

DESAFIOS PARA REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E  
ARTICULAÇÃO DE REDES NA ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA  
DE ADOLESCENTES NO VALE DO SÃO FRANCISCO

---

*Challenges in work process reorganizing and networking development  
in sexual and reproductive health care for adolescents in the São  
Francisco Valley*

*Desafíos para reorganización del proceso de trabajo y desarrollo de la  
red de atención a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes  
en el Valle del río São Francisco<sup>1</sup>*

Juliana Sampaio<sup>2</sup>  
Roseléia Carneiro dos Santos<sup>3</sup>  
Anna Cléa Ferreira da Silva<sup>4</sup>

RESUMO

A Atenção Básica da Saúde no Brasil é organizada, prioritariamente, pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e deve desenvolver ações democráticas e participativas nos espaços coletivos, dentre elas as direcionadas à atenção dos adolescentes. Partindo desta prerrogativa, o presente trabalho tem como objetivo tecer algumas reflexões sobre os desafios para a articulação de redes sociais na implantação de novas modalidades de cuidado à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. Para tanto, foi desempenhada uma pesquisa (MORIN, 2004), com o suporte teórico do Construcionismo Social (SPINK; MEDRADO, 1999), na qual foram realizadas oficinas de trabalho com 72 profissionais de saúde objetivando o desenvolvimento de 128 rodas de conversas sobre sexualidade com cerca de 240 adolescentes, autorizados por seus pais ou responsáveis. Para construção das redes de cuidado, foram articuladas 7 escolas municipais, 1 escola militar, 1 CRAS, 1 ONG dirigida a jovens e 1 igreja católica. Os resultados indicam diversas dificuldades para o desenvolvimento de ações em saúde com adolescentes e sobre sexualidade. Tais dificuldades envolvem desde o perfil dos profissionais de saúde, centrado no modelo de atenção medicamentoso e especialista, que dificulta trabalhos participativos e dialógicos entre os profissionais, e entre eles e os adolescentes; até a falta de articulação da equipe de saúde com os equipamentos sociais locais, evidenciando a dificuldade dos mesmos trabalharem de forma intersetorial e no território, com vistas a uma atenção integral em saúde. *Palavras-chave:* adolescentes; estratégia de saúde da família; práticas dialógicas; promoção da saúde sexual e reprodutiva; rede social.

ABSTRACT

The Primary Health in Brazil is organized primarily by the Strategy Family Health (ESF) and must develop democratic and participatory actions in collective spaces, among them directed to the attention of teenagers. Based on this prerogative, this work aims to make some reflections on the challenges to the articulation

1 Apoio CNPq

2 Doutora em Saúde Coletiva; Profª da UFCG; julianasmp@hotmail.com. Endereço: Av. Eng. José Celino Filho, nº 380/504. Mirante. Campina Grande – PB CEP: 58.407-664. Fone: (83) 3310 9996/ 8756 8756

3 Graduada em Psicologia pela UNIVASF; rose\_psi\_univasf@hotmail.com

4 Graduada em Psicologia pela UNIVASF; clea\_anna@yahoo.com.br

of social networks in the implementation of new forms of care for sexual and reproductive health of adolescents. The work was performed an Action Research (Morin, 2004), with the theoretical support of Social Constructionism (SPINK, MEDRADO, 1999), which were held workshops with 72 health professionals aimed at developing 128 wheels of conversations about sexuality with around 240 teenage authorized by their parents or guardians. For construction of networks of care were articulated 7 municipal schools, 1 military school, CRAS 1, 1 ONG aimed at young people and 1 Catholic church. The results indicate several difficulties for the development of health interventions with adolescents and sexuality. These difficulties involve from the profile of health professionals, centered care model and medical expert who makes work and participatory dialogue between professionals and between them and teenagers, even the lack of articulation of the healthcare team with the social welfare sites, showing the difficulty of such intersectoral work and in territory, with a view to a comprehensive health care.

**Keywords:** adolescents; strategy family health; dialogical practices; promotion of sexual and reproductive health; social network.

## RESUMEN

Primaria de la salud en Brasil está organizado principalmente por la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) y debe desarrollar acciones democrática y participativa en los espacios colectivos, entre ellos dirigidos a la atención de los adolescentes. En base a esta prerrogativa, este trabajo pretende hacer algunas reflexiones sobre los retos para la articulación de redes sociales en la aplicación de nuevas formas de cuidado de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. El trabajo fue conçus com una investigación-acción (Morin, 2004), com el marco teórico del Construccinismo Social (Spink, Medrado, 1999), que se llevaron a cabo 72 talleres con profesionales de la salud destinadas a desarrollar 128 ruedas de conversaciones sobre la sexualidad con alrededor de 240 adolescentes autorizados por sus padres o tutores. Para la construcción de redes de atención fueron articuladas 7 escuelas municipales, 1 escuela militar, 1 CRAS, 1 ONG destinadas a los jóvenes y 1 iglesia católica. Los resultados indican varias dificultades para el desarrollo de intervenciones de salud con los adolescentes y la sexualidad. Estas dificultades implican desde el perfil de los profesionales de la salud, la modelo centrado en la atención y el perito médico que hace el trabajo y el diálogo par-

ticipativo entre profesionales y entre éstos y los adolescentes, incluso la falta de articulación del equipo de salud con el bienestar social sitios, mostrando la dificultad de ese trabajo en una intersectoriales y el territorio, con vistas a una atención integral de salud.

**Palabras-clave:** adolescentes; estrategia de salud de la familia; prácticas dialógicas; promoción de la salud sexual y reproductiva; red social.

## Desafios para reorganização do processo de trabalho e articulação de redes na atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes no Vale do São Francisco

### Introdução

A Estratégia de Saúde da Família surge na proposição de um modelo de atenção à saúde que tem como prerrogativa a prevenção de agravos e promoção da saúde, a partir de uma atenção integral, cujo objetivo é melhorar a qualidade de vida da população. A integralidade desta atenção, por sua vez, se opera em um conjunto articulado de ações e serviços preventivos e assistenciais, individuais e coletivos, nos diversos níveis de complexidade do sistema, reconhecendo o sujeito em seus diversos contextos e demandas (BRASIL, 2005a).

Para tanto, é imprescindível que as ações de saúde sejam interdisciplinares, rompendo com a dicotomia entre os saberes e fazeres dos diversos profissionais e da comunidade. Para que isso aconteça, é necessário que os agentes de saúde exercitem uma rede de comunicação efetiva e eficaz.

De acordo com Corbo e Morosini (2005), a integralidade no cuidado à saúde ainda é um desafio para todos os atores envolvidos com o processo de mudança da formação profissional e das práticas em saúde. Entende-se como o maior desafio dessas práticas, não só sua

dimensão institucional ou política, mas também o rompimento de formas cristalizadas de entender e realizar ações técnicas, que conformam padrões de intervenção em saúde já tomados como tradição, a exemplo dos tratamentos medicamentosos e hospitalocêntricos.

No que se referem ao público adolescente, estudos apontam para uma prática profissional que reforça modelos de gênero e sexualidade baseados em valores machistas e normatizadores, que dificultam o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. Muitas das atividades que tematizam as práticas sexuais se restringem, quando muito, à prescrição de métodos contraceptivos, não oferecendo um espaço de troca dialógica entre profissionais de saúde e adolescentes (PAIVA, 2001). Nesta mesma direção, Villela (1999) e Paiva (2006) evidenciam práticas de saúde orientadas pela compreensão da sexualidade na adolescência como algo a ser controlado, domesticado, devendo-se adiar ao máximo as primeiras práticas sexuais.

Assim, Costa (2000) aponta para a necessidade dos profissionais investirem no potencial dos adolescentes para opinar, apontar ideias e participar no planejamento de seu futuro; e Parker (2000) defende que os jovens têm de falar em nome próprio sobre suas experiências, expressando-se com suas próprias palavras, gestos, sentidos e significados. Para tanto, é imprescindível que os profissionais permitam a distribuição do poder do discurso, abrindo mão de suas próprias verdades, possibilitando a construção coletiva.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) prevê que todas as crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, em diferentes condições sociais e individuais; e que a condição de pessoa em desenvolvimento não as priva de gozar desses direitos. Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b) vem desenvolvendo ações para fortalecer os direitos sexuais e reprodutivos e a relevância desses para o público adolescente. A proposta ministerial é

desenvolver atividades educativas, abordando informações sobre métodos contraceptivos e esclarecimentos sobre a legislação federal vigente a respeito do planejamento familiar.

O Ministério da Saúde desenvolverá esforços visando à sensibilização dos gestores de saúde para a organização de ações e serviços de atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, que respeitem os princípios de confidencialidade e de privacidade e que contemplem as especificidades da adolescência, garantindo o acolhimento, o acesso a ações educativas e métodos contraceptivos e para prevenção das DST/HIV/Aids (BRASIL, 2005b, p. 20-21)

Para tanto, a atenção básica de saúde por meio das equipes de Saúde da Família, assim como as escolas e CRAS, configuram-se como importantes espaços para ações que visem à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes. Estes equipamentos sociais devem, ainda, para maximizar seus esforços, trabalhar em conjunto.

A articulação de redes prevê aproximar pessoas e ações, em mútuo “apoio social”. Este é definido por Valla (2000) “como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos” (VALLA, 2000, p. 41). Assim, o objetivo maior é o de potencializar recursos e criar alternativas novas para a resolução de problemas e/ou atendimento de necessidades, o que no campo da saúde significa aumentar a qualidade dos serviços prestados e conseqüentemente melhorar os indicadores de saúde da população.

A perspectiva de rede fundamenta-se na valorização de ações mais integrais, de modo que os diversos serviços trabalhem articuladamente, objetivando o apoio social necessário

ao bom desenvolvimento e bem-estar das pessoas. Partindo de tal compreensão, Ribeiro (2005) chama a atenção para o papel da Estratégia de Saúde da Família como importante articulador de redes sociais, por estabelecer contato com a família, os vizinhos e lideranças comunitárias, “podendo incentivar a interação entre as várias iniciativas de apoio, incorporando as práticas de apoio social às ações de saúde” (RIBEIRO, 2005, p. 02). Entretanto, como destaca a autora, essa prática não é devidamente valorizada por grande parte dos profissionais, que não reconhecem as ações de apoio social como parte do processo terapêutico.

Assim, o presente estudo circunscreve-se numa experiência de implantação, em conjunto com profissionais das ESF das cidades de Petrolina-PE e Juazeiro-BA, de rodas de conversas sobre direitos sexuais e reprodutivos com adolescentes, como estratégia de criação de espaços dialógicos entre sujeitos.

Nestas cidades, assim como na maioria das localidades brasileiras, poucas são as ações de saúde destinadas aos adolescentes, que não são percebidos como uma população prioritária do serviço. Nas unidades de saúde faltam insumos de prevenção, em especial a camisinha, e demais materiais educativos de saúde sexual e reprodutiva. Ao mesmo tempo, observam-se posturas conservadoras dos profissionais frente aos adolescentes, e o sentimento de despreparo para trabalhar sexualidade, principalmente com esta população. Em contrapartida, os adolescentes não se interessam pelas atividades do serviço de saúde e quando convocados, resistem em participar das ações propostas (SAMPAIO, 2007)

Partindo de tal constatação, pretende-se nesse trabalho tecer algumas reflexões a respeito da articulação de redes sociais ao longo do processo de construção, com profissionais das ESF de Petrolina e Juazeiro, de novas modalidades de cuidado à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. Assim, serão apontadas dificuldades encontradas no processo, pondo em foco

a forma como os dispositivos sociais existentes nas comunidades trabalhadas foram articulados ao longo da intervenção.

## Material e métodos

O estudo em tela segue o método qualitativo em saúde (MINAYO, 2007), que busca privilegiar os significados e sentidos produzidos pelos atores sociais. Fundamenta-se na perspectiva do Construcionismo Social, que segundo Spink e Frezza (2000), busca compreender as ações, as práticas sociais e os sistemas de significações pelos quais as pessoas dão sentido ao mundo. Nesse ínterim, a linguagem é compreendida como uma produção social, historicamente datada, fruto do compartilhamento de sentidos entre os sujeitos (SPINK, MEDRADO, 1999).

Nessa direção, foi realizada uma pesquisa-ação (MORIN, 2004), a partir da qual o conhecimento se articula com a prática, num processo reflexivo sobre si mesmo. O pesquisador – aquele que busca construir conhecimentos – deve propor a constante reflexão das práticas produzidas, abrindo-se a novas realidades, num processo de aprendizagem experiencial.

A experiência que sustenta este estudo caracteriza-se pelo desenvolvimento de oficinas de trabalho junto a 72 profissionais de oito unidades de saúde da família das cidades de Petrolina e Juazeiro. O objetivo foi realizar 128 rodas de conversas com aproximadamente 240 adolescentes de ambos os sexos, entre 10 e 19 anos, divididos em dois grupos de acordo com a faixa etária (10-15/16-19). Para a escolha das equipes de saúde, foram consideradas as localizadas em comunidades populares, com alta densidade populacional, grande número de adolescentes, alto índice de gravidez e DST entre adolescentes e que dispunham de equipamentos sociais como escola e/ou Centro de Referência em Assistência Social (CRAS). A escolha foi

ainda orientada pela própria indicação dos gestores da saúde como áreas de maior prioridade para o trabalho no campo dos direitos sexuais e reprodutivos e pela disponibilidade dos próprios profissionais em participar do projeto.

Para a pactuação dessas ações, foram convidados, em cada unidade de saúde, representantes de todos os equipamentos sociais da área. O conjunto dos atores convidados variou de acordo com cada unidade trabalhada e sua rede social estabelecida. Assim, nas oito comunidades foi possível articular sete escolas públicas municipais, uma escola militar, um CRAS, uma ONG que trabalha com jovens e uma igreja católica.

Para a realização das rodas de conversas, também foram contatados os pais e responsáveis pelos adolescentes para apresentação e pactuação da proposta.

## Resultados e discussões

### *Como propor o novo numa estrutura velha?*

No primeiro momento, a proposta foi lançada aos profissionais de saúde, sendo apresentados dados de uma pesquisa anterior (SAMPAIO, 2007) que evidenciava a ausência de trabalhos no campo dos direitos sexuais e reprodutivos com adolescentes e a vulnerabilidade destes frente às DST/Aids e gravidez não planejada. A proposta foi bem recebida por parte das equipes, que reconheceram o problema e sua necessidade de capacitação para o trabalho com adolescentes e para o uso de técnicas dialógicas com grupo e com o tema sexualidade.

Entretanto, corroborando com dados de outros pesquisadores (PAIVA, 2006; VILLELLA, 1999) ao longo do processo de pactuação com a comunidade e de planejamento das atividades, foi possível perceber a resistência

dos profissionais de saúde em se engajarem em ações de educação sexual. Sua expectativa era que a “equipe da universidade” realizasse todas as ações, sendo eles os espectadores do processo. Como o objetivo do projeto era fornecer suporte técnico para que os próprios profissionais tornassem-se capazes de realizar as atividades educativas com os adolescentes, tais expectativas não foram atendidas e muitos profissionais, que no primeiro momento se interessaram pela proposta, afastaram-se do processo.

Em uma unidade da zona rural de Juazeiro/BA a dificuldade de articular os profissionais foi tão significativa, que o projeto teve que ser remanejado para outra comunidade, que apesar de participar, não fugiu ao perfil das demais equipes de saúde trabalhadas. Destas, em apenas uma foi possível contar com a adesão de dois enfermeiros que coordenavam as duas equipes da unidade. Nas demais, os agentes comunitários de saúde (ACS) foram os únicos profissionais que se engajaram no processo.

Um dos fatores elencados como justificativa para a não adesão foi o pouco tempo disponível para trabalhar com processos de educação em saúde. Os profissionais de nível superior, em especial as enfermeiras, encontram-se sobrecarregadas com a coordenação da unidade; e a grande maioria das equipes encontra-se incompleta, sem o profissional de medicina, ocasionando grande demanda reprimida para os atendimentos ambulatoriais.

Outro problema constatado foi a grande rotatividade dos profissionais. Durante o desenvolvimento do projeto, aconteceram várias demissões e com isso, após a pactuação com determinada equipe de saúde, quando a extensionista chegava à unidade na semana seguinte, havia modificações intensas no quadro funcional do serviço, sendo necessário repactuar o processo novamente. Infelizmente, essa rotatividade não prejudicou apenas o desenrolar do projeto, mas teve impactos diretos no processo de trabalho do serviço, tanto porque interferia

no vínculo estabelecido entre a comunidade e a equipe, quanto porque implica num sistemático recomeço de projetos de trabalho, sem garantias de continuidade, o que também finda por desmotivar os profissionais.

Chamou a atenção ainda a falta de integração da equipe de saúde, que se organizava por especialidades (MEHRY, 2009). A equipe de saúde bucal (odontólogos e auxiliares) não se envolvia com outras demandas de saúde que não as estritamente relacionadas com seu núcleo de saber (saúde bucal). Este modelo de gestão do trabalho é antagônico à proposta da interdisciplinaridade que possibilita a integralidade do cuidado. Desta forma, ao contrário de uma *equipe* de saúde, que trabalha de forma colegiada e partilhada na análise das condições de vida da população sob sua responsabilidade sanitária, assim como no planejamento e execução de projetos terapêuticos singulares, proposta pela política de humanização das práticas em saúde (BRASIL, 2008), tem-se um conjunto de profissionais que compartimentalizam a gestão do cuidado, atribuindo a cada categoria profissional uma atividade específica ao seu núcleo de saber (CAMPOS, 2007a).

Outro fator relevante neste contexto é a própria demanda gerencial dos municípios centrada na computação de procedimentos realizados (produtividade). Este dado põe em questão a necessidade da própria gestão de saúde permitir a construção de novos modelos assistenciais, centrados em processos participativos de cuidado (CAMPOS, 2007b). Ou seja, para a implantação de uma gestão do cuidado, centrada em processos longitudinais de acompanhamento das pessoas, é preciso a valorização de novos modos de organização das práticas de saúde, e este tipo de mudança não implica apenas na transformação do perfil profissional, mas também da própria gerência governamental. Sem o respaldo institucional, que se concretiza, dentre outras coisas, no reconhecimento e legitimação de diferentes práticas em saúde não centralizadas

em procedimentos, os profissionais de saúde não encontram tempo, nem estrutura gerencial e política para o desenvolvimento de outras práticas de saúde além dos atendimentos ambulatoriais que geram códigos de produtividade.

Por fim, deve-se considerar o próprio perfil dos profissionais de saúde. O modelo de formação a que foram submetidos é denunciado por Merhy (2002) como incompatível com a proposta da integralidade no cuidado. Trata-se de uma formação centrada em procedimentos técnicos específicos, que não instrumentalizam os profissionais para o encontro com outros saberes e o trabalho em equipe. Assim, em pesquisas anteriores (SAMPAIO, 2007) já havia sido identificada a priorização de um caráter biomédico de atenção, em detrimento das ações de promoção de saúde e práticas que visem o empoderamento dos jovens (PARKER, 2000).

Esta formação tem como foco a doença (e seus processos de detecção, tratamento e prevenção) (LUZ, 2005), não habilitando os profissionais em tecnologias relacionais (MERHY, 2002) que permitem o encontro com as pessoas e a produção coletiva de novos modos de gestão da vida, com vistas à promoção da saúde. Compreende-se, com isso, o fato dos profissionais relatarem que se sentiam despreparados para realizar atividades de educação sexual e que nunca haviam desenvolvido ações de educação em saúde fora do modelo das palestras meramente informativas. Para os profissionais de enfermagem envolvidos no projeto, as atividades deveriam ser pautadas em informes sobre DST, gravidez e métodos contraceptivos, marcando o tecnicismo e a transmissão de informação (PAIVA, 2001) como forma de controle dos corpos, característico do perfil assistencialista e medicamentoso que ainda estrutura as ações de saúde (LIMA, 2007).

Já os ACS apontaram a necessidade de ouvir os jovens para saber sobre suas reais demandas. Esta preocupação dos ACS pode ser interpretada a partir de duas leituras: Primeira,

que os ACS envolvidos no projeto são os mais afinados com a proposta do mesmo, e assim, são os mais interessados na construção de novas práticas em saúde. O segundo aspecto que parece relevante é o engajamento de alguns desses atores em movimentos sociais, associação de moradores e de mulheres. Pode-se supor que esta inserção social favoreça a valorização do saber da comunidade, a legitimação do outro na cogestão da saúde e a construção coletiva de projetos comunitários.

Este resultado evidencia a importância dos ACS para o desenvolvimento de processos de cuidado. Neste sentido, aposta-se no seu reconhecimento como parte da equipe de saúde e não apenas como um “elo” entre ela e a comunidade. Em grande parte das equipes participantes do projeto, as agentes de saúde não discutiam casos, nem participavam das reuniões de equipe, restringindo seu papel ao contato com a comunidade e/ou apoio às ações de saúde na unidade, sob gerência das enfermeiras.

Por fim, merece destaque no processo de gestão do trabalho nas unidades de saúde, a relação que os profissionais buscavam estabelecer com as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em 2008, a cidade de Juazeiro deu início à implantação dos NASF. Inicialmente, as ESF, assim como os próprios profissionais dos NASF e gestores, tinham como expectativa que tais núcleos funcionassem como unidades para o encaminhamento dos casos mais complicados que as ESF tivessem dificuldades de resolver (BASTOS; SAMPAIO, 2009), o que não condizia com a perspectiva de apoio matricial ao qual a proposta do NASF estava atrelada (CAMPOS, 2007b). Com isso, para as ESF de Juazeiro, os NASF deveriam desenvolver, dentre outras, as atividades educativas com os adolescentes, o que denota a intenção de uma desresponsabilização pelo desenvolvimento de tais ações.

A partir do exposto, conclui-se que para a construção de novos modos de cuidado, que trabalhem na perspectiva da integra-

lidade e interdisciplinaridade, construindo redes de atenção, em parceria com diversos atores, é importante desenvolver processos de educação permanente (CECCIM, 2005) que contribuam com a reconstrução do perfil dos trabalhadores em saúde, buscando romper com o tradicional modelo de atenção centrado na especialidade clínica, que põe em foco a doença e que normatiza e compartimentaliza o sujeito, que não participa da gestão de sua saúde.

### A desarticulação de redes: uma realidade cristalizada

Após a apresentação e pactuação da proposta com as equipes de saúde, foi iniciado o processo de construção de redes de apoio para a realização das rodas de conversas. A necessidade de buscar parcerias surgiu por vários motivos: O primeiro pela própria aposta da Estratégia de Saúde da Família em trabalhar no território, articulando seus diversos dispositivos para a integralidade das ações. O território é aqui entendido não apenas como um espaço físico, mas uma rede de relações e processos de subjetivações, nas quais a realidade e os sujeitos são forjados e onde se operam as relações sociais e de cuidado.

O segundo motivo deve-se ao precário vínculo estabelecido entre as equipes de saúde e os adolescentes de sua área adscrita. O vínculo é uma relação afetiva que permite a confiança entre profissional de saúde e usuário (CAMPOS, G. W. S., 2003). Ele se opera quando o usuário credita ao profissional de saúde sua demanda de cuidado, e este reconhece no usuário a capacidade de gerir sua vida da melhor forma possível. Só a partir desse reconhecimento mútuo é possível estabelecer uma comunicação legítima entre os atores, que possibilite a cogestão do cuidado. Entretanto, na experiência relatada, o profissional de saúde percebe os adolescentes

como irresponsáveis e inconsequentes, sendo necessária sua tutela. Em contrapartida, os adolescentes não confiam na equipe de saúde, por não desejarem sua tutela. Assim, os adolescentes não atenderam ao convite da equipe de saúde para participar das rodas de conversas que eram propostas pelo presente projeto.

As parcerias locais foram também importantes para o desenvolvimento dos grupos, pois em várias unidades de saúde não havia espaço físico adequado para a realização dos encontros. Na realidade das cidades estudadas, as unidades de saúde encontravam-se em precárias condições, com esgoto a céu aberto, instalações sucateadas, inundações em época de chuva, não disponibilidade de banheiros para a população, sem salas para grupos, nem materiais e equipamentos necessários para a efetivação de ações de educação em saúde.

Mesmo assim, foi observada certa resistência dos profissionais em sair do seu território institucional. Mesmo compreendendo que a construção dessas redes sociais facilitaria o desenvolvimento das atividades e viabilizaria a formação do vínculo entre os adolescentes e unidade, sendo uma ferramenta a mais nas atividades de promoção da saúde (VALLA, 2009), os profissionais acreditavam ser menos trabalhoso fazer as rodas sozinhos.

Esta resistência se concretizava no desenvolvimento das ações de saúde desarticuladas das demais atividades existentes no território, sem conseguir implementar a intersectorialidade. Partindo da compreensão de que os problemas de saúde ultrapassam questões biológicas, e se constituem nos modos de vida das pessoas, o cuidado em saúde não é possível ocorrer limitado ao seu setor. É preciso formar parcerias, no sentido de promover ações que articulem educação, lazer, cultura, religiosidade, assistência social, mobilização política etc; Portanto, para oferecer uma atenção de fato integral, é necessário que o serviço de saúde seja capaz de acionar

os diversos dispositivos sociais da comunidade (CAMPOS, C. E. A., 2003).

As redes de colaboração ampliam o escopo da ação, potencializando os investimentos (físicos, financeiros, políticos, sociais, afetivos e relacionais) empregados (MARTINS, 2004). Por isso, frente às dificuldades de contatar os adolescentes e de realizar atividades de grupo nas unidades, foi possível ir ao encontro dos possíveis parceiros. Mas no que se refere à afirmação de parcerias com os dispositivos sociais locais, é importante salientar que as ESF não mantinham nenhum tipo de comunicação com outros equipamentos sociais da comunidade (escola, igreja, liderança comunitária, CRAS, e outros), muitas vezes nem mesmo conhecendo os profissionais que trabalham no seu território. Na verdade, a dificuldade em estabelecer redes de atenção não era exclusiva dos profissionais de saúde. As demais instituições sociais também atuavam de maneira isolada e restrita a sua área de intervenção.

Assim, quando convocados os representantes dos diversos equipamentos sociais das comunidades para a pactuação da proposta de trabalho, muitos não compareceram às reuniões ou se mostraram resistentes em executar ações em conjunto. Na maioria das vezes, os possíveis parceiros se mostraram interessados no projeto, mas esperavam que o mesmo fosse executado pelo serviço de saúde e pela universidade, sem querer se implicar no processo. Como resultado, na maioria das escolas trabalhadas, houve apenas a concessão do espaço e do acesso aos adolescentes, não havendo nenhum profissional do serviço interessado em participar das rodas, nem mesmo através do desenvolvimento de alguma atividade escolar articulada com o projeto.

No caso do CRAS, ficou ainda evidente o interesse dos coordenadores do serviço em permitir o desenvolvimento das rodas, pois assim ampliariam as atividades que precisam diariamente oferecer aos adolescentes. Mesmo desta forma utilitária, foi possível estabelecer algum

tipo de comunicação entre os profissionais de saúde e demais atores sociais que operam no território. O processo, apesar de árduo, permitiu que os ACS passassem a desenvolver atividades dentro de outras instituições (escolas e CRAS), sendo reconhecidos e legitimados em seu trabalho. Assim, foi possível começar um processo de encontro entre as instituições e seus atores, com a proposição paulatina de novas modalidades de cuidado centradas em processos coletivos e dialógicos.

## Conclusão

É possível concluir que apesar das diversidades, foi possível obter a participação e/ou aceitação dos profissionais de saúde e a adesão dos adolescentes da comunidade para o desenvolvimento das rodas de conversas. Isto para um projeto que objetiva qualificar as ações de saúde sexual da atenção básica é muito importante. Além disso, deu-se o primeiro passo para formação de redes colaborativas no território.

Deste modo, o presente estudo, ao problematizar a implantação dessas ações, põe em destaque diversos desafios para gestores e profissionais de saúde. Estes precisam ser postos em pauta para que saídas, construídas no cotidiano das práticas de saúde e de forma colegiada, possam ser encontradas de forma criativa e solidária.

Por fim, a proposta metodológica da pesquisa-ação, que favorece o intercâmbio entre a extensão e a pesquisa, tem se mostrado uma importante ferramenta acadêmica no sentido de produzir conhecimento a partir do desenvolvimento de práticas sociais politicamente comprometidas. Esta experiência permitiu o contato das extensionistas com a realidade sanitária do município, desenvolvendo habilidades técnico-metodológicas no âmbito da articulação ensino-serviço, com compromisso social. Mesmo

diante de todas as dificuldades, as alunas se comprometeram a somar esforços para realizar as atividades programadas, concluí-las a tempo e com qualidade, possibilitando o fortalecimento do vínculo entre adolescentes e profissionais, bem como a manutenção das ações, mesmo após a finalização do projeto, dando sustentabilidade ao mesmo.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Lei nº 8069/90. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. BRASIL: Diário Oficial da União, 1990.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*, Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS* – 4. ed. – Brasília: 2008.
- BASTOS, S. F. M.; SAMPAIO, J. A Implantação dos NASF em Juazeiro-BA: Uma Experiência Coletiva. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 2009. No prelo.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2. p. 569-584, 2003.
- CAMPOS, G. W. de S. *Saúde paidéia*. Coleção Saúde e Debate. São Paulo: HUCITEC, 2003.
- CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, Gastão W. de S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007a. p. 51-80.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 23, p. 339-407, 2007b.
- CECCIM, R. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v. 9, n.16, p.161-77, set. 2004/fev. 2005
- CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da Família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: *Escola Politécnica de Saúde Joaquim*

Venâncio. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 157-181.

COSTA, S. M. S. Adolescência e AIDS na atualidade. In: \_\_\_\_\_. *Vivendo com AIDS e enfrentando a violência: a experiência das adolescentes*. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <[http://portaldesicic.fiocruz.br/transf.php?script=thes\\_chap&id=00002903&lng=pt&nrm=i](http://portaldesicic.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00002903&lng=pt&nrm=i)>. Acesso em: 4/3/2009.

LIMA, J. D. O despertar da sexualidade na Adolescência. In: PEREIRA, José Leonídio. *Sexualidade na adolescência no novo milênio*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Pró-reitoria de Extensão, 2007.

LUZ, M. T. *Novos Saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: HUCITEC, 2005.

MARTINS, P. H.; FONTES, B. *Redes Sociais e Saúde: Novas possibilidades teóricas*. Recife: Universitária, 2004, p. 103-140.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC; 2002

MERHY, E. E.; CECCIM, R. B. *A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização*. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/#indexados>>. Acesso em: 2/9/2009.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORIN, A. *Pesquisa-ação integral e sistêmica: uma antropologia renovada*. Rio de Janeiro: DP & A, 2004.

PAIVA, V. Sem mágicas soluções: a prevenção do HIV e da AIDS como um processo de emancipação psicossocial. Trabalho apresentado no 1. Seminário Prevenção à Aids – Limites e Possibilidades na Terceira Década, Fortaleza, 2001.

PAIVA, V. Sexualidade na saúde pública. *Psicologia Ciência e Profissão*, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 32-33, dez. 2006.

PARKER, R. *Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

RIBEIRO, K. S. Q. S. Redes sociais e educação popular: aproximação teórica e mudanças na prática de educação popular em saúde. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL PAULO FREIRE, 5., Recife, 19 a 22-setembro 2005. Disponível em: <[http://www.paulofreire.org.br/pdf/comunicacoes\\_orais/REDES%20SOCIAIS%20E%20EDUCA%3%87%3%83O%20POPULAR%20APROXIMA%3%87%3%83O%20TE%3%93RICA%20E%20MUDAN%3%87AS%20](http://www.paulofreire.org.br/pdf/comunicacoes_orais/REDES%20SOCIAIS%20E%20EDUCA%3%87%3%83O%20POPULAR%20APROXIMA%3%87%3%83O%20TE%3%93RICA%20E%20MUDAN%3%87AS%20)>

NA%20PR%3%81TICA%20DE%20EDUCA%3%87%3%83O%20POPULAR%20EM%20SA%3%9ADE.pdf>. Acesso em: 16/2/2009.

SAMPAIO, J. *Direitos sexuais e reprodutivos: repensando práticas de saúde*. Petrolina: 2007. Projeto de pesquisa financiado pelo CNPq.

SPINK, M. J. P.; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da psicologia social. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *Práticas Discursivas e Produção de Sentido no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 17-39.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B. Produção de Sentidos no Cotidiano: Uma Abordagem Teórico-Metodológica para Análise das Práticas Discursivas. In: Spink, M. J. P. (Org.). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999.

VALLA, V. V. *Redes Sociais, Poder e Saúde à Luz das Classes Populares numa Conjuntura de Crise*. 2000. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/ingles/revista7/ensaio3.pdf>>. Acesso em: 19/3/2009.

VILLELA, W. Prevenção do HIV/Aids, gênero e sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (Org.) *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999. p. 199-214.

Texto recebido em outubro de 2009.

Texto aprovado em maio de 2011.