatoriedade nessas ações. Uma das entrevistadas reitera tal realidade, destacando que o *“Ministério cria um projeto que às vezes ele mesmo não consegue dispor de profissionais para poder suprir a demanda”*. (Profissional de Educação nº 1)

Em suas diretrizes, o SPE estabelece a participação de organizações da sociedade civil, no entanto, pelos depoimentos dos entrevistados, é possível afirmar que, em alguma medida, a ausência de iniciativas por parte das Secretarias demonstra um processo de encolhimento do Estado e da progressiva transferência de suas responsabilidades sociais para a sociedade civil, que se configuram como ações fragmentadas, pontuais, provisórias e limitadas (DAGNINO, 2004). O que não significa dizer que a presença do terceiro setor seja algo prejudicial, no entanto essas ações deveriam ocorrer em complementariedade com as ações do Estado e não em caráter substitutivo.

Ao serem indagados sobre os atores envolvidos no projeto, os entrevistados destacaram *professores, alunos, pais, enfermeiros, médicos*.

Em todas as escolas foi relatado que os *professores* que participam do projeto são de diversas áreas. Embora a Profissional da Educação nº 3 tenha informado que a maioria das ações em sua escola ocorre com os professores de ciências. O grande desafio, no entanto, é garantir que tenham uma permanência e envolvimento com as ações, tendo em vista que muitos destes professores acabam saindo do SPE, não dando continuidade as ações desenvolvidas. Além disso, é necessário que as ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva não esteja focada apenas na questão biológica ou de reprodução, mas que os professores de ciências enfoquem também as relações sociais, os direitos sexuais e discuta as moralidades e ambiguidades que permeiam as discussões do exercício sexual na adolescência.

Na Unidade 1 foram considerados ativos aqueles professores que participam do Grupo Gestor Setorial, ou seja, o grupo da região administrativa de Taguatinga formado para tomada de decisões e que se reúnem com o grupo maior que é o Grupo Gestor Intersetorial. Nesse caso, foram mencionados três professores responsáveis, sendo um da área de matemática, outro das ciências e a professora de orientação pedagógica.

Já na Unidade 2 o modelo funcionava de forma mais unilateral, com apenas uma professor responsável pelo projeto, pois as ações eram desenvolvidas como uma disciplina chamada de Projeto Diversificado, inserida na grade horária do aluno, ocorrendo semanalmente em uma sala própria para o projeto. Ainda assim, foi relatado que se realizavam cursos de formação e preparação de atividades interdisciplinares com outros professores. A profissional de educação nº 2 ressaltou que em 2013, o projeto foi reestruturado, e inseriram sete professores para serem todos coordenadores e articularem conjuntamente as ações, sendo retirada a disciplina chamada de Projeto Diversificado, e tentando trabalhar agora de forma transdisciplinar. Esse formato do projeto é justamente o que propõe a diretriz do SPE ao considerar que *“a estrutura curricular deve levar em consideração a valorização do espaço escolar na construção de diferentes abordagens interdisciplinares, intersetoriais e complementares, na temática da prevenção de doenças e agravos, da promoção à saúde sexual e da saúde reprodutiva”* (BRASIL, 2006).

Os *alunos* são os usuários da política, mas uma das inovações que o SPE vem incorporando é a ideia de que os adolescentes sejam também protagonistas no processo. O projeto prevê que o planejamento e a realização das ações do projeto seja estruturada em abordagens pedagógicas diversas que favoreçam a participação do educando em todas as etapas de desenvolvimento e implementação do SPE.

Uma das estratégias adotadas para garantir a participação dos estudantes é a formação de jovens multiplicadores, envolvendo aqueles que se mostram mais interessados pelos temas e que tenham uma capacidade de transmitir os conhecimentos adquiridos para outros jovens. Os multiplicadores, também chamados de educador de pares, segundo a UNESCO (2003, p.2) é “alguém que pertence a esse grupo como igual aos outros integrantes, mas que recebe treinamento especial e informações para que esta pessoa possa provocar ou sustentar a mudança de comportamento entre os membros do grupo”.

Das três unidades pesquisadas, somente a Unidade 2 trabalha com o jovem multiplicador. A Unidade 1 justificou a não adoção de tal estratégia devido a escola ser de Ensino Fundamental, de forma que os estudantes são considerados muito novos e imaturos, por isso, as iniciativas nesse sentido, acabaram fracassando. Para suprir tal carência essa escola começou a trabalhar com grupos menores, para posteriormente fazer com que esse grupo repassasse aos outros colegas o que foi aprendido nas oficinas. A Unidade 3 alegou que não acha necessário as ações de jovens multiplicadores, pois acredita que as ações e os recursos já utilizados são suficientes para se dar conta dos objetivos propostos.

A *família*, outro ator importante no SPE, muitas vezes é chamada a participar das atividades. Mas todos os entrevistados concordaram que a participação dos familiares é extremamente baixa. As tentativas de oficinas, palestras e atividades voltadas para os pais normalmente não recebem muita adesão. Os motivos destacados pelos entrevistados foi a falta de disponibilidade, a distância entre a residência e a escola e a falta de interesse. Dessa forma, relataram que uma das ações para fomentar a participação da família é abordar as questões nas reuniões de pais e professores, e também busca-se enviar material, como panfletos explicativos e instrumentais/questionários para os pais responderem, proporcionando assim, uma possibilidade de participarem dos temas do projeto.

E por último, os *profissionais da área de saúde* são os profissionais envolvidos no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A coordenação do Projeto, nos três casos analisados ficou sob a responsabilidade de um enfermeiro, mas a equipe conta com o apoio de médicos, psicólogo, outros enfermeiros e técnicos. As ações por esses profissionais ocorrem principalmente dentro das escolas, com aplicação de oficinas, palestras e algum atendimento médico que seja possível e necessário, como por exemplo o caso de vacinação contra HPV, realizado mesmo no ambiente escolar.

Destaca-se que apesar de no quadro de profissionais previstos para atuar no SPE incluir assistentes sociais, no momento da realização da pesquisa de campo, as Regionais de Saúde e de Educação não souberam apontar em quais escolas de Taguatinga que

implementavam o projeto foi incluído o Serviço Social nas equipes. A única assistente social contatada, afirmou já ter participado da equipe do SPE, mas que já não mais atuava na área.

Desta forma, infelizmente não foi possível entrevistar assistentes sociais. Destaca-se que a inclusão e envolvimento do Serviço Social no desenvolvimento de ações em sexualidade, muito poderia contribuir e enriquecer o projeto, tendo em vista, que os assistentes sociais tem uma formação abrangente que certamente traria reflexões sobre sexualidade e relações sociais, sobre direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, bem como outras questões desafios como violência sexual e abuso sexual presentes algumas vezes tanto no ambiente familiar, quanto educacional.

3.2 - Intersetorialidade entre as áreas de educação e saúde

Um dos grandes desafios do SPE é a exigência da intersetorialidade. Retomando o conceito de Inojosa (2001, p.105) de que intersetorialidade é “a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas”, ou seja, essas ações integradas de distintos setores tem o sentido de complementaridade. Nas entrevistas, todos os profissionais concordaram com a ideia de que existe no SPE uma vivência prática de intersetorialidade.

A intersetorialidade, em nível federal, fica estabelecida na relação entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde. Alguns profissionais entrevistados acreditam que o Ministério da Saúde é o maior responsável pelos recursos financeiros, embora seja aonde falta maior número de profissionais disponíveis para atuar. Segundo portaria, o financiamento das despesas de cada qual para a execução dos respectivos encargos no projeto é dado de forma consignada distintamente aos Ministérios da Saúde e da Educação,

No processo de transferência de recursos financeiros na abrangência da Educação, os agentes responsáveis são: a Secretaria de Educação Básica do Ministério da Educação - SEB/MEC; o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE; e as Instituições Federais de Ensino Superior - IFES e as Instituições Federais de Pesquisa.

Os valores de recursos financeiros destinados à área de saúde, corresponde a uma parcela extra do incentivo mensal às Equipes de Saúde da Família que atuam nesse Programa e serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal.

Embora possam existir outras formas em que estejam presentes ações intersetoriais no SPE serão avaliadas duas que merecem destaque. A primeira estratégia se dá quando os profissionais de saúde visitam as escolas.

Quando as ações dos profissionais de saúde passam a se dar fora de um contexto não-hospitalar, uma das possibilidades é de que os profissionais que estejam acostumados a trabalhar em seu ambiente 'natural' passem a ter um estranhamento. Um dos ganhos que se pode ter é de que a partir do momento que o profissional passe a reconhecer que não possui conhecimento da totalidade, e então, através de um olhar direcionado para a insuficiência do seu saber surja a necessidade de criar novas alternativas, englobando outros olhares, outros saberes e outras forças. Com isso, o compartilhamento de saberes e poderes diversos se convergem para o enfrentamento de problemas, dando uma resposta que seja mais satisfatória.

No entanto, essa forma de atuação, dos médicos dentro de escolas não é algo novo. Entre as décadas de 1910 a 1920, médicos e professores desempenharam papel crucial na formação da educação das crianças. Nesse período a questão social relacionada à higienização da população, difusão de hábitos e costumes, desencadeou intervenções da medicina nas escolas, apresentando dispositivos de controle e inspeção dos alunos. A intenção não era apenas prevenir e curar, era também a de procurar formar consciências. (ROCHA, 2003).

A segunda estratégia se dá quando os educadores enviam, normalmente por meio de encaminhamento da própria escola, alunos que precisam de atendimento nos centros de saúde. A opção por essa escolha é dada quando se vê a necessidade de intervenção médica, quando a ação foge da competência escolar. Ou seja, é quando se faz necessário uma atuação clínica. Nesse momento, embora a ação do educador se restrinja a repassar o atendimento para outro setor, tornando a partir desse momento uma ação setorial, essa ação visa à integralidade da política. Sendo assim, nessa perspectiva são incluídos outros eixos norteadores, para além da promoção e prevenção, também a reabilitação e tratamento, englobando uma concepção integral do ser humano.

No entanto, o que se percebeu é que não há uma continuidade dessa ação. Os profissionais da área de educação, por vezes não sabem se os alunos que foram encaminhados receberam o tratamento, ou às vezes a atenção ao indivíduo não pode ser realizada no centro de saúde próximo, pois a residência do aluno se encontra fora da localidade de abrangência do centro de saúde.

Dessa forma, os processos de trabalhos passam a não ser mais articulados entre si e os usuários do SPE se deparam com uma estrutura em que os saberes e conhecimentos

são setorizados e especializados, esses usuários passam a não serem “percebidos como integrantes de uma realidade de múltiplas determinações que também inclui aspectos subjetivos” (TUMULERO, 2006), os sujeitos perdem a dimensão do humano/social.

São vários os entraves para às práticas intersetoriais, dentre eles, as “estruturas marcadas pela fragmentação, excessiva burocratização, paralelismo de ações, endogenia de departamentos, entre outros” (SCHUTZ, 2009, p.14). Ao serem perguntados quais eram os grandes obstáculos para a realização da intersectorialidade nenhuma dessas características foram mencionadas, todos os entrevistados destacaram como dificuldade para a efetivação da intersectorialidade a falta de recursos humanos para suprir a demanda de ações necessárias.

Realmente, é claro que a necessidade de se ter recursos humanos suficientes é um dos requisitos primordiais para se buscar alcançar êxito nas ações implementadas. No entanto, além disso, inserir a intersectorialidade nas instituições requer mudanças na organização, exigindo uma necessidade de revisão do processo de formação dos profissionais. Dessa forma, é necessário que haja uma capacitação profissional eficiente.

Dentro das linhas de ação do Programa está explícito a intenção de capacitar os profissionais da saúde e educação para a gestão intersectorial do PSE, e para capacitar os profissionais da saúde e educação para trabalhar com as temáticas: educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS – saúde e prevenção nas escolas.

Excetuando a profissional de saúde nº 3, todos os outros 5 profissionais disseram que já participaram de capacitações oferecidas pelo SPE. Pelas entrevistas foi visto que essas capacitações ocorreram logo no início de implementação do projeto. Atualmente, todos os profissionais disseram que participam de capacitações que acham interessantes, ou capacitações por conta própria, e acabam trazendo para a vivência das suas ações. A profissional de educação nº 3 citou os cursos oferecidos pela Escola de Aperfeiçoamento de Profissionais da Educação (EAP), como um canal que ela utiliza para se capacitar. Três profissionais – dois da educação e um da saúde – disseram que as capacitações ocorrem, porém não são todos os profissionais que participam, devido mesmo o caráter de não-obrigatoriedade de participação nessas oficinas, palestras, dentre outros recursos que são utilizados para se capacitar os profissionais.

Para se alcançar êxito na intersectorialidade, após garantir recursos humanos suficientes e capacitados, é necessário, implementar uma rede de atenção que auxilie e garanta uma eficácia na atenção ao usuário. Às vezes essa rede de suporte nem chega a ser conseguida, como mostra uma das falas:

“a questão da ingerência mesmo, não é o caso da nossa, mas nas reuniões há a reclamação de escolas que já tentaram várias vezes a parceria com o posto de saúde e não acontece, não são escutados, ninguém libera ninguém. Tem que ter o comprometimento do gestor, como também tem que ter o comprometimento da escola com as ações do projeto, e tem que ter também na rede de saúde”.
(Profissional de Educação nº 2)

Uma das soluções apresentadas talvez fosse de que o projeto pudesse ter uma equipe própria, com capacitação profissional específica e que pudesse ficar responsável exclusivamente pelo projeto. Todos os profissionais reclamaram de excesso de funções, e dois profissionais da área de saúde declararam que nenhum centro de saúde conseguiria abranger mais de uma escola, caso fosse necessário. Mas, segundo os parâmetros de vinculação de equipes a escolas, cada Equipe de Estratégia da Família (ESF) pode ficar sob a responsabilidade de 1.000 (mil) educandos. Caso queiram aumentar o número de escolas vinculadas, deve-se também aumentar o número de ESF, ou ter uma Equipe Especial. Por exemplo, uma Equipe Especial (2 profissionais) com 40h de dedicação pode chegar a atender 10.000 educandos.

Outra alegação referente à obstáculos nas ações de intersetorialidade dentro do SPE é de que a equipe de estratégia da família e os agentes comunitários de saúde possuem outras demandas, já que essas equipes não foram criadas propriamente para o SPE, elas já existiam e tiveram que aderir às novas demandas do projeto. Assim, por vezes outras ações se tornam mais urgentes e prioritárias, como o caso dos atendimentos domiciliares, que na Unidade 2, por exemplo, chega a ser de quase 600 famílias.

No entanto, embora não tenha surgido essa análise na fala dos entrevistados, percebe-se que a ação da Equipe de Estratégia da Família (ESF) no SPE, acaba se tornando uma ação complementar à esse atendimento familiar, já que muitas das visitas domiciliares das ESF ocorrem sem que haja o atendimento às crianças e adolescentes, pois no momento da visita elas estão nas escolas.

Além disso, as ações do campo da saúde no ambiente escolar, vem suprir o déficit de avaliações clínicas anuais entre a população adolescente, que culturalmente não tem o costume de procurar autonomamente os postos de saúde. Os acolhimentos, o próprio ambiente, os processos de trabalho e os protocolos da atenção básica não favorecem a aproximação com a população adolescente, principalmente quando se diz respeito às vivências no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

Sendo assim, a intersetorialidade proposta pelo SPE torna-se uma possibilidade de aproximação com o adolescente, de uma compreensão integral no contexto das relações

sociais e do processo saúde-doença, com superação da lógica de medicalização hospitalar, fortalecendo as ações que ocorrem entre as redes de saúde e educação.

3.3 - Diretrizes sobre Educação Sexual do SPE e as concepções dos profissionais acerca dos Direitos Sexuais e Reprodutivos.

No manual de Diretrizes para Implementação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) está exposta a proposta de “transformar os contextos de vulnerabilidade que expõem adolescentes e jovens à infecção pelo HIV e à Aids, a outras doenças de transmissão sexual e à gravidez não-planejada” (BRASIL, 2006, p.16) levando em consideração o incentivo a ações de saúde sexual e saúde reprodutiva.

A vivência da sexualidade, dentro do SPE, deve ser abordada de forma que incorpore a discussão em torno de gênero, orientação e identidade sexual, erotismo, emoção, questões reprodutivas que consigam incorporar ao tema a relação com o prazer, tudo isso ligado a um conjunto de valores éticos e o exercício da cidadania.

Dessa forma, procedeu-se nas entrevistas à pergunta de quais temas eram os mais abordados no Projeto e como se dá essa abordagem. Os 3 profissionais da área de saúde responderam com bastante ênfase que os temas de DST's, Aids e gravidez não-planejada são os temas mais abordados.

Os profissionais de educação conseguiram ser mais abrangentes, citando como trabalhados os temas de questão de gênero, diversidade sexual, preconceito, comportamento sexual ligado ao prazer, a primeira relação sexual, masturbação, questões de auto-estima, sexualidade de pessoas com necessidades especiais.

A profissional de educação nº 1 chegou a aludir que a preocupação com o tema da gravidez não é tão tratado como antigamente. Até porque, alegou-se que o número de adolescentes grávidas vem diminuindo. Sendo essa também uma das contribuições ligadas ao trabalho realizado pelo SPE.

O profissional de saúde nº 2 afirmou que a abordagem é dada de modo que atue na formação de consciências, com a transmissão de informação e voltada para uma análise comportamental do adolescente. Por outro lado, a profissional de saúde nº 3, corroborada pela profissional de educação nº 3, demonstrou que em alguns momentos, as abordagens, principalmente sobre DSTs, não parecem fomentar muito o diálogo, a troca de experiências

e vivências do adolescente, pois utiliza-se muito de uma abordagem teórica conhecida como Modelo de Crenças em Saúde.

O Modelo de Crenças em Saúde é um dos mais utilizados quando se fala em prevenção às DST/Aids. Esse modelo segue quatro etapas: primeiro o indivíduo deve perceber os riscos aos quais pode se deparar; segunda etapa os problemas são valorizados em suas gravidades; terceiro, deve-se apresentar os mecanismos de prevenção e esses serem reconhecidos como efetivos; e por último o indivíduo deve estar disposto a adotar essas medidas preventivas. (FONSECA, 2002, p.76)

Esse modelo está focado em uma categoria de comportamento de riscos, já há muito utilizada pela área de saúde. As ações desse modelo são aquelas que produzem medo em relação à atividade sexual. Dentro do processo educacional, esse mecanismo geraria uma atitude de mudança de comportamento, através de um sentimento de temor. E por fim, seriam empregadas estratégias de marketing em torno dos mecanismos de prevenção, normalmente em torno do preservativo masculino.

Percebe-se isso na fala de uma das profissionais:

“A questão da prevenção é através de palestras, filmes e oficinas. Você leva os métodos contraceptivos. Leva a prótese que eu te falei, leva a camisinha, coloca. Leva gravuras, slides, o posto de saúde ajuda. Traz aqueles cartazes de campanha de DST's. Esses cartazes são os mesmos de antigamente, não mudam muito.” (Profissional de Educação nº 3)

Assim, de forma geral, esse Modelo de Crenças em Saúde trabalha com a informação, valorizando aquela que gera mais resultados através de uma percepção de riscos. Como por exemplo, mostrar dados epidemiológicos, imagens de pessoas doentes, estágios avançados dessa doença, com imagens provocativas.

Esse viés educacional, além de ser criticado por considerar que o comportamento é um evento linear e depende exclusivamente de uma vontade individual (FONSECA, 2002, p.77), desconsidera uma reflexão sobre os comportamentos e sobre as questões de poder que envolvem a sexualidade, não fazendo uma análise crítica.

Pesquisas mostram que os adolescentes, em sua grande maioria, têm uma concepção errônea sobre a transmissão das DST/Aids, acreditam que essas doenças não sobrevirão neles, e que a devido a aparência saudável do parceiro não veem a necessidade de se utilizar preservativo (JEOLAS & FERRARI 2003; ANTUNES et al, 2002). Ou seja, esse método mostra-se ainda mais falho quando esses cartazes de estágios avançados da doença fogem de sua realidade objetiva.

E ainda, esse modelo de ação não considera questões de gênero, como a ideologia da masculinidade adotada por meninos que querem iniciar sua vida sexual cedo, e a das meninas que não querem que a primeira relação ocorra tão precocemente, não por medo de doenças, mas por questões históricas e sociais imbuídas em suas consciências, como a perda da virgindade. A hierarquia de gênero se faz presente tanto nas decisões reprodutivas, mas principalmente quando se fala em contracepção (BRANDÃO & HEILBORN, 2006). Para as meninas, o peso da responsabilidade é maior, exigindo delas uma capacidade de autoderminação e uma articulação para negociar o uso de métodos contraceptivos com o parceiro.

Ressalta-se que na Unidade 2, as profissionais de educação e de saúde, em consonância disseram abordar o tema de prevenção com um olhar relacional, mais focado no comportamento, do que no processo de saúde/doença. Como exposto na fala:

“Se você for trabalhar com educação sexual e começar a normatizar você vai ter problemas, seja de forma permissiva ou repressora, porque a gente trabalha com a diversidade, então se você começar a falar de forma repressora, as pessoas não vão aceitar isso, eu já tive relações sexuais e não me considero perversa, ou vice versa. Você começa a falar que tem que ser assim mesmo e tem uma pessoa mais repressora que vai falar, olha, você tá me incentivando? E vai ter problema, não só com o aluno, vai ter problema com a escola, com os professores, com a família e você não vai conseguir realizar seu trabalho, então tem que ser educação sexual no formato relacional ou personificadora.”
(Profissional de Educação nº 2)

A profissional de educação nº 2 inclusive mencionou as novas cartilhas distribuídas pelo SPE, alegando que elas contribuem para um olhar diferenciado. De fato, observou-se que as cartilhas trazem um formato que se aproxima da linguagem do jovem. As cartilhas propõem modelos de oficinas a serem trabalhadas abordando temas como: o medo da primeira vez, o sentimento de prazer, a vulnerabilidade, a negociação do uso do preservativo, fala-se das DST abordando os sintomas, mas também aborda a questão do auto-cuidado, e também debate os preconceitos e tabus envolvidos com a sexualidade.

Através da observação das falas e das ações implementadas, a Unidade 2 foi a que conseguiu se aproximar de um modelo de Educação Sexual que consegue incorporar as três vertentes:

“a vertente biológica, constituída pelo conjunto de fenômenos que fazem do nosso corpo um corpo sexuado (anatomia e fisiologia da sexualidade e da reprodução, resposta sexual humana); Uma vertente psicológica, que engloba processos como a identidade de gênero (aquisição de papéis sexuais), a orientação sexual (o seja, a hetero, homo e bissexualidade), a auto-imagem e a construção da identidade sexual e todo o processo relacional, em particular, as relações afectivo-sexuais; Uma vertente social, que engloba a discussão dos

valores e atitudes, os modelos morais que recobrem as vertentes anteriores” (CORTESÃO, 1989, p.42-43 *apud* COSTA, 2006, p.48).

Ainda na questão da prevenção, uma das diretrizes do Projeto SPE prevê a distribuição de preservativos para todas as escolas participantes. No entanto, a Unidade 1 foi a única que decidiu não fazer parte desse plano de ação. Mas houve controvérsias entre os profissionais, enquanto o profissional de saúde nº 1 é a favor da distribuição, a profissional de educação nº 1 alegou o seguinte:

“Eu vejo assim, falar sobre diversidade sexual, sobre a questão étnico-racial, todas essas partes que estão dentro da diversidade e da sexualidade, é importante ser falado, mas de uma maneira que não incentive. Mas o meu pensamento, e o pensamento de todo mundo que trabalha aqui da escola é: Para quê que vamos distribuir camisinha para criança de 4ª série? A gente vai falar da questão da prevenção? Vai. Mas não há necessidade de ter um maquina de camisinha numa escola de ensino fundamental, numa de ensino médio é uma outra realidade.” (Profissional de Educação nº 1)

O Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas vêm tentando articular ações em que se aumente o número de distribuição de preservativos aos alunos a partir de 14 anos, portanto ainda cursando o ensino fundamental. Pesquisas mostram que a vida sexual têm se iniciado em média aos 15 anos de idade (PAIVA, 2008) e apenas 29,7% das escolas de ensino fundamental desenvolvem atividades de prevenção, com baixo número de professores capacitados para abordar o tema: 62,4% nas escolas de nível médio e 29,3% no ensino fundamental. E somente 9,21% das escolas fazendo distribuição de preservativo. (BRASIL, 2005).

O medo que os pais e professores tem de que algumas ações do projeto incentivem os alunos a começarem prematuramente sua vida sexual, já foi discutida por Louro (2000) como uma linha tênue que a escola vivencia: por um lado incentivar a sexualidade dita “normal”, mas por outro lado contê-la. A sexualidade cabe para a vida adulta, mas “é preciso manter a “inocência” e a “pureza” das crianças (e, se possível, dos adolescentes), ainda que isso implique no silenciamento e na negação da curiosidade e dos saberes infantis e juvenis sobre as identidades, as fantasias e as práticas sexuais.” (LOURO, 2000, p.17)

A escola, bem como os profissionais inseridos na saúde, deveriam primeiramente encarar a sexualidade não como sinônimo de sexo ou atividade sexual, mas para além, como “parte inerente do processo de desenvolvimento da personalidade” (SAITO & LEAL, 2000, p. 45). Reconhecendo a criança como ser sexuado, e os adolescentes sem que os persiga com os estereótipos de erotismo exarcebado, imaturidade ou irresponsáveis.

Olhar a sexualidade como parte do desenvolvimento humano implica também garanti-la como um direito, envolvendo dignidade e bem-estar das pessoas. E ainda garantir os direitos sexuais significa “a aceitação dos diferentes tipos de expressão sexual e

autonomia individual de decisão sobre o uso do próprio corpo” (VILELA & ARILHA, 2003, p. 136).

Outra diretriz do Projeto SPE, em consonância com os Parâmetros Curriculares Nacionais é a de que a Educação Sexual seja tratada como tema transversal, permeando todas as áreas do currículo escolar. A partir da inserção e participação de modo contextualizado e sistemático da abordagem da sexualidade, o aluno possa conceber o tema com uma visão ampla.

A princípio a Biologia ainda é uma das disciplinas mais mencionadas quando se fala em trabalhar os temas propostos da sexualidade, dado mesmo às temáticas de corpo e DST/Aids inseridas em seu conteúdo, mas que ficam muito comprometidas com os aspectos biológicos em detrimento das dimensões sociais e culturais que envolvem a sexualidade.

A profissional de educação nº 1 mencionou que sente maior abertura dos professores de ciências para abordarem o conteúdo em suas aulas, embora o professor de matemática, como parceiro do projeto, esforça-se para trabalhar o tema dentro de seu conteúdo. Na Unidade 2, foram citados a participação dos professores de Português, de Sociologia, de Geografia, de Laboratório. Na Unidade 3, foi relatada a dificuldade de outros professores não quererem abordar um tema que a princípio fuja dos seus conteúdos habituais.

Percebe-se na fala dos profissionais entrevistados que não ocorre a implementação da proposta do projeto em sua integralidade, parece que as diretrizes previstas acabam se diluindo em uma forma idealizada de projeto, onde algumas ações são implementadas, as vezes de forma mais esporádica ou mais contínua dependendo das características dos profissionais representante dos projeto, mas que não há um planejamento a longo prazo com estabelecimento de ações concretas e contínuas no cotidiano escolar e com envolvimento das áreas de saúde e educação.

Ao serem perguntados como os profissionais lidariam com crenças e percepções acerca da sexualidade que diferem das suas, foram observadas alguns trechos de frases que destaco a seguir: “respeitar o outro”, “valorizar a diferença”, “fala equilibrada”, “não estigmatizar”, “aceitar mesmo que não queira para si”, “orientar sem agredir”.

Durante as entrevistas, para materializar melhor as formas de intervenção dos profissionais nos projetos, foi inserido algumas situações hipotéticas com casos para que os entrevistados respondesse de que forma atuaria nestas situações. Quando se perguntou como lidam com as demandas em torno da homossexualidade, todos os profissionais disseram que trabalham o tema de forma a combater o preconceito sexual. O que ficou

parecendo é que as demandas dos homossexuais são reduzidas às questões de luta contra a discriminação e aos atos violentos.

No entanto, algumas falas se contradizem deixando transparecer a noção de que a homossexualidade seria um comportamento sexual divergente. Ainda muito baseado na concepção daquilo que é aceito como normal x anormal, ou natural x anti-natural:

“Eu tenho minhas crenças, meus pensamentos, quando a gente fala da questão da religião é complicada, mas eu tento trabalhar de uma maneira que não vai agredir ninguém, nem a escola, nem os pais, nem o adolescente, nem ninguém, nem a direção, mas de uma forma assim de ver a questão como algo que depende do que é natural. O que é natural para mim é você ter um relação com um homem e uma mulher. Isso é natural. Então se você tem uma relação homossexual com uma pessoa do mesmo sexo, isso pode te trazer consequências. A sociedade, ela mostra isso. Se você está feliz, já é outra história, se sua família aceita, já é outra história. É muito difícil sabe? Esse tema é muito difícil. Você tem que ter uma cabeça muito tranquila para trabalhar com isso. Não existe neutralidade mas eu tento passar mais informação do que julgar.” (Profissional da educação nº 1)

Ou mostrando uma fala não muito clara, que não demonstra um posicionamento ou quais ações seriam tomadas:

“Olha, na verdade, aqui na escola não temos problemas com eles (homossexuais) não. São muito poucos. Alguns ainda não têm certeza, na linguagem popular “ainda não saíram do armário”. Pois é, porque eles ainda estão em dúvida. Mas quando as professoras se sentem capacitadas, elas procuram as informações. Às vezes eles procuram a gente em sigilo, aí a gente sabe que é um assunto discreto.” (Profissional da educação nº 3)

O silenciamento da escola em relação aos homossexuais é um processo discutido por Louro (2000, p.89), como se a invisibilidade dos homossexuais no espaço escolar eliminassem esses sujeitos, evitando-se assim que os alunos “normais” conhecessem ou passassem a desejar-los, dessa forma negando-se ou ausentando-se esses sujeitos têm-se uma garantia de se manter a heteronormatividade. Essa seria um dos grandes desafios para a luta pelo respeito a diversidade sexual.

Quando a questão levantada foi sobre a iniciação sexual dos jovens, apresentou-se um suposto caso de uma garota de 13 anos e como os profissionais atuariam caso ela quisesse perder a virgindade ou já tivesse a perdido. Diante desse quadro, a profissional de saúde nº 3 se posicionou totalmente contrária, dizendo que até o ficar era algo “feio”, e o sexo antes do casamento era algo pecaminoso, chegando a afirmar que orientaria os alunos de que “isso não era coisa que agradava ao Espírito Santo”. Os outros dois profissionais da área de saúde se posicionaram muito em favor de se falar da prevenção, dos métodos contraceptivos e da ida ao ginecologista, evitando dar sua opinião sobre a decisão do aluno:

“Eu acredito que como profissional de saúde eu não posso pontuar, não posso determinar se a ação está correta ou errada. Isso é condição individual do paciente que você tem que respeitar. O que você tem que fazer é dentro do seu conhecimento, dentro da área de saúde. Procurar ações que promovem a saúde, e proteger aquele indivíduo de doenças e agravos, independente da vida que ele decidir levar.” (Profissional de saúde nº 2)

Os profissionais da área de educação também falaram da questão de se falar da prevenção, focada nos riscos de se adquirir DST/Aids ou gravidez não planejada. Ou seja, muito ainda voltada para a medicalização do corpo. A análise dos profissionais também incluiu a autonomia do jovem, a responsabilidade advinda da tomada de tal decisão e nas questões de gênero:

“Com menino e menina, nos falamos da mesma forma. Mas dentro da nossa sociedade nós sabemos que estamos inseridos em uma sociedade machista, por mais que vivemos em uma sociedade em que a mulher tem mais liberdade, mais isso e mais aquilo. Sabemos que a mulher tem um espaço muito grande em vários assuntos, mas quando a gente fala sobre sexo, ainda é muito tabu. Assim, a menina que pega vários garotos é galinha, o menino pode pegar todas. Existe isso que a família já vem com esse pensamento. O que a gente tenta trabalhar é a valorização da sua própria pessoa” (Profissional de educação nº 1)

Embora se acredita que se fala “da mesma forma” com meninos e meninas, a própria entrevistada se contradiz, pois logo em seguida assume que existem comportamentos que são mais adequados ou mais bem-vistos nos meninos, do que nas meninas. Além das mulheres lhes serem negados o prazer sem culpa, o exercício da sexualidade ao gênero feminino é idealizado para que quanto mais tardio for será melhor, mais valorizado. Aos homens, desde cedo, existe um consentimento e até incentivo à prática sexual.

Para se conseguir superar essas determinações construídas em cima do gênero, é necessário contestar o determinismo das construções ocidentais, e das diferenças atribuídas ao sexo. Para tanto é importante levar em conta uma dimensão intercultural e histórica, de forma que contrastando as diversas formas culturais possa servir para contradizer os papéis uniformizantes impostos ao gênero e a uma sexualidade feminina. (LOURO, 2000, p. 90)

Para finalizar, é importante destacar, que a pesquisa mostra a existência de uma certa ambiguidade nas falas dos profissionais quando abordada questões desafiantes que

envolvem a adolescência como a homossexualidade, a gravidez e a iniciação sexual. Alguns profissionais tem um postura mais conservadora, no sentido, de até disseminar valores religiosos durante a intervenção profissional, comprometendo os direitos sexuais dos adolescentes de direito a informação para uma escolha autônoma do exercício da sexualidade. Por outro lado, outros profissionais estabelecem um discurso mais aberto do direito e do diálogo para auxiliar o adolescente a tomar suas decisões.

Desta forma, os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes parecem continuar sendo um tema polemico que gera discussões e posturas que muitas vezes vão de encontro ao estabelecido por programas que tentam desconstruir a sexualidade vinculada apenas a reprodução e a temas da área biológica. Neste sentido, o SPE objetiva justamente garantir, a partir de uma perspectiva intersetorial, o direito a informação bem como a ampliação dos direitos sexuais desses adolescentes. Para isso, no entanto, faz-se necessário que haja uma maior articulação entre as áreas de saúde e educação, inclusive, no sentido, de pensar estratégias de formação e capacitação dos profissionais envolvidos nas equipes do Projeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação ao Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, ao longo do levantamento bibliográfico, muito embora tenha sido encontrados estudos realizados em outros Estados, percebeu-se uma quase inexistência de trabalhos acadêmicos que discutisse as ações realizadas no Distrito Federal. Assim, não foi possível fazer uma comparação de possíveis avanços ou retrocessos na implementação dessa política dentro da região administrativa de Taguatinga.

No entanto foi possível analisar a Educação Sexual associada a intersectorialidade entre as áreas de saúde e educação. O que se notou em vários discursos é que as ações dos profissionais envolvidos normalmente prevalecem práticas educativas hegemônicas. Um modelo tradicional sob a égide de um referencial biologicista, que quando se fala em DST/Aids ou gravidez, apregoa a prevenção através de uma mudança de atitudes e comportamentos individuais.

Percebe-se que as informações são repassadas de uma forma verticalizada. Essa atitude paternalista, assumindo um caráter informativo, dita as regras para um comportamento caracterizado como saudável ou normal. A partir disso pressupõe-se que haverá uma mudança por parte dos adolescentes tanto para prevenir-se de doenças e agravos, como para que assumam novas condutas.

Essa prática, muitas vezes não percebida pelos próprios profissionais, não consideram as determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos individuais. O modelo que pode suprir essa falha é adoção de uma comunicação dialógica e participativa. Que se mostra capaz de atender às necessidades dos adolescentes considerando suas necessidades subjetivas e culturais. Essa é uma proposta que assume a sexualidade como uma construção histórica e considera as crenças, hábitos, comportamentos e papéis vivenciados pelos adolescentes, buscando estratégias para inclui-los nas ações. A proposta de jovem multiplicador prevista no SPE seria uma das ações que engajam os jovens, e tem um caráter emancipatório, no entanto, somente uma das escolas adotava tal estratégia de ação.

Para que se supere os discursos medicalizantes, biologicistas, religiosos faz-se necessário que se desfaça a patologização do sexo, ou das questões relativas ao gênero. Buscando uma não-culpabilização do individuo, reconhecendo a sexualidade como uma experiência prazerosa, e fortalecendo a autonomia do adolescente e a busca do cuidado de si.

No tocante a intersectorialidade do SPE, apesar do reconhecimento da importância de se ter um projeto que busca articular as áreas de saúde e educação para garantir uma maior efetividade das ações junto aos adolescentes, percebe-se que as ações intersectoriais ainda se constitui em desafio. Isso ocorre devido ao fato das ações ainda estarem sendo desenvolvidas sem a devida articulação das áreas, muitas vezes, dividindo-se as ações por áreas, fragmentando as estratégias. Dessa forma, algumas ações dos profissionais de saúde aparecem de forma pontual e em um caráter que não favorece o acolhimento e o vínculo do adolescente e o profissional, já que ocorrem de forma esporádica. Já os profissionais de educação às vezes não conseguem ter um feedback das ações que ocorrem quando os alunos são encaminhados aos postos de saúde, fragilizando o trabalho em rede e também o não acompanhamento necessário dos adolescentes encaminhados para a saúde.

Além disso, verificou-se que são insuficientes as ações de capacitação dos profissionais envolvidos no SPE, ficando a capacitação profissional mais sob a responsabilidade de que cada profissional, do que um esforço conjunto de apreensão do processo de trabalho. Tal realidade acaba por limitar as ações dos profissionais, e muitas vezes, até contribui para o desenvolvimento de atuação conservadora, como no caso da sexualidade, onde ainda prevalece uma atitude às vezes moralista e biologicista. Por isso, seria interessante um estudo mais aprofundado verificando se existe diferenciação entre categorias profissionais na apreensão da sexualidade na adolescência.

Tal aprofundamento seria necessário tendo em vista que esta pesquisa concentrou-se mais nas ações desenvolvidas por pedagogos e enfermeiros, pois eram os profissionais que estavam à frente da implementação do projeto. Mas vale lembrar a presença de uma equipe multiprofissional no SPE, que busca fortalecer a prática da intersectorialidade e da garantia de direitos. Ressaltando, portanto, a importância da inserção de assistentes sociais na equipe de planejamento e implementação das ações.

A escola como um espaço em que são expressas e reproduzidas as contradições sociais, políticas, econômicas e culturais, produzem nesse ambiente demandas sociais que carecem de intervenção do assistente social. Até porque para que um indivíduo exerça sua sexualidade de forma plena, é necessário que outras demandas sociais também estejam garantidas. E na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos o assistente social pode:

“Desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim ser um profissional propositivo e não só executivo” (IAMAMOTO, 2005, p. 20)

Além disso, os assistentes sociais são profissionais capacitados para se trabalhar com sujeitos em vulnerabilidade. E essa é uma das propostas do SPE, falar em vulnerabilidade e não em comportamento de risco. Quando se fala em vulnerabilidade, os indivíduos não são culpados, continuam responsáveis e com capacidade para mudar os comportamentos, mas o educador sai do lugar autoritário que lhe é colocado, para uma posição de companheirismo e construção de possibilidades junto aos adolescentes.

Essas construções em torno da vivência da sexualidade do adolescente ainda está cercado, como se percebeu na pesquisa, de tabus e não-consensos. Por isso a importância de que se tenha mais estudos como esse, propiciando uma aproximação com a realidade da política empregada. Essas reflexões contribuem para que se perceba que o caminho para a busca de uma sexualidade plena ainda está em processo de desenvolvimento. Necessitando de reflexões sobre a importância de se encontrar caminhos para superar preconceitos e garantir os direitos sexuais e o respeito a diversidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AERTS, D; ALVES GG; SALVIA MW; ABEGG C. **Promoção da saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.4, 2004.
- ALTMANN, Helena. **Orientação sexual nos parâmetros curriculares nacionais.** Rev. Estud. Fem., 2001, vol.9, no.2, p.575-585.
- ANTUNES AC; PERES CP; PAIVA V; STALL R; HEARST N. **Diferenças na prevenção da aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP.** Rev. Saúde Pública 2002.
- BARRETO, Tainã. A.; VALOIS, Carla R. OLIVEIRA, Marco. A. S.; **Educação e Saúde: problematizando gênero e sexualidade em uma escola municipal de Juazeiro – BA.** rev. Estudos IAT-Instituto Anísio Teixeira, Salvador, v.1, n.1, p. 33-47, jun. 2010.
- BOZON, Michel. **Sociologia da Sexualidade.** Rio de Janeiro: FGV Editora, 2004.
- BRANDAO, Elaine Reis; HEILBORN, Maria Luiza. **Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, July 2006 .
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de set. 1990. Seção 1. p. 18055.
- BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: pluralidade cultural e orientação sexual /** Secretaria de Educação Fundamental. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.
- BRASIL. /Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo –** Brasília: Ministério da Saúde, 2005
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em 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: 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Progresso da Resposta Brasileira ao HIV/AIDS (2010-2011);** Brasília; 2012.
- CARDOSO JP; VILELA ABA; SOUZA NR; VASCONCELOS CCO; CARICCHIO, GMN. **Formação Interdisciplinar: Efetivando propostas de promoção da saúde no SUS.** RBPS 2007; 20 (4): 252-258. Disponível em: < <http://www.unifor.br/notitia/file/2024.pdf> > Acesso em: abril 2013

CHAUI, Marilena; KEHL, Maria Rita; WEREBE, Maria José e BRUSCHINI, Maria Cristina Aranha. **Educação sexual: instrumento de democratização ou de mais repressão?** Cad. Pesquisa, 1981, n.36, pp. 99-110.

CITELI, Maria Teresa. **A pesquisa sobre sexualidade e direitos sexuais no Brasil (1990-2002): revisão crítica.** Rio de Janeiro: CEPESC, 2005

CNPD, Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. **Programa de Ação do Cairo**, 1996

CORREA, S.; e PARKER, R. **Sexualidade, direitos humanos e pensamento demográfico: conexões e disjunções num mundo em mudança**, 2004. Disponível em <http://www.clam.org.br>.

COSTA, Alda. **A educação sexual numa perspectiva de educação para a saúde: um estudo exploratório na Escola Secundária Pluricurricular de Santa Maria Maior de Viana do Castelo.** Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, 2006.

DAGNINO, Evelina. **Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando?** En Daniel Mato (coord.), Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, pp. 95-110. 2004.

MORIN, Edgar. **Articular os saberes.** In ALVES, Nilda & GARCIA, Regina Leite. O sentido da escola. Rio de Janeiro: DP & A, 1999

FARIAS, Pinheiro; OLIVEIA, Dias. **Questão Social: um conceito revisitado.** Contribuciones a las Ciencias Sociales, fev. 2009. Disponível em: www.eumed.net/rev/cccss/03/fpod.htm. Visitado em julho de 2013

FARO, Livi. **A medicalização das disfunções sexuais femininas no contexto da farmacologização da sexualidade.** In: XIV Congresso Brasileiro de Sociologia, Rio de Janeiro, 2009.

FLEXOR, G.; LEITE, S.P. **Análise das políticas públicas: breves considerações teórico-metodológicas.** In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA, 12., 2007, São Paulo, 2007. *Anais...* São Paulo: SEP, 2007.

FONSECA, A. **Prevention of Sexually Transmitted Diseases and AIDS in the school environment**, Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.6, n.11, p.71-88, 2002.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 34ªed. São Paulo. Ed. Paz e Terra, 1996.

FURLANI, J. **Educação sexual: possibilidades didáticas.** in: Corpo gênero e sexualidade. Um debate contemporâneo na educação. LOURO, G. L.; NECKEL, J. F.; GOELLNER, S. V. Editora Vozes, RJ, 2003.

GIAMI, Alain. **Da impotência à disfunção erétil. Destinos da medicalização da sexualidade.** Physis. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 637-658, 2009.

- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- GOLDBERG, Maria Amélia Azevedo. **Educação sexual: uma proposta, um desafio**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 1988.
- GUIMARÃES, Isaura. **Educação Sexual na Escola: mito e realidade**. Campinas, SP: Mercado de Letras, 1995.
- HEILBORN, Maria Luiza e BRANDÃO, Elaine Reis. "Ciências sociais e sexualidade". In: HEILBORN, Maria Luiza (org.). **Sexualidade: O olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 13ª ed. Cortez, São Paulo 2007.
- INOJOSA, Rose Marie. **Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade**. In: cadernos Fundap, nº 22, p. 102-110, 2001.
- JEOLÁS LS; FERRARI RAP. **Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado**. Cien Saude Colet, 2003.
- JUNQUEIRA, Luciano A. Prates; INOJOSA, Rosie Marie; KOMATSU, Suely. **Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de fortaleza**. XI Concurso de Ensayos Del CLAD "El tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones". Caracas, 1997.
- LINS, R. Navarro; BRAGA, Flavio. **Livro de Ouro do Sexo**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2009.
- LOURO, Guacira Lopes (org.). **O corpo educado. Pedagogias da sexualidade**. 2ª Edição Autêntica: Belo Horizonte 2000.
- MATTAR, Laura Davis. **Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos**. Sur, Rev. int. direitos human. 2008, vol.5, n.8, pp. 60-83
- NASCIMENTO, Sueli do. **Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 101, Mar. 2010.
- NEVES, José Luis. **Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades**. Caderno de pesquisa em administração. FEA-USP. São Paulo, v. 1. n. 3. 2º sem, 1996.
- NUNES, C.A. **Filosofia, Sexualidade e Educação: as relações entre os pressupostos ético-sociais e histórico-culturais presentes nas abordagens institucionais sobre a educação sexual escolar**. (Tese de Doutorado) - Faculdade de Educação, UNICAMP, 1996.
- ONU. **Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Cairo, 1994
- ONU. **Conferência Mundial dos Direitos Humanos de Viena (1993)**. Disponível em

<<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/viena.htm>>.
Acesso em 7 fev. 2013.

OMS. **Catalogue of health indicators**. Genebra, 1996; Paulo de Martino Jannuzzi, “Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais”, *Revista de Administração Pública*, 36 (1). Rio de Janeiro, jan.-fev. 2002, pp. 51-72.

PAIVA, Vera et al . **Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros**. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 2008 .

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTT, S. T. **Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto**. *Interface*, v. 8, n. 15, 2004.

PETCHESKY, R.P. **Direitos Sexuais: um novo conceito na prática política internacional**. In: BARBOSA, Regina M. and PARKER, Richard (orgs.) *Sexualidades plo Avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed.34. 1999

PIOVESAN, Flávia. **A Mulher e o Debate sobre Direitos Humanos no Brasil**. In: Ministério das Relações Exteriores; UNDP. (Org.). *Direitos Humanos: Atualização do debate*. : 2003, v., p. 39-44.

ROCHA, Heloisa Helena Pimenta. **A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Hygiene de São Paulo (1918-1925)**. Campinas, SP: Fapesp, 2003.

ROHDEN, Fabiola; RUSSO, Jane. **Diferenças de gênero no campo da sexologia: novos contextos e velhas definições**. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.45, n.4, Agosto de 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400012&lng=en&nrm=iso> acessado em 19 maio de 2013.

ROSEMBERG, Fúlvia. **“A educação sexual na escola”**. *Cadernos de Pesquisa*, n. 53, p. 11-19, mai. 1985. In: ALTMANN, HELENA. *Orientação sexual nos parâmetros curriculares nacionais*. *Rev. Estud. Fem.*, 2001, vol.9, no.2, p.575-585.

SAITO, Maria Ignez; LEAL, Marta Miranda. **Educação sexual na escola**. *Pediatria (São Paulo)*, v.22, n.1, p.44-48, 2000.

SCHÜTZ, F.; **A intersectorialidade no campo da política pública: indagações para o Serviço Social**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. 2009.

SPOSATI, Aldaíza. **Gestão pública intersectorial: sim ou não? Comentários de experiência**. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 85, p. 133-141, mar. 2006.

TUCKMANTEL, Maísa Maganha. **A educação sexual: mas qual? Diretrizes para formação de professores em uma perspectiva emancipatória**. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, 2009.

TUMELERO, Silvana Marta. **Intersetorialidade na gestão de políticas públicas**. Seminário

Nacional Sociologia & Política. Universidade Federal do Paraná - UFPR, 26 a 28 de setembro de 2011.

UNESCO. **Peer approach in adolescent reproductive health education: some lessons learned**. Asia and Pacific Regional Bureau for Education, 2003. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001305/130516e.pdf>. Acesso em: 30 jun 2013.

VENTURA, Miriam; CORREA, Sonia. **Adolescência, sexualidade e reprodução: construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, n.7, pp. 1505-1509.

VILLELA, W.; ARILHA, M. **Sexualidade, Gênero e Direitos Sexuais e Reprodutivos**. In: BERQUÓ, E. (org.). *Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas-SP: Editora da Unicamp, 2003, p. 95-145.

VIANNA, A; LACERDA P. **Direitos e políticas sexuais no Brasil: o panorama atual**. Rio de Janeiro: CEPESC; 2004.

VIDAL, Diana G. **Sexualidade e docência feminina no ensino primário do Rio de Janeiro (1930-1940)**. In: BRUSCHINI, Cristina e HOLLANDA, Heloísa B. (Org.) *Horizontes Plurais - Novos estudos de gênero no Brasil*. São Paulo: Ed. 34, 1998. p. 281-313.