

# **Título: FORMAÇÃO PROFISSIONAL, HUMANA E AS AÇÕES EDUCATIVAS MEDIADAS PELAS CONCEPÇÕES DE ADOLESCÊNCIA: os profissionais da**

Estratégia de Saúde da Família em questão

**Débora Cristina Fonseca – Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG)**

[dcfon@terra.com.br](mailto:dcfon@terra.com.br)

## Introdução

Este trabalho se propõe a refletir, a partir de pesquisa qualitativa (Fonseca, 2008) realizada com profissionais da Estratégia de Saúde da Família (médicos e enfermeiros), sobre o que significa, no cotidiano dos serviços das equipes de Saúde da Família, a atenção à saúde do adolescente, não só no aspecto da demanda, mas principalmente na forma como esses profissionais concebem a população denominada adolescente/jovem, suas necessidades de saúde e o que embasa, em termos de formação humana e profissional, a prática desses sujeitos e como têm concebido as ações educativas e preventivas voltadas à adolescência.

Na pesquisa de campo, foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, sendo realizadas individualmente com todos os profissionais médicos e enfermeiros que compõem as 12 equipes de Saúde da Família existentes no município pesquisado. Definimo-nos pela análise aprofundada de quatro entrevistas, sendo os sujeitos dois médicos (M5 e M6) e duas enfermeiras (Enf. C e Enf J). Foi realizada a leitura atenta de cada entrevista com o objetivo de levantar pré-indicadores e expressões significativas do discurso. Agrupamos os indicadores por núcleos de sentido, organizando-os de maneira que nos possibilitassem compreender a construção de sentidos pelos sujeitos. A metodologia de análise é detalhadamente descrita por Aguiar e Ozella (2006) e Fonseca (2008).

Neste artigo, nos deteremos na análise dos sentidos construídos pelos quatro profissionais sobre adolescência e os sentidos construídos sobre sua formação profissional.

## 1. Concepção de adolescência

O referencial teórico que respalda nossa reflexão sobre adolescência e sentidos construídos pelos profissionais de saúde é o da psicologia sócio-histórica, cuja base epistemológica se apóia no materialismo histórico dialético. Desta forma, a concepção de homem e de mundo que partilhamos passa pela negação de uma natureza humana e os entende como construídos, histórica e socialmente, nas condições concretas de existência. Assumimos como categoria de análise principal a compreensão de sentido no movimento dialético entre pensamento e linguagem, na perspectiva discutida por autores como Vigotski (2001;1984), Lúria (2001), Leontiev (1978) e Aguiar e Ozella (2008).

Assim, a adolescência é compreendida como um momento de um processo e, como tal, em construção, que pode ser diferente do que está sendo para o próprio adolescente e para uma sociedade. Dessa forma, é entendido como não natural, não-universal, mas produto do que se viveu, de sua história enquanto sujeito pertencente a um grupo social, a uma cultura, da qual recebe influência e sobre a qual age dialeticamente; não desenvolvimentista, pois cada sujeito o vivenciará de uma maneira, dependendo de suas interações sociais, do desenvolvimento de seus interesses, de suas necessidades e da significação que as mudanças biológicas têm ou tiveram; e não patológico, no sentido de que não vivenciar as mesmas coisas que outro adolescente, - por exemplo, a chamada crise da adolescência – não é patológico, podendo ser saudável, possibilitando que cada um seja sujeito de sua própria história, capaz de fazer suas escolhas dentro de suas possibilidades objetivas e subjetivas, desenvolvendo uma autoconsciência e autonomia diante do contexto. Essa compreensão não nega as mudanças biológicas ou conflitos identitários, mas os entende também como

históricos e significados socialmente. (Vigotski, 1984; Ozella, 2003; Gonçalves, 2005; Aguiar e Ozella, 2008)

Percebemos que a visão predominante na literatura (Aberastury e Nobel, 1989; Marcelli e Braconnier, 2007; Heidemann, 2006) e nas falas dos profissionais sobre adolescência é, ainda, naturalizada, universal e patológica. Em seus sentidos, demonstram o entendimento de uma natureza humana dividida por ciclos de vida (fases), pela qual todos passarão, independentemente da cultura e do grupo social a que pertencem, bem como desconsideram grandemente as condições concretas de existência de cada adolescente, como ilustra a fala de M6:

*(...) por uma questão até da vitalidade orgânica da idade, ele, do ponto-de-vista orgânico, ele é menos vulnerável às doenças tradicionais, ele já passou a geração da infância, a fase mais crítica ele já venceu. Se ele chegou à adolescência ele provou que a seleção natural foi boa, ele deve ter tido cuidados com relação a doenças de infância e tal. . Mas eu acho que nele, é a saúde mental, o emocional dele que muitas vezes não está bom(M6)*

No entanto, o sentido construído sobre adolescência e sobre o trabalho com essa população dentro da ESF traz sempre o elemento de mudança, um entendimento de que a área da saúde deve se responsabilizar pelo cuidado, na ótica da integralidade, com esses sujeitos. No movimento de construção de suas consciências e pensamentos, percebem o não-lugar do adolescente nos serviços de saúde e na formação profissional.

A forma pontual com que a adolescência tem sido foco no contexto da saúde e também da saúde da família foi outro destaque dos sujeitos, que avaliaram como pouco efetiva, indicando que a predominância do modelo médico-centrado e do tratamento medicamentoso não abre espaço para o adolescente buscar os serviços de saúde e, assim, perceber a Unidade de Saúde como referência, mesmo porque do ponto de vista biológico, não adoce facilmente. A dimensão emocional foi apontada como a que representaria doença, por ser onde se configura o conflito. Este, visto como inerente à fase adolescente e problema a ser tratado, evidencia e reforça a naturalização e patologização deste momento de vida.

## 2. Formação Profissional e Humana

Partindo do pressuposto de que a formação em nível de graduação, assim como todas as experiências vivenciadas pelos sujeitos no processo de internalização e simbolização contribuem para a construção do sentido de adolescência, buscamos entender como ela e a ESF foram abordadas durante a graduação dos profissionais de saúde.

A análise de discurso que busca captar os sentidos construídos pelos sujeitos em seu processo histórico precisa partir das palavras, dos significados partilhados socialmente, com vistas a apreender o movimento do pensamento, do desenvolvimento da consciência, da linguagem, adentrando mais no plano subjetivo, na unidade dos processos cognitivos, afetivos e biológicos (Aguiar e Ozella, 2006).

Os currículos de formação na área de saúde têm sofrido modificações nos últimos anos, como decorrência dos princípios do SUS e de novas políticas de saúde, como a ESF. Também como consequência de críticas de vários setores da sociedade, segundo as quais, muitas práticas de profissionais de saúde não eram capazes de atender alguns preceitos definidos pela Organização Mundial de Saúde, bem como princípios relacionados à garantia da dignidade e de respeito aos direitos humanos, da promoção de saúde, da atenção básica e de um olhar integral sobre o processo saúde-doença.

No entanto, esse processo é lento, mas, em alguns casos, uma nova perspectiva com foco no social e mudança de estratégias de ensino tem sido o caminho para mudanças na formação. É o caso do curso/faculdade em que Enf. C e o M5 se formaram, cuja metodologia se fundamenta na problematização de casos, tendo como base o método Problem Based

Learning (PBL) e cujo foco é voltado para saúde da família. Este método, bastante controverso, não será objeto de discussão neste artigo, sendo apresentado apenas como elemento diferencial na formação dos dois profissionais analisados.

Segundo a Enf C, desde o primeiro ano de graduação participava de projetos desenvolvidos em comunidades, teve conteúdos que trabalhavam a questão sociológica, controle social, relação social; portanto, sua graduação lhe possibilitou enxergar a linha do cuidado. Parece ter sido a formação a grande responsável pela compreensão do significado da ESF, e, conseqüentemente, pela identificação da enfermeira com esta perspectiva, através de sua história pessoal.

No processo de construção do sentido pessoal de ESF da enfermeira, pudemos evidenciar os princípios do cuidado, da integralidade e da equidade presentes e significados pelo recorte de sua experiência e história pessoal. Apoiando-nos em Bock e Gonçalves (2005) podemos afirmar que a subjetividade da Enf. C é uma configuração construída a partir de suas experiências, de seus registros simbólicos e emocionais.

O mesmo não ocorre em relação à adolescência, cujo embasamento foi muito superficial. Entende que lhe faltou oportunidade de reflexão sobre a prática com adolescentes, como ilustra o trecho a seguir:

*A faculdade não deu muito embasamento, eu que criei meus próprios meios de entender adolescência (...)Mas na verdade eu não aprendi muito na residência e também na faculdade (...) Eu falei: "Então eu vou estudar a necessidade de saúde do adolescente, fazer um projeto numa equipe para eu... meio que aprender". E eu vi que não tinha, não tinha e... até os professores que trabalhavam com essa área não... não tinham(Enf C).*

Sua vivência de formação não implicou em necessidades de compreensão da adolescência para além daquelas que já trazia de sua história pessoal. Assim, a falta de oportunidades de reflexão sobre adolescência foi também decorrente do método de ensino adotado que não propiciou esta reflexão. Na análise de seu discurso, podemos captar um sentido construído sobre parâmetros naturais, universais e patológicos. Ela utiliza a expressão "vem do berço", para indicar o sentido construído sobre o como o adolescente lida com seus conflitos. Também patologiza, colocando como inerente ao adolescente o conflito e a crise de identidade.

Construiu um sentido de que a formação preparou para o trabalho na ESF, possibilitando o contato com a realidade e o estudo de casos, muito relacionados à realidade das USF. Porém, quanto à adolescência, aponta o não-lugar, indicando o tratamento superficial do tema, a inexistência da discussão, em qualquer momento do curso, sobre a adolescência em si e sobre como, metodologicamente, intervir nessa população, e conseqüentemente sua omissão no trabalho com esta população: "... hoje eu não trabalho muito porque é nesse momento que eu estou em conflito, mesmo, como trabalhar com adolescente porque eu não tenho isso muito estruturado. E aí eu falo: "Como eu posso dar para o outro o que eu não tenho?"

A Enf. J, em vários momentos de sua fala, se refere à formação na graduação, sempre apontando problemas, principalmente por considerar que esta ainda estava muito voltada para a prática hospitalar. Mas, em outros momentos, ressalta que esta mesma faculdade lhe deu a oportunidade de conhecer a ESF e poder direcionar toda a sua formação.

A consciência crítica parece ter sido um dos pontos trabalhados em sua formação, pois reflete uma análise auto-centrada ao mesmo tempo que aponta lacunas, observa as possibilidades que esse mesmo espaço pode proporcionar, como a busca pela ESF.

Quanto à adolescência, seu discurso é enfático sobre o não-lugar dele na formação, como evidencia sua fala: "E aí a gente ia para o hospital. Não tinha aquela coisa de ir onde você encontra o adolescente, o adolescente na escola. Pouco adolescente está internado". Este não lugar da adolescência na formação do enfermeiro, apontado por Enf J, foi também evidenciado em alguns outros

estudos (Peres e Rosenberg, 1998; Ferrari et al., 2006). Quando tratado, está na ótica do controle e da normatização da sexualidade (Carvalho et al, 2001).

Para a Enf J a formação, despreocupada com a adolescência, negada enquanto demanda da saúde a ser compreendida, reforça e encontra respaldo nos serviços de saúde: já que o profissional não sabe lidar com esta população, ela também não chega até as Unidades de Saúde, ou, quando chega, é tratada segundo concepções pessoais decorrentes da história de vida do profissional, tanto pessoal quanto de trabalho.

Este contexto indica que não existe espaço para a reflexão, planejamento, ação e avaliação de propostas voltadas à adolescência, na formação (graduação, residência e especialização) e nem na formação em serviço, nas experiências que não vão além do atendimento clínico (clínica médica tradicional).

O M6, ao falar de sua graduação, traz como ponto fundamental a compreensão de que esta foi muito ruim no que se refere à formação humana, dada a fragmentação e desvalorização do que era emocional. Compreende que sua graduação não o preparou para o trabalho nem com adolescentes e, menos ainda, para compreender o contexto de vida do paciente como é necessário na ESF. Podemos perceber que para M6, sua formação foi muito técnica e médico-centrada: aprendia-se a tratar o órgão doente e não pessoas. Entretanto, nos indica que foi recuperando o lado humano em sua história de vida pessoal e profissional, como demonstra o trecho a seguir:

*"(...) o professor me chamava, chamava o grupo de colegas e dizia assim: "Olha, eu quero mostrar para vocês lá na enfermaria 5 um fígado". "Ah, está bem". Então dava a impressão de que nós iríamos lá e íamos encontrar um fígado em cima da mesa, tamanha a fragmentação do paciente que se tinha minha formação posso dizer que foi no sentido, mesmo, da Medicina Curativa(...)Depois com o tempo(...), a aproximação de novo com a Academia, (...) o convívio com os professores, isso foi resgatando em mim aquele antigo amor pela outra forma que era o ideal de antes da faculdade. (M6)*

Na história de M6, sua formação profissional pouco contribuiu para uma perspectiva de trabalho voltado para a comunidade, para a compreensão do humano de forma integral e humanizada, e, novamente evidenciamos o não-lugar da adolescência na formação e nos espaços por onde ele passou e, atualmente, na saúde da família. No entanto, o curso de especialização parece ter contribuído para algumas transformações ocorridas com ele, fundamentalmente, quanto ao cuidado em saúde e práticas humanizadas.

O M5, ao pensar sobre a adolescência e sua formação, elenca algumas observações sobre os currículos tradicionais, afirmando que, nestes, a adolescência era tratada como doença, ou que a ênfase está na doença e não nas pessoas, como ilustra seu trecho de fala:

*(...) no meu currículo médico que eu fiz, que era mais moderninho não tinha, muito menos nas tradicionais! Nas tradicionais é doença, doença, doença! (...) Então na verdade, eu desconheço que exista um trabalho, assim, que realmente deu certo, com adolescente. Se tiver, você me avisa, que eu quero conhecer.(M5)*

Se observarmos as afirmações de M5, podemos constatar sua capacidade crítica de análise da realidade, uma construção de mundo que supera o aparente, a formação de sua consciência e de seus pensamentos, materializados em palavras, que nos permitem compreender como entende o mundo, a realidade, a área de saúde, a prática médica e a adolescência. Também nos permite evidenciar um processo, uma construção em constante mudança, mediada pela linguagem, pelo vivido, pelo experienciado.

Quanto à adolescência, percebemos em suas falas, que ele não foge à responsabilidade pela população adolescente, mas, de certa forma, nega sua urgência considerando que existem "problemas de maior grandeza... as patologias crônicas, a hipertensão diabética... que causa comprometimento,

*seqüelas e morte*”, e por isso, devem ser priorizados, cabendo atenção ao adolescente só depois de “colocar a casa em ordem”. Ao mesmo tempo em que aponta a necessidade de os serviços assumirem o papel de formação, o que parece já tê-lo afetado emocionalmente para a ação.

Quanto a sua formação profissional, M5 considera que foi melhor que muitos cursos, com o foco nas pessoas e não na doença, o que contribuiu para a construção de um olhar integral e uma prática humanizada próprias do trabalho do médico. Porém, quanto à adolescência, aponta a ausência quase total no currículo e no estudo de casos; o pouco que a formação lhe possibilitou estudar sobre adolescência foram casos discutidos no papel. Assim, aponta um círculo vicioso, presente no modelo de ensino que adota o método de problematização (PBL), pois o adolescente não chega até a unidade com questões maiores que problemas de saúde pontuais, os alunos não têm acesso a estes casos, não gerando a necessidade de discussão na formação. Portanto, o adolescente não é priorizado nos serviços de saúde, na política e nem na formação.

### 3. Considerações Finais

Evidenciamos que os sentidos construídos pelos profissionais sobre adolescência são mediados por uma concepção hegemônica, caracterizada como naturalizante, universal e patológica. Verificamos a dificuldade de trabalho com esta população e a invisibilidade dos sujeitos adolescentes no contexto da saúde, que ratifica o seu não-lugar também na formação profissional. Por outro lado, os profissionais reconhecem a necessidade de superação do modelo dominante. Entretanto, apresentaram dificuldades de vislumbrar caminhos de modificação de suas práticas, principalmente quando questionados sobre atividades educativas/preventivas, apontando as lacunas em sua formação humana e profissional para trabalhar com a população adolescente.

Percebemos que existem coerências e contradições, no como os profissionais pensam a ESF e como concebem o trabalho com adolescentes. Captamos, assim, um movimento dialético na relação entre pensamento e linguagem (Vigotski, 2001a), contribuindo para um fazer cotidiano em relação à adolescência articulado com sua concepção de sujeito adolescente. O sentido de saúde, de ESF e de adolescência construídos pelos profissionais parece colocar as necessidades de saúde do adolescente como importantes e fundamentais no trabalho cotidiano das equipes de Saúde da Família.

Os profissionais apontam a necessidade de capacitação e treinamento, para ajudá-los a pensar estratégias metodológicas para o trabalho com adolescentes. Muitos relatam que o adolescente não vem à unidade (não tem problemas de saúde) e não aderem ao grupo. De certa forma, culpabilizam-no pelo fracasso de algumas tentativas de trabalho com este público.

No entanto, é preciso refletir e compreender que nenhuma metodologia, por si só, será capaz de superar problemas de fundo mais conceitual, por exemplo, o sentido que a adolescência tem para cada um. Este é um grande norteador da prática cotidiana, e, como pudemos constatar nas entrevistas analisadas, existe uma tentativa de olhar o adolescente no contexto, mas o sentido ainda está muito preso a uma compreensão de fase de desenvolvimento natural, universal e, em muitos momentos, patológica, não se entendendo que várias situações que envolvem o adolescente poderiam ocorrer em qualquer momento da vida do ser humano. Não compreendem que as sociedades constroem seus modelos de comportamento, sendo o modelo de adolescência predominantemente pautado no conflito, insegurança e rebeldia.

Se o olhar sobre a adolescência fosse reconstruído, na perspectiva de que o modo de ser adolescente é resultante da cultura e do grupo social em que cada um está inserido, sendo sua história de vida e de simbolização a responsável por novas formas de se comportar,

provavelmente os profissionais se sentiriam mais capazes de intervir no processo. Compreendendo a adolescência como uma construção social, que pode ser experienciada e significada de maneiras diferentes, como o momento em que ocorrem mudanças revolucionárias nos interesses e o desenvolvimento da autoconsciência (Vigotski, 1984), os processos educativos passariam a ter papel fundamental nas ações em saúde, podendo de fato ser pensados na perspectiva da integralidade e do cuidado, como proposto por Ayres (2007).

Avaliamos que precisam ser criadas possibilidades aos profissionais de saúde de repensarem suas concepções, a partir do lugar que ocupam no mundo do trabalho, de modo que considerem múltiplas variáveis no entendimento da adolescência.

Essa necessidade de repensar os sentidos construídos para a adolescência torna-se cada vez mais urgente, por dois motivos fundamentais. Primeiro pelo fato de que a formação profissional ainda não consegue redimensionar seus currículos de maneira a possibilitar aos alunos acesso a conhecimentos (teórico e práticos) sobre adolescência que superem a dimensão biológica, mesmo naqueles cursos cuja metodologia adotada tem como princípio a problematização. Segundo, com a aprovação da Política Nacional de Saúde do Adolescente, a atenção básica e a ESF passam a ter a responsabilidade de desenvolver ações integrais de saúde voltadas a adolescentes e jovens.

### **Referências Bibliográficas**

ABERASTURY, A; KNOBEL, M. *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artes médicas, 1989.

AGUIAR, W.M.J.; OZELLA, S. (2008) Desmistificando a concepção de adolescência. São Paulo. *Cadernos de Pesquisa*. Jan/abr. v.38,n.133. p.97-124.

\_\_\_\_\_; OZELLA, S. (2006) Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. *Psicol. Cienc. Prof.*, jun.2006, vol.26, no.2, p.222-245.

AYRES, J.R.C.M. (2007) Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. de. (orgs.) *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO. p. 127-144.

BOCK, A. M.B.; GONÇALVES, M.G.M. (2005) Subjetividade: o sujeito e a dimensão subjetiva dos fatos. In: González Rey., F. (org.) *Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning. p. 109-126.

CARVALHO A.J.L.; DETSI, M.I. Sexualidade e Adolescência: discurso e prática nas instituições de saúde. In: VALE, J.R.A. (org.) (2001) *Nas pegadas da juventude: estudos e pesquisas sobre adolescentes no Ceará*. Fortaleza: Abreu Vale, p. 189-197.

FERRARI, R.A.P.; THONSON, Z.; MELCHIOR, R. (2006) Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(11) p.2491-2495.

FONSECA, D.C. (2008) *Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a construção de sentidos sobre adolescência*. Tese (Doutorado) - Programa de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

GONÇALVES, M.G.M. (2005) O método de pesquisa materialista histórico e dialético. In: ABRANTES, A; MARTINS, S.T.F.; SILVA, N.R.(orgs.) *Método histórico-social na psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes. P.86-104.

HEIDEMANN, M. (2006) *Adolescência e Saúde: uma visão preventiva para profissionais de saúde e educação*. Petrópolis, RJ: Vozes.

LEONTIEV, A.N.(1978) *Actividad, consciencia y personalidad*. Buenos Aires, Ciências Del Hombre, 1978.

LURIA A.R. (2001) *Pensamento e Linguagem: as últimas conferências de Luria*. Porto Alegre: Artes Médicas. 2ª. Reimpressão.

MARCELLI, D; BRACONNIER,A. (2007) *Adolescência e Psicopatologia*. Porto Alegre: Artmed, 6ª. Ed.

OZELLA, S.(2003) A adolescência e os psicólogos: a concepção e a prática dos profissionais. In: OZELLA, S. (org.) *Adolescências Construídas: a visão da psicologia sócio-histórica*. São Paulo: Cortez. 17-40.

PERES, F; ROSENBERG, C.P.(1998) Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. *Saúde e Sociedade*, 7(1),53-86.

VIGOTSKI, L.S.(1984) *Obras Escogidas IV. Psicologia Infantil*. Editorial Pedagógica, Moscú. 2ª. Ed.

\_\_\_\_\_. (2001) *A construção do pensamento e da linguagem*. Trad. Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes.