

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ESTRATÉGIA NA PROFILAXIA DE DSTs ENTRE AS TRABALHADORAS DO SEXO DE UMA ZONA DE MERETRÍCIO

Permanent Education in Health: strategy of prophylaxis of DSTs enter the workers of the sex of a prostitution zone

SOUZA, Joana Paula de¹
TESSMANN, Mágada²
CERETTA, Luciane Bisaginin³
FELTRIM, José Otávio⁴
CORREA, Sônia⁵
BIALESKI, Andréia⁶

RESUMO

Este estudo objetivou analisar se e como ocorre a profilaxia de DSTs entre as trabalhadoras do sexo de uma zona de meretrício de um município da Região Sul do Estado de Santa Catarina; quais seus conhecimentos em relação às DSTs e como é a atuação da Estratégia em Saúde da Família – ESF, do bairro em que a zona se localiza. Apresentamos a Educação Permanente em Saúde como estratégia de aprendizagem para as trabalhadoras e a possibilidade de acesso a orientações e melhoria da qualidade de vida. O estudo optou pelo método qualitativo, descritivo e exploratório e, como procedimento para a coleta de dados, a entrevista semiestruturada, anotações em caderneta de campo e observação. A pesquisa foi realizada com nove trabalhadoras do sexo; duas gerentes de casas e um enfermeiro. O estudo revela que há grande déficit no conhecimento das trabalhadoras do sexo quanto à profilaxia das DSTs, ocorre de forma velada o uso de drogas lícitas oferecidas pelos usuários dos serviços e a profilaxia de fato ocorre de forma parcial, expondo assim estas trabalhadoras a riscos desnecessários. A ESF atua com estas profissionais apenas oferecendo métodos de barreira e realização de exame preventivo de câncer ginecológico, de mama e exames diagnósticos de outras doenças, no caso, sexualmente transmissíveis. Percebemos que a Educação Permanente em Saúde oferecida pela equipe da ESF, responsável pela área onde se localiza a zona de meretrício, permanece no âmbito do discurso e pouco desenvolvida na prática.

Palavras-chave: Trabalhadoras do sexo; Educação Permanente em Saúde; Direito à saúde.

ABSTRACT

This study it objectified to analyze if and as the Prophylaxis of DSTs occurs, it enters the workers of the sex of a zone of prostitution of the one city of the South Region of the State of SC; which its knowledge in relation to the DSTs

¹ Assistente de Enfermagem.

² Docente e Coordenadora Adjunta - Curso de Enfermagem da Unesc. E-mail: mts@unesc.net.

³ Docente e Coordenadora - Curso de Enfermagem da Unesc.

⁴ Docente do Curso de Enfermagem da Unesc.

⁵ Docente do Curso de Enfermagem da Unesc.

⁶ Docente do Curso de Enfermagem da Unesc.

and as it is the performance of the ESF of the quarter where the zone be situated with regard to these workers. We present the permanent education in health, as strategy of learning for the workers and the possibility of access the guidance and better of the quality of life. The study it opted to the qualitative, descriptive and exploratório method and as procedure for the collection of data, the half-structuralized interview, notations in field passbook and comment. The research was carried through with nine workers of the sex; two controlling of houses and a nurse. The study it discloses that it has great deficit in the knowledge of the workers of the sex how much the Prophylaxis of the DSTs, occurs of guarded form the use of allowed drugs offered by the users of the services and the prophylaxis in fact occurs of partial form, thus displaying these workers the unnecessary risks. The ESF only acts with these professionals offering to methods of barrier and accomplishment of preventive examination of gynecological cancer, of breasts and disgnostic examinations of other illnesses, in the case, sexually transmissible. We perceive that the permanent Education in health offered for the team of the responsible ESF for the area where if locates the prostitution zone remains in the scope of the speech and little developed in the practical one.

Keywords: Workers of the sex; Permanent education in health; Right the health.

INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde tem se demonstrado uma preciosa ferramenta para a mudança de pensamento e de atitudes na área da saúde. Objetivamos com este estudo revelar se é realizada a profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis e como é realizada, por trabalhadoras do sexo, em casas de prostituição na zona do meretrício, de uma cidade do Sul do Estado de Santa Catarina.

Somente conhecendo a realidade, é que poderemos ter noção se estas trabalhadoras do sexo estão conscientes dos perigos que correm, das doenças que estão sujeitas a portarem, dos métodos existentes para prevenção das DST's e forma adequada de uso. Enfim, para sabermos se a educação informal está sendo oferecida a estas pessoas, se estão sendo assistidas no que diz respeito à saúde, sendo este direito de todo cidadão e sendo uma das funções da Estratégia em Saúde da Família – ESF, dentro do Sistema Único de Saúde – SUS, é necessário conhecer a realidade.

As trabalhadoras do sexo, como os drogaditos, larápios e outros, são consideradas ainda escória da sociedade (não no discurso, e sim na prática), o que as mantém a certa distância das comunidades, assim este estudo torna-se relevante, no sentindo em que a partir dos resultados obtidos, podemos identificar equívocos de informações e, dentro disso, planejar ações com possibilidade de melhorar as condições de saúde e vida das trabalhadoras do sexo e de seus clientes, observando e respeitando as crenças individuais e da coletividade, necessidades, e, acima de tudo, vendo o ser humano como um todo. É assim que a enfermagem e demais categorias da saúde deveriam trabalhar, vencendo preconceitos e priorizando o ser humano e sua saúde na totalidade de seus direitos.

Entendemos que apesar de existirem grandes campanhas informativas sobre a necessidade do uso de métodos de barreira como possibilidade de profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis, deflagrada tanto pelo Ministério da Saúde quanto por Organizações Não Governamentais (ONGs), é observado que as trabalhadoras do sexo ainda se expõem às doenças por não utilizarem esses métodos. Assim, elencamos como questão norteadora desta pesquisa: Ocorre a profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis entre as trabalhadoras do sexo da zona de meretrício? Se ocorre, como acontece?

Trabalhamos com os pressupostos: são utilizados os métodos preservativos, como normas da casa de prostituição; não é realizada nenhuma forma de profilaxia por parte das trabalhadoras do sexo da zona de meretrício, por falta de materiais como os preservativos, feminino e masculino; não é realizada nenhuma forma de profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), por parte das trabalhadoras do sexo, da zona de meretrício, por desconhecimento sobre as DSTs e métodos de prevenção; são utilizados métodos profiláticos, em alguns casos, e não são utilizados com clientes que paguem um valor acima do estipulado como forma de compensação; são utilizados os métodos profiláticos que estão disponíveis na unidade de saúde Estratégia de Saúde da Família; a Estratégia de Saúde da Família não atua na Educação Permanente em Saúde na zona de meretrício por desconhecer o tema; a Estratégia de Saúde da Família não atua na zona de meretrício com Educação permanente em Saúde por medo da violência; a Estratégia de Saúde da Família atua na zona de meretrício apenas para coleta de exames preventivos de colo de útero.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A criação e a implantação gradativa do Sistema Único de Saúde (SUS) podem vir a serem consideradas como uma das reformas sociais mais importantes realizadas pelo Brasil na última década do século 20 e nos primeiros anos do século atual.

De acordo com Souza (2002), antes da criação do SUS, em 1988, o acesso gratuito aos serviços de saúde não era universal. O atendimento gratuito era feito em alguns hospitais estatais e universitários, em instituições filantrópicas ou nos postos e hospitais de institutos de previdência para seus associados. A atenção primária em centros e unidades básicas de saúde também não era generalizada, ampliando-se a partir dos anos 80.

Souza (2002) ainda salienta que, em 1988, a nova Constituição universalizou o direito ao acesso gratuito. Para garanti-lo, o Estado foi incumbido não apenas da regulamentação, fiscalização e planejamento das ações e serviços de saúde, mas também da prestação dos serviços que se revelassem necessários por órgãos federais, estaduais e municipais, de administração direta ou indireta; por fundações mantidas pelo Poder Público; por entidades filantrópicas; e pela contratação, em caráter complementar, de clínicas, laboratórios e hospitais privados.

No entanto, segundo Nunes (2001), o SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. Conforme o Ministério da Saúde, esse sistema foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas

Leis nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90 com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

As ações e serviços de saúde financiados pelo Poder Público passaram, então, a integrar um sistema único, regionalizado, hierarquizado e organizado segundo algumas diretrizes básicas: atendimento universal e integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; descentralização, com direção única em cada esfera de governo; participação e controle da sociedade, o que deveria ocorrer através das Conferências e dos Conselhos de Saúde, com a participação de representantes dos governos, dos profissionais de Saúde, dos usuários e dos prestadores de serviços.

O Ministério da Saúde salienta que os princípios da universalidade, integralidade e equidade são chamados de princípios ideológicos ou doutrinários, e os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização de princípios organizacionais:

a) UNIVERSALIDADE: "a saúde é um direito de todos", como afirma a Constituição Federal. Naturalmente, entende-se que o Estado tem a obrigação de prover atenção à saúde, ou seja, é impossível tornar todos sadios por força de lei.

b) INTEGRALIDADE: a atenção à saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos; tanto os individuais quanto os coletivos. Em outras palavras, as necessidades de saúde das pessoas (ou de grupos) devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria.

c) EQUIDADE: todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde; como, no entanto, o Brasil contém disparidades sociais e regionais, as necessidades de saúde variam. Por isso, enquanto a Lei Orgânica fala em igualdade, tanto o meio acadêmico quanto o político consideram mais importante lutar pela equidade do SUS.

d) PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE: o controle social, como também é chamado esse princípio, foi melhor regulado pela Lei nº 8.142. Os usuários participam da gestão do SUS através das Conferências de Saúde, que ocorrem a cada quatro anos em todos os níveis, e através dos Conselhos de saúde, que são órgãos colegiados também em todos os níveis. Nos Conselhos de Saúde ocorre a chamada paridade: enquanto os usuários têm metade das vagas, o governo tem um quarto e os trabalhadores outro quarto.

e) DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA: o SUS existe em três níveis, também chamados de esferas: nacional, estadual e municipal, cada um com comando único e atribuições próprias. Os municípios têm assumido papel cada vez mais importante na prestação e no gerenciamento dos serviços de saúde; as transferências passaram a ser "fundo a fundo", ou seja, baseadas em sua população e no tipo de serviço oferecido, e não no número de atendimentos.

f) HIERARQUIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO (BRASIL, 2000): os serviços de saúde, segundo o Ministério da Saúde, são divididos em níveis de

complexidade; o nível primário deve ser oferecido diretamente à população, enquanto os outros devem ser utilizados apenas quando necessário. Quanto mais bem estruturado for o fluxo de referência e contrarreferência entre os serviços de saúde, melhor a eficiência e eficácia dos mesmos. Cada serviço de saúde tem uma área de abrangência, ou seja, é responsável pela saúde de uma parte da população. Os serviços de maior complexidade são menos numerosos e por isso mesmo sua área de abrangência é mais ampla, abrangência a área de vários serviços de menor complexidade. Ser eficiente e eficaz, produzindo resultados com qualidades (BRASIL, 2000).

De acordo do Bertone (2002), a Lei Orgânica da Saúde estabelece ainda os seguintes princípios:

- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

O SUS é um sistema composto por uma rede de atendimentos que abrange todo cidadão e facilita a aproximação das pessoas, por mais longe que morem, a ter acesso a um serviço de saúde. Segundo Ministério do Brasil:

O Sistema Único de Saúde constitui-se de um modelo oficial público de atenção à saúde em todo o país, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único a garantir assistência integral e totalmente gratuita para a totalidade da população (BERTONE, 2002, p.23).

O sistema trata de atender aos direitos de todo cidadão brasileiro, no que diz respeito ao atendimento em saúde, na prevenção e tratamento de doenças, sem cobranças, pois o SUS é financiado com recursos arrecadados através de impostos que o cidadão pagou. Entretanto, paga de fato por seu atendimento, porém indiretamente.

O SUS está definido na Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990—Lei Orgânica da Saúde como:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações

mantidas pelo Poder Público, incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde", garantida, também, a participação complementar da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde.

E para que este evento ocorresse de uma forma completa, o governo precisaria de todos os âmbitos do governo, ou seja, do Governo Federal, Estadual e Municipal. Depois do SUS, como forma de abranger a todo o cidadão, permitindo-lhe acesso à saúde mais próximo de sua casa, foram implantadas os antigos PSF (Programas de Saúde da Família); hoje, Estratégias de Saúde da Família (ESF).

A origem das ESF, segundo Starfield (2002, p. 24):

Está na decisão, do Ministério da Saúde, em 1991, de implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como medida de enfrentamento dos graves índices de morbimortalidade materna e infantil na Região Nordeste do país. O PACS pode ser considerado o antecessor do PSF por alguns de seus elementos que tiveram um papel central na construção do novo programa. Entre elas, enumeramos o enfoque na família, não no indivíduo, e o agir preventivo sobre a demanda, constituindo-se num instrumento de organização da mesma.

De certo modo, o que se percebeu é que houve a adoção de uma prática não reducionista sobre a saúde, evitando ter como eixo apenas a intervenção médica e buscando a integração de fato com a comunidade.

Ressalta Starfield (2002, p. 24) que

o reconhecimento da crise do modelo anterior suscitou a necessidade emergencial de uma nova estratégia estruturante, contemplando a incorporação de recursos humanos e tecnologias contextualizadas nas novas práticas.

Com esse propósito, iniciou-se a formulação das diretrizes do PSF, lançado em março de 1994. Já à época, ele foi apresentado como a estratégia capaz de provocar mudanças no modelo assistencial, ao romper com o comportamento passivo das Unidades Básicas de Saúde e estender suas ações junto à comunidade.

O PSF iniciou-se no Brasil, conforme Ministério da Saúde

como estratégia no ano de 1994, por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância /UNICEF. A estratégia mostra que oferecer às famílias serviços de saúde preventiva e curativa, em suas próprias comunidades, resulta em melhorias importantes nas condições de saúde da população.

Ao meu ver o PSF veio como resposta às necessidades de uma atenção integral desenvolvida por equipe multiprofissional, ao indivíduo e à comunidade, com intensa participação da comunidade".³

Para Sala (1993, p. 46),

as unidades de Saúde da Família passariam a atuar com equipes multiprofissionais, compostas, minimamente, por um médico, uma enfermeira, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Assim, se assumia o desafio do trabalho em equipe multidisciplinar, com responsabilidade sobre um território onde vivem, em média, mil famílias. As definições de responsabilidade territorial e de adscrição de famílias (introduzidas no PACs e ampliadas no PSF) conferiam ao programa uma característica especial: a potencialidade para resgatar os vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os serviços de saúde, os profissionais e a população.

Dessa maneira, tendo uma equipe que atende a somente uma comunidade, cria-se um vínculo entre a equipe de saúde a população, melhorando assim o atendimento e sua abrangência.

A educação pode entrar de maneira inclusa na equipe, ou com a comunidade. Sendo ela continuada, na qual o assunto é escolhido pelo palestrante, ou orientador, ou educação permanente, que tem por função trabalhar a informação a partir das necessidades das pessoas, ou seja, a equipe, ou a comunidade é quem escolhe o tema que lhe interessa no momento.

De acordo com Ferreira (2001, p.186), conhecimento significa “ato ou efeito de conhecer” e/ou “informação ou noção adquirida pelo estudo ou pela experiência”.

Quanto à função da informação, segundo Freire (1996, p.34), é “educar politicamente quem não tem o conhecimento, rompendo com a ideologia dominante e explicar a importância de uma reflexão sobre a realidade”.

Portanto, aquisição de conhecimento é um processo interno que consiste em mudanças permanentes, levando o indivíduo a agir de forma diferente em diversas situações.

Se denominarmos "conhecimento" apenas como o conjunto de dados e relações que um homem carrega consigo e tem a sua pronta disposição num dado momento da sua existência, o conhecimento será não apenas drasticamente limitado, mas uniforme e flutuante. Por isso, incluímos nessa noção o conjunto mais amplo das informações registradas e disseminadas no seu meio social, sem as quais ele pouco poderia fazer por seus próprios recursos.

Mas, esse conjunto de informações, por sua vez, subentende a existência do meio físico, isto é, não somente dos materiais onde se imprimem essas informações, mas também do mundo de "objetos" a que eles se referem e com os quais se relacionam de algum modo.

Segundo Morin (2001, p.14), “é necessário introduzir e desenvolver na educação o estudo das características cerebrais, mentais, culturais dos conhecimentos humanos, de seus processos e modalidades, das disposições tanto psíquicas quanto culturais que o conduzem ao erro ou à ilusão”.

Morin (2001, p. 14) ainda ressalta que:

A supremacia do conhecimento fragmentado de acordo com as disciplinas impede frequentemente de operar o vínculo entre as partes e a totalidade, e deve ser substituída por um modo de conhecimento capaz de apreender, em seu contexto, sua complexidade, seu conjunto.

Um dos maiores desafios que os profissionais da saúde têm hoje é atender às necessidades de educação para saúde da população. A esse respeito, tais profissionais têm que enfatizar o seu papel de educador numa relação de sujeito x sujeito, o que garante o exercício de sua cidadania.

Educação para saúde é um componente essencial para o cuidado, e é direcionada tanto para a promoção, manutenção e restauração da saúde, como também para a prevenção da doença.

De acordo com Vasconcelos (1991, p.20),

para muitos, educar para a saúde é levar para a população a compreensão e as soluções corretas que os profissionais conscientes, politizados e conhecedores da ciência. É conscientizar o povo que ainda não se conscientizou. No entanto, quanto mais estudamos a realidade de vida da população, mais percebemos como o saber popular, antes de ser um saber atrasado, é um saber bastante elaborado, com riscos estratégicos de sobrevivência e com grande capacidade de explicar parte da realidade.

Oferecer educação em saúde é uma responsabilidade para a administração pública e para os profissionais de saúde. Orientar a população sobre saúde é uma atitude nobre devido ao resultado positivo que isso traz.

Educar exige reconhecimento de alguns saberes para que a educação seja produtiva e construtiva, ou seja, exige interação entre educador e educando; respeito aos saberes dos educadores; ética; aceitação do novo; exige reflexão crítica do educando sobre a prática de ontem e de hoje para melhorar a próxima prática; exige reconhecimento da cultura do educando; humildade; alegria e esperança; apreensão da realidade; reconhecimento de que a mudança é possível.

Diante disso, Freire (1996, p. 25) afirma que, “ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar possibilidade para a sua produção ou a sua construção”.

Portanto, os profissionais da saúde devem buscar ativamente a identificação dos problemas de saúde em vários cenários comunitários, como a cultura, crenças e valores.

Diante dos problemas, ou de futuros problemas, o profissional deve utilizar meios que possibilitem a tomada de consciência das pessoas no sentido de admitirem atitudes que contribuam para a prevenção, manutenção ou recuperação da saúde.

Para Scotney (1981, p.95-96), “se conseguirmos organizar a educação em saúde de forma a atingir um grupo ou um indivíduo, podemos esperar um progresso mais rápido na educação da comunidade”.

É nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que a educação em saúde ganha força, uma vez que as atividades desenvolvidas neste cenário incluem o conhecimento da realidade, a criação de vínculos e a troca de conhecimentos e práticas.

Segundo Smeltzer e Bare (1999, p.35), “a meta da educação em saúde é ensinar as pessoas a viverem a vida da forma mais saudável, isto é, lutar para adquirir o potencial de saúde máximo possível”.

Para que profissionais da saúde sejam educadores para a saúde, é necessário que estejam preparados e com muita disposição para atuar como educadores no dia a dia nas Unidades Básicas de Saúde e nas comunidades.

Assim, a educação em saúde no PSF é de extrema importância, pois através dessa, o profissional pode desempenhar alta produtividade na prevenção, promoção e recuperação da saúde, promovendo, por um lado, o senso de identidade, dignidade e responsabilidade e, por outro, a solidariedade através das esperanças da população e das políticas de saúde.

Ao educar, o profissional da saúde encoraja e apoia as pessoas e grupos sociais a assumirem maior controle sobre sua saúde por meio de

desenvolvimento de ações educativas tecnicamente competentes e apropriadas à sociedade.

Segundo Freire (1997, p. 21),

a transmissão do conhecimento técnico-científico não pode ser entendida como uma benesse assistencial ou ato de favor dos detentores tanto do poder como do conhecimento. As pessoas devem ter acesso fácil, oportuno e compreensível a dados e informações de qualidade sobre sua saúde e sobre as condições de vida de sua comunidade, cidade, município, estado ou país. Os dados e informações devem ser claros, precisos e fidedignos, e ser transmitidos de maneira adequada através de sistemas visuais e auditivos que mobilizem a atenção e motivem sua utilização.

A educação em saúde, portanto, deve ser contínua e flexível, formulada para atingir os objetivos propostos, mas deve estar aberta a mudanças quando se observa que o planejamento em uso apresenta propostas ineficazes em proporcionar saúde às pessoas.

Para educar, devem-se aplicar conhecimentos teóricos à prática cotidiana com pensamento integral do cuidado humano, transmitindo informações de forma clara em linguagem comum.

Enquanto educa, cabe ao profissional da saúde, primeiramente, ouvir os educandos e depois obter uma conversa livre e aberta, deixando-os seguros e livres para expressar seus sentimentos, produzindo maior efeito sobre a qualidade educativa.

Ao profissional cabe valorizar o saber popular, dialogar, observar as pessoas e seu ambiente sem impor críticas. Compreensão, carinho e paciência são características fundamentais que o mesmo apresenta para educar na Unidade de Saúde, em domicílio ou comunidade.

Freire (1997, p.29) diz que “não há educação sem amor. O amor implica luta contra o egoísmo. Quem não é capaz de amar os seres inacabados não pode educar. Não há educação imposta, ou não há amor imposto. Quem não ama não compreende o próximo, não o respeita”.

Mas, para que a educação provoque mudanças em relação à saúde das trabalhadoras do sexo e seus respectivos envolvidos, é preciso haver também profundas transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área da saúde. “Isso significa que só conseguiremos mudar realmente a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos brasileiros se conseguirmos mudar também os modos de ensinar e aprender”. (Brasil, p.6).

Então, para que houvesse a iniciativa de educação com os trabalhadores da área da saúde, foi preciso que o SUS se fortalecesse. Portanto, isso vem acontecendo ao longo dos anos, e para que continue se aprimorando é essencial que se criem oportunidades e ações para o desenvolvimento dos profissionais, pois são eles que levam o atendimento do SUS às pessoas, e estes profissionais devem estar sempre capacitados e atualizados.

Segundo o Ministério da Saúde, “a ideia é usar a educação permanente para melhorar a formação e, conseqüentemente, fortalecer o SUS. A educação permanente possibilita, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na saúde e o desenvolvimento das instituições”.

Acredita-se que a educação seja uma estratégia para modificar a formação dos profissionais, com o intuito de transformar algo que seja importante e significativo para quem está aprendendo.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, p.10), “a grande maioria dos cursos técnicos, universitários, de pós-graduação e as residências formam profissionais distantes das necessidades de saúde da população e de organização do sistema”.

Então, a educação permanente pode ser considerada diferente, no sentido em que responde a questões realmente pertinentes àqueles profissionais naquele momento, e quando há essa curiosidade, tem-se um verdadeiro interesse e o assunto é absorvido. Diferentemente de quando durante uma educação em saúde, são passados assuntos não interessantes e usuais no momento, e assim os conteúdos não são retidos de maneira eficaz pelas pessoas.

E ainda pode ser considerado algo muito mais abrangente, que possa envolver diferentes segmentos.

A integração entre o ensino, os serviços, a gestão setorial e o trabalho no SUS, ao mesmo tempo em que deveria reconhecer a necessidade de disputa pela atualização cotidiana das práticas, segundo as mais recentes abordagens teóricas, metodológicas, científicas e tecnológicas disponíveis, deveria inseri-la em uma necessária construção de relações e de processos que vão desde o interior das equipes em atuação conjunta – implicando seus agentes, até as práticas organizacionais – implicando a instituição e/ou o setor da saúde como um todo, bem como às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais – implicando as políticas em que se inscrevem os atos de saúde (CECCIM, 2005).

Contudo, pode-se dizer que é uma estratégia que deve ser aplicada e desenvolvida conforme a instituição, profissionais, problematização, enfim, mas que seu resultado deve vir em longo prazo, pois quando se trata de educação, falamos em tempo para assimilar os conhecimentos.

Ainda na educação permanente, o Ministério da Saúde propõe que essa funcione em pólos, ou seja, para que funcione de forma organizada e que aproxime as ações as todas as regiões do país.

A educação permanente em saúde será construída em cada região do país, e realizada por meio dos Pólos da Educação Permanente em Saúde. Esses Pólos são instâncias colegiadas que servem para a articulação, o diálogo, a negociação e a pactuação interinstitucional. São espaços onde atores de diversas origens se encontram e pensam juntos as questões da Educação Permanente em Saúde, como em uma mesa de negociação (BRASIL, p. 16)

Acredita-se então que esses Pólos tenham uma função de formar uma roda de discussão, com diferentes atores sociais que se reúnem, e discutem assuntos referentes aos serviços e ações da saúde do Brasil, mas que estes assuntos se aproximem da realidade, por isso deve haver muitos pontos de vista. Uma roda onde todas essas pessoas possam interagir juntas, descobrir problemas e procurar soluções. Com o principal objetivo de melhorar o serviço de saúde, contribuindo assim também para o desenvolvimento e fortalecimento do SUS.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, realizado com nove trabalhadoras do sexo, duas gerentes de meretrício e um enfermeiro atuante em ESF. O estudo foi desenvolvido de dezembro de 2007 a julho de 2008. A coleta de dados ocorreu com entrevistas semiestruturadas. Posteriormente à análise dos dados, foi realizada roda de discussão com as trabalhadoras do sexo e Educação Permanente em Saúde com estas. Foram obedecidos os

princípios da ética a partir da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e obtido parecer deliberativo do comitê de Ética em Pesquisa da Unesc. A análise dos dados ocorreu pela categorização proposta por Minayo (1998).

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os atores sociais participantes do estudo (as trabalhadoras do sexo) entendem DST como uma doença específica. Quando falam em uma doença, não se referem a uma gama de doenças incluídas neste contexto, mas apenas uma doença. Tal colocação abre a possibilidade da trabalhadora compreender que a aquisição de uma doença seja fácil de ser tratada e possibilita a compreensão de que talvez não seja tão importante a profilaxia. Segundo Gomes *et al* (2002 *apud* Leplatine), na língua inglesa há três expressões que designam doença:

disease (doença tal qual ela é aprendida pelo conhecimento médico); *illness* (a doença como é experimentada pelo doente) e *sickness* (um estado muito menos grave e mais incerto que o procedente[...] de maneira mais geral, o mal-estar).

Nos parece que o termo doença é empregado por algumas trabalhadoras do sexo como reflexo de uma combinação de aspectos da experiência e situações sócio culturais, o que não significa que desconsiderem os aspectos biológicos presentes no processo do adoecer.

Também é importante salientar que duas das entrevistas dizem não saber o que significa a sigla DST e muito menos o que representa. Assim questionamos: como será desenvolvida a profilaxia das DST's se os atores desconhecem o que é? As trabalhadoras do sexo conhecem "a camisinha feminina e masculina e o anticoncepcional", sendo este último método contraceptivo em especial.

Segundo documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999, p.1):

embora o Preservativo tenha dupla função (anticonceptiva e profilática), sempre esteve mais diretamente ligado à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST). Isto é válido tanto para os jovens e adolescentes que iniciavam a vida sexual (geralmente, com trabalhadoras sexuais) quanto para homens adultos e casados, em relações extraconjugais.

A partir da década de 1950, com o desenvolvimento da penicilina, e em 1960, com a "maior liberdade sexual", se desestimula os recursos aos serviços das trabalhadoras sexuais e o maior uso do preservativo. O uso regular dos preservativos pode levar ao aperfeiçoamento na técnica de utilização, reduzindo a frequência de ruptura e escape e, conseqüentemente, aumentando sua eficácia.

As trabalhadoras no sexo relatam conhecer os preservativos e saber como utilizar, porém, percebe-se que fazem uso sem ter a noção exata da importância, utilizando de forma mecânica, por que assim disseram que teriam que usar, e muitas vezes errônea.

É interessante ver a diferença no comportamento das pessoas no que diz respeito ao conhecimento, pois existem indivíduos que parecem saber sobre algo, mas quando são questionados, o conhecimento é superficial.

A maioria declara que não faz uso de drogas, mas no momento de reunião para entrevista conversamos sobre preços dos trabalhos realizados, e a

gerente de uma das casas relata que as trabalhadoras ganham “doses” de bebida alcoólica dos homens, e parte do custo da dose são para elas mesmas.

Segundo documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999), existem fatores que ampliam a vulnerabilidade das profissionais do sexo para as DST's, tais como a presença marcante do uso de drogas, que são consumidas por um contingente de mulheres.

Há registros constatando que a grande demanda de drogas está associada ao efeito deturpante da consciência promovido pelo álcool, anfetaminas, cocaína e crack no desempenho diário da profissão. As drogas são, geralmente, consideradas substâncias aliadas capazes de abrandar as dificuldades cotidianas, principalmente no que tange ao cumprimento da longa duração da jornada de trabalho. Complementando esse quadro, existem ainda as profissionais do sexo que definem a prostituição como a sua principal fonte de sustento para o consumo de drogas, injetáveis ou não.

As trabalhadoras do sexo relatam que os homens que não querem usar o preservativo na relação sexual falam simplesmente que “não gostam”. E alguns solteiros ainda dizem que “não tem problema, por que não têm namorada”. Os clientes têm como perfil: casados (sete), solteiros (um); os casados aceitam mais usar o preservativo do que os solteiros.

No que se refere ao tempo de permanência na casa de prostituição: quatro delas há mais de um ano; quatro há alguns meses e uma delas há um ano. De acordo com o Jornal “Notícias da Suíça”, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) informa que “o tráfico de seres humanos é hoje a terceira atividade criminosa mais lucrativa das máfias internacionais, estando apenas atrás do comércio de armas e de drogas”. Os lucros gerados por essa atividade movimentam anualmente 32 bilhões de dólares, dos quais 28 bilhões viriam diretamente da exploração sexual de mulheres e crianças. Os especialistas estimam em 2,5 milhões de pessoas o número de vítimas do crime a cada ano”. Qual é a diferença entre as mulheres “exportadas” e as mulheres que vendem seu corpo e são exploradas no Brasil, nas casas de prostituição? Quem fica com a maior fração dos lucros? Por detrás destas mulheres também há o que chamamos no Brasil de “gigolôs”, qual é a punição legal a estes?

A maioria das mulheres da zona de meretrício não assumem a profissão por mero prazer, mas por necessidade financeira, por não terem uma outra profissão, por não terem escolaridade e serviço disponibilizado. Permanecem na profissão em muitos casos por falta de opção; e ainda achamos ser o Brasil um país democrático e com igualdade, um país de cidadãos. Para tanto, qual é o conceito de democracia que utilizamos?

Quanto ao que diz respeito à participação da ESF na Educação em Saúde das trabalhadoras do sexo: acreditamos que a Educação em Saúde pode ser um elo entre a ESF, os programas de saúde governamentais educativos, e a comunidade, e devem ser colocados de maneira de fácil entendimento, ou seja, de fácil aceitação.

A intervenção educacional, na maioria das vezes, apoia-se na ideia de que se pode educar para saúde, a julgar pela forma como os projetos na área são concebidos. Grosso modo, esses projetos são voltados para populações pobres e desfavorecidas sócio-econômico-culturalmente. O princípio de se educar para saúde e para o ambiente parte da hipótese de que vários problemas de saúde são resultantes da precária situação educacional da população, carecendo, portanto, de medidas “corretivas” e/ou educativas.(GAZZINELLI, 2005)

Quando questionado o enfermeiro que atua na ESF do bairro em que há implantação de casas de prostituição (zona de meretrício), quanto à atuação da ESF nas casas de prostituição:

A agente comunitária faz visita mensal nas casas, traz pra unidade os principais problemas. Então são fornecidos os serviços de coleta de preventivo, damos orientação sobre vacinação, autoexame de mamas. Oferecemos informações sobre a coleta de sangue pro exame de HIV e fornecemos também os preservativos e anticoncepcional (ENFERMEIRO).

Somos conhecedores de que a ESF tem responsabilidades perante a comunidade em que atua, atendendo a todos sem discriminação, trabalhando na área de promoção da saúde, na prevenção de doenças e problemas gerais da comunidade e ainda na recuperação da saúde. Segundo Ministério da Saúde:

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes de Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade.

Por isso é importante que a ESF esteja realmente envolvida com a comunidade, acontecimentos e problemas, sendo assim, apoio às pessoas que ali residem, um local onde possam ser relatadas as dificuldades, e que a equipe de saúde possa agir e trabalhar para e com essa população.

Segundo Ministério da Saúde, programa DST/AIDS, “o acesso dos pacientes a exames laboratoriais para diagnósticos do HIV e das DST's, como é o caso da sífilis, hepatite, infecção por clamydia e aids, também fazem parte dessa política. Além do acompanhamento e monitoramento desses exames laboratoriais”.

É importante salientar que o programa pode ser procurado por qualquer pessoa, e quanto à realização dos exames, eles são gratuitos e os resultados são mantidos em sigilo. Esses serviços oferecidos às trabalhadoras do sexo são oferecidos e recomendados a toda a população, pois trata-se de prevenção e promoção a saúde indicados, recomendados e preconizados a todos os cidadãos, trabalhadores do sexo ou não.

A ESF pode fazer uso da educação permanente para atender as necessidades das pessoas sobre as DST's, pois é para responder as questões realmente pertinentes e da vida cotidiana das pessoas que existe esse processo.

Através disso, a equipe de saúde pode promover palestras, dinâmicas, reuniões, para abordar os assuntos de maneira fácil e de interesse dos participantes, pois só quando as pessoas querem saber sobre um assunto, é que a informação pode ser realmente absorvida e assim bem utilizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda há muito trabalho de orientação a ser realizado com as trabalhadoras do sexo, na orientação e discussões constantes, como forma de acompanhamento dessas mulheres. As casas têm uma forma de organização e hierarquização, para manter o controle dos acontecimentos, e os gerentes não são os donos das casas, mas controlam as contas, comida e a higienização.

As casas, também chamadas de boates, ganham alvará de funcionamento como bares e boates, e a prefeitura da cidade, no caso a Secretaria de Saúde, exige que as trabalhadoras no sexo estejam sempre em dia com o exames preventivos, além de fornecer os preservativos, o programa DST/AIDS fornece exames gratuitamente, tratamento psicológico e medicamentos, quando necessário.

Acreditamos que a prostituição não vá deixar de existir, mas que as ações de educação permanente em saúde devam alcançar as trabalhadoras no Sexo.

Mesmo que o pré-conceito ainda esteja nas entranhas do ser humano, o direito à saúde e educação é de todos, independentemente da cor, credo, profissão e gênero.

A partir disso, acreditamos que o ponto de partida pode ser a Educação Permanente em Saúde, que além de ser uma proposta educativa, pode ser levada em consideração às questões pertinentes às pessoas, e não necessariamente aos problemas existentes, pois devemos compreender as necessidades reais.

Nem sempre o que vemos como um problema vai incomodar as pessoas, às vezes é muito mais útil saber sobre um outro assunto. Trabalhando a EPS com a comunidade, também com os próprios profissionais da equipe de saúde, ajudando na aproximação da equipe e atualizando os conhecimentos.

Por isso a Enfermagem deve ser sensível, para captar essas questões, chegando aos problemas e às pessoas, para assim discutir e procurar soluções. O trabalho de enfermeira é fundamental para que toda a equipe de saúde ande num caminho com metas. A Enfermagem tem muitas atribuições em um PSF, pois além da assistência propriamente dita, esta deve dar conta de toda parte administrativa da unidade, não sendo fácil cumprir todas as atividades. Porém, tudo parte de uma questão de planejamento e organização dessas atividades, além da boa vontade de executá-las.

Por isso acreditamos que toda essa bagagem serve para a reflexão sobre o que vamos encontrar em nossa profissão: enfermeiros/educadores, que tipo de trabalho realizaremos, que profissional queremos ser. Contudo sabemos que é necessária sensibilidade, pois o trabalho da enfermagem é inteiramente relacionado ao ser humano, além de ser uma profissão que visa a qualidade de vida como um todo e que atua em muitos âmbitos de uma comunidade.

REFERÊNCIAS

BASTOS, A. C. S.; OLIVEIRA, M. L. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. **Reflexão & Crítica**, São Paulo, v. 31, n. 8, p. 15-21, 1998.

BERTONE, Arnaldo Agenor. **As idéias e as práticas**: a construção do SUS. 2002. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 01/06/2008

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação Permanente entra na roda**: Pólos de educação permanente em saúde: Conceitos e caminhos a percorrer. 2.ed, Brasília, 2005, 36 p.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde**: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.4, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 17 Dez 2007.

- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**. 17 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GAZZINELLI, Maria Flávia; Gazzinelli, Andréa; Reis, Dener Carlos dos; Penna, Cláudia Maria de Mattos. **Educação em saúde**: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **CADERNOS de Saúde Pública**, 2005, v.21, n.1, ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 25 de julho de 2008.
- GOMES, Romeu; MENDONÇA, Eduardo Alves; PONTES, Maria Luiza. As representações sociais e a experiência da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, 2002, v.18, n. 5, ISSN 0102-311X, acesso em 12/06/08.
- LEOPARDI, Maria Tereza. **Teoria e Método em Assistência de Enfermagem** – 2 ed, versão ampliada. Florianópolis/ SC: Editora Soldasoft, 2006, 396 p.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde 6.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1999. 269 p.
- MORIN, Edgar. **Os setes saberes necessários à educação do futuro**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de DST**. Brasília: MS, 1999. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/assistencia/mandst99/man_abordagem.htm>, acesso em 12/06/08.
- OLIVEIRA, Maria Waldenez. **Trabalho sexual**. São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.nswp.org/pdf/oliveira-trabalho>>. Acesso em: 01/06/2008
- PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Construção Social**. 2005.
- SCOTNEY, Normam. **Educação para a saúde**. São Paulo: Paulins, 1981.
- SOUZA, Renilson Rehem de. **Construindo o SUS**: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. 2002. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 01/06/2008
- VASCONCELOS, Maria Lúcia Marcondes Carvalho; DE BRITO, Perina Helena Pires. **Conceitos de Educação em Paulo Freire**. 2.ed. São Paulo: Vozes, 2007.
- VILLARINHO, Luciana *et al.* Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV, Santos, SP. **Revista Saúde Pública**, v.36, n.4, supl., São Paulo, ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500009&lng=&nrm=iso&tling=>>. Acesso em: 16/06/08,