

TEMPUS

ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

Foto: Radilson Carlos Gomes

VOL 13
Nº 04

EDITORAS
MA. LUANA DIAS DA COSTA
DRA. NATÁLIA F. DE ANDRADE



Em destaque:

"A UTILIZAÇÃO DE PERSONAGENS INFANTIS: PROPOSTA DIDÁTICA PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE - RELATO DE EXPERIÊNCIA"

"ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR AGENTES PENITENCIÁRIOS DE UMA CADEIA PÚBLICA FEMININA"

"DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR À ATENÇÃO INTEGRAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE A PRODUÇÃO NACIONAL"

© 2024 Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP)

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

REVISTA TEMPUS ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

Coordenação Editorial

Ana Valéria M. Mendonça
Elmira L. M. S. Simeão
Maria Fátima de Sousa
José da Paz Oliveira Alvarenga

Revisão

Luana Dias da Costa
Josivania Silva Farias

Coordenação Institucional

Laboratório ECoS

Unidade de Tecnologia da Informação e
Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde
Pública – UTICS/NESP/UnB

Diagramação e Publicação

Elmira L. M. S. Simeão
Mônica Peres

Equipe Técnica de TI

Rogério Pritke
João Paulo Fernandes da Silva

Editores Científicos

Luana Dias da Costa
Natália Fernandes de Andrade

Revisão de Citações e Referências

Luana Dias da Costa
Josivania Silva Farias

Editores Consultivos

Elmira L. M. S. Simeão
Mônica Peres

Para mais informações sobre a Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva:

Unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde
Pública SCLN 406 Bloco A, 2º andar, Asa Norte, Brasília (DF), Brasil

CEP 70847-510

Tel.: (55++61) 3340-6863

Fax: (55++61) 3349-9884

E-mail: uticsnosp@unb.br

Ficha Catalográfica - Mônica R. Peres - CBR 1339

Tempus. Actas de Saúde Coletiva / Coordenadores Ana Valéria M. Mendonça, Elmira L. M. S. Simeão, Maria Fátima de Sousa, José da Paz Oliveira Alvarenga - v. 13, n.4. - Brasília : Editora Ecos, 2019. / Organizadores / Luana Dias da Costa, Natalia Fernandes de Andrade.

Trimestral

Obra publicada em 2025 para atualização da
coleção ISSN 1982-8829

1. Saúde coletiva 2. Saúde hepática e renal. 3. Acesso aos serviços de saúde. I.
Brasil. Núcleo de Estudos em Saúde Pública. ECoS

CDU 614(051)(817.4)



CONSELHO EDITORIAL

Coordenação Editorial

Ana Valéria Machado Mendonça, Editora Executiva - Universidade de Brasília,
Brasil
Elmira Luzia Melo Soares Simeão - Universidade de Brasília, Brasil
Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília, Brasil

Editores Científicos

Ana Valéria Machado Mendonça - Universidade de Brasília,
Brasil
Cláudio Fortes Garcia Lorenzo - Universidade de
Brasília, Brasil
Maria Fátima de Sousa - Universidade de
Brasília, Brasil

Conselho Consultivo

Jairnilson Silva Paim, Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da
Bahia (UFBA)
Magda Duarte dos Anjos Scherer - Universidade de Brasília (UnB)
Maria Cecília Minayo - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Comissão Científica - Editores Associados

Andreia de Oliveira - Universidade de Brasília (UnB)
Aurora Cuevas Cerveró - Universidad Complutense de Madrid
(UCM)
Carmen Fontes de Souza Teixeira - Instituto de Saúde
Coletiva (UFBA)
Fernando Passos Cupertino de Barros -
Universidade Federal de Goiás (UFG)
José da Paz Oliveira
Alvarenga - Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Josivania Silva
Farias - Universidade de Brasília (UnB)
Lise Renaud - *Faculté de Communication* - Université du Québec à Montréal
(Canadá)
Maria Célia Delduque - Fundação Oswaldo Cruz Brasília
Maria da Glória Lima - Universidade de Brasília (UnB)
Maria Isabel Loureiro - Escola Nacional de Saúde Pública -
Lisboa/Portugal
Rackynelly Alves Sarmiento - Instituto Federal da
Paraíba (IFPB)
Tiago Araújo Coelho de Souza - Universidade de
Brasília (UnB)
Ximena Pamela Diaz Bermudez -
Universidade de Brasília (UnB)

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

AVALIAÇÃO DO PERFIL HEPÁTICO E RENAL DOS ALUNOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA USUÁRIOS DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES E/OU ANABOLIZANTES

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR AGENTES PENITENCIÁRIOS DE UMA CADEIA PÚBLICA FEMININA

A SEXUALIDADE COMO PARTE DO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DOS MORADORES DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS DE ARACAJU-SE

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A PESSOA IDOSA PARA PSICÓLOGOS DA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL

AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM TERRITÓRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

SAÚDE DOS SERVIDORES NA JUSTIÇA DO TRABALHO: IMPLICAÇÕES DO PROCESSO JUDICIAL ELETRÔNICO

ARTIGOS DE REVISÃO

DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR À ATENÇÃO INTEGRAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE A PRODUÇÃO NACIONAL NOS PRINCIPAIS PORTAIS CIENTÍFICOS BRASILEIROS

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A UTILIZAÇÃO DE PERSONAGENS INFANTIS: PROPOSTA DIDÁTICA PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Editorial

Luana Dias da Costa
Natália Fernandes de Andrade

A *Tempus – Actas de Saúde Coletiva* tem consolidado seu papel como um espaço de reflexão e disseminação do conhecimento sobre os desafios contemporâneos da saúde coletiva, reunindo contribuições diversas que expressam a complexidade do campo. Nesta edição, apresentamos uma coletânea de artigos que abordam diferentes dimensões da atenção à saúde, enfatizando a interface entre pesquisa, prática profissional e políticas públicas.

Os trabalhos selecionados trazem discussões que perpassam temas essenciais, como o impacto do uso de suplementos alimentares e anabolizantes na saúde hepática e renal dos estudantes de Educação Física, evidenciando a necessidade de uma regulação mais eficaz e de educação em saúde sobre esses produtos. Além disso, destacamos iniciativas de promoção da saúde no ambiente escolar, com abordagens lúdicas e interativas que fazem uso de personagens infantis para fomentar hábitos alimentares saudáveis, refletindo a importância de estratégias pedagógicas inovadoras.

Outro eixo relevante desta edição está na análise das condições de acesso aos serviços de saúde por populações específicas, como agentes penitenciários e moradores de residências terapêuticas. Essas investigações contribuem para a compreensão das barreiras enfrentadas por esses grupos e para o aperfeiçoamento de políticas de inclusão e atenção integral.

O campo da saúde mental também é contemplado nesta edição, com estudos que exploram as representações sociais sobre a pessoa idosa na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde mental, além de reflexões sobre o direito à sexualidade dos moradores de residências terapêuticas. Esses trabalhos reforçam a necessidade de um olhar ampliado sobre o cuidado em saúde, que considere não apenas aspectos biomédicos, mas também sociais, culturais e subjetivos.

Por fim, trazemos uma revisão integrativa sobre a produção científica nacional acerca do Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde, evidenciando avanços e desafios na garantia do acesso integral à saúde da população trans. Esse estudo ressoa com outras discussões presentes na edição, que apontam para a urgência de um sistema de saúde mais inclusivo e equitativo.

A diversidade de temas abordados nesta edição reflete a riqueza e a interdisciplinaridade do campo da saúde coletiva, reafirmando o compromisso da *Tempus* com a divulgação científica qualificada e com o fortalecimento do debate acadêmico e profissional. Esperamos que os leitores encontrem nas páginas desta edição subsídios para a reflexão crítica e para a construção de práticas de saúde mais justas e efetivas.

Boa leitura!

Avaliação do perfil hepático e renal dos alunos de educação física usuários de suplementos alimentares e/ou anabolizantes

Evaluation of kidney and liver profile in physical education students users of supplements and anabolic steroids

Evaluación del perfil hepático y renal de los alumnos de educación física usuarios de suplementos alimentarios y/o anabolizantes

Bruna Lourençoni Alves

Priscila Moraes Henrique Paiva

RESUMO

Pode-se perceber o crescente interesse e utilização de suplementos alimentares e anabolizantes, dessa maneira o principal objetivo deste trabalho foi avaliar a prevalência do uso dessas substâncias e associá-lo com as possíveis alterações laboratoriais na função hepática e renal em estudantes de Educação Física do Centro Universitário do Sul de Minas. O grupo de estudo foi constituído de 190 indivíduos, sendo 123 do sexo masculino e 67 do sexo feminino, que responderam um questionário sobre o consumo de anabolizantes e suplementos, tipos mais utilizados, tempo e frequência de utilização, idade, sexo, consumo de álcool e tabaco, sendo realizada a coleta de sangue para avaliação do perfil hepático e renal dos indivíduos selecionados. Dos entrevistados, 69% já utilizaram suplementos alguma vez na vida, já a taxa de anabolizantes foi de 17%, sendo mais prevalente o uso de ambas as substâncias pelo sexo masculino. Os suplementos mais utilizados foram proteínas e aminoácidos (71%), enquanto o anabolizante foi o Winstrol® (34%). Em relação à avaliação hepática, observou-se apenas o aumento de GGT em 11% dos alunos, todavia esta enzima é inespecífica, podendo elevar-se em outras patologias e pelo consumo de álcool. Já os testes de função renal se mostraram mais alterados, sendo que 39% apresentaram creatinina aumentada e 22% ureia aumentada, o que pode estar relacionado ao uso de suplementos proteicos. A pesquisa revela ainda que há uma grande utilização de suplementos alimentares sem acompanhamento médico e/ou nutricional, o que pode resultar em diversos efeitos colaterais e problemas de saúde futuros.

Palavras-chave: Anabolizantes. Suplementos alimentares. Efeitos colaterais. Educação física.

ABSTRACT

It is possible to observe the higher interest and intake of dietary and anabolic supplements. Thus, the aim of this work was to evaluate the prevalence of intake of these substances and the possible association with hepatic and renal function changes in Physical Education students of the University Center of the South of Minas. The research group consisted of 190 individuals, which 123 is men and 67 is women, who answered a questionnaire about the consumption of anabolic steroids and supplements, types mostly used, time and frequency of use, age, sex, alcohol consumption and tobacco exposure. The blood samples were collected to evaluate the hepatic and renal function of the selected individuals. Of those interviewed, 69% had used supplements at some time in their lifespan, whereas the anabolic rate was 17%, being more prevalent the use of both substances by men. The most used supplements were proteins and amino acids (71%), while the anabolic was Winstrol® (34%). In relation to the hepatic evaluation, only the increase of GGT in 11% of the students was observed, however this enzyme is non-specific, being able to increase in other pathologies and alcohol consumption. On the other hand, kidney function tests showed higher creatinine (39%) and urea (22%), which may be related to the use of protein supplements. The research also reveals that there is a higher intake of dietary supplements without medical and/or nutritional prescription, which can result in various adverse effects and future health problems.

Keywords: *Anabolic. Food supplements. Adverse effects. Physical Education.*

RESUMEN

Se puede percibir el creciente interés y utilización de suplementos alimenticios y anabolizantes, de esta manera el principal objetivo de este trabajo fue evaluar la prevalencia del uso de esas sustancias y asociarlo con las posibles alteraciones de exámenes de laboratorio de la función hepática y renal en estudiantes de Educación Física del Centro Universitario del Sur de Minas. El grupo focal fue de 190 individuos, siendo 123 del sexo masculino y 67 del sexo femenino, que respondieron un cuestionario sobre el consumo de anabolizantes y suplementos, tipos más utilizados, tiempo y frecuencia de uso, edad, sexo, consumo de alcohol y tabaco, siendo realizada la recolección de sangre para evaluar el perfil hepático y renal de las personas seleccionadas. De los entrevistados, el 69% ya utilizó suplementos alguna vez en la vida, ya la

tasa de anabolizantes fue del 17%, siendo más prevaeciente el uso de ambas sustancias por el sexo masculino. Los suplementos más utilizados fueron proteínas y aminoácidos (71%), mientras que el anabolizante fue el Winstrol® (34%). En relación a la evaluación hepática, se observó sólo el aumento de GGT en el 11% de los alumnos, sin embargo esta enzima es inespecífica, pudiendo elevarse en otras patologías y por el consumo de alcohol. Las pruebas de función renal se mostraron más alteradas, siendo que el 39% presentó creatinina aumentada y 22% urea aumentada, lo que puede estar relacionado al uso de suplementos proteínicos. La investigación revela además que hay una gran utilización de suplementos alimenticios sin acompañamiento médico y/o nutricional, lo que puede resultar en diversos efectos colaterales y problemas de salud futuros.

Palabras clave: Anabolizantes. Suplementos alimenticios. Efectos colaterales. Educación Física.

INTRODUÇÃO

Os hormônios esteroides são produzidos pelas gônadas e pelo córtex da suprarrenal, enquanto os esteroides anabolizantes (EA) são drogas sinteticamente oriundas da testosterona e seus derivados¹⁻³, que tem seu uso indicado para tratamento de hipogonadismo em adultos, deficiência do crescimento, alguns tipos de anemias e tumores^{4,5}. Embora os efeitos colaterais do uso de esteroides possam ocorrer mesmo em dosagem terapêutica, a maioria deles é proveniente do uso abusivo, indiscriminado e não terapêutico, sendo utilizado usualmente para aumentar a massa e potência muscular, tanto em atletas de competição quanto em atletas recreacionais, que visam melhorar a *performance* esportiva e estética^{1,6}.

Estes efeitos podem ser divididos em androgênicos e anabólicos. Os androgênicos envolvem o desenvolvimento da genitália interna e externa, espessamento das cordas vocais, padrão masculino dos pelos pubianos, aumento da libido, da secreção das glândulas sebáceas e de cabelos do corpo e face. Já os anabólicos incluem o aumento da massa muscular esquelética, da concentração de hemoglobina, do hematócrito e redução da gordura corporal^{5,7}.

O uso de EA está associado à alteração da função hepática, além da elevação das enzimas hepáticas, como as transaminases glutâmico pirúvica (TGP) e glutâmica oxaloacética

(TGO)^{8,9}, pode induzir também distúrbios como função excretora debilitada, colestase, peliose hepática, hiperplasia hepatocelular e carcinomas¹⁰⁻¹².

Além das alterações a nível de fígado, os rins também são prejudicados, já que a droga faz com que os rins aumentem sua taxa de filtração e fiquem sobrecarregados. Esse estresse pode levar ao desenvolvimento de proteinúria, glomerulonefrite, e posterior insuficiência renal^{13,14}.

Na literatura encontra-se também relação entre o uso abusivo dos esteroides anabolizantes e o comprometimento de algumas variáveis bioquímicas, hormonais e hematológicas¹⁵. Quando utilizados em doses supra-fisiológicas, possuem efeitos sobre o sistema reprodutor, podendo causar uma esterilidade masculina reversível ou não com a cessação do uso, por conta do *feedback* negativo no eixo hipotalâmico-hipofisário, inibindo a secreção de LH e FSH¹⁶, a função tireoidea^{6,9} e cardíaca, pois atuam de maneira direta sobre o coração, pela ação de receptores nucleares que estimulam a síntese de proteínas cardíacas^{12,17}. Venâncio e colaboradores¹⁵ demonstraram também uma redução na fração HDL do colesterol e elevação na fração LDL do colesterol nos usuários de EA, o que favorece a aterogênese.

Assim como o uso de anabolizantes com fins estéticos, a utilização de suplementos alimentares também aumentou. Segundo o Ministério da Saúde¹⁸, os suplementos são substâncias consumidas além da dieta diária com o objetivo de contemplar o aporte nutricional em casos onde sua ingestão a partir da alimentação seja insuficiente ou quando a dieta necessitar de suplementação, não podendo substituir os alimentos nem serem considerados como dieta exclusiva, além de conter no máximo 100% da ingestão diária recomendada de vitaminas e/ou minerais. Seu uso correto pode atuar benéficamente, porém quando utilizado de forma excessiva pode acarretar em efeitos colaterais e tóxicos ao organismo, como câibras, ansiedade, náuseas, vômitos, arritmias cardíacas e inchaço^{19,20}.

Existe uma grande variedade de suplementos nutricionais, segundo Schneider e colaboradores²¹ podem ser constituídos a base de proteínas e aminoácidos (promovem ganho de massa muscular, potencializa a síntese tecidual e leva a maiores ganhos de massa magra e força), carboidratos (produz energia de forma fácil e rápida), vitaminas (participam da neutralização dos radicais livres gerados pela atividade aeróbia e anaeróbia), lipídeos (possível aumento da capacidade oxidativa músculo esquelético), hipercalóricos (utilizados para completar o aporte calórico de atletas que possuem alto gasto energético, auxilia no ganho de

massa magra) e os *fat burners* (queimadores de gordura, que promovem a redução do tecido adiposo).

Desta forma, o presente trabalho tem por objetivo avaliar a prevalência do uso de EA e suplementos alimentares, persistência do uso, efeitos colaterais e correlações com as possíveis alterações na função hepática e renal. Este levantamento poderá fornecer subsídios para medidas preventivas de importante valor, alertando para os riscos da utilização dessas substâncias e a importância de um acompanhamento nutricional.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O projeto foi submetido ao comitê de ética (CEP) do Centro Universitário do Sul de Minas e aprovado sob o protocolo 49401615.6.0000.5111.

2.1 População e coleta dos dados

A população pesquisada foi de 190 alunos matriculados no curso de Educação Física do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A).

Para a coleta dos dados foram distribuídos questionários (Apêndice B) com questões como idade, sexo, avaliação sobre o uso de anabolizantes, suplementos, tipos, dosagens, frequência e período de utilização. Depois de aplicados, os questionários foram transcritos para o banco de dados (Excel) para seleção dos participantes. Como critérios de inclusão foram considerados estudantes que utilizam suplementos alimentares e/ou utilizam ou já utilizaram algum tipo de anabolizante. Todos os outros alunos não foram selecionados para a próxima etapa do projeto.

Os estudantes selecionados foram convidados a realizar a coleta de sangue na própria universidade, sendo previamente informados via email sobre o procedimento e orientados sobre o jejum de 8 horas necessário para a realização dos exames bioquímicos.

A coleta foi realizada a vácuo nas veias de maior calibre e com agulha e seringa nas veias de menor calibre ou de difícil acesso. Os tubos foram devidamente identificados, centrifugados para obtenção do soro, que foi transferido para tubos *ependorfs* também identificados e armazenados sob refrigeração até a realização dos testes bioquímicos.

2.2 Dosagens Bioquímicas

As dosagens de ureia, creatinina, TGP, TGO e Gama Glutamil Transferase (GGT) foram realizadas no Laboratório Bioclínica, com a utilização do equipamento Cobas Mira Plus da marca Roche. As análises foram realizadas separadamente das amostras rotina do laboratório. Para determinação de ureia e creatinina utilizaram-se kits da marca Labtest, enquanto as dosagens de TGP, TGO e GGT foram realizadas em kits da marca Biotécnica.

2.3 Análises Estatísticas

A partir dos questionários aplicados e dos resultados das amostras analisadas, foi realizado um levantamento de dados, no qual se avaliou a prevalência de usuários de anabolizantes e/ou suplementos alimentares entre estudantes, o perfil dos mesmos e a ocorrência ou não de alterações nas enzimas marcadoras das funções hepáticas e renais. Para o processamento destes dados recorreu-se ao programa Microsoft Excel.

3 RESULTADOS

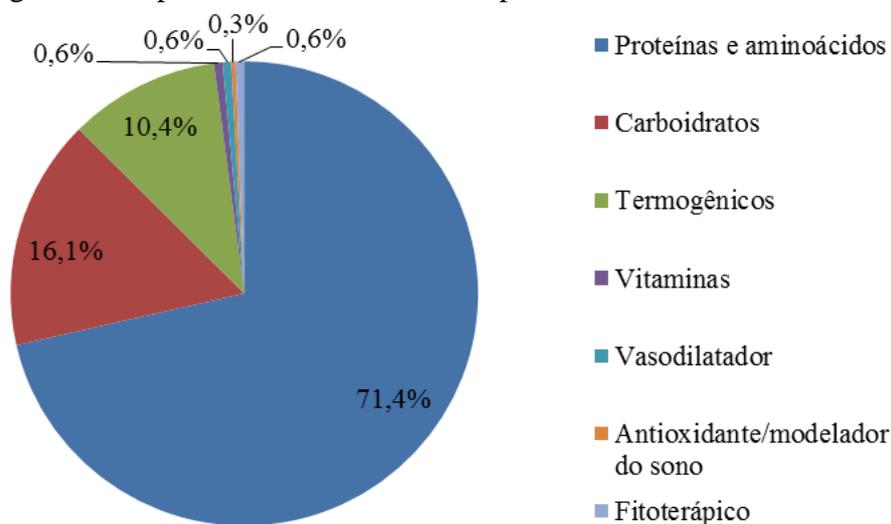
Dentre os 190 alunos que responderam o questionário, 123 (65%) são do sexo masculino e 67 (35%) do sexo feminino, com idade média de 22 anos \pm 4, sendo o mais novo com 17 anos e o mais velho com 37. A faixa etária mais prevalente dos usuários tanto de suplementos quanto de anabolizantes foi de 18 a 25 anos.

3.1 Suplementos

Os resultados obtidos a partir do questionário indicaram que 131 (69%) pessoas já utilizaram algum tipo de suplementação e 67 (51%) delas ainda utilizam, entre essas 29 (43%) fazem uso contínuo há mais de dois anos, 56 (84%) usam mais de um tipo de suplemento e 22 (33%) já fizeram o uso concomitante com anabolizantes. Dentre os usuários, 101 (77%) são do sexo masculino e 30 (23%) do sexo feminino.

A figura 1 demonstra os grupos de suplementos mais utilizados pelos alunos, sendo esses representados pelos carboidratos (maltodextrina, Waxy Maize, dextrose, hipercalóricos), proteínas e aminoácidos (Whey Protein, BCAA, creatina, glutamina, albumina, caseína, beta-alanina, leucina, Animal pak), vitaminas (multivitamínico), termogênico (caféina e pré-treino), vaso dilatador (óxido nítrico e dilatex), antioxidante e modelador do sono (melatonina), fitoterápico (Tribulus).

Figura 1 – Suplementos mais utilizados pelos alunos.



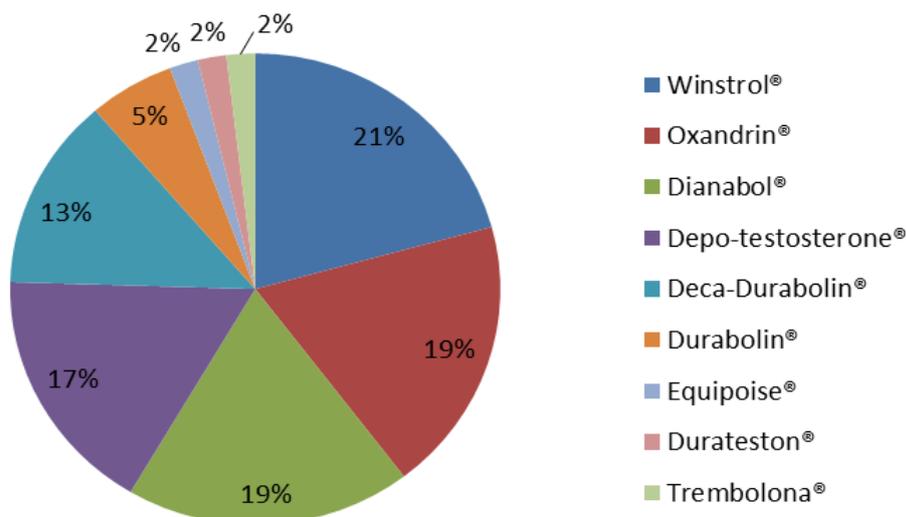
Fonte: Os autores.

3.2 Anabolizantes

Em relação aos anabolizantes, 32 alunos (17%) já fizeram o uso em algum momento e 6 (3%) utilizam atualmente, sendo 26 (81%) do sexo masculino e 6 (19%) do sexo feminino.

A figura 2 demonstra os anabolizantes utilizados. Das 32 pessoas que já utilizaram EA, 15 (47%) utilizaram mais de uma substância ao mesmo tempo.

Figura 2 – Anabolizantes mais utilizados pelos alunos.



Fonte: Os autores.

3.2.1 Vias de administração

Em relação às vias de administração, 10 alunos (31%) fazem a administração via oral, 12 (37%) via injetável, 6 (19%) uso combinado dessas duas vias e 4 (12%) não responderam a pergunta.

3.3 Acompanhamento nutricional

Quanto ao acompanhamento nutricional, mais da metade dos estudantes entrevistados não o fazem (104 pessoas - 55%), enquanto 55 (29%) afirmaram realizar o acompanhamento e 31 (16%) não responderam a pergunta.

3.4 Efeitos colaterais

Dentre as pessoas que utilizam ou já utilizaram suplementos e/ou anabolizantes e que responderam a pergunta (57 pessoas - 23%), os efeitos colaterais relatados foram descritos na tabela 1, sendo que 27 (21%) relataram não observar efeitos no organismo e 74 (56%) não responderam a esta pergunta.

Tabela 1 – Efeitos do uso de suplementos e/ou anabolizantes.

Efeitos positivos	%	Efeitos negativos	%
Ganho de força e massa muscular	43%	Depressão	3%

Mais energia e disposição	23%	Taquicardia	3%
Bem estar	7%	Ansiedade	3%
Ganho de resistência	7%	Aumento das cordas vocais	3%
Melhora no condicionamento	3%	Tontura	3%
Diminuição no percentual de gordura	3%	Aumento da glicose	3%

Fonte: Os autores.

3.5 Testes bioquímicos

A tabela 2 mostra os resultados obtidos nos testes bioquímicos realizados nas amostras dos alunos selecionados e que concordaram com a coleta. Dentre as 18 amostras analisadas, 11 (61%) mostraram alterações nos marcadores de função renal, sendo 7 (39%) pessoas com creatinina aumentada e 4 (22%) com ureia aumentada, em ambos marcadores todos os alunos fazem o uso de suplementos proteicos. Os testes de função hepática mostraram alterações somente no GGT em 2 (11%) alunos.

Tabela 2 – Resultados dos testes bioquímicos realizados nas amostras de 18 alunos que participaram da segunda etapa da pesquisa.

ID	Substâncias Utilizadas	Ureia VR: 15 a 45 mg/dL	Creatinina	TGO	TGP	GGT
			VR: H: 0,70 a 1,20 mg/dL M: 0,53 a 1,00 mg/dL	VR: H: <37 U/L M: <31 U/L	VR: H: <42U/L M: <32 U/L	VR: H: 11 a 50 U/L M: 7 a 32 U/L
05	9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 39, 42	40	0,87	17,7	12,2	24,6
06	9, 11, 13, 37	32	1,28	25,2	30,0	19,7
08	9, 11, 12, 38	37	1,34	28,4	20,3	13,4
09	9, 10, 11, 12, 38, 39, 40, 41, 43	42	1,24	27,6	16,0	29,1
12	9, 11, 12, 13, 37	30	0,84	15,4	6,7	21,1
13	9, 11, 13, 39, 40, 42	48	1,09	19,4	17,8	48,8
14	9, 10, 11, 12	34	1,24	21,5	16,9	15,1
16	9, 10, 11, 12	28	0,99	29,8	10,4	18,9
17	11, 12, 13, 38, 40	31	0,87	23,8	28,4	67,2

21	9, 11, 13, 20, 37	30	0,72	24,2	10,4	18,4
23	9, 11, 12, 13, 23	62	0,76	15,2	16,6	22,6
24	10, 11, 12, 37	49	1,00	21,1	13,9	13,4
25	9, 10, 12, 13	33	1,18	20,7	14,6	13,3
28	9, 10, 11, 12, 13	32	1,40	25,5	16,3	19,4
29	9, 10, 11, 12, 20	50	1,18	14,5	15,0	17,1
30	9, 10, 11, 12, 13, 38, 41	47	0,85	29,1	33,2	42,5
34	9, 11, 14, 39	25	1,06	22,3	20,3	65,7
36	9, 11, 12,13, 40, 42	37	1,39	19,2	15,4	41,4

Notas: VR - Valor de Referência, H - Homens, M – Mulheres, 9 - BCAA, 10 - Creatina, 11 - Whey Protein, 12 - Maltodextrina, 13 - Termogênico. 14 - Glutamina, 17 - Caseína, 18 - Óxido Nítrico, 20 - Waxy Maize, 23 - Albumina, 37 - Oxandrin[®], 38 - Dianabol[®], 39 - Winstrol[®], 40 - Deca-Durabolin[®], 41 - Durabolin[®], 42 - Depo-Testosterone[®], 43 - Equipoise[®].

Apenas os IDs 21 e 34 são do sexo feminino.

Fonte: Os autores.

3.6 Associações

A tabela 3 representa os alunos que fazem o uso de bebida alcoólica, de algum tipo de medicação, são fumantes e utilizam suplementos alimentares. Nenhum aluno relatou ter algum tipo de problema hepático ou renal e dois relataram ser portadores de doença crônica (Diabetes *mellitus*).

Tabela 3 – Associação entre álcool, cigarro, medicamentos e suplementos.

	Sim	Não	Não responderam
Bebida alcoólica	46%	48%	6%
Fumantes	9%	85%	6%
Medicamentos	10%	85%	4%

Notas: Os medicamentos citados foram a insulina (28%), anticoncepcional (28%), antidepressivo (14%) e anti-hipertensivo (14%).

Fonte: Os autores.

Com relação aos usuários de anabolizantes, apenas 1 aluno consome bebida alcoólica, nenhum é fumante, portador de doenças crônicas ou utiliza algum tipo de medicamento.

4 DISCUSSÃO

Ao longo dos últimos anos o uso de EA e vem se tornando um grande problema de saúde pública, provocando alterações fisiológicas bem descritas na literatura. No entanto, apesar da utilização indiscriminada de suplementos alimentares também ter aumentado muito, existe uma escassez de estudos científicos que comprovem seus benefícios ou malefícios. Com isso, pesquisas nessa área são importantes para uma melhor investigação sobre o tema.

Neste estudo pôde-se observar que dos 190 entrevistados 69% já fizeram o uso de suplementos alimentares e desses, 35% utilizam atualmente. Outras pesquisas corroboram com esses resultados, Araújo, Andreolo e Silva²² realizaram um levantamento entre 183 indivíduos praticantes de musculação em Goiânia e demonstraram que 34% deles faziam uso de suplementos, similarmente Brito e Liberali²⁴ observaram uma prevalência de 33,6% e Linhares e Lima²⁴ de 36%. Já Matos e Liberali²⁰ fizeram essa análise com atletas e encontraram uma percentagem de 46,4%.

Dos usuários, 101 (77%) são do sexo masculino e 30 (23%) do sexo feminino, resultado semelhante ao encontrado por Alves e Navarro²⁶, onde 87% são do gênero masculino e 13% do gênero feminino. Pereira, Lajolo e Hirschbruch²⁷ encontram uma taxa também mais prevalente nos homens (77%) que nas mulheres (23%), assim como Lollo e Tavares²⁸ que obtiveram 68% de usuários do sexo masculino contra 32% do sexo feminino.

Os suplementos mais utilizados pelos alunos foram as proteínas e aminoácidos (71%), assim como no estudo de Albino, Campos e Martins²⁹ que demonstrou que dos 120 entrevistados em uma academia de Lages, SC, aproximadamente 60% fazem a utilização desses tipos de suplementação. Uma porcentagem ainda maior foi encontrada na pesquisa de Alves e Navarro²⁶, na qual 83,3% utilizam esses suplementos. Essa frequência de uso pode ser justificada pela função anabólica desses componentes, quando combinados aos carboidratos, podem diminuir a degradação proteica, minimizando o catabolismo por meio da maior oferta de substratos energéticos e favorecendo o aumento da massa muscular²¹.

Com relação aos anabolizantes, nossa pesquisa mostrou que 17% dos alunos já utilizaram substâncias anabolizantes em algum momento e 3% utilizam atualmente. No estudo realizado por Araújo, Andreolo e Silva²², já mencionado anteriormente, foi encontrado uma prevalência total de 9% e 3% utilizam atualmente. Silva e Moreau³⁰ encontraram 8%, enquanto

Conceição e colaboradores³¹ encontraram 24,3% e Silva e Czepielewski³² encontraram uma porcentagem muito elevada (95%) em uma pesquisa com 36 atletas competitivos e recreacionais em Porto Alegre. Um levantamento realizado nas principais capitais brasileiras mostrou que cerca de 2% dos jovens em idade escolar já haviam feito uso de anabolizantes¹⁵. Situação que não é diferente nos EUA, onde um estudo de nível nacional mostrou que de 3% a 12% dos estudantes do ensino médio do sexo masculino já haviam feito o uso de substâncias anabolizantes alguma vez na vida³³.

A prevalência maior de utilização de esteroides anabolizantes foi do sexo masculino, tanto nesta pesquisa (88%) quanto na de Macedo e colaboradores³ com 81% de usuários do sexo masculino e de Silva e colaboradores³⁴ com 92%. Segundo Ip e colaboradores³⁵ as mulheres, mesmo utilizando doses menores que os homens, podem ser mais suscetíveis aos efeitos colaterais do uso de EA quando comparadas a eles, como hipertrofia do clitóris, irregularidade menstrual, acne, mudança de voz, alterações de humor, edema e queda de cabelo.

Assim como Silva e colaboradores³⁴, que encontraram Winstrol[®] como a substância mais utilizada (50% dos usuários), a presente pesquisa também mostrou esse EA como mais utilizado (21%), seguido do Oxandrin[®] (19%) e Dianabol[®] (19%). Segundo usuários e sites de venda é especulado que essa substância tenha menos efeitos colaterais quando comparada com outras, aumente o metabolismo, leve ao ganho de massa muscular e diminuição da gordura corporal em menos tempo, além de apresentar reduzida capacidade de retenção hídrica³⁶. A via de administração mais utilizada foi a injetável (37%), similar ao encontrado por Gomes e colaboradores³⁷ em praticantes de musculação no ES, onde de 94 alunos entrevistados 40% faziam o uso dessa via. Os anabolizantes injetáveis são, geralmente, preferidos por serem menos hepatotóxicos e terem uma maior sobrevida no organismo³⁸.

Para que os esteroides exerçam seus efeitos, eles se ligam aos receptores andrógenos presentes no citoplasma celular. No núcleo, essa ligação inicia o processo de transcrição gênica e síntese de proteínas que vão mediar a função hormonal. Esses receptores estão localizados não somente nos tecidos reprodutivos e sexuais secundários, mas também em outros tecidos, como músculo esquelético e pele³⁹. A estrutura desses receptores presentes nos músculos parece ser idêntica a de outros órgãos, assim os efeitos clínicos vão variar de acordo com o tipo e concentração dos receptores andrógenos e das enzimas que controlam o metabolismo do esteroide^{33,40}.

Desta forma, apesar de todos os efeitos nocivos à saúde já relatados na literatura sobre uso indiscriminado de EA, observamos que existe uma porcentagem considerável de pessoas que assumem este risco, o que representa um grande problema de saúde pública. Esses ficam vulneráveis a maior ocorrência de patologias que podem atingir o sistema nervoso central, endócrino, hepático, cardiovascular, musculoesquelético, dermatológico e renal, relacionados principalmente com o período e frequência de utilização, a dose, o tipo de esteroide e a idade de início do uso^{8,41,42}.

Os riscos assumidos estão associados à preocupação com a estética e *performance* atlética, sendo que dentre os efeitos positivos relatados pelos estudantes o mais citado foi ganho de força e massa muscular (43%), seguido por mais energia e disposição (23%), que estão entre os objetivos principais da busca por substâncias anabolizantes e suplementos alimentares, como redução de peso e/ou gordura, ganho de massa muscular, saúde, lazer, estética e competição⁴³.

Poucos efeitos colaterais foram mencionados pelos usuários de EAA nesta pesquisa, fato que pode ser explicado, uma vez que as manifestações podem ocorrer mais frequentemente em uma fase futura ao longo da vida ou também pelo uso abusivo e prolongado. Na literatura, são os principais sinais e sintomas relatados são tremores, acne grave, retenção de líquidos, aumento da pressão sanguínea, alteração do metabolismo do colesterol, alterações nos testes de função hepática, icterícia, tumores no fígado, policitemia, exarcebação da apnéia do sono, estrias e aumento de disposições de lesões do aparelho locomotor, bem como ginecomastia, alterações na libido e esterilidade masculina^{5,44}.

Tendo em vista o rim e fígado, órgãos diretamente relacionados com o metabolismo e, por conseguinte descritos como os principais acometidos pelo uso de anabolizantes e outros agentes tóxicos, nos quais os suplementos alimentares poderiam ser incluídos mediante ao uso em demasia, realizou-se uma triagem para avaliação da função dos mesmos, mediante testes bioquímicos, porém dos 42 alunos selecionados apenas 18 compareceram para realização dos testes, comprometendo uma análise mais fidedigna da população estudada pelo número reduzido de estudantes.

Foi observado que nenhum aluno apresentou alteração da função hepática, observando apenas o aumento de GGT em 2 alunos, todavia, esta enzima é inespecífica, pois além de estar presente em grande quantidade no fígado também se encontra no intestino, pâncreas, rins, próstata e em outros tecidos. Ademais, pode elevar-se pelo consumo de álcool e algumas medicações⁴⁵.

Já os resultados dos testes de função renal se mostraram mais alterados. O aumento nos níveis de ureia pode ter ocorrido em virtude de uma alimentação rica em proteínas, já que seu nível é influenciado pela função renal, sangramento intestinal, conteúdo proteico e estado de hidratação do paciente, e todos os alunos cuja amostra foi analisada consomem suplementos proteicos. A creatinina sofre menos influência da dieta, pois é produzida a partir da desidratação da creatina muscular, assim a quantidade de creatinina excretada é proporcional à massa muscular e, nesse caso, os níveis aumentados desse parâmetro podem não indicar doença renal, já que dentre os resultados alterados, todos são homens e tem maior massa muscular⁴⁶.

Tanto a ureia quanto a creatinina são biomarcadores utilizados na avaliação da taxa de filtração glomerular (TFG), visto que são substâncias de produção endógena e que são eliminadas pelos rins. A TFG que pode ser definida como “a capacidade renal de depurar uma substância a partir do sangue e é expressa como volume de plasma que pode ser completamente depurado na unidade de tempo”⁴⁷ e para sua análise utiliza-se a amostra de urina 24 horas, o que dificulta sua adesão, já que o procedimento para coleta é mais complexo.

Outros testes que avaliam a função renal são a proteinúria, a microalbuminúria e a cistatina C. Para a detecção da proteinúria é necessário a realização do exame físico-químico da urina, no qual a fita reagente detecta a presença de proteínas na urina, que é indicativo de lesão renal, contudo essa amostra não foi solicitada aos participantes da pesquisa. A microalbuminúria também utiliza amostra de urina isolada para triagem na detecção de albumina na urina, sendo que esse teste é mais sensível que a proteinúria, já que o método da fita identifica proteínas em maiores quantidades. A cistatina C é uma proteína inibidora da proteinase, sintetizada por todas as células nucleadas, tem ritmo constante de produção e é livremente filtrada pelos glomérulos, o que possibilita seu uso como marcador de função renal. Além disso, não há muita variação entre a população do sexo masculino e feminino e nem depende da massa muscular, como a creatinina. Porém é um exame pouco realizado, já que sua dosagem é realizada por imunoturbidimetria, que é um método mais oneroso e não realizado em laboratórios de pequeno porte⁴⁸.

Adicionalmente, a associação entre o uso de esteroides anabolizantes, suplementos alimentares, álcool e tabaco podem potencializar os efeitos danosos gerados pela utilização de cada um desses separadamente, por este motivo realizou-se o levantamento de fumantes e de consumo de álcool entre os alunos.

Dos 190 alunos, 9% são fumantes, que não é uma porcentagem muito diferente da encontrada em outros estudos, como o de Abreu, Souza e Caiaffa⁴⁹, que investigou 630 adolescentes e adultos jovens na cidade de Belo Horizonte, MG e obteve um resultado de 11,7%, Echer e colaboradores⁵⁰ encontraram 5% de fumantes dentre os 426 entrevistados em uma escola de enfermagem no sul do Brasil. Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde⁵¹ mostrou que o índice de pessoas que consomem cigarros e outros produtos derivados do tabaco é 20,5% menos que o registrado há 5 anos, o que se deve a maior oferta de medicamentos e assistência profissional às pessoas que desejam parar de fumar, a proibição das propagandas de marcas de cigarro, a lei antitabaco e ao maior grau de escolaridade da população geral.

O tabagismo está relacionado, principalmente, com o aumento do risco de eventos cardiovasculares. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA)⁵² são atribuíveis ao consumo de tabaco 45% das mortes por doença coronariana, como o infarto do miocárdio, e 25% das mortes por doença cerebrovascular. Sabe-se que os anabolizantes também afetam a função cardíaca, na literatura são descritos elevação da pressão arterial, redução do HDL, arritmia⁵³, trombose⁵⁴, hipertrofia ventricular esquerda¹⁷, cardiomiopatia dilatada⁵⁵ e até mesmo infarto agudo do miocárdio⁵⁶, os dois fatores associados aumentam de forma expressiva o risco de doença cardiovascular.

Além disso, a nicotina, principal substância psicoativa contida nos cigarros, é primariamente metabolizada pelo fígado e, parcialmente, eliminada *in natura* pelo rim⁵⁷. Por ser solúvel em água, ela é facilmente absorvida pelo trato respiratório, pele e mucosas, aumentando a concentração sérica rapidamente⁵⁸. Segundo Horn e colaboradores⁵⁷, o tabaco tem impacto negativo sobre a função renal, por elevar a excreção renal de albumina, além disso, também em seu estudo, foi demonstrado que os níveis de ureia, TGO, TGP e GGT foram superiores no grupo dos tabagistas do que no grupo controle, o que demonstra assim uma elevada predisposição destes indivíduos a desenvolver tanto danos hepáticos quanto renais.

Nesta pesquisa, quase metade dos alunos consomem bebidas alcólicas (49%), dessas 11 (6%) fazem o uso concomitante de suplementos alimentares e 1 (0,5%) de anabolizantes. Sendo que 15 (8%) do total de alunos entrevistados bebem e são fumantes. O uso concomitante do álcool durante o ciclo pode diminuir os efeitos do EA, diminuindo os ganhos e afetando a disposição para o treino, além de intensificar a possibilidade de danos hepáticos, desse modo a grande maioria dos usuários evitam seu consumo.

5 CONCLUSÃO

Devido ao grande aumento no consumo de anabolizantes e suplementos alimentares, faz-se necessário mais estudos a respeito da utilização dessas substâncias, principalmente em relação ao uso abusivo e indiscriminado de suplementos alimentares, sobre os quais existem poucos relatos na literatura descrevendo seus efeitos colaterais em longo prazo e seu mecanismo ação.

A imprudência no uso torna esse assunto uma questão de saúde pública, já que há grandes possibilidades de que no futuro os usuários venham desenvolver problemas relacionados a utilização dessas substâncias. Com isso, vê-se a necessidade da sensibilização da população geral sobre o tema, ressaltando a extrema importância de um acompanhamento nutricional e de um monitoramento periódico com a realização de exames laboratoriais para avaliação de índices hematológicos e bioquímicos, além de alertar para os possíveis efeitos colaterais do uso excessivo e prolongado.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) e à professora Maria Celma do Prado Furlanetto pelo auxílio na realização dos testes bioquímicos realizados no laboratório Bioclínica.

REFERÊNCIAS

1. Abrahin OSC, Sousa EC. Esteroides anabolizantes androgênicos e seus efeitos colaterais: uma revisão crítico-científica. *Rev Educ Fís/UEM*. 2013; 24(4): 699-679.
2. Evans NA. Gym and tonic: a profile of 100 male steroid users. *Br J Sports Med*. 1997. 31(1): 54-8.
3. Macedo CLD, Santos RP, Pasqualotto AC, Copette FR, Pereira SM, Casagrande A, *et al*. Uso de esteroides anabolizantes em praticantes de musculação e/ou fisioculturismo. *Rev Bras Med Esporte*. 1998; 4(1): 13-17.
- 4 Bhasin S, Storer TW, Asbel-Sethi N, Kilbourne A, Hays R, Sinha-Hikim I, Shen R, *et al*. Effects of testosterone replacement with a nongenital, transdermal system, androderm, in human immunodeficiency virus-infected men with low testosterone levels. *J Clin Endocrinol Metab* 1998; 83(9): 3455-62.

5. Chaves DOF, Neves DM, Junior ESD, Mello G, Ribeiro G, Ribeiro TB. O uso dos medicamentos anabolizantes e os impactos à saúde: revisão sistemática da literatura. *Rev da Faculdade Estácio de Sá*. 2010; 1(3): 60-72.
6. Fortunato RS, Rosenthal D, Carvalho DP. Abuso de esteroides anabolizantes e seu impacto sobre a função tireóidea. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2007. 51(9): 1417-24.
7. Silva PRP, Danielski R, Czepielewski MA. Esteroides anabolizantes no esporte. *Rev Bras Med Esporte*. 2002; 8(6): 235-43.
8. Rocha M, Aguiar F, Ramos H. O uso de esteroides androgênicos anabolizantes e outros suplementos. *Rev Port Endocrinol Diabetes Metab*. 2014; 9(2): 98–105.
9. Silva CRL, Lima Júnior HS, Lopes ICR. Alterações laboratoriais e prostáticas decorrentes do uso de esteroides anabolizantes. *NewsLab*. 2015; 128: 64-70.
10. Costa SRP, Lima OAT, Soares AF. Adenoma hepático gigante associado com uso abusivo de esteroide androgênico anabolizante: relato de caso. *Arq Bras Cir Dig*. 2012; 25(3): 180-82.
11. Diaz MR, Jimenez AG, Caliz IM, Stephens C, Cortes MG, Muñoz BG, *et al*. Distinct phenotype of hepatotoxicity associated with illicit use of anabolic androgenic steroids. *Aliment Pharmacol Ther* 2015; 41(1): 116-25.
12. Hartgens F, Kuipers H. Effects of androgenic-anabolic steroids in athletes. *Sports Med*. 2004; 34(8): 513-54.
13. American Society of Nephrology [homepage na Internet]. Bodybuilding with steroids damages kidneys [acesso em 17 jun 2016]. 2009. Disponível em: www.sciencedaily.com/releases/2009/10/091029141202.htm
14. Mayrink CAC, Fernandes F, Carvalho CM, Carvalho BBW, Lima FF, Santana DS, *et al*. Insuficiência hepato-renal secundária ao abuso de anabolizante esteroidal: relato de caso. *Rev Med Minas Gerais*. 2010; 20 (4 Supl 2): 118-20.
15. Venâncio DP, Nóbrega ACL, Tufik S, Mello MT. Avaliação descritiva sobre o uso de esteroides anabolizantes e seu efeito sobre as variáveis bioquímicas e neuroendócrinas em indivíduos que praticam exercício resistido. *Rev Bras Med Esporte*. 2010; 16(3): 191-95.
16. Abril LT, Benlloch FR, Ballester FS, Dominguez FO, Escudero JUJ, Verdejo PN, *et al*. Manejo de la esterilidad masculina en pacientes consumidores de esteroides anabolizantes. *Arch Esp Urol*. 2005; 58(3): 241-44.
17. Payne JR, Kotwinski PJ, Montgomery HE. Cardiac effects of anabolic steroids. *Heart*. 2004; 90(5): 473-75.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 32, de 13 de janeiro de 1998. Aprova o regulamento técnico para suplementos vitamínicos e ou de minerais. Diário Oficial da União. 1998, jan 15.
19. Alves LA. Recursos ergogênicos nutricionais. Rev Min Educ Fís 2002; 10(1): 23-50.
20. Matos JB, Liberali R. O uso de suplementos nutricionais entre atletas que participaram da segunda travessia da Lagoa do Peri de 3.000 m. Rev Bras Nutr Esportiva. 2008; 2(10): 185-97.
21. Schneider C, Machado C, Laska SM, Liberali R. Consumo de suplementos nutricionais por praticantes de exercício físico em academias de musculação de balneário Camboriú – SC. Rev Bras Nutr Esportiva. 2008; 2(11): 307-22
23. Araújo LR, Andreolo J, Silva MS. Utilização de suplemento alimentar e anabolizante por praticantes de musculação nas academias de Goiânia-GO. Rev Bras Ciên e Mov 2002; 10(3): 13-18.
24. Brito DS, Liberali R. Perfil do consumo de suplemento nutricional por praticantes de exercício físico nas academias da cidade de vitória da conquista – BA. Rev Bras Nutr Esportiva. 2012; 6(31): 66-75.
25. Linhares TC, Lima RM. Prevalência do uso de suplementos alimentares por praticantes de musculação nas academias de Campos dos Goytacazes/RJ, Brasil. Rev Vértices. 2006; 8(1): 101-22.
26. Alves SCR, Navarro F. O Uso de suplementos alimentares por frequentadores de academias de Potim-SP. Rev Bras Nutr Esportiva. 2010; 4(20): 139-46.
27. Pereira RF, Lajolo FM, Hirschbruch MD. Consumo de suplementos por alunos de academias de ginástica em São Paulo. Rev Nutr. 2003; 16(3): 265-72.
28. Lollo PCB, Tavares MCGC. Perfil dos consumidores de suplementos dietéticos nas academias de ginástica de Campinas, SP. Rev. Digital EFDeportes [periódico na Internet]. 2004 [acesso em 01 jun 2016]; 10(76). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd76/supl.htm>.
29. Albino CS, Campos PE, Martins RL. Avaliação do consumo de suplementos nutricionais em academias de Lages, SC. Rev Digital EFDeportes [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 01 jul 2016]; 14(134). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd134/consumo-de-suplementos-nutricionais-em-academias.htm>.
30. Silva LSMF, Moreau RLM. Uso de esteroides anabólicos androgênicos por praticantes de musculação de grandes academias da cidade de São Paulo. Rev Bras Cienc Farm. 2003; 39(3): 327-33.

31. Conceição CA, Wander FS, Massili LP, Vianna LAF, Gonçalves DM, Fossati G. Uso de anabolizantes entre praticantes de musculação em academias. *Rev Pesquisa Médica*. 1999; 33: 103-16.
32. Silva PRP, Czepielewski MA. Uso de agentes esteroides anabólicos, estimulantes, diuréticos, insulina e GH em amostra de praticantes de musculação de Porto Alegre. *Rev Bras Toxicol*. 2001; 14(Supl): 71.
33. Bahrke MS, Yesalis CE. Abuse of anabolic androgenic steroids and related substances in sport and exercise. *Curr Opin Pharmacol* 2004; 4(6): 614-20.
34. Silva PRP, Machado Junior LC, Cioffi AP, Prestes MC, Czepielewski MA. Prevalência do uso de agentes anabólicos em praticantes de musculação de Porto Alegre. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2007; 51(1): 104-10.
35. Ip EJ, Barnett MJ, Tenerowicz MJ, Kim JA, Wei H, Perry PJ. Women and anabolic steroids: an analysis of a dozen users. *Clin J Sport Med*. 2010; 20(6): 475-81.
36. Santos LF. O uso de esteroides androgênicos anabolizantes nas academias de musculação da zona sul de Porto Velho [monografia] [Internet]. Porto Velho: Fundação Universidade de Rondônia; 2012. [acesso em 15 jun 2016]. Disponível em: http://www.def.unir.br/downloads/1688_o_uso_de_esteroides_androgenicos_anabolizantes_nas_academias_de_musculacao_da_zona_sul_de_porto_velho.pdf.
37. Gomes LRR, Borges KL, Garcia Junior RP, Meneghel GL, Oliveira KDW. Uso de esteroides anabólicos androgênicos por praticantes de musculação em academias de Vila Velha, ES. *Rev Digital EFDeportes* [periódico na Internet]. 2012 [acesso em 01 jun 2016]; 17(172). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd172/uso-de-esteroides-anabolicos-androgenicos.htm>.
38. Pope Junior HG, Wood RI, Rogol A, Nyberg F, Bowers L, Bhasin S. Adverse health consequences of performance-enhancing drugs: an endocrine society scientific statement. *Endocr Rev* [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 02 jun 2016]; 35(3). Disponível em: <http://press.endocrine.org/doi/full/10.1210/er.2013-1058>.
39. Sjöqvist F, Garle M, Rane A. Use of doping agents, particularly anabolic steroids, in sports and society. *Lancet*. 2008; 371(9627): 1872-82.
40. Pinto ALS, Lima FR. Adolescentes e anabolizantes. *Rev Bras Med* [periódico na Internet]. 2002 [acesso em 30 abr 2016]. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fas e=r003&id_materia=2059.
41. Bahrke M.S, Yesalis CE, Kopstein AN, Stephens JA. Risk factor associated with anabolic androgenic steroid use among adolescents. *Sports Med*. 2000; 29(6): 397-405.
42. Iriart JAB, Chaves JC, Orleans RG. Culto ao corpo e uso de anabolizantes entre praticantes de musculação. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(4): 773-82.

43. Bertulucci KNB, Schembri T, Pinheiro AMM, Navarro AC. Consumo de suplementos alimentares por praticantes de atividade física em academias de ginástica em São Paulo. *Rev Bras Nutr Esportiva*. 2010; 4(20): 165-72.
44. Ribeiro PCP. O uso indevido de substâncias: esteroides anabolizantes e energéticos. *Adolesc. Latinoam*. 2001; 2(2): 97-102.
45. Nemer ASA, Neves FJ, Ferreira JES. Manual de solicitação e interpretação de exames laboratoriais. São Paulo: Revinter; 2010.
46. Motta VT. Bioquímica clínica para o laboratório: princípios e interpretações. 4.ed. Porto Alegre: Médica Missau; 2003. cap. 16, p. 277-302.
47. Sociedade Brasileira de Nefrologia [homepage na Internet]. Biomarcadores na nefrologia [acesso em 10 jun 2016]. Disponível em: <http://arquivos.sbn.org.br/pdf/biomarcadores.pdf>.
48. Sodré FL, Costa JCB, Lima JCC. Avalia o da fun o e da lesão renal: um desafio laboratorial. *J Bras Pat Med Lab*. 2007; 43(5): 329-37.
49. Abreu MNS, Souza CF, Caiaffa WT. Tabagismo entre adolescentes e adultos jovens de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: influência do entorno familiar e social. *Cad Saude Pública*. 2011; 27(5): 935-43.
50. Echer IC, Corrêa APA, Ferreira SAK, Lucena AD. Tabagismo em uma escola de enfermagem do sul do Brasil [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 02 jun 2016]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71419103018>.
51. Ministério da Saúde (BR). Número de fumantes no Brasil cai 20,5% em cinco anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 7 jul 2016]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/12/numero-de-fumantes-no-brasil-cai-20-5-em-cinco-anos>.
52. Instituto Nacional do Câncer [homepage na Internet]. Tabagismo [acesso em 9 jul 2016]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/situacao/arquivos/causalidade_tabagismo.pdf.
53. Santos AF, Mendonça PMH, Santos LA, Silva NF, Tavares JKL. Anabolizantes: conceitos segundos praticantes de muscula o em Aracajú (SE). *Psicologia em Estudo*. 2006; 11(2): 371-80.
54. Falkenberg M, Karisson J,  rtenwall P. Peripheral arterial thrombosis in two young men using anabolic steroids. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 1997; 13(2): 223-26.
55. Ferrera PC, Putnam DL, Verdile VP. Anabolic steroid use as the possible precipitant of dilated cardiomyopathy. *Cardiology*. 1997; 88(2): 218-20.
56. Souza JA, Paixão MPCP. Estudo de caso: acompanhamento nutricional de indivíduo portador de infarto agudo do miocárdio devido uso de anabolizantes injetáveis. *Rev Bras Nutr Esportiva*. 2012; 6(35): 353-58.

57. Horn RC, Rauber FR, Mori NC, Braun C, Bortolotto J. Análise de alterações hepáticas e renais em fumantes crônicos – um estudo piloto. Rev Biomotriz. 2015; 9(1): 100-11.

58. Issa JS, Forti N, Giannini SD, Diamente J. Intervenção sobre tabagismo realizada por cardiologista em rotina ambulatorial. Arq Bras Cardiol. 1998; 70(4): 271-74.

Acesso aos serviços de saúde por agentes penitenciários de uma cadeia pública feminina

Access to health services by penitentiary agents of a female public chain

Acceso a los servicios de salud por agentes penitenciarios de una cadena pública femenina

Paula Kathleen Demétrio Corsino
Carolina Picolotto
Cecília de Campos França
Angélica Pereira Borges
Thalise Yuri Hattori
Josué Souza Gleriano
Ana Cláudia Pereira Terças-Trettel

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar as percepções dos agentes penitenciários sobre o acesso aos serviços de saúde. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, realizado na cadeia pública feminina de Tangará da Serra-MT, com profissionais agentes do sistema penitenciário através de um instrumento semiestruturado que foi transcrito na íntegra, organizado de forma sistematizada com codificação do tipo alfanumérica submetido a análise de conteúdo. Dos profissionais entrevistados a faixa etária predominante foi de 28 e 33 anos, mulheres, destes 43,75% classificou o serviço de saúde como “bom”. Utilizam do mix público-privado para acesso a serviços e destacam a necessidade de melhorias em ambos setores, apontando para o público, a necessidade de disponibilidade de exames específicos, e para ambos a elevação da qualidade na estrutura, humanização e demora no atendimento dos serviços. A superlotação e a demora no atendimento são os pontos-chaves para a insatisfação dos agentes penitenciários relacionado ao Sistema Único de Saúde, no entanto até os que dispõem de plano de saúde possuem as mesmas queixas, ademais preferem garantir o acesso ao atendimento devido o plano de saúde.

Palavras-Chave: Prisões; Serviços de Saúde; Humanização da Assistência; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

The present study aimed to analyze the perceptions of penitentiary agents about access to health services. This is a descriptive-exploratory study with a qualitative approach, carried out in the female public chain of Tangará da Serra-MT, with professional agents of the penitentiary system through a semi-structured instrument that was transcribed in its entirety, organized in a systematized form with codification of the alphanumeric type submitted to content analysis. Of the professionals interviewed the predominant age group was 28 and 33 years old, women, of these 43.75% classified the health service as "good". They use the public-private mix to access services and highlight the need for improvement without both sectors, pointing to the public, the need for availability of specific exams, and for both the increase in quality in the structure, humanization and delay in service delivery. Overcrowding and delayed care are the key points for dissatisfaction related of the penitentiary agents to Health Unic System. However, even those who have a health plan have the same complaints, however, they prefer to guarantee access to care due to the health plan.

Keywords: Prisons; Health services; Humanization of Assistance; Quality of Health Care.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar las percepciones de los agentes penitenciarios sobre el acceso a los servicios de salud. Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio con abordaje cualitativo, realizado en la cadena pública femenina de Tangara da Serra-MT, con profesionales agentes del sistema penitenciario a través de un instrumento semiestructurado que fue transcrito en su totalidad, organizado de forma sistematizada con codificación del tipo alfanumérico sometido a análisis de contenido. De los profesionales entrevistados el grupo de edad predominante fue de 28 y 33 años, mujeres, de los 43,75% clasificó el servicio de salud como "bueno". Se utilizan de la mezcla público-privada para acceso a servicios y destacan necesidad de mejora sin ambos sectores, señalando al público, la necesidad de disponibilidad de exámenes específicos, y tanto el aumento de la calidad

en la estructura, la humanización y la demora en la prestación del servicio. La superpoblación y la demora en la atención son los puntos claves para la insatisfacción de los agentes penitenciarios relacionados al SUS, sin embargo hasta los que disponen de plan de salud poseen las mismas quejas, sin embargo prefieren garantizar el acceso a la atención debido al plan de salud.

Palabras clave: Prisiones; Servicios de Salud; Humanización de la Asistencia; Calidad de la asistencia sanitaria.

1 - INTRODUÇÃO

Compreende-se que determinantes individuais (renda, cobertura do seguro saúde, atitudes frente ao cuidado com a saúde, estrutura social) ou das instituições de saúde interferem no acesso à saúde¹. Assim, a organização dos sistemas de saúde para responder as necessidades de saúde e a concepção de saúde colocada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como estado de completo bem-estar físico, mental e social, ausência de enfermidades, articulada às dimensões corpo e mente, biológico e social, saúde e doença, são aspetos relevantes para concretizar um estado pleno de saúde de uma sociedade, porém questiona-se o quanto essa definição representa realmente a saúde².

No entanto, as necessidades de saúde demandadas pela população são reconhecidas nos serviços de saúde, e estes precisam organizar-se no intuito de subsidiar acesso às mesmas. Para isso, analisar os três aspectos essenciais que as permeiam, ou seja, as particularidades de como a necessidade de saúde é traduzida por cada grupo social, a dicotomia entre o saber científico do médico e a concepção do indivíduo que recorre ao serviço e a diferente percepção dos gestores³ são elemento que podem auxiliar na organização dos serviços de saúde.

Os três aspectos apresentados acima, conseguir mediar no contexto da realidade brasileira, o acesso universal como um direito de cidadania, princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴ nas marcantes desigualdades territoriais e econômica de uma população frente aos cenários organizativos regionais e das diferenças do próprio acesso, tanto públicos como privado^{5,6}.

Destaca-se que 69% dos serviços de saúde privados são ocupados pelo SUS, sendo os principais a internação e exames⁷, entretanto, os mesmos serviços também têm sido contratados pelos seguros de saúde privados mostrando uma lógica de

organização que se ergueram nas fragilidades de coordenação do SUS e da abertura da rede de atenção privada na lógica da saúde como mercadoria.

O setor privado tornou-se então uma alternativa de acesso à assistência médica, articulado fortemente com as indústrias farmacêuticas e de equipamentos de saúde regulando um mercado de saúde altamente lucrativo e de poder no capital financeiro³, que têm incorporado como clientes parcela da classe trabalhadora formal, que usualmente prefere beneficiar de seguros saúde ou consumir assistência médica privada. Contexto que remete um olhar reflexivo, no SUS, sobre as dimensões do acesso, da atenção e da organização do sistema de saúde na proposta de garantia da saúde como direito, que requer atentar para a área de saúde e economia quando o SUS precisa dar resposta à população que, assegura em pacotes de serviços, adentram no sistema com demandas que fogem do escopo do seguro contratado.

Considerando o exposto, o vínculo de trabalho oportuniza escolha de sistemas de saúde. Como exemplo, nesse estudo adota-se a situação do Agente de Segurança Penitenciário (ASP), agente prisional ou agente penitenciário. De acordo com Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), até o primeiro semestre de 2016, o quadro de ASP era de 78.163 em todo o Brasil⁸. Esses profissionais, trabalha em um ambiente de tensão, pressão e insegurança, o que pode influenciar na sua qualidade de vida e levá-los à distúrbios de várias ordens, tanto físico quanto psicológicos⁹, sinalizando para a necessidade de acompanhamento periódico da saúde do trabalhador em todas as suas vertentes.

Adicionalmente, é importante que o ASP esteja incluído no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional CIPA e que a assistência à saúde, independentemente de ser segurado ou não, receba assistência à saúde por parte do Estado e que inclua minimamente o atendimento médico, farmacêutico e odontológico¹⁰. Ademais, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância, prevenção, e de promoção da saúde na saúde do trabalhador¹¹ integra oportunidades de articular espaços por meio de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) na atenção as demandas que surgem no contexto do ambiente de trabalho, sendo primordial no contexto dos profissionais do sistema prisional como os APS.

O Ministério da Saúde enfatiza a importância do desenvolvimento de ações educativas de capacitação e sensibilização de saúde no ambiente de trabalho em sistemas prisionais¹². Sendo evidenciado em estudo¹ realizado no estado de São Paulo que 30% dos ASP apresentam sinais de alcoolismo, e um para cada dez sofre de distúrbios psicológicos, ocupando o primeiro lugar dentre as profissões do sistema prisional com tais agravamentos a saúde.

Essa categoria profissional também é descrita como invisível por suas condições de trabalho e saúde precárias¹³, sendo potencializadas por críticas condições de infraestrutura e a fragilidade da ambiência das prisões¹⁴. Nesta complexidade de fatores de risco, foram evidenciados problemas de saúde que resultaram em afastamentos do trabalho de ordem psicológica e física no trabalho¹⁵, decorrentes do estresse laboral¹⁶, e também do aumento do risco cardiovascular¹⁷.

Assim, fica claro que a atividade laboral do ASP demanda o uso de uma rede de assistência à saúde que atenda as especificidades de seu processo saúde-doença, neste contexto torna-se fundamental compreender como se dá o acesso a saúde por esses profissionais, para que assim seja possível subsidiar reflexões sobre os processos e redes que o envolvam buscando resolutividade de suas necessidades de saúde. Diante do contexto, esse estudo objetiva compreender a partir das percepções de ASP de uma cadeia pública feminina sobre como acessam os serviços de saúde.

2 - METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa na compreensão do comportamento de um grupo populacional e sua experiência processo e construção de significados¹⁸. Foi realizado em uma cadeia pública feminina localizada em um município da região sudoeste mato-grossense. Estima-se a população de 123.119 habitantes no município¹⁹ e com desigualdade social de 0,729. Grande parte do município conta com água tratada, energia elétrica, limpeza urbana, telefonia fixa, telefonia celular e internet. Cerca de 65% das famílias tangaraenses residem em imóveis próprios ou quitados¹⁹.

Participaram do estudo todos os agentes penitenciários que atuavam na instituição prisional, totalizando dezesseis. Os critérios de inclusão foram: trabalhar na instituição no mínimo 6 meses e que não estiver em licença e/ou afastamento.

A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2016, por meio de entrevista semiestruturada gravada, com roteiro que abrangia questões socioeconômicas e de acesso a serviços de saúde. Realizou-se o primeiro contato com os ASP no ambiente de trabalho sendo apresentando a pesquisa, os objetivos, a forma que o estudo seria desenvolvido e a necessidade de aceite pelo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pós aceite, foi agendada as entrevistas, que seguiu a aplicação dos instrumentos e sendo encerrada quando o pesquisador constatava saturação²⁰. As entrevistas tiveram duraram média de aproximadamente 20 minutos.

Os dados coletados foram transcritos na íntegra, organizados de forma sistematizada, por meio de um sistema de numeração e de classificação, com codificação do tipo alfanumérica, onde as consoantes ASP referem-se a agentes de segurança penitenciários, seguidas de número arábico que compôs o conjunto para determinar a sequência de realização das entrevistas.

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin²¹, emergindo duas categorias, “O acesso: Público ou Privado, como busco?” e “Na percepção dos profissionais a satisfação no acesso ao serviço de saúde”.

O estudo atendeu as normas do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e foi aprovado sob CAAE: 50417815.8.0000.5166.

3 - RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os profissionais entrevistados estão em sua maioria na faixa etária entre 28 e 33 anos, são do sexo feminino. Quanto à religiosidade e crenças, que podem influenciar em seus conceitos e modo de vida, 81,3% possuem alguma crença, seja ela religiosa ou atrelada a alguma força superior. O campo religioso brasileiro, mesmo com sua variedade, é dominado pelo cristianismo, cultura trazida pelos portugueses e passou por expansão e consolidação após a segunda metade do século XX, podendo essa relação histórica justificar a maior incidência da religião católica^{9,22}.

O nível de escolaridade é considerado alto, pois 68,8% apresenta ensino superior completo, o que sinaliza a oportunidade de acesso à educação. Que está refletindo claramente na renda mensal, visto que 50% encontram-se na faixa salarial

de 5 a 6 salários mínimos e 31,3% se concentram na faixa de renda mensal superior a 6 salários mínimos.

3.1 O acesso: Público ou Privado, como busco?

O acesso como liberdade para uso, baseada na consciência da possibilidade de acesso pelo usuário e no seu empoderamento para escolha são fatores que se misturam na avaliação do usuário como cordialidade com o indivíduo, a existência de sistemas que organizam o atendimento, a capacidade do paciente em arcar com os custos da assistência, o financiamento do sistema de saúde, e os fatores sociais e culturais²³.

O acesso aos serviços de saúde pode ser determinado por situações de vulnerabilidade e se relaciona com a percepção das necessidades de saúde²⁴. O SUS, é formado por um conjunto de ações e serviços de saúde que integram órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, fundações mantidas pelo poder público e as da iniciativa privada²⁵, tem organizado o fluxo do acesso a seu sistema por níveis de atenção e aceitado diferentes portas de entrada, quando aborda o aspecto de referência.

A dificuldade de acesso a exames e consultas especializadas, dificuldade em agendamento, precariedade de disponibilidade de medicamentos nas farmácias populares e, por vezes, impessoalidade no primeiro contato quanto ao julgamento da busca pelo serviço de saúde são problemas inconvenientes gerados pelo aumento da demanda e a ampliação na oferta de serviços²⁶.

No caso estudado, os ASP entrevistados, relatam insatisfação com o sistema público de saúde, seja no atendimento, em procedimentos diagnósticos, tempo de espera e também recursos humanos e materiais.

ASP1: “Deixa a desejar: atendimento, realização de exames, então não conseguimos ir no SUS, ou pagamos particular, ou um convênio.”

ASP2: “só faço vacina no SUS”.

ASP10: *“No público não tem como ser atendido, nunca tem vaga, sempre troca o posto, sabe me falam que não é da minha área, não entendo muito bem porque não me atendem.”*

ASP13: *“Não tenho plano de saúde, todos os locais a gente têm que esperar até no particular.”*

ASP15: *“ (...)só uso quando me sinto mal, vou na emergência sou atendido e medicado, consigo fazer os exames e quando preciso de algum especialista eu consigo ser atendida.”*

ASP8: *“SUS Precisa melhorar muito.”*

Na saúde do trabalhador os elementos que constituem as práticas de atenção são interdisciplinares, pela dimensão que se caracteriza as demandas que emergem da rotina laboral. Nesse sentido, o sistema de saúde precisa reconhecer dois pontos de análise, o primeiro as relações particulares que acontecem no ambiente de trabalho e da resposta de reprodução que esse perpetua na condução social e, o segundo, as características dos processos de trabalho e a potencialidade de repercussão na saúde²⁷.

Quando o ASP10 enfatiza *“...sabe, me falam que não é da minha área, não entendo muito bem porque não me atendem”*, reflete-se a capacidade de absorção das demandas da Saúde da Família e divisão de área do município¹⁹, que muitas das vezes possuem baixa cobertura e não consegue atender as demandas do território e as que influenciam essa demanda.

Reforça que em qualquer serviço, o acolhimento do usuário no momento da procura pelo serviço precisa estabelecer como resposta segurança e confiabilidade no serviço de saúde, mesmo que não solucionado o problema naquele momento.

Na fala do ASP10 percebe-se limite no acesso desde o momento da entrada no serviço até o momento do agendamento de atendimento. A prioridade de atendimento para o residente do território é uma das atribuições da saúde da família e a condução de abertura de agenda que possibilidade acesso são estratégias para não perder o vínculo com o usuário²⁸.

Outro aspecto a ser considerado são desafios e fragilidades desde a implantação da RENAST, principalmente por subfinanciamento, impôs certa inépcia ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), independente de onde

estiver no território brasileiro, à quantidade de demandas impondo, nesse sentido, outras alternativas aos trabalhadores para acessar serviços de saúde²⁹.

Reconhece-se que houve maior acesso a serviços de saúde, por programas de saúde, o que permitiu que problemas e agravos à saúde fossem diagnosticados mais rápidos, com acesso a tratamento e possibilidade de usufruir dos serviços de alta complexidade³⁰. Entretanto, os achados desse estudo, na singularidade de campo e localização do serviço, por não ter um CEREST na regional de saúde, por limitações de discussão sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) reforçam a complexidade que se impõe ao SUS na garantia da saúde como direito.

A ausência na fala dos ASP de um centro de referência ou o conhecimento desse, a exemplo o CEREST, perpassa a dimensão de comunicação da saúde com os trabalhadores, impondo limites na luta da classe para melhores condições de implementação da PNSTT.

O acesso por meio do sistema suplementar ou privado tem sido o mais recorrente para esses trabalhadores.

ASP 4: *“pagamos particular, ou um convênio.”*

ASP 10: *“eu uso o privado quando preciso.”*

ASP 8: *“tem que ser privado, não consegui na unidade de saúde do meu bairro.”*

A utilização do serviço privado pelos ASP desse estudo têm sido uma estratégia utilizada em detrimento da ausência ou morosidade na resposta do setor público de saúde. Pode-se, por uma complicação dada na experiência do usuário, repercutir em naturalização de um atendimento ineficiente no SUS. Nos diálogos entre os trabalhadores, somando possíveis experiências semelhantes, as relações expressaram as fragilidades e, por consequência escolha por outros segmentos no caso o sistema privado.

Pontua-se que aspectos sócios organizacionais, que incluem condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo influenciam no acesso³¹. Nessa perspectiva, no acesso deve considerar-se as necessidades que são demandadas pelos usuários e a capacidade de atender tais necessidades pelo sistema de saúde³².

Aspecto que pode ser um influenciador nesse estudo para o não reconhecimento de uma rede pública de assistência à saúde do trabalhador, relaciona-se com a abordagem geográfica, que é um pré-requisito fundamental para a resposta à assistência à saúde³³, sendo que a ausência na fala de um setor de referência e de um serviço na regional de saúde além das diferentes propostas nos planos de carreira dos profissionais, quanto a cobertura de assistência à saúde, não define o SUS como acesso à atenção, mesmo sendo um direito constitucionalmente garantido.

Não somente o sistema público de saúde tem enfrentado os desafios de ofertar em tempo oportuno respostas a demanda, o sistema suplementar por meio de convênios têm apresentado demora na oferta do atendimento³⁴. Souza et al.³⁵ mostram que essa realidade de difícil acesso a exames e consultas especializadas, além da dificuldade em agendamento e falta de humanização no primeiro contato é realidade em todo o país.

Em olhar ampliado da ação em saúde pública, os CERESTs tem sido analisados, e percebe-se que há experiência acumulada de atuação em consonância com as premissas da Vigilância em Saúde do Trabalhador²⁹

Porém, constata-se limitações no quadro de profissionais da saúde que poderiam dar aporte para demandas de saúde mental na própria estrutura de trabalho¹⁶, além dos entraves institucionais que dificultam o acesso à utilização dos serviços³⁶.

Em outra dimensão, a reflexão de que os estabelecimentos penais não estão isolados da sociedade promove um campo de diálogo sobre as diversas maneiras de comunicação, incluindo pela necessidade de utilização das redes públicas de saúde, no tocante a situação inversamente proporcional de agentes penitenciários com o crescimento da população carcerária³⁷, e da limitação de que a saúde que também é um direito do trabalhador penitenciário³⁸ ter apresentado situações de precariedade, que no caso estudado afetou principalmente o serviço, que é interiorizado.

Nesse contexto, refletir sobre o diálogo interministerial, ou seja, Ministério da Justiça e Segurança Pública com o Ministério da Saúde, produziria para além de respostas na abordagem da população privada de liberdade, mas também das ações de minimização de exposição do risco à saúde do trabalhador na complexa e ampla possibilidade de minimizar agravos que esses estão também expostos.

Ressalta-se que é necessário atentar as implementação das ações de promoção e prevenção em saúde preconizadas na Política de Atenção à Saúde do Servidor (PASS), porém fragilidades estruturais e organizacionais acresceram em desmotivação e descrédito de que política possa ser eixo condutor da reforma de atenção à saúde a esse grupo de trabalhadores, destaca-se dificuldades na atuação de gestores, prejuízos que as dificuldades do dia a dia trazem às equipes de saúde em termos de manutenção de sua saúde mental, além de práticas de controle apenas dos afastamentos dos servidores sinalizando pouca efetividade para enfrentar os problemas de saúde dos servidores³⁹.

Constata-se que a descontinuidade na agenda de governo com a PASS, tanto por limitações políticas e orçamentárias, quanto por questões de gestão de pessoas, além da baixa adesão dos gestores de pessoas e da falta de acompanhamento do órgão regulador produziu reflexos que não avançaram na promoção e prevenção à agravos e à assistência dos servidores⁴⁰.

Diante desse contexto, a Administração Pública Federal, ente que executa ações e diretrizes deve buscar estratégias que somem melhorias na qualidade do serviço prestado pelo Estado aos seus servidores, o que reforça ampliação da escuta na proposição das demandas e que resulte em desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde.

3.2 Na percepção dos ASPs a satisfação no acesso ao serviço de saúde.

Uma das dimensões do acesso à saúde é a aceitabilidade que é dada sob a natureza dos serviços prestados e percepção dos serviços pelos indivíduos e comunidades, influenciada por aspectos culturais e educacionais; capacidade de pagamento dada pela relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos⁴¹.

O acesso como liberdade para uso, baseado na consciência da possibilidade de acesso pelo usuário e no seu empoderamento para escolha são fatores que se misturam na avaliação do usuário como cordialidade com o indivíduo, a existência de sistemas que organizam o atendimento, a capacidade do paciente em arcar com os custos da assistência, o financiamento do sistema de saúde, e os fatores sociais e

culturais²³. Dessa forma, o nível de acesso aos serviços de saúde seria determinado pelo grau de adequação entre indivíduos e comunidades e o sistema de saúde.

Avaliar a satisfação de usuários com serviços de saúde é um tema complexo, e não foi o intuito desse estudo, ressalta-se que perpassa por diferentes aspectos teóricos, instrumentos e posições acadêmicas. Nesse sentido, há sugestão de que é necessário um referencial próprio de pesquisa de satisfação no contexto brasileiro⁴².

A satisfação nesse estudo emergiu como uma categoria, que colabora com a possibilidade do uso dessa percepção por expor opiniões, expectativas e aquilo que o participante considera justo, possibilitou argumentar como categoria de análise.

Nessa categoria, não pretende dialogar sobre os diferentes elementos que a satisfação pode trazer para o campo da avaliação, porém a escolha de sumarizar percepções pode auxiliar estabelecer potencialidades e fragilidades de quem percorre os caminhos da atenção e, de certa forma corroborar em linhas de pesquisa.

A satisfação do usuário do serviço de saúde pode ser caracterizada pelos seguintes fatores garantia de utilização e garantia de retorno, sendo que a garantia de utilização pode ser classificada como: conseguir realizar a consulta médica, procedimentos, medicação e tudo que envolve a ação do serviço de saúde ao usuário, já a garantia de retorno pode ser classificada como: pedidos de exames para o cliente/paciente, pedido de retorno depois de cessar a medicação para reavaliação do quadro entre outros^{43,44}.

Ao analisar os relatos dos participantes, consta-se que 43,75% classificam o sistema de saúde que fazem uso como “bom”, seja ele público ou privado.

ASP2: "Bom sempre, sou atendida, porque eu tenho (plano particular), agendo quando preciso e sou atendida, mas uso o SUS quando preciso e sempre fui bem atendida".

ASP13: "Vou no posto de saúde (SUS), é muito bom, sempre que preciso sou bem atendida. Não tenho plano de saúde, todos os locais a gente têm que esperar até no particular."

No primeiro momento a percepção desses profissionais expressa que não há diferença na qualidade dos serviços, sejam eles públicos ou privados. Fadel e Filho⁴⁵, abordam que a qualidade dos serviços oferecidos pode ser percebida pelos usuários

por meio de componentes compreensíveis e incompreensíveis. Os compreensíveis são aqueles que o usuário vê, referindo-se à estrutura/aparência física do local, e os incompreensíveis são aqueles que o usuário sente, como por exemplo, a empatia e gentileza geradas entre equipe/usuário. A palavra usuário está muito atrelada a ideia de mercantilização que é o que de alguma forma queremos desconstruir no sistema de saúde.

A assistência efetiva e bom atendimento da necessidade do usuário são os fatores que refletem a percepção positiva do usuário e são elementos importantes no cuidado prestado, indo além das dimensões econômicas, culturais e funcionais da oferta do serviço^{35,46}.

A fragilidade estrutural do sistema público de saúde pode estar relacionada com a falta de um sistema de gestão eficiente desse patrimônio que afeta o desenvolvimento das políticas de saúde, observando-se na mídia inúmeras divulgações sobre equipamentos não instalados devido à infraestrutura inadequada que afetam diretamente o acesso do paciente aos serviços do SUS⁴⁷.

ASP14: “a diferença é que no privado o local é mais arrumado, limpo e os profissionais mais atenciosos”

ASP3: “Eu gosto dos hospitais particulares, porque tem organização, um ambiente bonito e sou tratada com educação por quem me atende”

Refletir na operacionalidade dos serviços sobre a dignidade humana⁴⁸ é preservar a humanização no serviço, a atenção integral e a aproximação da equipe/usuário, possibilitando o julgamento da real necessidade de atendimento e os caminhos que serão fortalecedores para a escuta qualificada e o estreitamento do vínculo⁴⁹.

A humanização tem uma dimensão da ambiência e da relação entre profissional/usuário, ações como valorização do profissional e pelo reconhecimento dos direitos do usuário. A Política Nacional de Humanização (PNH) aborda práticas do fazer o trabalho em saúde que valorizem o espaço, o ambiente e as relações que fortaleçam troca de saberes entre usuário e profissional⁵⁰.

O primeiro contato do usuário e a resposta do serviço de saúde estabelecem as responsabilidades da equipe de saúde e ações⁵¹, entretanto necessita-se que haja vínculo entre equipe/usuário para que a comunicação seja compreendida por todos. O acolhimento da equipe ao usuário cria vínculo de confiança, troca de saberes científico e empírico que pode garantir uma atenção mais integral⁵², portanto empatia, acessibilidade ao serviço e seu seguimento na rede de serviços caso necessário⁵³, são estratégias que aumentam a satisfação do usuário com o serviço.

Implicações que acontecem desde o momento em o usuário é recepcionado até o momento do atendimento com a equipe da saúde são importantes para estabelecer vínculo^{54,55}. Moimaz et al.⁵⁴, acrescenta que somente gentileza no acolhimento não é o fator essencial, a escuta ativa e qualificada é que constrói a confiança no serviço de saúde.

Vale salientar que qualquer instituição de serviços de saúde está sujeita a falhas, porém a análise reflexiva rotineira de seus processos pode garantir a qualidade do serviço prestado⁵⁶. São exemplos que diminuí em a qualidade: a falta de segurança da equipe, limpeza e conforto do ambiente⁴⁸, porém, sabe-se que quando ocorre o aperfeiçoamento contínuo de tais fatores estimula a satisfação do usuário⁵⁷.

Em específico nesse estudo, os ASP, apresentam no discurso a precariedade do serviço, a relação profissional-usuário e os recursos materiais disponíveis como pontos que necessitam melhorar para a qualidade no serviço.

ASP16: "É médio, porque as vezes você precisa de algo e falta, mas não por culpa dos profissionais, e sim do governo."

ASP7: "Uso o SUS porque algumas coisas ficam caras pelo meu plano, quando tenho que pagar a coparticipação, então eu faço algumas coisas no SUS, sim..."

ASP3: "Tenho plano de saúde e é longa a espera."

Em 2003, 24,8% da população fazia uso do sistema privado de saúde⁵⁸, em 2020, 24,25% são cobertos por planos de saúde⁵⁹, mostrando que ainda uma grande parcela da população, mesmo que trabalhadora tem o SUS como sendo seu sistema de saúde. Entretanto, no aspecto organizacional do SUS pode-se dizer que a estrutura

do sistema de saúde brasileiro tornou-se misto, uma vez que o setor público e o setor privado coexistem em prol da demanda, financiamento e na utilização do serviço de saúde²⁵.

Queixas relacionados a exames, espera no atendimento, demora excessiva devido a superlotação, são identificados no SUS, porém grande parcela da população acredita que os problemas e necessidades estão sendo resolvidos no SUS⁵⁴.

Apesar de não ter sido explicitado pelos participantes o acesso à serviços de alta complexidade hospitalar, o enfoque ter sido a serviços ambulatoriais de média complexidade, prevalece no SUS acesso de população que possui cobertura de seguro saúde, em grande parte trabalhadores. Entre os principais serviços destacam-se hemodiálise, quimioterapias, radioterapias e hemoterapia⁵⁸.

Assim, há nas responsabilidades dos gestores em saúde intenso debate acerca da forma de financiamento, da capacidade do sistema de saúde em conhecer o seu público⁶⁰, além dos desafios estabelecidos na relação público-privada do sistema de saúde brasileiro.

Entretanto, desigualdades na oferta e na utilização de serviços em prol da população com plano de saúde e as que dependem exclusivamente do SUS apresentam peculiar inserção do setor suplementar nos serviços de saúde do SUS, característica de oferta duplicada ou complementar o que faz aumentar as desigualdades⁶¹.

É importante contextualizar que em aspectos de agravo ou condição de exposição laboral no contexto penitenciário os programas de atenção no SUS são fundamentais para a garantia do acesso a diagnose e tratamento. A exemplo, vacinação, procedimentos especializados, programas de tuberculose, HIV/AIDS e outras infecções relacionados à saúde, entre outros aspectos que dizem respeito as ações de vigilância em saúde²⁵.

Percebe-se despreparo em municípios para assumir a implementação dos programas e ações planejadas, por falta de planejamento das ações pelos gestores que deixam lacuna que interfere na organização e eficiência do serviço prestado³⁰.

No campo de apoio ao trabalhador que atua no ambiente prisional há relatos de percepção da degradação no apoio dos serviços de saúde e dificuldade de percepção das relações de trabalho e do contexto de impacto de alternativas que auxiliem melhorar o ambiente de trabalho¹⁶.

4 - CONCLUSÃO

O perfil dos profissionais da cadeia pública feminina apresenta um predomínio de população jovem, em sua grande maioria mulheres, alto nível de instrução e renda mensal média, o que pode influenciar na baixa procura pelo Sistema Único de Saúde.

Limitações no acesso e baixo uso do SUS foram abordados nos achados desse estudo. Para esses participantes as queixas quanto a qualidade, o tempo de resposta e a escolha pelo tipo de serviço são elementos que configuram o acesso. A ambiência e o acolhimento foram elementos que contam para a satisfação.

Esse estudo teve como objeto o tipo de acesso de ASP a serviços de saúde, por meio público ou privado, contudo limita-se a não ter explorado características laborais do ambiente de trabalho e os agravos que podem potencializar a ida ao serviço de saúde e também a escolha do serviço, ações que são influenciadoras pela própria rede de atenção à saúde e disponibilidade de recursos humanos.

A ausência na fala dos participantes de rede de atenção aos seus problemas, políticas e responsabilidades do ente empregador, pode ser achados que precisam de maior investigação para compreender o quanto essas informações, essenciais na construção do espaço de garantia do direito à saúde e dos princípios constitucionais do SUS, perfazem no diálogo desses profissionais.

Porém, reconhece na literatura limites e desafios no campo da PNSS e a necessidade emergente de diálogo interministerial para superar lacunas de promoção e prevenção no intuito de garantir ações na vigilância de saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

- 1 - Ronald A, Newman, J.F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, 1973; 51 (1): 95-124.
- 2 - Araújo JS, Xavier MP. The concept of health and models of assistance: considerations and prospects in change. *Rev. Saúde em Foco*. 2014; 1 (1): 137-149.
- 3 - Cordeiro HÁ. Saúde: concepções e políticas públicas O conceito de necessidades de saúde e as políticas sanitárias. IN: AMÂNCIO FILHO, A., and. MOREIRA, MCGB. ORGS. Saúde, trabalho e formação profissional. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.

- 4 - Brasil. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 [internet] [acessado 2017 Maio 30]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>.
- 5 - Cunha ABO, Silva, LMV. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010; 26 (4)725-737.
- 6 - Travassos C, Castro MSM. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: Giovanella L. *et al.* (Orgs.) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ed. FIOCRUZ, 2008, p. 215-243.
- 7 - Goddard M., Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine*, Oxford, 2001; 53 (9): 1149-1162.
- 8 – INFOPEN. Levantamento Nacional de Informações penitenciárias. Brasília: Ministério da Justiça e segurança Pública, 2017.
- 9 - Lourenço LC. Batendo a tranca: impactos do encarceramento em agentes penitenciários da Região Metropolitana de Belo Horizonte. DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social. 2010; 3 (10): 11-31.
- 10 - Moraes PRB. A identidade e o papel de agentes penitenciários. Tempo Social, Rev. de Sociologia da USP, 2013; 25 (1): 131-147.
- 11 – Brasil. Portaria n. 2.728 de 11 de novembro de 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- 12 - Brasil. Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- 13 - Tschiedel RM, Monteiro JK. Prazer e sofrimento no trabalho das agentes de segurança penitenciária. Estudos de Psicologia. 2013; 18 (3): 527-535.
- 14 - Jaskowiak CR, Fontana RT. O trabalho no cárcere: reflexões acerca da saúde do agente penitenciário. Rev. Bras. Enferm. 2015; 68 (2): 235-243.
- 15 - Greco PBT, Magnano TSBS, Beck CLC, Urbanetto JS, Prochnow A. [Job stress in agents at the socio-educational service centers in the state of Rio Grande do Sul]. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2013.
- 16 - Jaskowiak CR, Fontana RT. O trabalho no cárcere: reflexões acerca da saúde do agente penitenciário. Rev. Bras. Enferm. 2015; 68(2): 235-243.
- 17 - Costa BM, Guércio NMS, Costa HFC, Oliveira MME, Alves MJM. Possível relação entre estresse ocupacional e síndrome metabólica. HU Rev. 2011.

18 - Metring RA. Pesquisas científicas: Planejamento para iniciantes. Curitiba: Juruá, 2009; 55-89.

19 - IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015 [internet] [acesso 2016 Dezembro 28]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/>

20 - Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisa qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2011; 27(2):389-394.

21 - Bardin L. Análise de Conteúdo. 70 ed. Lisboa; 2010.

22 - Sousa RF. Religiosidade no Brasil. Estudos Avançados. 2013; 27 (79):285-288.

23 - Thiede M, McIntyre D. Information, communication, and equitable access to health care. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008; 24 (5):1168-1173.

24 - Obrist B, Iteba N, Lengeler C, Makemba A, Mshana C, Nathan R, *et al.* Access to health care in contexts of livelihood insecurity: a framework for analysis and action. PLOS Medicine, Cambridge, 2007; 4 (10):1584-1588.

25 - Santos IS, Santos MAB, Borges DCL. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013; 4 (1): 73-131.

26 - Souza PC, Scatena JHG. Satisfação do usuário da assistência hospitalar no *mix* público-privado dos municípios do estado de Mato Grosso. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, 2014; 15 (3): 30-41.

27 - Minayo-Gomez CM. Produção de conhecimento e intersectorialidade em prol das condições de vida e de saúde dos trabalhadores do setor sucroalcooleiro. Cien Saude Colet 2011; 16 (8): 3361-3368.

28 - Barbiani R, Junges JR, Nora CRD, Asquidamini F. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. Saúde Soc. São Paulo, 2014; 23 (3): 855-868.

29 – Gomez CM, Vasconcellos LCFM, Jorge MH. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2018; 23 (6): 1963-1970.

- 30 - Kempfer SS, Bellaguarda MLR, Mesquita MPL, Alvarez AM. Percepção dos Usuários Sobre os Serviços de Saúde Pública no Brasil: Revisão Integrativa. Rev Rene, Fortaleza, 2011; 12 (n. esp.):1066-73.
- 31 – Donabedian A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge: Harvard University; 1973.
- 32 - Penchansky R. The concept of access, a Definition. National Health Planning Information Center, Bureau of Health Planning Resources Development, Department of Health, Education and Welfare, 1977.
- 33 – Unglert CVS, Rosenburg CP, Junqueira CB. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 21, n. 5, p. 439-446, Oct. 1987.
- 34 – Abelha MC, Gonçalves AA, Pitassi C. Os indicadores de desempenho na gestão de operações da saúde suplementar. Revista Vianna Sapiens, 2017; 2 (2): 21.
- 35 - Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública. 2008; 24 (1):100-10.
- 36 - Souza Josiane Calixto, Rumin Cassiano Ricardo. O serviço de atenção à saúde mental aos trabalhadores do sistema prisional. TransForm. Psicol. 2010; 3(1).
- 37 - Brasil. Modelo de Gestão para a política prisional. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- 38 - Martins ELC, Martins LG, Silveira AM, Melo EM. O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. Saude soc. 2014; 23(4): 1222-1234.
- 39 – Filho JMJ, Ponce TB. O papel dos agentes de recursos humanos na implementação da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS). Rev. Serv. Público Brasília 2017; 68 (1) 131-156.
- 40 – Silva ENS, Andrade ET. A construção coletiva da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal: bases legais e político-sociais. In: Políticas Públicas de Saúde: Servidor Público Federal. Fundação Oswaldo Cruz, Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2016.
- 41 - Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. Rev Panam Salud Publica, v.31, n.3, p.260-268, 2012.
- 42 - Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. Ciênc. saúde coletiva 2005; 10(Suppl): 303-312.

43 - Souza ECFD, et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2008; 24 (1): 100-110.

44 - Viegas ASPB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc. São Paulo*, 2015; .24 (1):100-112.

45 - Fadel MAV, Filho GIR. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *RASP — Rio de Janeiro*, 2009; 43(1):07-22.

46 - Pontes ASPM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de Saúde: o que pensam os usuários? *Esc Anna Nery. Rev Enferm.* 2009; 13(3):500-7.

47 - Amorim AS, Junior VLP, Shimizu HE. O desafio da gestão de equipamentos médico-hospitalares no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* 2015; 39 (105): 350-362.

48 - Souza FS, Valente GSC, Souza LMC, Santos MLSC, Santos IS, Schwartz MP. Cuidados de enfermagem em situação de cárcere segundo Waldow: entre o profissional e o expressivo. *Enfermería Global*, 2013; 31: 303-315.

49 - Arruda C, Silva DMGV. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem as pessoas com diabetes mellitus. *Rev. Bras. Enferm. Brasília* 2012; 65(5): 758-66.

50 - Moreira MADM, Lustosa AM, Dutra F, Barros EO, Batista JBV, Duarte MCS. Políticas Públicas de Humanização: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015; 20(10):3231-3242.

51 - Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2004; 20(2):190-S198.

52 - Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17(11):2865-2875.

53 - Nonnenmacher CL, Weiller TH, Oliveira SG. Opiniões de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco. *Rev. Eletr. Enf.* 2012;14(3):541-9.

54 - Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*.2010, 20 [4]: 1419-1440.

55 - Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde

de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010; 15(4):2145-2154.

56- Furtado BMASM, Júnior JLCA. Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em setor de emergência de um hospital. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2010;23 (2): 169-74.

57 - Júnior JAB, Vitorill DW, Versalli GLGS, Furuya OS, Vidor RC, Matsuda LM. Avaliação do acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2015; 23(1)82-7.

58 - Porto SM, Santos IS, Ugá MAD. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006; 11(4):895-910.

59 – Brasil. DATASUS: Agencia nacional de saúde suplementar. Brasília, 2020.

60 - Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília: CONASS, 2011.

61 - Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008;13(5):1431-1440.

A sexualidade como parte do cuidado integral à saúde dos moradores das residências terapêuticas de Aracaju-SE

Sexuality as part of the integral healthcare for the residents of the therapeutic residences of Aracaju (SE)

La sexualidad como parte del cuidado integral a la salud de los habitantes de las residencias terapéuticas de Aracaju-SE

Jamille Maria de Araujo Figueiredo¹
Lívia de Melo Barros²

Resumo:

A negação do exercício da sexualidade às pessoas com transtornos mentais pode comprometer o cuidado integral em saúde, conforme propõe a política de saúde mental brasileira. Destarte, realizamos o presente estudo com o objetivo de compreender a relação entre sexualidade e o cuidado integral à saúde dos moradores de uma residência terapêutica (RT) de Aracaju-SE. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, na qual foi utilizada a análise textual discursiva como técnica de análise de dados. Os mesmos foram produzidos em um primeiro momento a partir de entrevistas semiestruturadas com colaboradores da Rede de Atenção Psicossocial (REAPS) do referido município. No segundo momento, ocorreu uma oficina de desenho com os moradores. Os principais resultados apontaram que dentre as expressões sexuais dos moradores das RT, a masturbação era mais frequente e foi associada à abstinência de sexo em decorrência da socialização restrita. Ademais, que já foram realizadas práticas que visavam a garantia ao exercício da sexualidade nas residências, e os participantes avaliaram estas experiências como positivas e relacionaram a prática sexual à melhora das condições gerais de saúde. Por fim, sugerimos que as ações de promoção da saúde e da vivência da sexualidade, que já foram desenvolvidas nas RT, sejam potencializadas, e pretendemos com esta pesquisa colaborar com a construção de estratégias de atenção às pessoas com transtornos mentais que contemplem a sexualidade, a partir de um modelo assistencial que torne as experiências sexuais dos sujeitos parte do cuidado na saúde mental, legitimando a condição humana dos envolvidos.

Palavras-chave: Sexualidade. Integralidade em saúde. Transtornos mentais.

¹ Psicóloga Especialista com Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva- Universidade Tiradentes (UNIT), Professora Preceptora- UNIT, Aracaju-Sergipe-Brasil.

² Psicóloga Doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul-Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Docente na Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju-Sergipe-Brasil.

Abstract:

The denial of the exercise of sexuality for people with mental disorders can compromise the full healthcare as proposed by the Brazilian mental health policy. Thus, we have conducted this study to understand the relation between sexuality and full healthcare for residents of a therapeutic residence (TR) of Aracaju (SE). This was a qualitative research, in which textual analysis has been used as a discursive technique of data analysis. The results were produced in a first moment from semi-structured interviews with employees of a psychosocial care network (PCN) of the mentioned municipality. In the second moment there was a drawing workshop with the residents. The main results showed that, among the sexual expressions of the residents of TR, masturbation was more frequent and was associated with abstinence from sex because of the restricted socialization. Furthermore, practices that aimed at assuring the exercise of sexuality in the residencies have already been carried out, and the participants evaluated these experiences as positive and related the sexual practice to improve general health conditions. Finally, we suggest that health promotion actions and the experience of sexuality that have already been developed in the TR are potentiated and we intend with this research to contribute to the construction of strategies of attention to people with mental disorders covering sexuality, from a care model that makes the sexual experiences of the subject part of the mental healthcare and the human condition.

Keywords: Sexuality, integrality in health, mental disorders.

Resumen:

La negación del ejercicio de la sexualidad de las personas con perturbaciones mentales puede comprometer el cuidado integral de la salud, de acuerdo con la política de salud mental brasileña. Así, realizamos este estudio con el objetivo de comprender la relación entre la sexualidad y el cuidado integral de la salud de los habitantes de una residencia terapéutica (RT) de Aracaju- SE. La investigación es cualitativa y se ha utilizado el análisis textual discursivo como técnica de análisis de datos. Estos datos se han producido en un primer momento a partir de entrevistas semiestructuradas con colaboradores de la Red de Atención Psicosocial (REAPS) de esta ciudad. En un segundo momento, hubo un taller de diseño con los habitantes. Los principales resultados apuntan que, de las expresiones sexuales de los habitantes de la RT, la masturbación ha sido la más frecuente y está asociada a la abstinencia de sexo como consecuencia de la socialización restringida. Además, ya se han realizado prácticas que tenían como objetivo garantizar el ejercicio de la sexualidad en las residencias, y los participantes evaluaron estas experiencias positivamente y relacionaron la práctica social a la mejoría de las condiciones generales de salud. Para finalizar, sugerimos que las acciones de promoción de la salud y de la vivencia de la sexualidad que se han desarrollado en las RT sean potencializadas y, además, busquemos con esta investigación aportar a la construcción de estrategias de atención a las personas con perturbaciones mentales que consideren la sexualidad desde un modelo asistencial, que piense en las experiencias sexuales de los sujetos como parte del cuidado en la salud mental, validando, así, la condición humana de ellos.

Palabras clave: sexualidad; integralidad en salud; perturbaciones mentales.

1 INTRODUÇÃO:

“Eu não sou muito de fazer sexo não. Eu só ia fazer sexo se eu tivesse uma mulher! Pra fazer... Mas, eu não tenho. O que falta? Ah... É muito pensamento! É... Aqui só faz brincar” (Ricardo¹, morador da Residência Terapêutica).

O trecho da fala de um dos participantes da presente pesquisa, em epígrafe, faz alusão à negação do direito a vivência da sexualidade em consequência da exclusão que historicamente os loucos foram submetidos. O isolamento nos manicômios violentava os indivíduos lhes fazendo perder papéis sociais e reforçando o rótulo de que eles não eram saudáveis¹, pois perderam a racionalidade, o que o participante chamou de pensamento. Esse estigma que lhes diferenciam das pessoas consideradas normais acarreta preconceitos em relação à sexualidade das pessoas com transtornos mentais, até os dias atuais, fazendo com que socialmente os seus corpos e comportamentos sejam vistos como desviantes não sendo reconhecidos como úteis e desejados².

A sexualidade faz parte da subjetividade e está presente durante toda a vida dos seres humanos. Historicamente, ela se constituiu como um fenômeno complexo, pois envolve dimensões biológicas, psicológicas, culturais e sociais. Além disso, teve seu sentido restrito ao sexo e sua função reprodutiva, bem como foi colocada no âmbito da intimidade permeada por discursos repressivos. Contudo, nos últimos três séculos, contraditoriamente, houve uma grande incitação aos discursos sexuais em diversos âmbitos do conhecimento, que estabelecem o que é apropriado ou não, fazendo-a funcionar como um dispositivo de controle que perpassa as relações de poder estabelecidas socialmente³.

Por isso, o assunto ainda é repleto de preconceitos e continua sendo reprimido no meio social, o que faz com que ainda nos dias atuais a sexualidade seja usualmente silenciada, negligenciada ou contida, principalmente quando é vivenciada e expressa por pessoas consideradas assexuadas, pueris ou pervertidas, tal como muitas vezes são vistas as que possuem transtornos mentais⁴.

¹ Todos os nomes dos participantes que aparecem neste artigo são fictícios.

As pessoas parecem desconhecer o fato de que esses sujeitos podem ter uma vivência sexual saudável, assim como comumente difundem o discurso de que a sexualidade destes sujeitos é exacerbada quando geralmente, apesar de haver influência dos processos cerebrais, fisiológicos e hormonais, os comportamentos sexuais dos mesmos relacionam-se às poucas oportunidades de socialização e possibilidades de expressão sexual, devido aos preconceitos existentes em torno da doença mental^{4,5}.

Nesse sentido, nota-se que a sexualidade perpassa as relações de poder, evidenciadas no contexto assistencial da saúde mental pela prática de dominação dos corpos explícita pela censura, que estabelece um limite para a dimensão sexual ou o silenciamento desse importante aspecto da subjetividade, sobretudo com o uso de medicamentos que visam o controle da dita “sexualidade a florada”⁴.

A desconsideração das expressões sexuais ou a compreensão das mesmas como patologias faz com que os serviços negligenciem a necessidade de ações educativas de promoção da saúde sexual e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis que acometem este público que apresenta altas taxas de prevalências de DSTs, devido à vulnerabilidade social em que a maioria se encontra⁶.

Ademais, a qualidade do tratamento é comprometida na medida em que não é realizado o cuidado integral⁷, atendendo às suas necessidades biopsicossociais, conforme propõe a política de saúde mental brasileira, que enfatiza o papel estratégico dos dispositivos terapêuticos na superação da exclusão social a que os seus usuários foram submetidos ao longo da histórias. Então, a reintegração psicossocial ocorre mediante a construção de vínculo, da autonomia dos sujeitos, destacando as singularidades dos mesmos.

De acordo com estas premissas, a equipe gestora da época, das Residências Terapêuticas (RT) de Aracaju-SE, que são casas situadas no território urbano e constituem a moradia de indivíduos com transtornos mentais graves, egressos de instituições psiquiátricas⁹, almejando cumprir a função de promover a inserção social progressivamente dos seus moradores identificou o desejo explícito de alguns deles de manter relações sexuais.

Desse modo, a equipe gestora da RT contratou profissionais do sexo que foram devidamente orientadas por profissionais do Projeto de Redução de Danos (PRD), um

serviço estratégico que dentre outras ações realizam educação em saúde e prevenção de comportamentos de risco e de DST, bem como fazem distribuição de insumos na denominada “Rota dos prostíbulos” de Aracaju. Então, eles já possuíam um bom vínculo com as profissionais do sexo, e as instruíram quanto ao uso de preservativos e ao papel delas naquele momento de oferecer a continuidade do cuidado que é ofertado cotidianamente na RT sendo sensibilizadas à história dos clientes.

Essa vivência, acompanhada através da atuação em Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva na Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju-SE (REAPS), trouxe à tona a temática da sexualidade até então negligenciada no cotidiano dos serviços, conforme apresentado anteriormente, e a partir dessa intervenção tornou-se cada vez mais evidente entre gestores, cuidadores e residentes da REAPS, dividindo opiniões entre aqueles que concordaram com essa estratégia de cuidado e os que discordaram.

Diante do exposto, pode-se perceber que as questões relativas à sexualidade são mobilizadoras, difíceis de manejar, foram historicamente ocultadas, e, quando discutidas, estão sujeitas a uma perspectiva repressiva. E, embora nos últimos anos tenham sido observados avanços quanto ao reconhecimento da sexualidade enquanto direito à cidadania, é preciso ampliar as discussões acerca do assunto, visando superar a negligência em torno do mesmo no âmbito da assistência à saúde^{10,11}.

Observa-se também que, apesar da dimensão sexual ser tema de muitas pesquisas e teorias, existe o silenciamento em torno dessa temática no meio científico quando está relacionada às pessoas com transtornos mentais, pois as produções acadêmicas ainda são incipientes. Esta proposta se adequa, neste sentido, à necessidade de geração de conhecimento sobre a sexualidade como parte do cuidado integral em saúde, assim como de colaborar com a ampliação do debate e construção de práticas na saúde mental que contemplem, dentre os aspectos biopsicossociais, a sexualidade.

Diante disso, foi realizado o presente estudo qualitativo a partir da técnica de análise de dados, denominada análise textual discursiva, com o objetivo geral de compreender a relação entre o exercício da sexualidade e o cuidado integral à saúde dos moradores de uma residência terapêutica do município de Aracaju-SE. E os específicos: conhecer e descrever como os moradores da residência terapêutica vivenciam e expressam a sexualidade; compreender como se dá a relação entre a sexualidade e a

integralidade no cuidado dos moradores das residências terapêuticas do referido município.

2 METODOLOGIA:

A metodologia utilizada neste estudo foi qualitativa mediante a análise textual discursiva. As pesquisas qualitativas pautam-se no estudo das representações, percepções, valores, crenças e história de determinados grupos, que são resultado de como os sujeitos interpretam a vida, pensam, sentem e constroem suas identidades¹².

Já a análise textual discursiva é um método de análise de dados qualitativos que não visa testar hipóteses para comprová-las ou refutá-las, mas sim obter uma melhor compreensão do que se pretende estudar. O mesmo se insere entre a análise de conteúdo e a análise do discurso, visando a produção de novas compreensões acerca de textos ou discursos, através de uma sequência cíclica, a saber: a desconstrução dos textos e unitarização dos seus elementos constitutivos, a categorização dos dados a partir do estabelecimento de relações entre esses elementos, e a apreensão de novos conhecimentos e sentidos em relação aos fenômenos pesquisados¹³.

2.1 Local e participantes:

A pesquisa foi realizada em um Serviço Residencial Terapêutico de Aracaju-SE. A Residência Terapêutica escolhida foi a que os seus moradores tiveram a experiência com profissionais do sexo citada anteriormente. Essa escolha se deu, devido a essa vivência específica, na qual a temática esteve em evidência entre gestores, cuidadores e esses usuários da Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju nos últimos meses, constituindo um local propenso para esta discussão.

Essa RT é uma das quatro que existem em Aracaju-SE. Todas são geridas por uma Organização não Governamental (ONG) que recebe financiamento do Ministério da Saúde e coordenadas por uma profissional contratada pela secretaria municipal de saúde.

Lá atualmente residem seis pessoas, cinco homens e uma mulher; entretanto, na época em que ocorreu a experiência supracitada só moravam os homens. A casa possui espaço amplo composto por três quartos, sala de estar, sala de jantar, cozinha, área de serviço, despensa de alimentos, garagem e varanda. Também atuam na RT quatro cuidadoras, duas durante o dia e duas à noite, e revezam-se entre os dias da semana na modalidade de plantão. Além das mesmas, há um cuidador que trabalha de segunda à sexta diuturnamente e é denominado como líder.

Participaram do presente estudo seis moradores, cinco homens e uma mulher com idades entre 47 e 62 anos, e uma cuidadora (56 anos) da referida RT. A coordenadora das Residências Terapêuticas de Aracaju (36 anos), a gestora que exercia a função de apoiadora institucional e referência em educação permanente da REAPS (36 anos) e um redutor de danos (40 anos) que atuava no Projeto Redução de Danos de Aracaju (PRD), considerando que ele tinha contato com as profissionais do sexo mencionadas anteriormente, devido às ações de prevenção de doenças e vinculação às Unidades de Saúde da Família desenvolvidas cotidianamente pelo PRD com este público.

2.2 Estratégias e instrumentos

Em um primeiro momento foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as gestoras, cuidadora e redutor de danos, guiadas por roteiro específico embasado nos objetivos da pesquisa. Ocorreu um encontro por participante com duração média de quarenta minutos cada.

Com os moradores da RT, tendo em vista que o histórico de internações psiquiátricas e a cronicidade em decorrência dos transtornos mentais podem comprometer a organização dos discursos ou limitar o repertório da linguagem, foi realizada a oficina de desenho em grupo, com duração de trinta minutos, e sugestionado que os mesmos expressassem no papel como vivenciam a sexualidade em linguagem adaptada. A atividade com desenhos foi uma estratégia para mantê-los concentrados por mais tempo no grupo e também para fomentar o diálogo sobre a temática, pois as falas consistiram os dados obtidos com os moradores. As falas tanto da oficina de desenho quanto das entrevistas foram registradas com auxílio de um gravador e transcritas para a análise posterior.

2.3 Análise de dados

Para a análise, foram utilizados os dados produzidos a partir dos áudios das entrevistas e das narrativas, durante a oficina de desenho com os moradores da RT. A análise se iniciou logo após a produção dos dados, através de leitura exaustiva das transcrições das entrevistas, e seguiu as fases descritas a seguir¹³:

Na etapa inicial de unitarização, foi realizado o exame detalhado dos dados coletados, a partir de leituras para compreensões aprofundadas, e envolvimento intenso com as informações, para evidenciar sentidos com base em pressupostos teóricos pré-definidos. A partir disso, iniciou-se a desintegração dos textos para destacar e codificar seus elementos constitutivos, as unidades de análise. Estas unidades foram definidas em função de sentidos referentes aos objetivos do presente estudo.

Após o levantamento das unidades de análise ocorreu o processo de categorização das mesmas. Estas foram comparadas para gerar o agrupamento de elementos semelhantes que formaram as categorias analíticas emergentes. Posteriormente, construiu-se metatextos analíticos, referentes às categorias resultantes da fase anterior, que foram descrições e interpretações, e representaram a compreensão e teorização para a explicitação do fenômeno estudado.

2.4 Considerações éticas

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Tiradentes e obteve parecer favorável, sob o número 51841115.2.0000.5371/2016. Cumpriu-se, com isso, os termos da resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde¹⁴.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos discursos dos participantes sobre a temática proposta, após o processo de unitarização, emergiram as seguintes categorias temáticas compatíveis com os objetivos da pesquisa: Vivência da sexualidade e Cuidado integral: inclusão da sexualidade como prática de saúde. As mesmas serão explicitadas abaixo.

3.1 Vivência da sexualidade

Quanto ao comportamento sexual dos moradores de Residência Terapêutica, os entrevistados referiram que era semelhante ao de qualquer ser humano, independente do fato de serem acometidos por transtornos mentais, através da manipulação dos órgãos genitais, masturbação, verbalização sobre sexo e desejo de manter um relacionamento amoroso.

Uma das gestoras ressaltou a masturbação como parte do comportamento sexual dos moradores de RT e afirmou ser algo corriqueiro: “É muito comum eu chegar em RT e ter histórias ou mesmo ver, né? Algum morador... Tentando se masturbar, ou se masturbando” (Participante 2, gestora). A cuidadora também evidenciou a masturbação e citou a diferença entre dois moradores quanto a praticá-la reservadamente ou não, de acordo com a fala: “Então, ficar pegando. Ficar se masturbando. Henrique fica! João já faz escondido, ele não faz muito na presença da gente, ele já é mais reservado” (Participante 1, cuidadora).

Ainda sobre o comportamento sexual, um morador da RT referiu que ao manipular o pênis desejava ejacular: “Quando pego no pênis quero ver a hora que sai” (Ricardo, morador da RT). Já outro, afirmou que gostaria de casar novamente e que todos os dias ele procurava alguém para se relacionar, explicito na fala a seguir: “Eu queria sim, eu queria me casar de novo! Eu tô procurando, procuro todo dia! Eu sento aqui nessas cadeiras, eu canto, eu canto canção, eu sou o maior cantador do mundo, do Brasil!” (Paulo, morador da RT).

De acordo com essas afirmativas, dentre as manifestações sexuais supracitadas, os participantes destacaram a masturbação como a expressão mais frequente entre os moradores do sexo masculino das RT, sobretudo da RT que foi campo deste estudo. De modo geral, a obtenção de prazer via masturbação foi associada nas entrevistas à ausência de parceiras(os) sexuais, como é possível conferir no seguinte relato: “A coisa da masturbação é forte para dentro das residências, até por conta mesmo de que não tem, né, momento de ter o ato, então aí eles usam da melhor forma que... Então eu acho que a masturbação, ela é mais” (Participante 4, gestora).

Uma das participantes ao refletir sobre os comportamentos sexuais, dentre eles a masturbação, dos moradores das RT enfatizou: “Nas outras casas até aparece a coisa da sexualidade, mas é muito superficial” (Participante 4, gestora). A declaração de que os

moradores da RT pesquisada expressavam explicitamente o desejo e outros comportamentos sexuais com maior intensidade e frequência, do que os que conviviam nas outras três RT, coloca em xeque a ideia amplamente difundida em discursos científicos e no cotidiano de que as pessoas com transtornos mentais apresentam hipersessexualidade, como se fosse algo inerente ao sofrimento psíquico⁴.

Mas, embora não tenham assumido um posicionamento determinista e universalizante quanto às influências dos transtornos mentais no comportamento sexual, as gestoras entrevistadas expuseram uma especificidade das manifestações sexuais dos moradores da RT em decorrência das psicopatologias. As mesmas citaram que a manifestação explícita do desejo sexual tem relação com uma perda da noção julgamento social. Essa ideia pode ser observada no discurso subsequente: “[...] aparece um pouco livre sem o tal do filtro social que a gente tem que... Talvez eu não diga a alguém que eu o tenha desejado sexualmente, né?” (Participante 2, gestora).

A frequência e intensidade de alguns comportamentos sexuais dos moradores de RT, a exemplo da masturbação, foram associadas à abstinência sexual. Os entrevistados expuseram que a cronificação dos transtornos mentais e as suas conseqüentes alterações comportamentais, em decorrência de longos anos de internação em hospital psiquiátrico, impediam os moradores participantes desta pesquisa de saírem de casa sozinhos e conhecerem parceiros sexuais. A falta do ato sexual fazia com que os moradores falassem mais sobre sexo e se utilizassem das práticas sexuais supracitadas para obter prazer, como se pode observar na seguinte narração: “Os meninos trazem verbalmente, os meninos trazem em qualquer sinal que eles venham a utilizar pra demonstrar essa falta, né? Vamos dizer que falta mesmo da prática” (Participante 4, gestora).

Além da falta de autonomia para sair sozinho e escolher um parceiro sexual, que é o caso de quase todos os moradores das RT de Aracaju, causada pela desumanização do longo período de hospitalização, a dificuldade dos ditos doentes mentais em se relacionarem está fundamentada no estigma e preconceito que a sociedade tem com os considerados loucos, fazendo com que os seus corpos não sejam considerados desejáveis⁴. As pessoas com transtornos mentais percebem a exclusão que sofrem e isso tem impacto negativo inclusive para o tratamento dos transtornos mentais, tendo em vista que o sujeito pode isolar-se, ou ser isolado do convívio social, e as redes sociais de apoio tão importantes para a adesão e sucesso da assistência serem fragilizadas¹⁵.

Quanto às mulheres que residem em RT, os entrevistados afirmaram que em sua grande maioria se recusavam a falar sobre sexualidade e as poucas moradoras que se manifestavam quanto a isso, referiam um amor platônico por algum morador ou cuidador. Quanto às manifestações sexuais, não foram relatadas práticas como automasturbação,

diferentemente dos homens, assim como aponta um estudo com usuários de CAPS considerando que pode ser um reflexo do maior controle que a sociedade exerce sobre a sexualidade da mulher¹⁰. A seguinte fala sintetiza essa informação: “Para a maioria delas entra na questão de como o tema da sexualidade pra mulher é um pouco mais delicado, né? Então, é como se a mulher não precisasse, né? Então, a mulher... Como é que você vai falar disso? Não!” (Participante 2, gestora).

A repressão sexual a que as mulheres são submetidas socialmente se constitui como causa inclusive do sofrimento psíquico¹⁶. A única moradora da RT que foi cenário desta pesquisa, durante a oficina de desenho realizada para produção dos dados com os moradores, pareceu tímida em relação ao tema da sexualidade e o restringiu ao sexo com ênfase na função reprodutiva, segundo a fala em evidência a seguir “É o namoro entre o homem e a mulher. A gravidez” (Helena, moradora da RT). Ademais, a mesma afirmou que não desejava ter atividade sexual.

Alguns participantes salientaram as relações heterossexuais, mas a homossexualidade também estava presente, de acordo com os mesmos, na RT que foi campo desta pesquisa. A cuidadora relatou que nunca viu ato sexual entre dois homens, mas já presenciou a verbalização e a tentativa de praticar sexo com o outro. Essa entrevistada não considerava que os referidos moradores tinham orientação homossexual ou bissexual, e sim atribuiu o comportamento deles à ausência de parceiras sexuais e possíveis relações homossexuais que eles tiveram, como única possibilidade ao longo dos anos que passaram internados em ala masculina de hospital psiquiátrico.

De fato, a institucionalização em ala específica nos hospitais psiquiátricos, no caso dos homens, causava a privação da expressão sexual, desconsiderava a identidade sexual ou desconstruía a ideia de masculinidade dos sujeitos em meio a relações homossexuais associadas à agressividade¹⁷. Mas, além dessa questão, a explicação da cuidadora para a ocorrência da verbalização do desejo homossexual pode ser um reflexo da negação das orientações sexuais diferentes da heterossexual.

Essa situação denota a necessidade de se trabalhar, com os profissionais das Residências Terapêuticas, conceitos, valores e a desconstrução de preconceitos sexuais, para possibilitar que os sujeitos assistidos sejam acolhidos e a diversidade aceita. É válido ressaltar que uma abordagem repressiva diante da sexualidade das pessoas com transtornos mentais vai de encontro ao projeto de cuidado na saúde mental, preconizado pela reforma psiquiátrica que se estabelece a partir da coprodução dos sujeitos, norteadada pela ética da autonomia¹⁸.

É importante salientar que a compreensão acerca de como as pessoas com transtornos mentais se comportam quanto à sexualidade é influenciada pela maneira como

o louco foi tratado ao longo da história, bem como pelos estigmas construídos em torno da loucura. Com os tratamentos desumanos e o isolamento a que foram submetidos nos manicômios, os doentes mentais passaram a ser vistos como seres desprovidos da razão e que agiam por impulso sem qualquer escrúpulo¹⁹. Certamente, esse contexto suscitou a crença de que o sexo praticado por eles seria bizarro e agressivo. Dessa maneira, a relação entre sexo e agressividade no contexto da doença mental é um mito²⁰. O discurso apresentado em seguida reitera essa afirmação: “Então, quem pensa que quem tem transtorno mental é animal, não tem afeto, se engana muito. Porque eles têm muito mais afeto que nós, os ditos normais” (Participante 4, gestora).

Nesse sentido, essa categoria evidencia que o comportamento sexual da pessoa com transtorno mental não difere do normativo. Além disso, nos discursos analisados, ficou explícita a afetividade dos moradores da RT, expressa em carinho, beijos e abraços, contrapondo a construção social legitimada pela ciência de que é predominante na sintomatologia dos transtornos mentais graves o embotamento afetivo. A participante 2 citou essa questão: “Para alguns autores [...] se a gente pegar o aspecto afetivo, vão falar que o louco tem o embotamento afetivo. É como se então ele não tivesse a capacidade de desenvolver afeto, né?”

3.2 Cuidado integral: inclusão da sexualidade como prática de saúde

O cuidado integral em saúde fundamenta-se na Lei 8.080, que implementou o SUS e colocou como um dos princípios desse sistema de saúde a “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”⁷. Nesse sentido, a integralidade se materializa na construção de vínculo entre cuidador e sujeito cuidado, de modo que a atenção à saúde ocorra a partir da consideração de todas as suas necessidades²¹.

Pensar em cuidado integral na saúde mental só foi possível depois da reforma psiquiátrica, pois alguns aspectos sobre a loucura foram desmistificados, inclusive no que se refere à sexualidade. Considerando tudo que já foi exposto até agora neste estudo, sabemos que ainda é preciso avançar, mas foi a partir desse movimento que surgiram tentativas de garantir a sexualidade enquanto um direito²². Os participantes demonstraram que nas RT de Aracaju os moradores eram muito bem cuidados quanto às suas diversas necessidades, seja de lazer, alimentação, afeto, saúde, dentre outras. E que eram realizadas também algumas práticas de cuidado relacionadas à sexualidade de acordo com o que

aparece na seguinte narração:

“Tem tempos que eles estão assim mais atacadinhos, como a mulher também, né? Digamos. Então como é que a gente faz isso, age... Às vezes, a gente vê ele no cantinho fazendo, se masturbando e tudo, eu mesmo tento me afastar, eu tento me afastar, deixar ele sabe... A gente só fala mais um pouquinho quando, por exemplo, na porta, que eles não têm lugar, é na parede. Ricardo meu fio não faça assim, não! Você pode arranhar, pegar uma micose, tudo. Aí ele faz “Mas, não tenho uma mulher”, tá entendendo? Até mesmo porque é um momento dele. Eu acho que ninguém pode atrapalhar, não esse momento. Porque ele vai se sentir melhor, mesmo que ele não tenha uma mulher, ele vai se sentir aliviado” (Participante 1, cuidadora).

Como a manifestação mais comum, segundo os participantes, era a masturbação, maior parte dos cuidados dispensados aos moradores da RT, campo desta pesquisa, eram em relação a como garantir o direito ao autoerotismo em local apropriado, já que uma das questões apresentadas nas entrevistas foi a grande preocupação dos cuidadores com o fato de alguns moradores se masturbarem na varanda da casa, de modo que os transeuntes pudessem presenciar. Afinal, como já foi explicitado acima, o sexo é um assunto íntimo na nossa sociedade.

Segundo os participantes trabalhadores da REAPS, devido a outra grande preocupação, a abstinência sexual dos moradores da RT, cenário deste estudo, bem como com a verbalização constante do desejo de fazer sexo com mulheres, ao longo dos anos de Residência Terapêutica, e a difícil realidade da cronificação das doenças mentais consequentes do período de hospitalização, que tirou a autonomia dos mesmos de poder sair e se relacionar, foi realizada uma experiência em um prostíbulo apelidado pelos envolvidos nessa ação como “casa de meninas”.

Os entrevistados relataram que a finalidade de levar os moradores ao prostíbulo foi de proporcionar para eles a satisfação da necessidade comunicada pelos mesmos de ter uma relação sexual. Mas, o processo decisório quanto a efetivar este ato, não foi fácil. Pois, uma das gestoras não concordava que ocorresse, como é possível ver no discurso subsequente:

“Mas a minha maior preocupação mesmo era de maus tratos, assim, do que é que iria acontecer dentro de um quarto. Sabe, assim... Eu não sei como é que seria a reação dos meninos. Sabe, assim. Eu pensava nos meninos com elas e nelas com os meninos, né? Então, era mais essa preocupação mesmo, não era nem se ia existir o ato ou não, assim, era mais uma preocupação mesmo de proteção, de cuidado mesmo. E eu não conseguia ver os meus meninos assim, fora de casa, nem sendo mal tratados de alguma forma [...] São pessoas especiais, mas que tem relação, que consegue ter uma relação, que consegue cuidar e a gente também tava meio que pedindo isso pra elas, assim, um cuidado, uma atenção, né? Para que nada daquilo tudo que eu pensei chegasse a acontecer. Nesse momento, que eu fui conhecer eu saí um pouco agoniada de lá porque... Eu tava vendo que o negócio ia se concretizar mesmo. Sabe, assim... E era um meio que não quero, mas, ao mesmo tempo, mas tem que ir. Tem que dar certo, é uma aposta. Mas ao mesmo tempo meio que torcendo dentro de mim: Não dê certo! Não dê certo!” (Participante 4, gestora).

Na fala dessa gestora é possível notar uma infantilização dos moradores da RT enquanto fator impeditivo do exercício da sexualidade, assim como da autonomia dos sujeitos²². Além de uma relação maternal existente entre a mesma e os moradores, o que implica em grande preocupação, proteção e cuidado com eles. Ademais, percebemos que um dos medos da participante, que segundo ela dificultava a tomada da decisão de levá-los à “casa de meninas”, era de que os casais pudessem se agredir, parte da reprodução do mito de que o sexo das pessoas com transtornos mentais é permeado por agressividade conforme já discutido acima.

Mas, depois de alguns momentos de discussão sobre como poderia ser garantido esse direito aos moradores, foi decidido que naquele momento ir para a “casa de meninas” era de fato uma alternativa, assim como disse a participante 1, cuidadora: “Eu acho assim que é como a gente fez. Pegar eles e levar para algum lugar. Tá entendendo? Para que eles sintam que é um homem mesmo, que é igual”. E uma das gestoras:

“Eu preciso garantir que tenha então, já que não é comigo de onde é que vai vir essa fonte de prazer. A gente precisa encontrar um lugar. Se vai ser pagar a alguém pra fazer isso, se vai ser explicando que ele pode fazer isso lá dentro do quarto dele, masturbando. Enfim, né?” (Participante 2, gestora).

Antes de levá-los ao prostíbulo, as gestoras juntamente com o coordenador do Projeto Redução de Danos (PRD) de Aracaju, que acessava as profissionais do sexo, realizaram uma conversa, a fim de sensibilizar as mesmas quanto às particularidades dos moradores da RT, bem como reforçar o imprescindível uso do preservativo e as atitudes necessárias para prevenção de DST. No dia da ação houve diálogo com os moradores, assim como um cuidado especial com a higiene e beleza para a preparação dos mesmos.

Algumas entrevistadas contaram que antes de entrarem nos quartos os moradores da RT ficaram com as parceiras que escolheram no momento em que chegaram à “casa de meninas” em um bar que funcionava em frente e depois de consumirem refrigerantes e comida foram aos quartos. Além disso, descreveram como se sentiram naquele momento e o *feedback* das profissionais do sexo:

“Nós fomos juntos e participamos desse momento é... No aguardo, né? A gente ficou num... Meio que um espaço, um vão com algumas cadeiras e a gente chegou lá e foi apresentando aos meninos às meninas e aí aconteceu. E eu só fazia rir porque eu não conseguia acreditar que tava existindo aquele momento ali e eu estava participando, sabe, assim, com um receio grande porque sabe quem é que... Eu aqui nesse lugar, tinha as coisas mesmo que acredita, ne? Da cultura, enfim, da criação” (Participante 4, gestora).

“E até lá mesmo elas disseram que nunca pegaram um homem, que apesar deles terem essa deficiência toda, os homens que apareciam lá não eram como eles. Que eles são limpinhos, cheirosos e tudo... Muito carinhosos e não aparecem homens assim. Elas disseram que ai ai delas que todos fossem assim sempre. Tivesse homens sempre assim como eles. Foi lindo! [...] uma mãezona rindo, rindo. Mãezona chorando... (risos) Mas, a gente fica feliz, muito muito feliz

mesmo. Eu mesma sou babona por eles, né? Por eles, né? Então, eu fico assim com o sorriso de lá até cá” (Participante 1, cuidadora).

A avaliação das participantes acerca da experiência na “casa de meninas” foi positiva, ressaltaram o cuidado que as profissionais do sexo tiveram com os moradores da RT e vice-versa, o que rompeu com as crenças de que poderiam ocorrer comportamentos agressivos. Podemos verificar a seguir: “Mas como a gente viu assim mesmo elas. A gente viu que elas não fariam assim de jeito nenhum. A gente viu o tratar delas, o modo de cuidar delas” (Participante 1, cuidadora).

Contudo, a participante 2 evidenciou uma preocupação da equipe em relação ao comportamento dos moradores da RT, após a experiência na “casa de meninas”, um temor de que eles cobrassem com frequência um retorno ao prostíbulo, de modo que não fosse possível, mas depois da referida ação a mesma negou qualquer tipo de cobrança por parte deles, embora o desejo de reencontrar as “meninas” fosse falado em alguns momentos e mencionou que cabe à equipe garantir uma regularidade nessas visitas.

Diante do exposto, nota-se que a experiência de levar os moradores à “casa de meninas” foi inovadora e pode inspirar outras equipes e serviços a realizarem com tal zelo, e assim atender a essa necessidade das pessoas com transtornos mentais graves e pouca autonomia que assim desejarem. Compreendemos que essa ação é um exemplo prático de cuidado integral em saúde no âmbito da Saúde Mental. Ademais, a experiência proporcionou aos moradores da RT a realização de práticas sexuais e um envolvimento afetivo que há muito tempo eles não vivenciavam e que trouxeram boas repercussões para a saúde dos mesmos.

Cuidar integralmente no âmbito da saúde mental considerando a dimensão da sexualidade é um grande desafio, visto que esse tema ainda é considerado como um tabu social²³. Participantes desta pesquisa mencionaram a necessidade de se abordar essa temática institucionalmente como um dos desafios para o cuidado em Saúde mental e como ação necessária para se efetivar o direito ao exercício da sexualidade.

Essa relação explícita entre o exercício da sexualidade e as condições de saúde evidencia o quanto é importante para os profissionais da saúde a apropriação de conhecimentos sobre a atividade sexual humana, bem como a inclusão na prática de atuações que abarquem essa dimensão. Sobretudo, na saúde mental é necessário considerar esse importante aspecto subjetivo, que vai muito além da biologia, para que realmente seja realizado o cuidado integral em saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo visou compreender a relação entre o exercício da sexualidade e o cuidado integral em saúde ofertado às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes moradoras das Residências Terapêuticas de Aracaju-SE. Percebemos que as práticas que visam garantir o direito à sexualidade no contexto da atenção à saúde mental ainda são incipientes e influenciadas por estereótipos construídos historicamente de que esses indivíduos têm a libido exacerbada, representando um risco para a sociedade ou, contraditoriamente, que são infantis e assexuados promovendo a negação da sexualidade ao doente mental.

Contudo, os resultados apontaram que a sexualidade dos moradores de RT não difere das pessoas consideradas, de acordo com padrões sociais, normais. Além disso, que apesar de ser comum na literatura científica a afirmação de que as psicopatologias graves provocam o embotamento afetivo, os moradores da RT não só desenvolveram a afetividade como demonstravam cotidianamente. E, frequentemente, comunicavam o desejo de constituir um relacionamento amoroso.

Nas Residências de Aracaju já ocorreram experiências que objetivavam oportunizar a vivência da sexualidade, como, por exemplo: o esclarecimento acerca do direito de se masturbar na casa com garantia de privacidade para essa prática sexual, orientação acerca da saúde sexual e prevenção de DST e a mais inovadora que foi a ida ao prostíbulo. Essa última possibilitou aos moradores da RT que não tinham autonomia para saírem sozinhos, e que devido à cronificação das psicopatologias e às suas sequelas corporais e comportamentais não eram usualmente desejados, a realização do anseio verbalizado cotidianamente de fazer sexo.

Mas vale ressaltar que não era um consenso entre a equipe envolvida no cuidado dos mesmos que tais práticas fossem realizadas, portanto, não foi um processo fácil e esse conflito de opiniões favoráveis e desfavoráveis não se encerrou ali. As RT são cenários de muitas trocas de afetos e foram construídas relações familiares entre cuidadores, gestoras e moradores. Acreditamos que este vínculo é a força motriz para a qualidade do serviço, mas no que concerne à sexualidade, essa relação maternal limitava o avanço das ações, pois havia em algumas situações uma “superproteção” e, de alguma maneira, infantilização dos moradores.

Desse modo, tendo em vista a relação entre a saúde e sexualidade, os efeitos benéficos da prática sexual, assim como maléficis da abstinência sexual, identificados nos discursos, faz-se necessário fortalecer e potencializar as estratégias que possibilitem

e preparem as pessoas com transtornos mentais para a atividade sexual do modo mais autônomo possível. Recomendamos que as práticas em prol do direito à sexualidade, já desenvolvidas nas RT, sejam mantidas, estendidas às mulheres e garantidas uma frequência na realização.

Nesse panorama, é imprescindível a ampliação do debate acerca do tema, na academia e nas instituições de assistência à saúde e atenção psicossocial, de modo que preconceitos sejam desconstruídos, pois acreditamos que a maneira como o profissional entende a vivência da sexualidade destes sujeitos influencia diretamente nas práticas de cuidado que lhes serão ofertadas. Pois para que o princípio da integralidade do SUS e a reinserção social, pautada na garantia dos direitos, preconizada pela reforma psiquiátrica, sejam concretizados, a sexualidade deve ser incluída como parte do cuidado.

Portanto, sugerimos a potencialização da educação permanente em saúde para os trabalhadores das Residências Terapêuticas, assim como dos outros serviços de atenção à saúde mental da REAPS e então, dessa forma, suprir a necessidade de se trabalhar cotidianamente essa temática com os trabalhadores e gestores, a partir das suas demandas e dos usuários dos serviços, a fim de sensibilizá-los para a relação da atitude do profissional frente à sexualidade e o cuidado integral em saúde. Salientamos que, nesse processo, poderão ser acolhidas as opiniões, valores e crenças dos cuidadores e trabalhada a necessidade de separá-los da prática profissional, visando sempre a garantia de direitos dos moradores das RT.

Por fim, esperamos que esta pesquisa possa subsidiar estudos posteriores e impulsionar outros serviços de atenção psicossocial, bem como residenciais terapêuticos de outros municípios brasileiros a repensarem o princípio do SUS da integralidade no cuidado contemplando a sexualidade das pessoas com transtornos mentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goffman E. Manicômios, Prisões e Conventos. São Paulo: Perspectiva, 2007.
2. Miranda FAN, Furegato ARF. Percepções da sexualidade do doente mental pelo enfermeiro. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2002, 10(2): 207-213.
3. Foucault M. História da sexualidade 1: a vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 2ª ed. São Paulo: Paz e terra; 2015.
4. Brito FP, Oliveira CC. A sexualidade negada ao doente mental: percepções da sexualidade do portador de doença mental por profissionais de saúde. Ciências e Cognição, 2009. 14(1): 246-254.
5. Miranda FAN, Furegato ARF, Azevedo DM. Práticas discursivas e o silenciamento do doente mental: sexualidade negada? Escola Anna Nery. Rio de Janeiro, 2008 12 (1): 136-142.

6. Guimarães MDC et al. Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults with mental illness: a multicenter study in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, 2009. 31 (1): 43-7.
7. Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. BRASIL, 1990. [Capturado em 05 abr. 2016]. http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/04_lei_8080.pdf
8. Jorge, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2011. 16 (7): 3051-3060.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
10. Soares NA, Silveira BV, Reinaldo AMS. Oficinas de sexualidade em saúde mental: relato de experiência. *Cogitare Enfermagem*, Minas gerais, 2010. 15(2): 345-348.
11. Barbosa JAG. Sexualidade e vulnerabilidade social de pessoas com transtornos mentais atendidas em serviços públicos de saúde mental no Brasil [Tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2011.
12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo, SP: HUCITEC; 2014.
13. Moraes R, Galiazzi MC. *Análise textual discursiva*. 2. ed. Ijuí: Ed. Unijuí; 2011.
14. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – Resolução nº 466/12. Brasília, 2012.
15. Branco FMFC *et al.*, A percepção do portador de esquizofrenia sobre sua sexualidade. *Revista Interdisciplinar*. Teresina, 2013. 6 (2): 26-32.
16. Santos AMCC. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2009, 14 (4): 1177-82.
17. Orita PTK, Maio ER. A fisiologia e a sexualidade da pessoa com transtorno mental: a hospitalização da libido. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO SEXUAL (SIES), 3, 2013, Maringá, Anais do Simpósio Internacional de Educação, Maringá, 2013. [Capturado em: 1 abr. 2016]. Disponível em: http://www.sies.uem.br/anais/pdf/direito_e_sexualidade/2-03.pdf
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental. Caderno HumanizaSUS*, v. 5, Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
19. Foucault M. *História da loucura: na Idade clássica*. (Trad. José T. C. Neto). São Paulo: Perspectiva, 2009.
20. Miranda FAN, Furegato ARF. Percepções da sexualidade do doente mental pelo enfermeiro. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, 2002, 10 (2): 207-213.
21. Gonze GG. *A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo saberes e práticas* [Dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2009.
22. Rodrigues, THR e Rodrigues, MS. A estrutura familiar e a infantilização no cuidado de sujeitos psicóticos. *Analytica*, São João Del Rei, 2013. 2(2):117-141.
23. Kunzler T. *Sexualidade e sofrimento psíquico: implicações do corpo-equipe de um CAPS no Estado do Rio Grande do Sul* [monografia]. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul; 2014.
24. Barbosa JAG, Souza MCMR, Freitas, MIF. A abordagem da sexualidade como aspecto essencial da atenção integral de pessoas com transtornos mentais. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2015. 20 (7): 2165-2172.

Representações sociais sobre a pessoa idosa para psicólogos(as) da equipe de saúde mental

Social representation of elderly people for psychologists of the mental health team

Representaciones sociales sobre las personas mayores de los psicólogos del equipo de salud mental

Gislaine Alves Souza

Michely Aparecida Souza

Orestes Diniz Neto

Resumo

O objetivo deste estudo é investigar as representações sociais sobre a pessoa idosa dos(as) psicólogos(as) da Equipe de Saúde Mental que atuam na Atenção Primária à Saúde. Com o envelhecimento populacional aumenta a demanda de assistência em saúde mental para as pessoas idosas. Esta pesquisa é qualitativa, exploratória e transversal. Onze psicólogos(as) responderam a um questionário semiestruturado. Os dados foram tratados no *software* Atlas TI, analisados a partir da teoria das representações sociais e utilizando o recurso da análise de conteúdo. Os termos frequentes foram: perdas; necessidade de atenção e de escuta; falta de assistência sociofamiliar; e tendência a solidão. Os(as) psicólogos(as) relacionam a saúde mental da pessoa idosa com as vulnerabilidades sociais e comorbidades, apontam que esse público não chega aos serviços de saúde mental na Atenção Primária. Nesse sentido, observa-se que o cuidado com a saúde mental da pessoa idosa é ainda incipiente e carente de capacitação, evidenciando-se a necessidade que as representações sociais dos(as) profissionais de saúde mental extrapolem a visão negativa do envelhecimento com intuito de desnaturalizar os problemas de saúde mental nessa população e ofertar uma melhor assistência.

Palavras-chaves: Idoso, Envelhecimento, Percepção Social, Pessoal de Saúde.

Abstract

The objective of this study is to investigate social representations of the elderly person for psychologists of the mental health team that work on primary health care. The process of popular aging leads to the increase in mental health demand of the elderly. This is a qualitative, exploratory and transversal research. Eleven psychologists answered to a semi-structured survey. The data was input in the Atlas TI software and analysed taking the social representations theory, using the content analysis resource. The predominant evokings were: loss; need of attention and being heard; lack of social family assistance; tendency to solitude.

Psychologists in general relate mental health of the elderly with the social vulnerabilities and comorbidities and they show that this public does not reach the mental health team. Thus, it is possible to observe that the care of the elderly in mental health is still incipient and lacks capacitation, making it clear that it is necessary that social representations of mental health go further the negative view of aging with means of a better assistance.

Key-words: Aged, Aging, Social Perception, Health Personnel

Resumen:

El objetivo de este estudio es investigar las representaciones sociales sobre las personas mayores de los psicólogos del Equipo de Salud Mental que trabajan en la Atención Primaria de Salud. Con el envejecimiento de la población aumenta la demanda de los servicios de salud mental para las personas mayores. Esta investigación es cualitativa, exploratorio y transversal, once psicólogos respondieron un cuestionario semi-estructurado. Los datos fueron procesados en el software Atlas TI y analizados a partir de la teoría de las representaciones sociales, mediante el recurso de análisis de contenido. Los términos comunes fueron: las pérdidas; necesidad de atención y escucha; falta de asistencia social y familiar; y tendencia a la soledad. Los psicólogos se refieren a la salud mental de las personas mayores con las vulnerabilidades sociales y las comorbilidades, y indican que este público no alcanza el Equipo de Salud Mental. En este sentido, se observa que el cuidado de la salud mental de las personas mayores es todavía incipiente y carente de formación, que muestra la necesidad de que las representaciones sociales de los profesionales de salud mental van más allá de la visión negativa del envejecimiento con el fin de desnaturalizar los problemas de salud mental en los ancianos y ofrecer una mejor atención.

Palabras Claves: Anciano, Envejecimiento, Percepción Social, Personal de Salud

1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é estudar as representações sociais sobre a pessoa idosa para os(as) psicólogos(as) da Equipe de Saúde Mental (ESM), que compõem o apoio especializado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) do Distrito Sanitário de Venda Nova, em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Com o envelhecimento populacional cresce a demanda aos serviços de saúde, incluindo aos de saúde mental, e é relevante compreender as representações sociais dos(as) profissionais envolvidos nesta assistência.

O envelhecimento é um processo complexo, heterogêneo e multifatorial, que envolve a interação de diferentes aspectos biopsicossociais, sob as condições culturais, históricas, políticas, econômicas e geográficas¹. A demarcação cronológica das pessoas acima de 60 anos como idosas é prevista pela Organização Mundial de Saúde (OMS)². E de acordo com censo

demográfico de 2010 o número da população idosa equivale a 10,8% da população total, com projeções de crescimento acelerado³. Este processo ocasionou novas demandas aos serviços públicos, sendo que 47,3% das pessoas idosas que procuraram atendimento buscaram pela APS e 71,7% dos atendimentos foram pelo Sistema Único de Saúde⁴. Essas novas demandas no campo da saúde, colocam o envelhecimento na agenda e exigem conhecer os problemas prioritários e buscar soluções⁵.

O Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos(as) até 2025 e ainda há grande desinformação sobre a saúde do(a) idoso(a)². A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa⁶ assegura o direito a atenção integral à saúde, com a participação da APS na promoção do envelhecimento ativo.

As ações da APS são executadas nos Centros de Saúde por meio da Estratégia da Saúde da Família (ESF) que é a porta de entrada preferencial da rede de assistência à saúde e sustenta-se na atenção integral à população do território. A ESM realiza o apoio matricial às equipes da ESF e acolhe as demandas de sofrimento mental, priorizando os casos graves⁷. O Plano de Ação Abrangente em Saúde Mental 2013/2020 da OMS, propõe o imperativo de identificar a necessidade de diferentes grupos, dentre eles os(as) idosos(as)⁸.

Conforme a Associação Americana de Psicologia cerca de 20% dos(as) idosos(as) têm algum problema de saúde mental, com expectativa do número absoluto de transtornos mentais quadruplicarem até 2030, devido a transição demográfica⁹. Saliencia ainda que, o tratamento à saúde mental no(a) idoso(a) é negligenciado, de modo que aproximadamente dois terços dessa população não recebem o serviço que necessita, e tal percentual, é ainda mais alarmante em regiões carentes^{9,10}. A omissão de diagnóstico e tratamento aos problemas de saúde mental no(a) idoso(a) é uma realidade também exposta pela OMS^{2,11} e em estudos nacionais^{12,13}.

Assim, pesquisas internacionais^{9,10} e nacionais¹⁴ recomendam estudos que contemplem a percepção dos(as) profissionais da saúde pública acerca do envelhecimento para sensibilizar os(as) profissionais para as necessidades dos(as) idosos(as), fomentar a capacitação e melhorar o atendimento¹⁵. A capacitação em gerontologia no campo da saúde mental é também recomendada por autores(as) de vários cenários: emergência psiquiátrica¹⁵; serviço especializado de atenção à idosos¹⁶; Centro de Atenção Integral à Saúde¹⁷; hospital psiquiátrico público¹²; e das discussões em psiquiatria geriátrica¹⁸.

O envelhecimento populacional é uma conquista e assumi-lo como problema é um enquadre na lógica preventivista que normatiza e permeia o imaginário social¹⁹. Nesse sentido,

discute-se os rótulos que a sociedade impõe aos(as) idosos(as) como sinônimo de decadência, recolhimento, inatividade, prevenção das possíveis doenças ou infantilizando-os(as)¹⁹. Estudos apontam que a visão negativa do envelhecimento tem se mantido no decorrer dos anos^{1,20}, sendo associado à doença, perdas, declínio, dependência, morte e considerado como um problema médico¹. As representações sociais sobre o envelhecimento no campo da saúde também são circundadas por aspectos negativos, que salientam as perdas biológicas, sociais e psicológicas; e por preconceitos como "inutilidade", "improdutividade" e "dependência"^{21,22}.

A concepção de representações sociais é fundamentada na teoria de Moscovici, que a compreende como um processo sociopsicológico. As representações constituem um tipo de realidade, do que é o conhecimento prático, empregado no agir com o outro, e é um dos pontos em torno do processo social²³.

1.1 Contextualização do cenário

A política de saúde mental é resultado da Reforma Psiquiátrica, um processo político e social complexo que se iniciou no final da década de 1970 com a mobilização dos(as) trabalhadores(as) em saúde mental e foi composta por diversos(as) outros(as) atores(as), instituições, forças e movimentos. A Reforma Psiquiátrica é uma mudança de paradigma no tratamento do sofrimento psíquico, uma ruptura com a lógica manicomial e hospitalocêntrica - de exclusão, de tratamento moral e isolamento terapêutico. É um processo de luta pela emancipação dos(as) cidadãos(as) em sofrimento mental. Em 2001, após mais de uma década de tramitação no Congresso Nacional e alterações no projeto inicial, a lei 10.216 foi promulgada e significou um avanço na assistência em saúde mental no país. A Política de Saúde Mental baseia-se no paradigma psicossocial que busca articular o sofrimento à complexidade da vida, à possibilidade de produção de sociabilidades e subjetividades, opera pela lógica do território, com estratégias de cuidado articuladas em rede. Nessa perspectiva, a inclusão da saúde mental na APS é prevista como uma estratégia para potencializar o acesso, o tratamento e reduzir estigmas²⁴⁻²⁷. A ESM na APS facilitou o acesso dos(as) usuários(as) com sofrimento mental à equipe e tratamento no território^{24,25}.

A equipe da APS é composta por médicos(as) clínicos, enfermeiros(as), auxiliares, agentes comunitários de saúde, profissionais generalistas da saúde da família e possuem equipes que realizam o apoio técnico assistencial, dentre elas o Núcleo de Saúde da Família e a ESM²⁸. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) esclarece que a integração da saúde mental à APS

é colaborativa, norteadada pela lógica de apoio matricial que é um suporte técnico-pedagógico para ampliar e qualificar a atuação das equipes, sendo ao mesmo tempo, um arranjo organizacional e uma metodologia de trabalho²⁹.

No município de Belo Horizonte, a ESM é composta por psicólogos(as) e psiquiatras e integram aos serviços da Rede substitutiva no campo da Reforma Psiquiátrica²⁸. As ESM atuam na interlocução com as equipes da ESF, como também, em diálogo com as equipes complementares compostas por psiquiatra infantil, fonoaudiólogo(a) e terapeuta ocupacional; as equipes do Centro de Atenção Psicossocial que são nomeadas como Centro de Referência em Saúde Mental; os Centros de Convivência; os Serviços de Urgência Psiquiátrica; o Arte na Saúde e Ateliê de Cidadania; a Incubadora de empreendimentos solidários, e os Serviços residenciais terapêuticos³⁰.

Em 2010, o trabalho "Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas na atenção básica à saúde"³¹ descreve como funções do(a) psicólogo(a) na APS: desmistificar a loucura, promover a saúde e garantir o acolhimento. Aponta ainda que, a atuação do(a) psicólogo(a) nesse cenário é uma prática que está se configurando e consolidando, tanto para os(as) profissionais, dentre esses os(as) próprios(as) psicólogos(as), quanto para os(as) usuários(as)³¹.

Para o MS a atuação da saúde mental não é determinada pela patologia, mas pelo sofrimento que ameaça a identidade da pessoa, o foco é no cuidado, na ressignificação do sofrimento e as intervenções embasadas na vivência no território²⁴. Assim, os serviços de saúde mental são cruciais no envelhecimento ativo, mas enfrentam dificuldades no atendimento a demanda dessa população^{2,32}. A APS possui potencial para lidar com os efeitos das desigualdades e despreparo das políticas para o envelhecimento por meio da ESF, sendo necessário a reorganização dos serviços para comportar essa nova realidade, incluindo as demandas subjetivas de saúde mental³³⁻³⁵.

Na APS, dentre as ações direcionadas a assistência à idosos(as) com transtornos psiquiátricos estão previstos o reconhecimento dos casos de depressão, demência, ansiedade e psicose; o acompanhamento dos casos contrarreferenciados pela rede; a realização de aulas temáticas na comunidade; práticas de promoção de envelhecimento saudável³⁶.

Conforme Almeida¹⁵, em um serviço de emergência psiquiátrica 7,3% dos atendidos eram idosos(as), demonstrando que esse público em 1997 constituía-se uma parcela importante dos atendimentos psiquiátricos, com a expectativa de aumento progressivo dos transtornos mentais em idosos(as). Esse estudo¹⁵ ressalta a relevância de conhecer as particularidades das

sintomatologias e dos transtornos mentais nesta população para condução adequada do tratamento. Adicionalmente, pesquisas apontam que 50 a 70% das visitas médicas dos(as) idosos(as) estão relacionadas a fatores psicológicos como estresse, depressão e ansiedade^{9,10}. Contudo, essas sintomatologias são naturalizadas, sendo muitas vezes consideradas parte do processo de envelhecimento^{12,37}. Assim, esta pesquisa é importante para favorecer ações adequadas a essa população e contribuir para a reflexão sobre o tema.

1.2 As Representações Sociais

As representações sociais são fenômenos que tratam da realidade consensual, orientam comunicações e condutas, versam sobre a produção dos saberes sociais, são ligadas a conhecimentos e desconhecimentos da experiência vivida, e são produzidas e modificadas pelo cotidiano. É uma teoria que analisa como o saber e o pensar se conectam no tecido social. As representações sociais expressam a relação da subjetividade dos(as) atores(as) sociais com o existente, com códigos históricos e culturais do contexto fazendo uma mediação, como uma ponte na lacuna entre o sujeito e o mundo^{38,39}, de modo que, a relação entre ações significantes e ações representacionais não são automáticas, a representação e ação estão articuladas em função da intenção e do conteúdo²³ existindo correlações entre as produções mentais e os aspectos funcionais e materiais da vida dos grupos³⁹.

Trata-se de uma relação complexa, que é explicada de maneira compreensível aos(as) atores(as) sociais de determinado grupo²³. Nesse sentido, Moscovici²³ explica que as representações sociais combinam ao mesmo tempo muitos modos de pensamento, de várias áreas do conhecimento e da prática. É a tensão arcaica entre o familiar e o estranho que cria a necessidade de representar. Desse modo, no enunciado nada é errado ou tem valor de verdade, mas possui um valor que é negociado e pertence a um sistema, podendo ser discutido²³.

As representações são criadas no curso da comunicação e cooperação. Depois de criadas circulam e oportunizam novas representações e estão presentes por meio da familiarização, em paradigmas prévios, para compreender determinada situação. Desse modo, o que existe só tem repercussões se significa algo e para isso pelo menos duas pessoas precisam compartilhar: linguagem, valores e memórias comuns. Moscovici (2003, p.105) afirma "Ao dizer que as representações são sociais nós estamos dizendo principalmente que elas são simbólicas e possuem tantos elementos perceptuais quanto os assim chamados cognitivos"⁴⁰. As representações sociais são construídas por percepções, definições de ideias condicionadas a

uma linguagem, a tradição e a cultura. É uma maneira própria de compreender e comunicar que cria a realidade e por este motivo é importante que seja descrito e explicado⁴⁰.

Na literatura sobre representações sociais, o envelhecimento aparece associado à perdas, limitação e a manutenção de associações negativas^{20,41}. A velhice no contexto urbano também tem imagens predominantemente negativas, como solidão, doença, perda da beleza, abandono, dependência, ausência ou impossibilidade de produção²⁰.

No campo da saúde, em uma pesquisa de revisão bibliográfica²² apenas cinco artigos abordavam a perspectiva dos(as) profissionais, nos seguintes contextos: hospital psiquiátrico⁴² serviços públicos especializados de atenção à idosos⁴³, em uma instituição de longa permanência de idoso no tema da violência e na APS sobre a atenção integral do idoso⁴⁴ e idoso saudável⁴⁵. Nesse recorte, a escassez de trabalhos com profissionais, em especial de saúde mental, demonstra que é inédita a proposta desta investigação e sua relevância.

2 METODOLOGIA

Este trabalho enquadra-se no desenho metodológico de uma pesquisa qualitativa, exploratória e transversal⁴⁶. Para coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado, com questões abertas e autoaplicável para incluir maior número de profissionais na amostra. O instrumento foi construído orientado nos objetivos da pesquisa e adaptado quanto a clareza e pertinência, após a aplicação de um pré-teste. O questionário foi composto por um cabeçalho com os itens de identificação pessoal e profissional, seguido de seis questões, sendo: "1.Como você vê o idoso?"; "2.Você tem vivência de atendimentos a idosos? Como é?"; "3.Como você diria que a ESM vê a saúde mental da pessoa idosa?"; "4.Como você vê a atuação da ESM diante das necessidades dos idosos na APS?"; "5.Você percebe diferença da atuação na APS com a saúde mental da pessoa idosa e dos demais profissionais na rede de saúde? Quais?"; "6.Você percebe particularidades nas demandas de saúde mental da população idosa? Quais?".

Os participantes foram 11 psicólogos(as), sendo 10 mulheres e um homem, do universo de 18 profissionais que compõem a ESM do Distrito Sanitário de Venda Nova, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Trata-se de uma amostra intencional, de conveniência e não probabilística, por ser esse Distrito um dos cenários de atuação do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Idoso – no qual as residentes estiveram inseridas por oito meses. Os critérios de inclusão foram ser profissional da ESM, estar presente na reunião,

concordar em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A aplicação do questionário foi realizada coletivamente no decorrer de uma reunião de supervisão clínica. Nesse cenário, especifica-se que foram realizados três encontros com os(as) participantes um de aproximação, outro de apresentação da pesquisa e coleta de dados e o último de devolutiva no qual foi apresentado os resultados desta pesquisa.

Para análise dos dados, recorreu-se a análise de conteúdo temática, conforme teorizado por Bardin, no qual se reagrupa as categorias em unidades de codificação⁴⁷. Realizou-se um trabalho sistemático composto pela organização dos dados; exploração do material no qual definiu as categorias de análise e a análise reflexiva⁴⁷. Inicialmente as respostas redigidas foram organizadas em arquivos por sujeitos e por questões. O tratamento foi realizado no software Atlas TI, versão 6.0 (Scientific software development GmbH)⁴⁸. As interpretações dos dados foram fundamentadas na pesquisa bibliográfica realizada, a luz da teoria das representações sociais na perspectiva psicossocial, com a abordagem conhecida como processual ou culturalista³⁹.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer nº921.179 e da Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte sob o parecer nº 1.027.903. No decorrer de toda pesquisa respeitaram-se as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Com vistas a assegurar o sigilo, os(as) entrevistados(as) foram identificados(as) pela letra "S" seguida de número de ordenação. Assim, do "S1" ao "S4" trata-se de profissionais com até três anos de experiência na ESM; do "S5" ao "S8" são os que afirmaram estar na ESM entre quatro e seis anos; a partir do "S9" os com mais de sete anos de prática na ESM. A letra "Q" identifica as questões do instrumento.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos(as) os(as) psicólogos(as) que participaram deste estudo declararam ter vivência em atendimento a pessoa idosa corroborando com a literatura, que assinala a presença desse público na APS⁴. Porém desses, 64% relataram ter pouca vivência ou terem realizado poucos atendimentos a esse público. Os fragmentos das respostas ilustram que: *"Chegam poucos casos de atendimento a idosos na saúde mental."* (S3 Q2)

Duas categorias emergiram das análises, a primeira refere-se diretamente as *"Representações sociais sobre a pessoa idosa e o envelhecimento"* e a segunda *"Elementos da*

assistência à saúde mental do idoso(a)” aborda o sentido dessas representações na assistência à saúde mental do público idoso(a).

3.1 Representações sociais sobre o a pessoa idosa e o envelhecimento

Os dados tabulados consideraram a recorrência de palavras nas respostas dos(as) psicólogos(as) (Gráfico 1).

Gráfico 1: Representações Sociais sobre pessoas idosas

PERDAS						
Falta de assistência sociofamiliar 7		Perdas 7		Frágil 3		Influência de comorbidades 2
						Pouco recursos 1
						Precisa readaptar-se a mudanças 1
						Redução da funcionalidade 1
DEMANDAS						
Necessita de atenção 7		Necessita de escuta 6		Necessita de ajuda 4		Necessita de cuidado 3
						Necessita de vínculo/convívio social 2
						Poliquireixosos 2
						Necessita de cuidados especiais
CARACTERÍSTICAS						
Tendência a sentirem solitários 5		Pessoa com grandes vivências 4		Pessoa com particularidades 4		Muito desvalorizado e fragilizado 1
				Desesperança em relação a vida 3		Ociosos 1
				Fase do desenvolvimento 2		Que se vê como frágil 1
				Finitude 2		Sensível 1
				Angústias próprias do envelhecer 1		Sobrecarregado com tarefas (familiares) 1
						Rebaixamentos de humor 1

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se que os termos mais frequentes foram: "perdas", "necessita de atenção", "falta de assistência sociofamiliar" com sete vezes de cada; "necessita de escuta" apareceu seis vezes; a "tendência a sentirem solitários" surgiu cinco vezes; "pessoa com particularidades", "necessita de ajuda", "pessoa com grandes vivências, experiência e saber" tiveram a frequência quatro. A denominação dos termos são códigos *in vivo*, ou seja, retirados da maneira que estavam nas respostas e foram agrupadas nas subcategorias perdas, demandas e características considerando a repetição e consistência dos termos que aparecem.

A consistência das respostas aponta, no geral, para aspectos negativos, tais como perdas e fragilidades. Essa associação da pessoa idosa às características negativas se assemelha aos

descritos na literatura^{20,21,22,42,43,49}. No trabalho de Silva et al.⁴² de representações sociais sobre envelhecimento de profissional da saúde mental foram evocados termos como "exclusão" e "abandono" nos diversos âmbitos familiar, social, institucional e público, além de, "triste", "solidão", "morte", "crônico", "perdas" e "sem referencial"⁴².

Visualiza-se nos termos mais frequentes dos(as) psicólogos(as) a predominância dos processos subjetivos do luto e da alteridade como condição para existência do sujeito, e aspectos das vulnerabilidades sociais. A literatura reconhece que o abandono e a solidão contribuem mais para a visão negativa do envelhecimento do que a doença e a dependência¹⁹, semelhante aos resultados deste trabalho em que apareceu como quatro dos cinco termos mais frequentes.

Os dados evidenciaram a necessidade de participação da família no tratamento, apontam para a "falta de assistência sociofamiliar", "tendência a sentirem solitários" e "necessidade de cuidado". Com o aumento da expectativa de vida há o crescimento de doenças crônicas que ocasionam maior demanda dos(as) idosos(as) ao cuidado de alguém, mas esses cuidados não são responsabilidades apenas da família, é uma questão pública que envolve a sociedade e o Estado⁵⁰. Nessa vertente, é nomeada a hipocrisia social no papel atribuído a família frente ao envelhecimento⁵¹. A importância de suporte da família, o descaso do governo e a necessidade de acesso aos serviços de saúde também surgem em um trabalho de representações sociais sobre o idoso(a) de profissionais da saúde na APS⁴⁵.

Dentre os termos mais recorrentes, destaca-se um que salienta aspectos positivos do idoso(a), que o vê como uma "pessoa com grandes vivências, experiência e saber". E ainda, o apresenta como um sujeito ativo "sobrecarregado com tarefas (cuidar dos netos, ajudar os filhos)".

Eiras⁴³ ao discutir representações sociais da velhice em instituições de saúde, sinaliza a dimensão interpessoal do cuidado entre o profissional e o(a) paciente idoso(a) evidenciando ambiguidades entre o que os(as) profissionais veem, limitação e solidão, e o que gostariam de ver, a sabedoria. Postula ainda, que o envelhecimento provoca medo devido a possibilidade de dependência física e de demência.

Com subsídios da teoria das representações sociais, ao se objetivar o(a) idoso(a), partindo do não familiar para familiarizá-lo cognitivamente, verifica-se que as representações sociais dos(as) psicólogos(as) sobre a pessoa idosa, nesta pesquisa, é uma teia complexa que pode estar correlacionada ao campo do conhecimento da saúde e da saúde mental, contextos de onde os sujeitos desta pesquisa vocalizam, sendo frequente correlacionar o(a) idoso(a) ao

envelhecimento patológico. Soma-se também ao significado do envelhecimento no mundo ocidental capitalista e o estigma social que marca o isolamento do(a) idoso(a), o silencia, o invisibiliza⁵² e naturaliza^{12,37} suas demandas psíquicas no envelhecimento.

A sociedade deseja o aumento da expectativa de vida, mas trata o(a) idoso(a) com hostilidade com conotação de doença e morte, como aquilo que não se quer ver, que causa repulsa pela decrepitude⁵². Desse modo reproduz a pessoa idosa como socialmente morta, isolada e invisível⁵². Além das perdas, existem ganhos com o processo de envelhecimento. Observa-se que em nossa sociedade, parte dos idosos(as) saudáveis são ativos e exercem papéis sociais importantes, há aqueles que são arrimo financeiro da família, suporte no cuidado dos familiares, dentre outras situações sociais, no entanto tais aspectos estão ausentes nos dados desta pesquisa desconsiderando a polifonia dessa fase do desenvolvimento. Especialistas no estudo do envelhecimento¹ nomeiam três grupos de pessoas mais velhas, sendo os(as) idosos(as) jovens aqueles com até 74 anos que com frequência são ativos socialmente; os(as) idosos(as) velhos de 75 a 84 anos e os(as) idosos(as) mais velhos são os que tem mais de 85 anos e comumente apresentam dificuldades para realizar alguma atividade de vida diária.

A visão deficitária do envelhecimento não é universal, mas característica da maioria das sociedades ocidentais atuais⁵³, há uma valorização da juventude em contraposição ao velho e aliado a uma responsabilidade individual por tal condição²⁰. A desvalorização da velhice é também discutida no contexto social associada aos valores capitalistas^{19,42,43,54}. Como ainda, a ênfase aos aspectos biológicos ocasionou a naturalização da velhice como um momento de degradação e decadência do indivíduo, desconsiderando os aspectos individuais^{5,21}, de modo que, o sofrer aparece como produto e produtor do envelhecimento²⁰. Nessa perspectiva, existe a necessidade de positivar a identidade dos(as) idosos(as)^{1,19} desconstruindo a associação do envelhecimento a perdas, reconhecendo as especificidades e significações simultâneas, porém tal positividade ainda não sobressaiu nos dados desta pesquisa.

3.2 Elementos da assistência à saúde mental do(a) idoso(a)

Discute-se o sentido prático das representações sociais sobre a pessoa idosa estarem associadas à características negativas no cenário da assistência à saúde mental à pessoa idosa na ESM. 45% dos participantes compreendem as necessidades da saúde mental dos(as) idosos(as) de modo mais integral:

"Normalmente temos o cuidado de procurar observar o que tem gerado os sintomas/ queixas destes: são provenientes de causas orgânicas, sociais ou de um quadro psíquico" (S9 Q3)

Assim, pode-se realizar uma inferência inicial que embora os(as) profissionais atendam poucos(as) idosos(as), a prática os instrumentaliza a compreender as complexidades envolvidas na assistência ao(a) idoso(a).

Os(as) psicólogos(as) percebem a necessidade de escuta, atenção e cuidado, e apontam que o atendimento à idosos(as) requer mais investigação e tempo, bem como atenção a questões psíquicas, sociofamiliares e a comorbidades orgânicas. Apresentam também a necessidade de trabalhar os lutos dos(as) idosos(as) e a importância da participação da família nos processos de cuidado do(a) idoso(a) e nomeiam diagnósticos de demências, sintomatologias depressivas, psicoses e comorbidades. É recorrente a expressões de perdas no âmbito afetivo, financeiro, cognitivo, saúde física, capacidade de trabalho, vínculos sociais e familiares, além da desesperança com relação a vida, tendência a sentirem solitários e o rebaixamento do humor. Sendo assim elucidado:

"(...) com demanda de atenção, as vezes solitário, carente, necessitado de escuta direcionada ao alívio de angústias vivenciadas por perdas e próprias do envelhecer" (S7 Q1)

"Necessidade de atenção, vínculo, escuta, convívio social, "desabafar", falar - psicoterapia individual." (S8 Q6)

Contudo, afirmam que o enfoque da APS é à comorbidades clínicas dos(as) idosos(as) com pouco questionamento dos aspectos psicológicos:

"Percebo que a Atenção Primária lida com os aspectos clínicos, principalmente, embora alguns profissionais desta área sejam bem atentos quanto as condições de vida do idoso (aspectos sociais e psicológicos). (...) Nem sempre estes pacientes chegam ao profissional da Saúde Mental ao serem encaminhados pelos outros." (S9 Q5)

"Com foco na saúde mental não são sempre "encaminhados" para a ESM ou medicados com antidepressivos ou medicação para dormir, contudo há maior atenção do ESF aos idosos quanto a questões clínicas, comorbidades - diabetes, hipertensão, problemas circulatórios principalmente." (S8 Q5)

Na literatura é presente a discussão de diversas doenças mentais no(a) idoso(a), a prevalência de demência, depressão, as especificidades das manifestações sintomatológicas dos sofrimentos mentais^{15,29,36,54}, da clínica psicológica com pessoas idosas^{16,54}, e necessidade de prevenção do suicídio⁵⁵ requerendo a atenção da saúde mental. Contudo, a assistência ao público idoso(a) aparece muito incipiente nos dados e evidencia-se que as alterações

psicológicas que acompanham o processo de envelhecimento ainda não são contempladas na pauta da ESM, nem por meio do apoio matricial a ESF, sendo tais demandas negligenciadas^{2,9-13}, naturalizadas^{12,37} e invisíveis^{52,55}.

A integralidade da assistência por meio da adequação das políticas públicas ao envelhecimento populacional é uma necessidade^{56,57}. Ao serem questionados sobre a diferença da atuação da APS com a saúde mental da pessoa idosa e dos demais dispositivos na rede de saúde, 45% dos(as) profissionais não responderam, e 27% relatam que os(as) idosos(as) não chegam à ESM, ficando em acompanhamento apenas pela ESF:

"Acho que a saúde mental na rede não é muito atuante. Muito por causa das dificuldades que o idoso tem para chegar até a saúde mental." (S5 Q3)

"(...) o cuidado a saúde mental dos idosos não é prioridade, exceto em casos de depressão grave." (S8 Q3)

"(...) muitos casos, acabam sendo acompanhados apenas pela ESF." (S1 Q3)

É possível observar que parte dos(as) profissionais visualizam a APS como sinônimo de ESF e não consideram a ESM integrada a APS. Alguns(mas) psicólogos(as) afirmam não existir diferença da atuação em saúde mental nos diferentes níveis da rede, talvez em função da fragilidade de promoção a saúde e da distância entre a teoria e a prática⁵⁸. E poucos(as) profissionais descrevem características da APS, referindo-se ao trabalho longitudinal e o vínculo com idoso(a) no seu contexto de vida e ainda expressam a necessidade da participação familiar.

Para a maioria dos(as) participantes o público idoso não é adscrito ao perfil priorizado pela ESM, em alguns casos são considerados como externos a demanda da equipe:

"(...) a demanda de atendimento, demanda geral, é muito grande e os profissionais acabam tendo que priorizar casos de psicose e neurose grave (...)" (S1 Q3)

"(...) deveria haver uma atenção maior, melhor, mas devido a demanda enorme de casos de psicose, neurose grave (...)" (S8 Q3)

"São acolhidos e acompanhados casos de psicose e neurose graves, não pelo viés das necessidades dos idosos." (S8 Q4)

Para grande parte dos(as) profissionais as demandas da pessoa idosa são excludentes a ESM. Há um contexto psicológico, histórico e político que correlaciona o direcionamento da saúde mental prioritariamente aos casos de psicose²⁵ e neurose grave. Quando os(as) psicólogos(as) falam dos idosos(as) na ESM, no geral, se referem a pessoas com problemas mentais que conseguiram envelhecer e continuaram acompanhadas pela saúde mental. Apenas

duas profissionais reconheceram que a pessoa idosa permeia ou precisa ser incorporada ao público de sua clínica. Logo, na teoria das representações sociais verifica-se que essas duas profissionais desviam, são ruídos ainda individuais aos padrões mentais das representações sociais do grupo que mantêm o(a) idoso(a) como um público fora da ESM.

O MS e Conselho Federal de Psicologia discutem que as ações em saúde mental não deveriam ser definidas a partir da patologia, mas do sofrimento de pessoas, considerando ainda a APS como porta de entrada para todos os problemas relacionados a saúde mental do território^{24,31}.

No campo de pesquisa escuta-se que o(a) idoso(a) é como “Severino”, se queixa muito e quer resolver os problemas de toda sua família no Centro de Saúde, é aquele(a) que todos(as) os(as) profissionais conhecem, que está presente nos serviços, mas que não é escutado(a). Também afirmam que é um público que a ESM não dá conta de atender pela especificidade do desenho da equipe, porque a pessoa idosa demanda mais atenção e tempo de atendimento.

As demandas da pessoa idosa são percebidas como coisa da idade, de modo resignado pelo profissional e pelo(a) idoso(a) e realiza-se uma assistência fragmentada sobre o processo saúde-doença⁵⁹. Conforme os(as) entrevistados(as) falta capacitação:

"Os profissionais, de forma geral, são engajados e interessados, mas falta capacitação." (S4 Q4)

"Quando chega até a saúde mental as necessidades são bem acolhidas, mas acho que falta um investimento em cursos para profissionais." (S5 Q4)

Desse modo, a necessidade de capacitação em temáticas que perpassam o atendimento aos idosos(as) foi apontada por 45% dos(as) psicólogos(as) e é recorrente na literatura no cenário de saúde mental^{12,15-18} e da APS^{56,60}.

O(as) profissionais expressam ainda que se deparam com outros desafios que são transversais a assistência aos pacientes idosos(as):

"Acredito que há necessidade de oferecer apoio e acompanhamento para essa parcela da população, mas infelizmente isso não tem ocorrido em função de falta de profissionais, políticas públicas, capacitação..." (S1 Q4)

De modo semelhante, apesar dos avanços na política de saúde, em estudo no campo das representações sociais de profissionais da saúde⁵⁸ os(as) profissionais deparam com dificuldades concretas no cotidiano como as deficiências de capacitação dos(as) profissionais, o número reduzido dos recursos humanos, além da desproporção da oferta e demanda. Tensões

essas que resultam em insegurança, desgaste físico e emocional do profissional que necessita desenvolver alternativas para executar o seu trabalho.

Assim, a literatura indica uma carência de tratamento aos problemas de saúde mental no idoso(a), e a tendência a negligenciar as perturbações mentais na APS^{9,11,16} e a relevância de capacitação em gerontologia no campo da saúde mental.

Em estudos do Conselho Federal de Psicologia³² sobre a atuação do(a) psicólogo(a) na APS os desafios são abordados apontando experiências inovadoras como recursos para ampliar as ações e garantir a execução das diretrizes da Política de APS, tais como o acolhimento, a discussão de caso, o matriciamento, a articulação da rede, a realização de grupos, dentre outros³¹. Entretanto, tais estratégias são pouco abordadas nas respostas nesta pesquisa, observando a dificuldade clássica de percepção de atividades socioclínicas como práticas em saúde mental pelos(as) profissionais^{24,25}. Ressalva-se ainda que, o desafio de realização do apoio matricial, com caráter teórico-pedagógico da ESM e de compartilhamento da atenção psicossocial com a ESF que aparece na literatura²⁹ também não é expresso pelos(as) psicólogos(as) neste trabalho.

A incipiência de ações de promoção e prevenção de saúde para a população idosa sobrevém nos dados:

"Bom, acho que profissionais da área psi ou saúde mental, tendem a atuar muito no campo do fator do mental, assim outros modos de intervenção ficam prejudicados (...) Acho que precisa de ser priorizada atenção preventiva para a terceira idade." (S11 Q3)

A literatura aponta que a escassez de ações de promoção e prevenção à saúde mental do(a) idoso(a) registrada pelos(as) profissionais pode ser devida ao foco clínico da maioria dos(as) profissionais³¹. Discute-se, no geral, a centralidade de atuação nos agravos e a fragilidade das ações de promoção de saúde⁵⁸.

As dificuldades na assistência a pacientes idosos(as), os esforços dos(as) profissionais e a organização da ESF para produção de saúde desses pacientes também são descritos em estudo de representações sociais no campo da APS⁴⁴. Observa-se a necessidade de solidez das políticas de seguridade social e da substituição de abordagens individuais de saúde mental em idosos(as), por abordagens que a contemple como um problema de saúde coletiva⁶¹.

Atenta-se ainda que, a formação do(a) profissional no paradigma de promoção e assistência integral à saúde é algo relativamente recente. Assim como é igualmente atual, a

atenção aos(as) idosos(as), uma vez que se trata de uma população que cresceu de maneira significativa nas últimas décadas. Tais concepções são importantes e demandam também abordagens de saúde coletiva, que considere o caráter participativo, multideterminado e multidirecional da pessoa idosa.

Observou-se no percurso da pesquisa limitações em virtude da escolha do questionário como instrumento de coleta de dados e pela ausência do critério idade dos(as) participantes. O campo das representações sociais apresenta-se transversal e complexo, abre muitas janelas de interlocução, permanecendo outros percursos de investigação, uma vez que, os dados captaram ramificações dos dilemas que abarcam a saúde coletiva, a saúde pública, o fluxo de atendimento, o diagnóstico em saúde mental e os impasses na assistência.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As representações sociais compartilhadas pelos(as) psicólogos(as) a respeito da pessoa idosa privilegiam as perdas e necessidades revelando-se objetivadas, cristalizadas e predominantemente negativas - padrão que influencia na assistência prestada. As representações sociais são fenômenos complexos e esta pesquisa evidencia alguns aspectos para a compreensão da assistência à saúde da pessoa idosa. Evidencia-se o imperativo dessas representações serem construídos de forma mais plural para integrar as condições da pessoa idosa e as possibilidades de atendimento na política de saúde.

As representações sociais penetram e modelam as relações, portanto, entender o(a) idoso(a) por aspectos negativos pode contribuir para naturalização das demandas de saúde mental, contribuindo para a ausência de diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais nos(as) idosos(as), especialmente na APS. Paradoxalmente, essas representações sociais ao invés de naturalizar o sofrimento por estarem articuladas à perdas e a alteridade, poderiam justificar a necessidade de acolhimento, considerando as crescentes estatísticas de saúde mental da população idosa. Porém em campo, observa-se, em muitos casos que, o(a) idoso(a) é um paciente conhecido e presente na APS devido as suas condições de saúde, mas com acesso a poucos canais efetivos para ser escutado. Assim ele(a) é compreendido(a), geralmente como um caso mais simples, comparado com outras patologias da saúde mental, mas também como um atendimento que demanda mais investimento de tempo e atenção. Desse modo, é possível

a inferir que, nesse cenário, a demanda de saúde mental do(a) idoso(a) é ainda escassamente percebida e pouco acolhida.

Nos casos em que a assistência em saúde mental da pessoa idosa é necessária, 27% dos(as) profissionais relataram que os canais de atendimento são exteriores a ESM, em alguns casos cabíveis a ESF, porém o apoio matricial enquanto caráter técnico-pedagógico não é mencionado. Já outros(as) profissionais, 45%, apontam a incipiência de ações para acolher as demandas de saúde mental dos(as) idosos(as) discutindo os desafios na assistência, a necessidade de capacitação, como também, a falta de ações de promoção e prevenção à saúde. Se faz necessário que a demanda de saúde mental da pessoa idosa se efetive na ESF por meio da capacitação, da formulação da equipe para atendimento e da visibilidade integral dessa população na agenda do serviço e na da ESM. A ESM junto a ESF pode realizar contribuições diretas, de apoio matricial efetivo e de articulação com outras equipes de assistência. Esse cenário é relevante para embasar a reorganização das políticas e programas mais adequados a realidade social concreta.

É importante ressaltar que os centros de saúde e o processo de trabalho do(a) psicólogo(a) da ESM são heterógenos e possuem autonomia sobre seu fazer diante da demanda do público idoso. Todavia esta pesquisa enfatiza a importância de compreender as representações sociais sobre a pessoa idosa desses(as) profissionais envolvidos na assistência a essa população na APS atentando para a efervescência dessa discussão no campo da saúde mental.

É notório que os estigmas da sociedade acerca da pessoa idosa permeiam o campo da saúde, desse modo descrevê-los é importante para interrogá-los e desenhar saídas mais pertinentes ao cenário que se configura com o envelhecimento tanto no âmbito populacional quanto individual. Ademais, subsidia planejar a assistência em virtude da urgência de implementação de políticas públicas de cuidado a esse público. Desta forma, novos estudos sobre esta temática são necessários.

REFERÊNCIAS

1. Schneider RH, Irigaray TQ. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia* 2008; 25(4): 585-593.
2. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010 características da população e do domicílio: Resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

4. Fundação João Pinheiro (FJP). Boletim da Pesquisa por Amostra de Domicílios Minas Gerais 2011: perfil da população idosa de Minas Gerais. FJB, Centro de Estatística e Informações. Belo Horizonte Ano 3 n. 6, 2014, 85p.

5. Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo MCS, Coimbra Junior CEA. orgs. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 25-36

6. Brasil. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário oficial da União 2006; 19 out.

7. Turci MA, org. Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; 2008.

8. Organização Mundial de Saúde (OMS). Abrangente Plano de ação em saúde mental 2013-2020. Portugal: OMS; 2013.

9. Associação Americana de Psicologia (APA). Psychology and aging. Psychologists Make a Significant Contribution. Washington: APA. [acessado 2015 jul 7]; [cerca de 8p.]. Disponível em: <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/aging.pdf>.

10. Associação Americana de Psicologia (APA). Olders Americans Act Reauthorization. Washington: APA; 2006.

11. Organização Mundial de Saúde (OMS). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global. Portugal: OMS; 2009.

12. Clemente AS, Loyola Filho AI, Firmo JOA. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. Cad. Saúde Pública 2011; 27(3): 555-564.

13. Moraes EN. Avaliação multidimensional do idoso: a consulta do idoso e os instrumentos de rastreio. 3.ed. Belo Horizonte: Folium; 2010.

14. Fonseca RP, Trentini CM, Valli F, Silva RAN. Representações do envelhecimento em agentes comunitários da saúde e profissionais da enfermagem comunitária: aspectos psicológicos do processo saúde-doença. Ciênc. saúde coletiva 2008; 13 (4).

15. Almeida OP. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. Rev Bras Psiquiatr 1999; 21 (1).

16. Genaro Junior F. Clínica do envelhecimento: o processo de implantação de um serviço de Psicologia clínica no SUS [tese]. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2013.

17. Pavarini SCI, Barham EJ, Varoto VAG, Filizola CLA. O idoso no contexto da saúde mental: relato de experiência. Texto contexto-enferm. 2004; 13 (4): 608-617.

18. Campos WB, Bottino CMC, Laks J. Um serviço de psiquiatria geriátrica: uma abordagem multidisciplinar. In.: Bottino CMC, Laks J, Blay SL. Demência e transtornos cognitivos em idosos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.408-412.

19. Minayo, MCS, Coimbra Junior, CEA. orgs. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 209 p.

20. Nascimento ARA, Barra MLP, Januário FS. "Respeitem, ao menos, os meus cabelos brancos": velhice e envelhecimento na canção brasileira (1927-2006). Arquivos Brasileiros de Psicologia 2008; 60 (2): 198-211.

21. Oliveira AMM, Lopes MEL, Evangelista CB, Oliveira AEC, Gouvêia EML, Duarte MCS. Representações Sociais e Envelhecimento: uma Revisão Integrativa de Literatura. Revista Brasileira de Ciências da Saúde 2012; 16 (3): 427-434.

22. Souza MA, Souza GA, Diniz Neto O. Representações Sociais do envelhecimento no campo das saúde: uma revisão bibliográfica. Belo Horizonte: Hospital das Clínicas. In press 2014.

23. Moscovici S. Prefácio. In: Jodelet D. Loucuras e representações sociais. 2005. P.11-31.

24. Ministério da Saúde (MS). Cadernos de Atenção Básica n 34. Brasília: MS; 2013.
25. Lancetti A, Amarante P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS; et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2006; 615-634.
26. Yasui S, Luzio CA, Amarante P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique* 2018; 8(1): 173 – 190.
27. Wenceslau LD, Ortega F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(55): 1121-1132.
28. Paula, PP. Saúde mental na atenção básica: política, trabalho e subjetividade. *Psicologia em Revista* 2012; 18(3): 531-534.
29. Chiaverini et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
30. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Saúde Mental [acessado 2018 jul 16]: Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/saude-mental>.
31. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Prática profissionais de psicólogos e psicólogas na atenção básica à saúde. Brasília: CFP; 2010.
32. Silva LF, Passos VM, Moraes EN. Sintomatologia depressiva em residentes em instituições de longa permanência públicas ou beneficentes de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil [Dissertação]. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.
33. Ministério da Saúde (MS). Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Brasília: MS; 2005, 56p.
34. Garcia MAA, Miyamoto DA, Frigério RM, Merlin SS. A atuação das equipes de saúde da família junto aos idosos. *Revista APS* 2006; 9 (1): 4-14.
35. Amaral FIJS, Motta MHA, Silva LPG, Alves SB. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2012; 17 (11): 2991-3001.
36. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Diretrizes para um modelo de integral em saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: ABP; 2014.
37. Coutinho MPL, Gonties B, Araújo LF, Sa RCN. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. *Psico-USF* 2003; 8 (2): 183-192.
38. Jovchelovitch S. Representações sociais: para uma fenomenologia dos saberes sociais. *Psicologia & Sociedade* 1998; 10 (1): 54-68.
39. Jodelet E. Loucuras e representações sociais. Petrópolis: Vozes; 2005.
40. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Tradução: Guareschi PA. Petrópolis: Vozes; 2003.
41. Camargo BV, Contarello A, Wachelke JFR, Moraes DX, Piccolo C. Representações Sociais do Envelhecimento entre Diferentes Gerações no Brasil e na Itália. *Psicologia em Pesquisa* 2014; 8(2): 179-188.
42. Silva LA, Gomes AMT, Oliveira DC, Souza MGG. Representações sociais do processo de envelhecimento de pacientes psiquiátricos institucionalizados. *Esc. Anna Nery* 2011; 15 (1): 124-131.
43. Eiras N. Representações sociais da velhice em instituições públicas de saúde. *Rev de Ciências Humanas* 2002; temática: 117-131.
44. Costa Mosta MFBNA, Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. *Rev. esc. enferm* 2010; 44 (2): 437-444.
45. Teixeira MCTV, Schulze, C. Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de saúde. *Estudos de Psicologia* 2002, 7(2), 351-359.
46. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2010.

47. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2006.
48. Scientific Software Development GmbH, Berlim, Alemanha, 1993.
49. Laranjeira CA. Velhos são os Trapos: do positivismo clássico à nova era. *Saúde Soc.* 2010; 19(4):763-770.
50. Kuchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc. estado* 2012; 27 (1): 165-180.
51. Debert GG, Simões JA. Envelhecimento e Velhice na Família Contemporânea. In Freitas EV, Py L. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. xvii, p.1571-1578.
52. Rodrigues JC. *Tabu da morte*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
53. Uchoa E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad.Saúde Pública* 2003; 19 (3): 849-853.
54. Birman J. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. In: Veras RP, et al. *Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Dumara, 1995, p. 29-48.
55. Cavalcante FG, Minayo MCS. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012, 17 (8): 1943-1954.
56. Gouveia LAG. Envelhecimento populacional no contexto da Saúde Pública. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva* 2012, 6 (4): 101-111.
57. Marques CP. Envelhecimento no Brasil: da formulação de políticas à estruturação de serviços de saúde integrais *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília 2014, 8(1): 65-70.
58. Oliveira DC, Sá CP, Gomes AMT, Ramos RS, Pereira NA, Santos WCR. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(1):197-206.
59. Giacomini KC, Santos WJ, Firmo JOA. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013, 18(9): 2487-2496.
60. Minayo MCS. Cuidar do processo de morrer e do luto. *Ciênc. saúde coletiva* 2013, 18 (9): 2484.
61. Lima-Costa MFL. O envelhecimento populacional e suas repercussões para a saúde pública. In. *Rede Interagencial de Informações para a saúde. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde 2009.

Avaliação das práticas educativas das equipes de saúde bucal em territórios da Atenção Básica à Saúde

Evaluation of educational practices of oral health teams in health at schools in primary health care territories

Evaluación de las prácticas educativas de los equipos de salud oral en las escuelas de los territorios de atención básica de salud

Keldiane Oliveira de Souza

Camila Soares de Carvalho

Alessandra Fabiani de Castro Alves

Josevan de Souza-Silva

Jailma Santos Monteiro

Márcia Maria Dantas Cabral de Melo

RESUMO

Objetivou-se avaliar as práticas de educação em saúde das equipes de saúde bucal desenvolvidas em escolas vinculadas e não vinculadas ao Programa Saúde na Escola (PSE), à luz das determinações nacionais para o trabalho na Atenção Básica que recomenda abordagens educativas participativas e comunitárias. Estudo descritivo com abordagem quantitativa realizado com cirurgiões-dentistas (CD) das equipes de saúde bucal do Distrito Sanitário IV da Atenção Básica do Recife. A amostra foi o universo dos CD (26) das unidades de saúde da família. Para a coleta de dados foi elaborado um questionário semiestruturado submetido à validação de face. Utilizou-se cálculos de estatística descritiva para as variáveis estudadas. Participaram 19 CD (73.1%), desses, 57,9% realizavam ações coletivas de educação em saúde em escolas vinculadas ao PSE. A maioria possui especialização em saúde da família (73,7%), capacitação sobre educação em saúde (64,3%) e 28,6% em educação popular. Independente de atuarem ou não em escolas com PSE, todos afirmaram realizar ações de saúde bucal preconizadas pelo PSE. Os CD sem PSE apresentaram integração mais forte com as escolas (87,5%) e foram os que afirmaram incluir outros profissionais no planejamento e nas avaliações das ações. Contudo, em ambos os grupos, a maioria dos entrevistados ainda recorre a estratégias educacionais transmissíveis realizadas por meio de palestras e focadas apenas mudanças atitudinais em saúde bucal. Conclui-se que apesar das ações realizadas seguirem as recomendações do PSE, há deficiências relacionadas ao planejamento participativo, à integralidade das ações e sua abrangência comunitária, além de persistirem práticas educacionais restritas.

Palavras- Chave: Saúde Bucal. Saúde na Escola. Educação em Saúde. Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

The objective was to evaluate the health education practices of oral health teams developed in schools linked to and not linked to the Health at School Program (PSE), taking into account national obligations for work in Primary Care that recommends participatory and community educational approaches. Descriptive study with a quantitative approach carried out with Dentists of the oral health teams of Sanitary District IV of Primary Care of Recife. The sample was the universe of Dentists (26) of family health units. For data collection, a semi-structured questionnaire was submitted to face validation. Descriptive statistics calculations were used for the studied variables. 19 Dentists (73.1%) participated, of which 57.9% carried out collective health education actions in schools linked to the PSE. Most have specialization in family health (73.7%), training in health education (64.3%) and 28.6% in popular education. Regardless of whether or not they work in schools with PSE, all stated that they perform oral health actions recommended by the PSE. Dentists without PSE showed stronger integration with schools (87.5%) and were the ones who claimed to include more professionals in planning and evaluating actions. However, in both groups, most respondents resort to communicable educational strategies carried out through lectures and focused only on attitudinal changes in oral health. It is concluded that despite the actions carried out follow the recommendations of the PSE, there are difficulties related to participatory planning, also the integrality of the actions and their scope, in addition to the fact that restricted educational practices persist.

Key words: Oral Health. Health at School. Health Education. Primary Health Care.

RESUMEN

El objetivo fue evaluar las prácticas de educación en salud de los equipos de salud oral desarrollados en escuelas vinculadas y no vinculadas al Programa de Salud en la Escuela (PSE). Estudio descriptivo con enfoque cuantitativo realizado con cirujanos dentales de los equipos de salud bucal del Distrito Sanitario IV de Atención Primaria en Recife. La muestra fue el universo de cirujanos dentales (26) de las unidades de salud familiar. Para la recopilación de datos, se envió un cuestionario semiestructurado para su validación facial. Se utilizaron cálculos estadísticos descriptivos para las variables estudiadas. Participaron 19 cirujanos dentales (73.1%), de los cuales 57.9% realizaron acciones colectivas de educación en salud en escuelas vinculadas al PSE. La mayoría tiene especialización en salud familiar (73.7%), capacitación en educación sanitaria (64.3%) y 28.6% en educación popular. Independientemente de si trabajan o no en escuelas con PSE, todos declararon que llevan a cabo acciones de salud oral recomendadas por el PSE. Los cirujanos dentales sin PSE mostraron una mayor integración con las escuelas (87.5%) y fueron los que afirmaron incluir más profesionales en la planificación y evaluación de acciones. En ambos grupos, la mayoría de los encuestados recurren a estrategias educativas comunicables llevadas a cabo a través de conferencias y centradas solo en los cambios de actitud en la salud oral. Se concluye que a pesar de que las acciones llevadas a cabo siguen las recomendaciones del PSE, la integralidad de las acciones y su cobertura comunitaria, además del hecho de que persisten las prácticas educativas restringidas.

Palabras clave: Salud oral. Salud en la escuela. Educación para la salud. Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

No Brasil, para enfrentar o quadro socioepidemiológico da população, o Sistema Único de Saúde (SUS) implementa uma rede de atenção ordenada pela Atenção Básica (AB) que estrutura de suas práticas em torno do referencial da Promoção à Saúde.^{1,2} Nesse âmbito são planejadas políticas de saúde e de saúde bucal que visam promover o cuidado integral em saúde, traduzido em ações individuais e coletivas, além das ações de caráter intersetoriais, considerando-se o princípio da equidade e a vulnerabilidade dos grupos sociais.^{2,3}

A intersetorialidade é um ponto chave para a promoção da saúde e tem no ambiente escolar um espaço privilegiado de ação, já que a complexidade das questões sociais encontradas na escola torna pequena ou nula a viabilidade de apenas um setor conseguir ser efetivo em sua resolução ou atenuação.⁴

Diante disso e na perspectiva de ampliar as ações de saúde aos escolares da rede pública de ensino, em 2007, o Ministério da Saúde e da Educação criaram o Programa Saúde na Escola (PSE), para promover intervenções conjuntas com a finalidade de potencializar as ações delineadas pelas políticas de saúde integrais dirigidas aos escolares, crianças e adolescentes.^{5,6}

O PSE orienta que o planejamento das atividades do programa deve ser realizado com a participação dos profissionais das equipes de saúde da AB e das escolas participantes de forma contínua durante todo o ano letivo.⁷ Dentre as ações de saúde preconizadas para o PSE, destaca-se a avaliação das condições de saúde bucal, as ações de educação permanente em saúde, promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar bem como o estímulo à inclusão das temáticas de saúde que fazem parte dos conteúdos inscritos nos projetos político pedagógico das escolas.⁸

Estudos recentes informam a predominância das práticas tradicionais de educação em saúde realizadas pelas eqSF e pelas equipes de saúde bucal (eqSB)^{9,10}, apesar dos esforços nacionais para instituir um processo de trabalho, com ênfase nas ações de promoção à saúde e no desenvolvimento de processos educacionais participativos a partir do reconhecimento da realidade social das famílias, assim como, o estabelecimento de vínculo e a criação de compromisso e corresponsabilização com as populações cobertas pelas estratégias de saúde da família (ESF).¹¹

Em 2013, para superar a educação tradicional em saúde onde predomina uma “educação bancária”¹² e fornecer instrumentos teóricos e metodológicos de abordagem

participativa aos profissionais da ESF, foi implantada a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) com vistas ao alcance de melhorias em graus de autonomia e autocuidado das populações dos territórios da AB, a exemplo da população escolar.^{13,14,15} Ademais, as propostas da PNEPS são condizentes com os valores e as atribuições requeridas para o conjunto de profissionais que atuam na AB^{2,13,16,17,18}, pois enfatizam os conceitos de “empoderamento”, “maior participação”, “valorização do saber popular”, “compartilhamento dos saberes”, “construção de parcerias”, “associação de conhecimento e informações”, “negociação de interesses”, entre outros.

Por outro lado, ainda são necessários estudos que aprofundem as análises sobre os tipos de práticas educativas em saúde bucal que são utilizadas nas escolas, especialmente, após a inserção das eqSB na ESF e da implantação da política nacional de saúde bucal.¹⁹ Bem como para verificar se as estratégias adotadas e as abordagens pedagógicas estão coerentes às diretrizes das políticas nacionais de promoção e educação em saúde em vigor.^{5,8,20}

Diante disso, este estudo apresenta uma avaliação das práticas de educação em saúde desenvolvidas pelas eqSB do Distrito Sanitário IV do Recife em escolas vinculadas e não vinculadas ao PSE, com o interesse de verificar se as estratégias educacionais adotadas estão condizentes com as determinações nacionais para o trabalho requerido aos profissionais da AB que recomenda abordagens educativas participativas e comunitárias.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, sobre as práticas de educação em saúde desenvolvidas no ambiente escolar pelas eqSB da AB do Recife.

A área do estudo abrangeu o Distrito Sanitário IV (DS IV), da Secretaria de Saúde da cidade do Recife, Estado de Pernambuco, que fica localizado na zona oeste da cidade, onde as 20 unidades de saúde da família (USF) existentes estão distribuídas em três microrregiões (MR) e cobrem as comunidades com maiores carências em condições de moradia e de serviços públicos essenciais.²¹ Com relação a área da Saúde Bucal, o DS IV, em 2017, possuía, à época da coleta, 26 equipes de saúde bucal (MR1:11; MR2:6; MR3:9). Quanto ao número de escolas municipais existentes nos territórios do DS IV, o quantitativo é de 29 escolas sem PSE e 12 com PSE.

A população do estudo foi constituída pelas eqSB do DS IV do Recife. A amostra foi representada pelo membro Cirurgião-Dentista (CD) das eqSB, o que correspondeu a

26 CD. Foram incluídos todos os profissionais que no momento da pesquisa estavam atuando nas escolas realizando atividades coletivas de educação em saúde em escolas vinculadas ou não ao PSE, e que aceitaram responder ao formulário de coleta dos dados da pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada, no período de agosto a outubro de 2017, por meio de um formulário de entrevista, se utilizando de um questionário semiestruturado. O mesmo foi organizado em dois blocos. O primeiro bloco incluiu variáveis sobre aspectos socioprofissional como, variáveis relacionadas ao sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação na AB, possuir pós-graduação e ter participado de cursos sobre educação em saúde. O segundo bloco reuniu variáveis relacionadas ao processo de trabalho das eqSB nas escolas, com foco nas ações de educação em saúde, sobre os métodos e as estratégias pedagógicas utilizados, sobre a opinião dos CD referente à satisfação da comunidade escolar com as ações desenvolvidas pelas eqSB e sobre o apoio institucional e da escola para a execução ações coletivas de saúde bucal escolar.

A elaboração do questionário foi precedida por revisão bibliográfica. Para garantir o controle de qualidade dos dados foram selecionados dois especialistas, com expertise relacionada à problemática do estudo, que avaliaram os questionários com a finalidade da obtenção da validação de face do instrumento.²² A pesquisadora, foi treinada para saber conduzir a coleta dos dados junto aos entrevistados. As entrevistas foram realizadas, individualmente (face a face), com os sujeitos da pesquisa em salas disponibilizadas pelas USF, após agendamento prévio e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram analisados descritivamente através da obtenção de frequências Absolutas e percentuais. O programa estatístico utilizado para digitação dos dados e obtenção dos cálculos estatísticos descritivos foi o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão. 21.0. Já para a avaliação sobre o nível de integração construído entre a eqSB e a escola foi utilizada uma escala de 0 a 10, sendo classificada como interação fraca quem marcou de 0 a 3; interação intermediária de 4 a 7 e interação forte de 8 a 10.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, conforme a Resolução 466/12 do CNS. CAAE: 68745817.0.0000.5208. Número do Parecer: 054032/2017.

RESULTADOS

Do total de 26 sujeitos, 19 CD (73.1%) participaram deste estudo. Dentre a totalidade dos respondentes, 57,9% afirmaram realizar ações coletivas de educação em saúde bucal em escolas vinculadas ao PSE e os demais relataram exercer essas ações em escolas não vinculadas ao PSE (municipais, 26,3%; particulares, 10,5%; estaduais, 5,3%).

Quanto ao perfil socioprofissional dos entrevistados, a maioria, pertence ao sexo feminino (78,9 %) e a faixa etária predominante é de 41 a 50 anos. Observou-se, também, que a maioria dos CD ingressaram na AB por meio de concurso público (84,2%), possui pós-graduação em saúde da família (73,7%), sendo que 26,3% possuem especialização em saúde coletiva e apenas 15,8% deles possuem o título de mestrado.

Em relação aos conhecimentos em educação da saúde, a maioria (73,7%) já participou de capacitações (educação continuada e/ou curso de extensão, 64,3%; curso específico em educação popular em saúde (EPS), 28,6%; especialização, 7,1%) e 23,3% deles afirmaram conhecer a PNEPS. A Prefeitura da Cidade do Recife foi a instituição mais citada (57,1%) como promotora das capacitações.

Na tabela 1, estão apresentados os resultados referentes ao processo de trabalho de educação em saúde bucal desenvolvidos pelos entrevistados no ambiente escolar. Foi afirmado por todos os CD que as relações de trabalho entre as eqSB e as escolas foram estabelecidas antes da criação do PSE. Sobre o grau de interação das eqSB com as escolas, a maioria dos respondentes que não atua em escolas com o PSE (87,5%) e menos da metade dos que atuam em escola com PSE (45,5%) relataram um nível de interação forte.

Dentre as seis ações coletivas de saúde bucal que são preconizadas pelo PSE, listadas na tabela 1, constatou-se que a totalidade dos CD, independentemente de atuar ou não atuar no PSE, afirmaram realizar quatro das seis ações preconizadas, mas nenhum deles fazem entrega de fio dental.

Quanto o planejamento participativo das ações de saúde bucal na escola, observou-se que os CD que não atuam no PSE, realizam essa atividade de maneira integrada com os demais membros da eqSB (12,5%), da eqSF (12,5%), os professores (25%) e os demais sujeitos da comunidade escolar (50%). Já 36,4% dos respondentes que atuam em escolas com PSE, não incluem as eqSF. Sobre os grupos-alvos das ações, a totalidade dos respondentes afirmou priorizar os escolares, seguido dos professores (42,1%), pais (36,8%) e merendeiras (10,5%).

Sobre a avaliação das ações de educação em saúde bucal desenvolvidas no ambiente escolar, a maioria dos CD das escolas com PSE não realiza esta ação (63,4%). Diferentemente, metade dos CD de escolas sem PSE realizam. Dentre os que realizam a avaliação, sejam atuantes de escolas com PSE (50%) e sem PSE (50%), predominou a avaliação realizada anualmente.

A opinião dos entrevistados acerca de mudanças em práticas e atitudes de autocuidado em saúde bucal observadas nos grupos-alvos das ações, foi positiva, pois a maioria dos CD respondeu sim. Ao serem perguntados (pergunta aberta) sobre os tipos de mudanças, foram citadas: adoção do hábito de escovar após o lanche, melhora na higiene bucal, adoção de dieta pouca cariogênica, maior procura ao dentista da USF, inclusão de temas de saúde bucal na sala de aula. Ressaltaram que as mudanças foram observadas apenas num curto intervalo de tempo.

Sobre o planejamento de estratégias pedagógicas, a maioria dos CD respondeu positivamente (CD com PSE, 90,9%; 07 CD sem PSE, 87,5%). Dentre os respondentes, 88,2% relataram utilizar palestras sobre autocuidado em saúde bucal com o uso de recursos demonstrativos. Outras estratégias com metodologias ativas foram citadas por 70,6% (12) dos CD.

Quando perguntados sobre a finalidade das ações de educação em saúde bucal realizadas pelos entrevistados, entre os 17 CD que responderam a essa questão aberta (11 com PSE; 6 sem PSE), a maioria deles citou: orientação/ ensinar a escovar/ promoção/ prevenção da saúde (10), seguida de empoderamento (7), estímulo ao autocuidado e hábitos saudáveis (5), corresponsabilização e vínculo (4), processo contínuo (2), diminuir risco (1) e avaliar (1).

Tabela 1. Práticas em educação em saúde desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas das eqSB do DS IV, em escolas com PSE e sem PSE. Recife, PE, 2018.

(continua)

Variável	Amostra de Cirurgiões Dentistas			
	Escolas com PSE		Escolas sem PSE	
	n	%	n	%
Relação de trabalho entre a eqSB e a escola				
Iniciada antes do PSE	11	100	8	100
Iniciada depois do PSE	0	0	0	0
Integração da eqSB e a Escola				
Interação fraca	1	9,0	0	0

Interação intermediária	5	45,5	1	12,5
Interação forte	5	45,5	7	87,5

Ações coletivas desenvolvidas na Escola

Exames epidemiológicos	10	90,9	7	87,5
Escovação supervisionada	11	100	8	100
Entrega de escova e dentifrícios	11	100	8	100
Entrega do fio dental	0	0	0	0
Aplicação tópica de flúor	11	100	8	100
Educação em saúde bucal	11	100	8	100

Planejamento participativo

Apenas eqSB	4	36,4	1	12,5
eqSB com a Equipe de Saúde da Família	0	0	1	12,5
eqSB com Professores	2	18,2	2	25,0
eqSB com Comunidade Escolar	5	45,4	4	50,0

Grupos-alvos das ações

Escolares	11	100	8	100,0
Professores	4	36,4	4	50,0
Pais	4	36,4	3	37,5
Merendeiras	0	0	2	25,0

Avaliação das ações de educação em saúde

Sim	4	36,4	4	50
Não	7	63,4	4	50

(conclusão)

Se sim, qual a periodicidade da avaliação

Anual	2	50	2	50
Semestral	2	25	1	25
Não respondeu	0	0	1	25

Mudanças em práticas e atitudes de saúde bucal

Sim	8	72,7	6	75
Não	2	18,2	1	12,5

Não respondeu	1	9,1	1	12,5
<hr/>				
Planeja estratégias pedagógicas				
<hr/>				
Sim	10	90,9	7	87,5
Não	0	0	0	0
Não respondeu	1	9,1	1	12,5
<hr/>				
Se, sim, quais estratégias utiliza ⁽¹⁾				
<hr/>				
Palestras*	9	90,0	6	85,7
Métodos ativos** e Palestras Ambas	8	80,0	4	57,1

(1) O mesmo respondente pode responder mais de uma opção.

*Orientações sobre técnicas de escovação e recursos demonstrativos com macro modelos da arcada dentária. ** teatro de fantoches, jogos interativos, audiovisuais, brincadeiras, roda de conversa, atividades esportivas

Nas tabelas 2 e 3 estão apresentados os resultados relativos as avaliações dos entrevistados sobre o grau de satisfação.

Na tabela 2, sobre a opinião dos entrevistados acerca da satisfação dos membros da comunidade escolar com as ações de educação bucal realizadas por eles, observou-se entre os CD com PSE valores percentuais mais elevados para a categoria satisfeito atribuídos aos gestores da escola (72,7%) e para demais funcionários (63,6%). Ao serem somadas as categorias satisfeito e muito satisfeito prevaleceu escolares e gestores da escola com os mesmos valores (81,8%). Já para os CD sem PSE, os pais obtiveram valores mais elevados de satisfação (muito satisfeito: 12,5% e satisfeito: 50%) do que os observados para CD com PSE. Da mesma forma, todos os demais membros obtiveram indicação de graus elevados de satisfação percebida pelos CD sem PSE com as suas ações na escola. Sendo que foram os escolares e os gestores das escolas que obtiveram valores máximos (100%), considerando-se a soma das categorias satisfeito e muito satisfeito. E, 37,5% desses CD consideram que os demais funcionários são indiferentes às ações que eles realizam nas escolas sem PSE.

Na tabela 3, independentemente de atuar ou não no PSE. observou-se que a maioria está satisfeita, com os diferentes apoios recebidos para o desenvolvimento das ações. Entre CD sem PSE, os valores mais elevados de satisfação (satisfeito e muito satisfeito) foram verificados para o apoio recebido da gestão da escola (87,5%) e da eqSF (87,5%) e entre os CD que atuam no PSE foi visto o menor grau de satisfação referente ao apoio dos professores (45%). Entre os CD

com PSE e sem PSE, respectivamente, 36,4% e 25% entrevistados relataram indiferença quanto ao apoio recebido dos professores. Sendo que entre os CD com PSE destaca-se graus elevados de insatisfação (insatisfeito e muito insatisfeito) e indiferença com o apoio recebido da Gestão do PSE (45,5%).

Tabela 2: Opinião dos entrevistados sobre o grau de satisfação dos membros da comunidade escolar com as ações de educação em saúde bucal realizadas. Recife, PE, 2018.

Variável	Profissional que atua no Programa Saúde na Escola								Profissional que não atua no Programa Saúde na Escola															
	Muito satisfeito		Satisfeito		Indiferente		Insatisfeito		Muito insatisfeito		Não soube informar		Muito satisfeito		Satisfeito		Indiferente		Insatisfeito		Muito insatisfeito		Não soube informar	
1	n	%	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Escolares	3	27,3	6	54,5	2	18,2							4	50,0	4	50,0								
Professores	1	9,1	6	54,5	4	36,4							4	50,0	3	37,5	1	12,5						
Pais			5	45,5	4	36,4					2	18,2	1	12,5	4	50,0	2	25,0					1	12,5
Diretora	1	9,1	8	72,7	1	9,1					1	9,1	4	50,0	4	50,0								
Demais Funcionários			7	63,6	2	18,2					2	18,2	1	12,5	4	50,0	3	37,5						

Tabela 3: Opinião dos entrevistados sobre o grau de satisfação com o apoio recebido para o desenvolvimento das ações de saúde bucal escolar. Recife, PE, 2018.

Variável	Profissional que atua no Programa Saúde na Escola								Profissional que não atua no Programa Saúde na Escola															
	Muito satisfeito		Satisfeito		Indiferente		Insatisfeito		Muito insatisfeito		Não soube informar		Muito satisfeito		Satisfeito		Indiferente e		Insatisfeito		Muito insatisfeito		Não soube informar	
	n	%	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gestão do PSE			6	54,5	2	18,2	2	18,2	1	9,1														
Gestão da Escola	1	9,1	8	72,7	1	9,1	1	9,1					3	37,5	4	50,0	1	12,5	1	12,5				
Apoio Professores			5	45,5	4	36,4					2	18,2	1	12,5	4	50,0	2	25,0					1	12,5
Apoio da EqSF			7	63,6	3	27,3	1	9,1					3	37,5	4	50,0					1	12,5		

DISCUSSÃO

O estudo possibilitou analisar alguns aspectos do processo de trabalho em educação em saúde bucal escolar e cujo material possibilitou reflexões acerca do tema.

Foi revelado que mais da metade dos CD participantes realizam ações educativas em escolas vinculadas ao PSE. Esse fato sugere que as políticas intersetoriais planejadas para atuação das equipes de saúde no ambiente escolar^{2,8,20,23} estão sendo efetivadas na área do estudo. Em Natal, Rio Grande do Norte, foi verificado um grau incipiente de implantação do PSE.²⁴ Outro estudo semelhante sobre a implantação do PSE em uma escola pública de Fortaleza, Ceará, identificou que a experiência favoreceu aos profissionais de saúde e saúde bucal compreenderem o seu papel social de educador.¹⁴

Sobre o perfil sociodemográfico dos entrevistados a maioria deles era do sexo feminino. Isto é coerente com outros estudos que informam haver mais CDs mulheres no Brasil assim como observado para outras profissões de saúde.^{25,26} Considerando a idade e a qualificação profissional da maioria desses profissionais investigados - que relataram possuir especialização em saúde da família e terem participado de processos formativos de educação em saúde - os resultados apontaram para a presença de uma força de trabalho com maior experiência em atuação na AB do DS IV do Recife, diferente do observado em outros estudos.^{27,28}

Contudo, observou-se que apenas uma minoria tinha capacitação em EPS assim como conhecimentos sobre a PNEPS,¹³ embora a instituição promotora que mais ofertou as capacitações tenha sido a prefeitura do Recife, responsável pela condução das Políticas de Educação Permanente e Atenção Básica do município.²¹ Esse resultado pode estar revelando dificuldades no processo de substituição de práticas conservadoras profissionais, onde predominam formas mais tradicionais de educação em saúde, por práticas pautadas no referencial da promoção à saúde,²⁰ da EPS¹³ e nas diretrizes da PNAB.² Um estudo realizado em doze unidades de saúde de atenção primária verificou que na maioria das práticas coletivas das eqSF não tinham relação com a EPS.²⁹

Neste estudo, todos os entrevistados afirmaram desenvolver práticas coletivas e de educação em saúde em escolas do DS IV, mesmo antes da implementação do PSE. Este resultado pode estar de acordo com a tradição dos modelos de atenção em saúde bucal, com forte viés escolar que foi praticado no país, a partir da década de 50 do século XX^{30,32}. Porém, encontra consonância com as determinações nacionais para o agir da eqSB, integrado ao trabalho da Estratégia de Saúde da Família^{3,15}; fato que possibilitou o planejamento de ações de promoção à saúde do escolar articuladas e regulamentadas pelo PSE, com o interesse de

proporcionar aos escolares dos territórios da AB a participação em ações de saúde que enfrentem as vulnerabilidades que comprometem o bem viver dessa população.^{31,32} Contudo, ainda é relatado a predominância de práticas conservadoras na área da educação em saúde bucal escolar.^{9,10}

Um estudo de base nacional, que utilizou dados secundários coletados, de 17.202 eqSF com atividades no PSE, identificou que todas as regiões do país apresentaram resultados expressivos acerca da realização de atividades na escola, sendo a região Norte a que mais executa ações dirigidas ao escolar (80,5%), seguida da região Nordeste.³¹ Contudo, o estudo ressaltou a necessidade de serem alocados mais recursos para capacitação dos profissionais no sentido de sensibilizá-los para a importância da educação em saúde. Ao mesmo tempo, outros autores sublinham a importância de serem planejadas capacitações das equipes de saúde da AB, voltadas ao trabalho nas escolas, com abordagens problematizadoras e contextualizadas¹³ com vistas a obtenção de ganhos em autonomia e protagonismo de toda a comunidade escolar para o alcance de melhores níveis de saúde das crianças e adolescentes.^{10,33}

No entanto, neste estudo, apesar da presença do PSE em mais da metade das escolas de atuação dos entrevistados, os dados evidenciaram que a maioria dos entrevistados que atuam em escolas sem PSE possuem um grau de interação de nível forte com as escolas. Um outro estudo, identificou a falta de conhecimento dos profissionais das eqSF sobre ações ou programas de promoção da saúde na escola, como o PSE, 47,7% dos entrevistados não souberam avaliar o PSE ou ainda o definiram como positivo, mas alguns não tiveram argumentos para embasar a sua resposta.³⁴

Apesar de ser recomendado o trabalho interprofissional e participativo para a atuação das equipes de saúde da AB nas escolas,⁸ os resultados obtidos sobre a realização do planejamento participativo demonstraram que os CD de escolas com PSE planejam as ações de saúde bucal sem a participação dos membros das eqSF, mas uma minoria de CD de escolas sem PSE relatou incluir membros das eqSF nessa atividade. Dificuldades para a condução de um processo de trabalho integrado são também verificados em outros estudos, fato que prejudica a condução do trabalho multiprofissional requerido às equipes de saúde da AB, com a intenção de impactar positivamente nos resultados em saúde a serem alcançados nos territórios da AB.^{38,39,40}

Por outro lado, como é recomendado pelo PSE,⁸ observou-se entre os entrevistados uma intencionalidade no desenvolvimento do planejamento participativo e ascendente, isto é, compartilhado com os professores e a comunidade escolar. Ressalta-se que as orientações

nacionais, a exemplo da PNEPS¹³, indicam que a programação das ações promotoras da saúde na escola seja participativa e pautada no diálogo para o enfrentamento qualificado da problemática de saúde dos escolares oriundos das classes subalternas e moradores dos territórios de saúde da AB, sob a responsabilidade das equipes de saúde.^{2,16,17,29,31}

Contudo, foi evidenciado que as ações das eqSB são planejadas prioritariamente para os escolares apesar de alguns entrevistados terem afirmado incluir os professores, pais e as merendeiras. Tal situação foi mais observada entre os respondentes de escolas sem PSE. Concordâncias foram encontradas com um outro estudo que identificou terem sido os escolares o principal público-alvo das ações de educação em saúde.⁴²

Neste estudo, a prática de avaliação das ações de saúde foi realizada por menos da metade dos entrevistados, predominando uma periodicidade anual. Um quantitativo maior de respondentes de escolas sem PSE afirmou avaliar as ações coletivas/educativas programadas. Contraditoriamente, a maioria dos entrevistados de escolas com PSE não realizam essa atividade avaliativa que é fortemente recomendada pelo Programa^{5,8}. Esse resultado aponta fragilidades formativas dos respondentes que carecem de processos de educação permanente nessa área.

Paulo Freire⁴⁴, ao discutir sobre os saberes necessários à prática educativa promotora da autonomia, ressaltou que a avaliação deve ser realizada constantemente durante todas as etapas de uma intervenção pedagógica, por meio de encontros potentes e inclusivos, com implicação comprometida dos envolvidos. Em concordância, outros autores como Pedrosa⁴⁵ e Silva e Bodstein⁴⁶ discutem que o princípio pedagógico numa perspectiva emancipatória e voltado à construção de políticas de promoção e educação em saúde, prescinde da inclusão de processos avaliativos de caráter participativo, democrático e permanente. Nessa perspectiva, a avaliação irá contribuir para orientar as tomadas de decisões tanto nos aspectos do conteúdo, como sobre a metodologia e as estratégias adotadas propiciando desenvolver em todos os sujeitos da ação a reflexão crítica para o enfrentamento criativo e proativo dos problemas da realidade no momento em que a intervenção está sendo desenvolvida.^{44,45,46}

Sobre o leque de ações de saúde bucal escolar pode-se verificar que dentre as seis ações coletivas de saúde bucal que são preconizadas pelo PSE, a totalidade dos participantes executa a maioria delas, independente de atuarem em escolas com ou sem o PSE. Esse resultado sugere que os CD de escolas sem PSE, foram informados sobre as ações de saúde bucal preconizadas pelo programa, o que pôde ter favorecido a inclusão das recomendações PSE⁸ nas suas práticas coletivas na escola.

Por outro lado, estudos informam, a persistência das práticas de educação em saúde conservadoras centradas em palestras e que não condizem com o modelo de educação em saúde requerido às práticas de promoção da saúde solicitadas à AB.^{42,47} Já, neste estudo, a utilização de estratégias educativas e metodologias pedagógicas mais interativas, dinâmicas e participativas foi relatada assim como as palestras.

A existência de práticas educativas conservadoras observadas, neste estudo, está em concordância com outras investigações semelhantes^{7,9,10,33,47,48} que identificam resistências das eqSB para adoção de práticas educativas inovadoras e participativas como as concebidas pela PNEPS¹³ que é baseada na pedagogia participativa e emancipatória. Nesse sentido, as orientações dessa política, além de orientar o trabalho educativo com conceitos de “empoderamento”, “maior participação”, e “valorização do saber popular”, desenvolve também conceitos como “compartilhamento dos saberes”, “construção de parcerias”, “atitudes reflexivas e críticas”, “saber ouvir”, “relação dialógica”, “socialização de experiências”, “associação de conhecimento e informações”, “negociação de interesses”, entre outros.^{12,13,17,18,44}

Ao mesmo tempo os dados revelaram que as ações de educação em saúde realizadas pelas eqSB nas escolas do DSIV não possuem potência suficiente para promover a construção de ações promotoras da saúde que incidam na complexidade dos processos saúde-doença.^{42,50} Isto porque, apenas uma minoria dos entrevistados consideraram o empoderamento como um dos objetivos da educação em saúde escolar. A maioria considerou que a finalidade das suas ações de educação em saúde bucal era voltada à introdução ou mudança de hábitos comportamentais em saúde bucal dos escolares. Apesar de ser discutido amplamente que as estratégias educativas em saúde intersetoriais devem almejar o compartilhamento de saberes e a mobilização dos atores envolvidos para a modificação dos fatores de risco e determinantes sociais da saúde que estão incidindo, no caso, sobre os escolares e suas famílias residentes dos territórios da AB do Recife.^{23,33,37}

Esses resultados são concordantes com os estudos que perceberam dificuldades das eqSF e eqSB no desenvolvimento de um processo de trabalho com inclusão da abordagem comunitária - com ênfase nas ações de promoção à saúde e nos processos educacionais participativos.^{9,10,11} E, expõem deficiências formativas dos entrevistados para uma atuação adequada a realidade das classes populares, alvo das intervenções da AB. Além de apontar uma atuação não condizente com as diretrizes da PNEPS^{35,36} e revelar insatisfação com o apoio dos gestores do PSE (Tabela 3). No estudo de Flisch et al,³⁷ a maioria das eqSF entrevistadas

reconheceram a necessidade de obterem aperfeiçoamento em práticas coletivas de educação em saúde, apenas 4,7% responderam que utilizam a pedagogia freireana¹² e 2,8% reconheceram que não há fundamentação teórica nas práticas coletivas.

Apesar disso, na opinião dos entrevistados, houve satisfação dos membros das escolas com as ações educativas realizadas pelas eqSB. Os maiores valores de satisfação percebidos pelos CD que atuam em escolas sem PSE foram obtidos para os pais. Contudo, não relataram insatisfação da comunidade escolar relacionadas ao tipo, conteúdo ou amplitude das ações desenvolvidas. Fato que pode denotar desconhecimento sobre os objetivos finalísticos das atividades intersetoriais de promoção à saúde propostas para esse ambiente escolar.^{16,31,50}

Considera-se como limitações do estudo, a baixa validade externa por ter sido realizado em uma amostra de apenas um distrito sanitário. Por outro lado, tem-se como pontos fortes os cuidados metodológicos na construção e aplicação do instrumento de coleta de dados para que os resultados expressassem de fato a opinião prestada pelos participantes, minimizando o viés de informação. Estudos dirigidos a populações semelhantes são necessários para confirmar esses achados.

Por fim, de uma maneira geral, os problemas aqui discutidos informam para a necessidade de serem planejadas estratégias formativas para provocar alteração intencional nas práticas de educação em saúde formuladas para as eqSB, que devem ser conduzidas pelos referenciais da promoção e EPS.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo informam que sujeitos entrevistados das eqSB do DSIV já desenvolviam práticas de saúde bucal no ambiente escolar antes PSE. Apesar da presença do PSE em mais da metade das escolas de atuação dos CD, o grau de interação forte com a escola foi evidenciado entre as eqSB que atuam em escolas sem PSE.

Independentemente dos CD atuarem ou não em escolas com PSE, as ações coletivas e educativas desenvolvidas nesse ambiente, seguem as recomendações do PSE. Contudo, foi identificado deficiências relacionadas ao planejamento integrado e participativo, a inclusão dos processos avaliativos participativos e permanentes. E a persistência de práticas educacionais restritas e mais voltadas às mudanças em atitudes de cuidado em saúde bucal.

REFERÊNCIAS

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. Saúde no Brasil. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. 2011 may; 377(9779): 1778-1797.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde (Série E. Legislação em Saúde), 2012.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
4. Carvalho FFB. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2015; 25 (4): 1207-1227.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde na escola, Cadernos de Atenção Básica, n. 24. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.
6. Santiago LM, Rodrigues MTP, Oliveira –Junior AD, Moreira TMM . Implantação do Programa Saúde na escola em fortaleza-Ce: atuação de equipe da estratégia Saúde da família. *Rev Bras Enferm*. Brasília, 2012 nov/dez; 65(6): 1026-9.
7. Vieira AC, Vieira VS. A necessidade de capacitação dos profissionais do programa saúde na escola para inclusão de orientações posturais preventivas no âmbito escolar. *Ciência em Tela*. 2011;4 (2).
8. Ministério da Saúde (Brasil). Instrutivo PSE . Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
9. Sityá DS, Giacomini GO, Sangioni LA , Sendtko CRS, Unfer B. Análise de programas escolares de saúde bucal no Brasil. *RFO UPF*. 2014;19 (3).
10. Mendes JDR, Freitas CASL, Dias MSA, Bezerra MM, Mourão Netto JJ, Fernandes DR. Análise das atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal. *Rev bras de promoção da saúde*. 2017;30(1).
11. Pinafo E, Nunes EFPA, González AD, Garanhani ML. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. *Trab Educ Saúde*. 2011; 9 (2):201-2.
12. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. São Paulo: Paz e Terra. Pp.57-76. 1996.
13. Ministério da Saúde (Brasil). Política nacional de educação popular em saúde. portaria nº 2,761, de 19 de novembro de 2013.
14. Santiago LM, Rodrigues MTP, Oliveira –Junior AD, Moreira TMM . Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da estratégia Saúde da família. *Rev Bras Enferm*. Brasília, 2012 nov/dez; 65(6): 1026-9.

15. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde Bucal, Caderno de Atenção Básica, n. 17. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (BRASIL, 2008)
16. Santos AAG. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. Ciênc. saúde coletiva. 2012 maio;17(5):1275-1284.
17. Coelho MMF, Miranda KCL, Bezerra STF, Guedes MVC, Cabral RL, Lima. “Papo irado”: Tecnologia de educação popular em saúde com adolescentes. Rev APS. 2011 out/dez; 14(4): 502-506
18. Torres CA, Barbosa SM, Pinheiro PNC, Vieira NFC. A saúde e a educação popular com adolescentes. Rev. Rene. 2010 out./dez; 11(4):47-56.
19. Lemkuhl I, Souza MVC, Cascaes AM, Bastos JL. A efetividade das intervenções educativas em saúde bucal: revisão de literatura. Cad Saúde Colet (Rio J). 2015;23(3):336-46.
20. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
21. Recife, Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017.1ª. Ed. - Secretaria de Saúde do Recife, 2014.
22. Freire, MCM, Silva, SA. Instrumentos de coleta de dados em epidemiologia da saúde bucal. In: Antunes JLF.; Peres MA. Epidemiologia da saúde bucal. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 376-383.
23. Melo MDCM, Monteiro JS. Promoção da saúde bucal do adolescente: uma abordagem integrada na Atenção Básica à Saúde do Recife. In: Vivências de extensão em educação popular no Brasil, v.3: Extensão e educação popular na reorientação de práticas, políticas e serviços de saúde. Organizadores: Cruz PJSC, Rodrigues APME, Pereira EAAL et. al. João Pessoa, Editora do CCTA, 2018.
24. Medeiros ER. Avaliação do grau da implantação do Programa Saúde na Escola no Município de Natal [Dissertação]. Natal: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte ; 2017. 78f.
25. Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. Dental Press. 2010;196:1-98.
26. Wermelinger M et al. A Força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. Divulg saúde debate. 2010;(45):55-71.
27. Costa RM et al. Processo de trabalho do dentista na estratégia de saúde da família do município de Parnamirim-RN: enfrentando os desafios de um novo modelo de atenção. Revista Odontológica do Brasil Central. 2011;19(51).
28. Manassero FB, Bavaresco CS. inserção do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: Revisão de literatura . Rev. APS. 2016 abr/jun; 19(2): 286 - 291.

29. Ferrugem RD, Pekelman R, Silveira LR. Atividades educativas no serviço de Atenção Primária à Saúde: a Educação Popular em Saúde orienta os princípios dessas práticas?. *Revista de APS*. 2016; 8 (4).
30. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saude em Debate*. 2009;33(81):64-71.
31. Machado, MFAS et al . Programa saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. *J. Hum. Growth Dev. São Paulo*. 2015; 25 (3):307-312.
32. Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, Santana SF, Barros SG, Santos CML. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22(6):1791-803.
33. Eberhardt TD, Reis LF. Programa Saúde na Escola – PSE: estruturado de acordo com os princípios do SUS? . *Anal*. 2011.
34. Jacóe NB, Aquino NM, Pereira SCL, Souza ES, Souza FC, Santana MS, et al. O olhar dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde sobre a implantação do Programa Saúde na Escola. *Rev Med Minas Gerais*. 2014; 24 (Supl 1): S43-S48.
35. Jahn AC, Guzzo PC, Costa MC, Silva EB, Guth EJ, Lima SBS. Educação popular em saúde: metodologia potencializadora das ações do enfermeiro. *Rev Enferm*.2012 Set/Dez;2(3):547-552.
36. Amaral MCS, Pontes AGV, Silva JV. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. *Interface*. 2014; 18 (Supl 2):1547-1558.
37. Flisch TMP, Alves RH, Almeida TAC, Torres HC, Schall VT, Reis DC. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde?. *Interface. Comunicação saúde educação*. 2014; 18 (Supl 2):1255-1268
38. Pereira RCA. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. Rio de Janeiro: s.n., 2011. 134 f. : mapas Orientador: Uribe Rivera, Francisco Javier Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.
39. Moura MS, Ferro FEFD, Cunha NL, Néttó OBS, Lima MDM, Moura LFAD. Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(2):471-480.
40. Santos RR, Lima EFAL, Freitas PSS, Galavote HS, Rocha SEM, Lima RCD .A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde *Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória*.2016,jan-mar; 18(1): 130-139.
41. Fontenele RM, Sousa AI, Rasche AS, Souza MHN, Medeiros DC. Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. *SAÚDE DEBATE*. Rio de Janeiro. 2017 mar; 41(Especial):167-179.

42. Sousa MC, Esperidião MA, Medina MG .A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(6):1781-1790.
43. Ferreira et al. Avaliação da intersectorialidade no Programa Saúde na Escola : utilização da metodologia de avaliação rápida / Izabel do Rocio Costa Ferreira...[et al.]. -- Curitiba: Editora Champagnat, 2014.
44. Freire P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 47. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.
45. Pedrosa JIDS. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*.2004; 9 (3): 616-626.
46. Silva CS, Bodstein RCA. Referencial teórico sobre práticas intersectoriais em Promoção da Saúde na Escola. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(6):1777-1788.
47. Silva KL, Sena RR, Gandra EC, Matos JAV, Coura KRA. Promoção da saúde no programa saúde na escola e a inserção da Enfermagem. *Rev Min Enferm*. 2014 jul/set; 18(3): 614-622.
48. Manço AM, Costa FNA. Educação nutricional: caminhos possíveis. *Alim. Nutr. Araraquara*, 2004;15 (2):145-153.
49. 50. Nery VAS, Nery IG, Nery WG. A Educação Popular é considerada um saber importante para a construção da participação social na medida em que vem contribuindo não apenas para a criação de uma nova consciência sanitária, como também para uma democratização mais radical das políticas públicas. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor*. 2012 jan/dez;5(1):114-129.
50. Santos KF, Bógus CM. A percepção de educadores sobre a escola promotora de saúde: um estudo de caso. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2007;17(3):123-133.

Novas tecnologias na justiça do trabalho e saúde dos servidores: implicações do processo judicial eletrônico

*New thecnologies on the labor justice: implications of the e-filing on
servants' health*

*Nuevas tecnologías en la justicia laboral y salud de los servidores:
implicaciones del proceso judicial electrónico*

Fernanda Freire Fonseca

Daisy Moreira Cunha

Celina Maria Modena

Resumo

O trabalho sempre foi apreendido na mudança, pois é de sua natureza que ele se modifique sempre. Assim, também há mudanças nos modos de viver, trabalhar e adoecer. Um exemplo disso é a implantação do Processo Judicial Eletrônico (PJe) no judiciário brasileiro. Esta pesquisa teve o objetivo de compreender o papel da implementação do PJe nas representações sobre trabalho e saúde, na justiça do trabalho mineira. O referencial teórico utilizado foi a Ergologia, uma abordagem compreensiva do trabalho, que lança um olhar clínico sobre a atividade. Na perspectiva da pesquisa qualitativa, foram entrevistados 14 servidores, atendendo aos critérios de saturação e singularidade do discurso. As entrevistas foram analisadas pela análise de conteúdo construtiva interpretativa. Discutiram-se as representações sobre saúde e trabalho, e as implicações da nova ferramenta. A saúde e adoecimento no trabalho são realidades construídas a partir de uma interação complexa entre as condições impostas e prescritas antecipadamente e a elaboração de sentidos, sendo sempre visíveis sua variabilidade de manifestação e as estratégias de resistência e renormalizações. Concluiu-se que há uma relação entre resistência à mudança e a questão da subjetividade. Por não se poder estabelecer um vínculo entre a nova técnica e o patrimônio de conhecimentos e valores anteriores, a apropriação torna-se difícil e afeta a relação saúde-trabalho. Fica claro que a introdução de novas técnicas e ferramentas deve ser pensada a partir das experiências anteriores, com protagonismo das pessoas que trabalham.

Palavras-chave: Novas Tecnologias, Saúde do Trabalhador, Pesquisa Qualitativa, Ergologia, Poder Judiciário.

Abstract

The work has always been apprehended in change, because it is its nature to change forever. Those transformations are accompanied by changes in ways of living, working and sicken. An example of these changes is the implementation of the Electronic Court Filing (e-Filing) in the context of Brazilian Justice. This research was conducted in order to understand the role of the implementation of e-Filing on the representations about work and health, on the Labor Justice of Minas Gerais. The theoretical framework was the Ergology, a comprehensive approach of work that casts a clinical eye on the activity. It was developed a qualitative research, in which fourteen servants were interviewed, given the saturation and uniqueness of speech criteria. The interviews were analyzed through the interpretative constructive content analysis. We discussed representations about health and work, and the implications of the new tool. Occupational health and illness are realities built from a complex interaction between the conditions imposed and prescribed in advance and the meanings' elaboration. It brings visibility for their manifestation variability and the resistance strategies and renormalizations. It was concluded that there is a relationship between resistance to change and the question of subjectivity. When it is not possible to establish a link among the new technique and the heritage of knowledge and previously acquired values, appropriation becomes difficult and affects the relationship health-work. It is clear that the introduction of techniques should be considered from the previous experiences, along with working people.

Keywords: New technologies, Occupational Health, Qualitative Research, Ergology, Judiciary System.

Resumen

El trabajo siempre ha sido aprehendido en el cambio, porque está en su naturaleza que siempre se transforma. Así, también hay cambios en las formas de vivir, trabajar y enfermarse. Un ejemplo es la implementación del Proceso Judicial Electrónico (PJe) en el poder judicial brasileño. Esta investigación tuvo como objetivo comprender el papel de la implementación del PJe en las representaciones sobre trabajo y salud, en la justicia laboral de Minas Gerais. El marco teórico utilizado fue la Ergología, un enfoque integral del trabajo, que contempla una mirada clínica de la actividad. Desde la perspectiva de la investigación cualitativa, fueron entrevistados 14 empleados estatales, atendiendo a los criterios de saturación y unicidad del discurso. Las entrevistas fueron analizadas mediante análisis de contenido constructivo interpretativo. Se discutieron las representaciones sobre la salud y el trabajo, y las implicaciones de la nueva herramienta. La salud y la enfermedad en el trabajo son realidades construidas a partir de una interacción compleja entre las condiciones impuestas y prescritas de antemano y la

elaboración de significados, siendo siempre visible su variabilidad de manifestación y las estrategias de resistencia y renormalizaciones. Se concluyó que existe una relación entre la resistencia al cambio y el tema de la subjetividad. Como no es posible establecer un vínculo entre la nueva técnica y la herencia de conocimientos y valores anteriores, la apropiación se dificulta y afecta la relación salud-trabajo. Está claro que la introducción de técnicas debe basarse en experiencias previas, junto con las personas que trabajan.

Palabras clave: Nuevas Tecnologías, Salud Ocupacional, Investigación Cualitativa, Ergología, Poder Judicial.

1 Introdução

Todas as grandes etapas da evolução humana estão em relação dialética com os avanços de suas atividades laboriosas¹. Segundo Marx: “Os meios de trabalho servem para medir o desenvolvimento da força humana de trabalho e indicam as condições sociais em que se realiza”². Trajano e Cunha³ destacam que são os meios/instrumentos com que se faz o trabalho – e não o que se faz – que distinguem as diferentes épocas econômicas.

O avanço tecnológico e as novas organizações do trabalho atuais não trouxeram o anunciado fim do trabalho penoso, mas trouxeram formas de sofrimento qualitativamente mais complexas e sutis, sobretudo do ponto de vista psíquico⁴. Isso porque a relação do indivíduo com seu trabalho não é mediada apenas por máquinas, mas também por formas diversas de organização da divisão do trabalho, de hierarquia, dentre outros⁵. Exemplo de mudança nos meios de trabalho é a inserção do processo judicial eletrônico (PJe) por meio da Lei n. 11.419/2006, que traz novo paradigma de catalogação e documentação dos atos processuais, lastreado em uma diagramação digital em bases eletrônicas⁶. A implantação do PJe, o qual torna eletrônico o recebimento, análise e encaminhamento dos processos, tornou possível submeter processos judiciais durante as 24 horas do dia e nos sete dias da semana.

A substituição do processo físico (em papel) para a modalidade virtual pretendeu gerar economia de gasto, de espaço físico, de tempo e possibilitou a consulta às peças processuais de qualquer lugar por meio de computador com acesso à internet.

Santos e Reis⁷ dizem que um ano de funcionamento do processo eletrônico comprovou que a principal vantagem é a agilidade. No entanto, todo processo de transformação vem acompanhado de desafios e resistências. Merlo et al⁸ encontraram insatisfações com aspectos do sistema, tais como sistema de busca, visualização de documentos, estabilidade do sistema, velocidade da conexão e necessidade de salvar arquivos em outros sistemas.

Pai *et al.*⁹ apontaram que a facilidade de submeter ações ao Judiciário devido à virtualização levou a um aumento da demanda de trabalho, talvez superando o crescimento de produtividade propiciado pela mesma tecnologia. As autoras ilustram este salto relacionando os dados de antes (2004) e depois (2008) da implementação do E-Proc (Processo Eletrônico da Justiça Federal) no Rio Grande do Sul: os processos distribuídos aumentaram em 104%, os julgados aumentaram 44% e a quantidade de processos tramitando aumentou 10%.

Consideramos ainda que a mudança gerada pelo PJe não é apenas de ordem quantitativa, mas também qualitativa, pois a informatização altera a dinâmica do trabalho. Houve transformações no processo e ritmo de trabalho, pois tanto os requerimentos, como todos os documentos comprobatórios dos processos judiciais passaram a ser encaminhados e analisados eletronicamente, o que modificou as relações entre o trabalhador e os meios para o exercício do trabalho⁹.

Diante do exposto e considerando que ainda há pouca pesquisa investigando o tema, especialmente do ponto de vista da saúde dos trabalhadores envolvidos, o presente trabalho foi proposto com o objetivo geral de compreender as representações de trabalhadores da justiça sobre a saúde no contexto de trabalho no qual se inserem e sobre as repercussões da implementação do PJe em sua saúde e qualidade de vida.

2 Metodologia

O presente trabalho foi uma pesquisa de campo qualitativa, entendida como aquela capaz de incorporar as questões do significado, do simbólico, da subjetividade¹⁰.

O local da pesquisa foi o Tribunal Regional do Trabalho (TRT) da 3ª Região. Os participantes foram servidores, analistas e técnicos, de sete varas do trabalho que já contam com o PJe desde 2012. A eleição dos participantes seguiu critério de acessibilidade, tendo em vista a disponibilidade dos mesmos em conceder a entrevista, e também se deu por meio da indicação dos gestores das unidades. O número de entrevistados seguiu critério de saturação, considerando a diversidade, repetição e homogeneidade das informações necessárias para o trabalho¹⁰. Os magistrados procurados argumentaram não ter disponibilidade de tempo para conceder entrevista durante o período de realização da pesquisa.

Todos os participantes foram informados sobre as prerrogativas éticas do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz sob número CAAE 37358814.5.0000.5091.

Foram realizadas 14 entrevistas, no próprio local de trabalho, entre dezembro de 2014 a março de 2015. O roteiro semi-estruturado abordou aspectos da percepção do trabalho, da concepção de saúde, representações sobre a relação saúde e trabalho e sobre as alterações vivenciadas no processo de trabalho com a implementação do PJe. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Utilizamos as representações dos trabalhadores, conforme abordado por Ferreira e Fernandes¹¹, onde a ótica dos trabalhadores consiste em representações do mundo do trabalho construídas pelos sujeitos. Os atributos essenciais e interdependentes dessas representações são: (a) elas são produtos das vivências dos trabalhadores, ou seja, são construídas e selecionadas no curso da história do sujeito; (b) elas constituem o processo orientador da atividade, onde o sujeito interage com o meio visando compreender, descrever e agir sobre ele, utilizá-lo ou transformá-lo; tal dinâmica implica em transformações do próprio sujeito¹¹.

Para análise das entrevistas, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo construtiva-interpretativa, proposta por Gonzalez Rey¹², segundo qual um dos princípios que apoiam a abordagem qualitativa é que o conhecimento é uma produção construtiva-interpretativa,

isto é, não é uma soma de fatos definidos por constatações imediatas do momento empírico. Seu caráter interpretativo é gerado pela necessidade de dar sentido a expressões do sujeito estudado, e essa interpretação é um processo em que o pesquisador integra, reconstrói e apresenta diversos indicadores obtidos durante a pesquisa, de forma processual ao longo do trabalho de investigação.

2.1 Referencial Teórico Analítico

A Ergologia escolhida como referencial teórico é um método de investigação pluridisciplinar, uma abordagem compreensiva do trabalho que considera toda atividade, inclusive a de trabalho, matriz de variabilidade, pois é atravessada pelo inédito, pela complexidade, sendo algo enigmática. Busca contemplar a atividade humana em todas as suas dimensões, entendendo as situações de trabalho como singulares, onde o sujeito se manifesta por inteiro¹³.

Em todo universo de atividade reinam normas de todos os tipos: científicas, técnicas, organizacionais, hierárquicas, que remetem a relações de desigualdade, de subordinação, de poder¹⁴. Assim, cada vez que o homem é convocado a agir, ele é confrontado com o que exigem dele e com o que ele exige de si, e então ele entra num debate de normas e de transgressões, que resulta em renormalizações. Dessa forma, o trabalho envolve um uso de si por si e pelos outros nos coletivos de trabalho, definido pela ergologia como “dramáticas dos usos de si”. Partindo desta concepção, se introduz o *corpo-si*, que extrapola a noção de subjetividade. O corpo-si, segundo Schwartz, “é um elemento de transgressão”, já que a atividade obriga a lutar para restituir espaço e dimensão proativa e criadora. Portanto, não há nenhuma situação de trabalho que não já não seja, mais ou menos, transformadora ou tentativa de transformação^{3,15,16,17}.

Sobre as mudanças, Schwartz¹⁴ vai dizer que é o caráter sistêmico do seu impacto que é contestável, pois as mudanças em curso não têm o mesmo significado para os indivíduos conforme sua história, sua vida pessoal em toda sua complexidade; não têm tampouco a mesma significação para o mesmo indivíduo, segundo a evolução de sua vida. Então, falar de “resistência à mudança” é esquivar-se das verdadeiras questões que essa mudança apresenta, que ela tem um custo que não é o mesmo para todos.

Toda atividade emprega dispositivos e princípios cuja eficácia se deve ao fato de que eles foram pensados fora das circunstâncias locais e, desse ponto de vista, são neutros em relação ao meio e àqueles que os operam. Mas, considerando as variabilidades, se as pessoas operassem esses dispositivos nas condições de neutralidade em que foram concebidos, eles não funcionariam. As pessoas desneutralizam a técnica com o seu próprio talento, sua criatividade, os laços coletivos que criam. Resumindo, o homem tira partido da técnica graças ao seu poder de generalizá-la (neutralizá-la) e de reconfigurá-la (desneutralizá-la) segundo os meios, que não são jamais neutros, mas vivos¹⁴.

Isso porque, segundo Canguillem¹⁸, há qualquer coisa que não é viver se nos assujeitamos às normas de um meio, pois todo homem quer ser sujeito de suas normas, sendo esse desejo algo vital.

Entre o já prescrito (inscrito nos artefatos) e o uso específico, surge o novo, e é por meio desse movimento que se renovam os artefatos, incorporados como instrumentos¹³.

3 Resultados e Discussão

Os servidores entrevistados foram caracterizados por uma maioria do sexo feminino (64,2%), estado civil casado (57,1%) e com cargo de técnico judiciário (cargo com exigência de ensino médio completo). Quanto à escolaridade, haviam 9 graduados em direito, 4 graduados em outras áreas e apenas um sem curso superior. Houve variação no tempo de trabalho no tribunal e a média de idade foi de 40 anos.

A análise das informações das entrevistas nos permitiu discorrer sobre as concepções e representações sobre o processo de saúde e adoecimento no trabalho, e sobre as transformações impostas pela nova tecnologia implementada.

3.1 Saúde e Trabalho

As modificações que ocorrem nos processos de trabalho determinam formas de adoecimento que devem ser analisadas historicamente, para que se apreenda como as transformações do trabalho atuam no binômio saúde/doença. Ao considerarmos o

trabalho como algo vivo, em movimento, nos defrontamos com a dinâmica de constante reconstrução e renormalização. Diante das dramáticas dos usos de si, temos a resistência às situações de heterodeterminação das normas, mobilizando as escolhas e a dimensão criadora do corpo-si.

“Não, danosa não mas a gente tem que se policiar, pode ser. A gente fica pensando... ‘Se as coisas ficarem piores será que vou ficar doente? Até onde eu vou dar conta? Qual é o meu limite?’. Às vezes eu estou com uma dor, será que foi o meu trabalho que causou isso? Então pode ser que influencie sim, mas é muito difícil você relacionar diretamente, porque têm épocas que sim, têm épocas que não...” (E5)

Um grande problema dos diagnósticos nos processos de adoecimento e suas relações com o trabalho é a dificuldade de leitura da diversidade de quadros clínicos em ligação com as situações de risco. A superação dessa dificuldade encontra como obstáculo a noção especializada e fragmentada do corpo em atividade de trabalho que embasa as práticas diagnósticas e preventivas¹⁶.

A doença no trabalho é fenômeno oriundo de modos de trabalhar concretos em contextos específicos de produção. Porém, essa relação entre o humano em atividade e o meio produtivo não pode ser compreendida enquanto uma relação determinística, o meio não age diretamente sobre a ordem biológica. Saúde e Doença são realidades construídas a partir de uma complexa interação entre as concretudes da condição humana e a elaboração de sentidos. A vida não é indiferente às suas próprias condições, ao contrário, viver é posicionar-se¹⁷.

Assunção²¹ vai dizer que:

“Os conhecimentos sobre as características psicofisiológicas do ser humano em situação real de trabalho permitem afirmar que existe uma importante variabilidade inter e intraindividual e que em toda atividade profissional existe uma atividade mental. Além disso, a regulação individual e coletiva exerce um papel importante na realização da produção”. (p.43)

As concepções de saúde e doença apresentadas por nossos entrevistados trazem o entendimento das características dinâmicas e amplas do conceito. Reconhecem o bem-estar como medida referencial, o equilíbrio das dimensões como ideal e as inter-relações entre diferentes dimensões do ser humano como algo a ser observado.

“Saúde eu acho que é um conjunto de situações, você se sentir bem mentalmente, você estar equilibrado mentalmente e equilibrado na parte física também, seria a harmonia disso aí”. (E2)

“Doença eu acho que já é o corpo gritando, né... (risos) Quando chega no corpo já passou por vários níveis, né..., emocional...” (E9)

Minayo²² constata em trabalho de pesquisa com segmentos da classe trabalhadora que falar de saúde-doença é uma forma que essa população tem de expressar sua vida: “Minha dor é a dor de minha vida”.

“Eu acho que saúde... Não ter nenhum problema que te impeça de levantar de manhã, com preguiça de vir trabalhar porque está com uma dor aqui, uma dor ali. Quando você não tem isso você é uma pessoa saudável... Não só doenças diagnosticadas, mas também o seu bem estar...”. (E4)

“Estar com saúde” do ponto de vista da prática dos trabalhadores é estar em condições de trabalhar. Do lado oposto, a visão dominante de doença é a incapacidade física para tal. Dentro de uma sociedade que valoriza acima de tudo a produção, o corpo é concebido como um motor, é força de trabalho²².

As entrevistas também evidenciam consciência da relação entre a atividade de trabalho e o processo saúde-doença. Sabemos que as doenças relacionadas ao trabalho são multifatoriais e desencadeadas pelas condições adversas em que o trabalho é ou foi realizado. Estes fatores interagem de forma sinérgica com as características individuais, hábitos de vida e ausência de medidas preventivas. Uma entrevistada lista problemas de saúde, com características diversas, associados a sua experiência em um ambiente adverso de trabalho.

“Eu tive uma experiência muito negativa lá na Xª vara, eu adoeci muito lá, inclusive lá apareceu a psoríase, que eu tenho, apareceu o colesterol, apareceu problemas de ansiedade”. (E2)

Podemos supor que a experiência citada trouxe à entrevistada uma percepção de incapacidade de criar suas próprias e novas normas de vida em confrontação com o meio. Assim, como nos afirma Schwartz¹⁷, “a consciência de um mal-uso e a reivindicação de

um outro uso conforme aos seus possíveis singulares seriam a maneira pela qual o ‘si’ testemunha em nós o nosso pertencimento ao ser vivo” (p.44).

Os resultados parecem ainda enfatizar que tudo o que diz respeito ao corpo está de uma ou de outra maneira envolvido em emoções. O ato de trabalhar é concebido como execução de tarefas em um meio que contém determinados fatores de riscos, pressupondo uma relação de hetero-determinação do meio sobre o corpo humano¹⁷. Em contrapartida, Schwartz falará de meio que propõe, mas não impõe, considerando as possibilidades de renormalizações de cada indivíduo¹⁴.

A ergologia afirma que há sempre valores em jogo na atividade, que orientam escolhas feitas ao nível da consciência, e ao mesmo tempo, feitas no nível de uma economia ou racionalidade do corpo. Essas arbitragens se situam no corpo, principalmente porque a maneira pela qual vamos gerir as variabilidades permanentes e as dramáticas do uso de si passa por sinalizações sensoriais e visuais, até nas atividades mais imateriais. Há um tipo de inteligência do corpo que passa pelo muscular, pela postura, pelo neurofisiológico, ou seja, pela concretude do corpo físico, assim como pela subjetividade. Toda atividade de trabalho é, sempre, de imediato, debate de normas entre um ser vivo – um corpo-si – e um meio saturado de valores²³.

“Não levar o serviço pra casa, isso eu acho muito grave pra esse tempo agora de PJe. Tento me organizar, tento fazer coisas fora do serviço que me satisfazem, pra ter um contra-balanceio aí. Questão das dores, to sempre fazendo um alongamento. E uso as adaptações todas também”. (E3)

É possível detectar estratégias de resistência, mesmo em situações em que o trabalhador se encontra bastante fragilizado. Levando em consideração a inevitável presença dessas estratégias, Canguilhem²⁰ diz que no homem, diferentemente do animal de laboratório, os estímulos ou os agentes patogênicos não são jamais recebidos pelo organismo como fatos físicos brutos, mas são também vividos pela consciência. Mendes²⁴ vai dizer que o grau de sucesso ou insucesso dos mecanismos de “agressão” dependerá não apenas da natureza e intensidade da “agressão”, mas, muito especialmente, do grau de vulnerabilidade do trabalhador, como indivíduo, ou da comunidade de trabalhadores, numa perspectiva coletiva.

Algo que pode mediar o adoecimento é a responsabilidade pelo próprio cuidado. Ao tratar do cuidado em saúde, Ayres²⁵ explora os estudos de Heidegger que propõe o cuidado como a categoria que mais expressivamente nos coloca em sintonia com o plano de imanência, no qual o ser do humano resulta de sua ocupação de si como resultado de si. Cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar porque se responsabiliza; e nossos entrevistados esclarecem isso.

“Agora, a gente tem também que...; não é o Tribunal que vai trazer saúde pra gente e entregar [Risos]. É a percepção das pessoas do que elas precisam; é a adaptação das pessoas”. (E5)

Estes pesquisadores entendem que cabe também ao setor de saúde do TRT a promoção de um ambiente de trabalho saudável e seguro aos trabalhadores. Não somente ao capacitar os sujeitos para o autocuidado, mas promovendo ambientes que reconheçam os valores presentes, que incentivem e deem espaço para as escolhas, negociações, criações e renormalizações conscientes do corpo-si.

3.2 Implementação da nova tecnologia – O PJe

“Eu recebi com muito receio, do que viria”. (E1)

Para o indivíduo cujo trabalho é subitamente modificado, a revolução técnica manifesta-se como um outro ameaçador²⁶. Caso sejam interpretadas como risco e incerteza, as mudanças poderão ser consideradas como uma ruptura irreversível de perda, possuindo como estado de ânimo o sentimento dominante de medo e ansiedade²⁷. Porém, a percepção da chegada deste outro se apresentou de forma variada entre nossos entrevistados, indicando que essa percepção é individual, apesar de carregada de valores coletivos.

“Ah, com uma preguiça! Porque tudo que é novo cansa, mas sempre é aquela primeira visão...” (E10)

“Eu adorei porque eu gosto dessas coisas de computador, de tecnologia... Eu acho que vem sempre pra acrescentar e pra melhorar, então eu gostei, não tive resistência nenhuma não.” (E13)

Inclui-se aí, como fator importante da interpretação sobre o processo de mudança, a própria experiência de vida dos indivíduos, chamando atenção para a relação prévia com instrumentos tecnológicos.

A inclusão de novas técnicas e tecnologias no trabalho, como a internet, possui intenções de transformação. Utilizar uma técnica supõe, por um lado, seguir operações predefinidas e, por outro lado, uma certa reinvenção local¹⁹. Essa reinvenção vai obrigar o trabalhador a inserir sua subjetividade, trazendo assim sua experiência e história de vida para dialogar com as técnicas propostas, talvez, explique-se assim as diferentes formas de enfrentamento desta nova realidade.

“Eu preciso ter mais atenção, eu passei a usar colírio porque meu olhos começaram a ficar muito vermelhos, o cansaço físico é maior porque fica mais tempo assentada, no físico você vai buscar o 2º volume, vai pegar o papel na impressora, então isso te faz levantar mais. No PJe não, você fica ali o tempo todo, quando você nota já está há quase duas horas sentado”. (E2)

“Hoje eu acho que foi pra melhor o funcionamento da Vara como um todo. Como aqui é uma Vara muito antiga, são muitos processos, então a gente perdia muito tempo procurando processo, colocando no lugar... Essa questão da autuação... numera, carimba, fura; isso se perde muito tempo com essas atividades. Parecem que são bobas, básicas, mas toma muito tempo da gente...”. (E13)

Assis²⁸, ao investigar os impactos de novas tecnologias em operadores do setor siderúrgico, conclui que é exigida maior capacidade de decisão e análise, conhecimento e aptidão para o trabalho em equipe, que se tornam requisitos fundamentais. Exige-se menor utilização dos atributos sensório-motores e o trabalho implica operações mais abstratas e intelectuais, além de exigir maior responsabilidade, envolvimento e capacidade para interpretar os acontecimentos.

Em estudo⁹ com sistema similar de processo judicial eletrônico, servidores entrevistados apontaram que a informatização estabeleceu um trabalho mais individualista, prevalecendo a relação trabalhador-máquina. Referiram também sintomas de ardência e ressecamento ocular, dores na coluna, cefaleias e sensação de cansaço e desgaste, segundo eles associados ao prolongamento do tempo de trabalho em frente ao computador.

Nesse sentido, podemos pensar na necessidade do servidor ser capaz de investir sua própria racionalidade do corpo para adequar seu ato de trabalho à nova ferramenta, especialmente considerando o controle do tempo e organização de pausas regulares durante a atividade. Ainda no estudo de Pai *et al.*⁹ no Rio Grande do Sul, a maioria dos servidores demonstrou conhecer medidas que podem minimizar os prejuízos do uso excessivo do computador, como as pausas regulares, alongamentos corporais e relaxamento visual. Porém, revelaram que não as adotam de forma sistemática em detrimento da prioridade atribuída às tarefas, prazos e metas de produtividade.

Tendo ainda em vista a questão da saúde, os servidores entrevistados colocam a possibilidade de impactos negativos do PJe ao considerarem um relativo aumento na carga de trabalho.

“Pode, porque é um pouco viciante. Você tem um controle melhor do seu trabalho porque você vê os numerozinhos lá... ‘Tem tantos processos pra fazer tal tarefa...’, então acaba que você fica querendo, principalmente quem é ansiosa como eu, fica querendo resolver aquilo, fica querendo diminuir aqueles números”. (E13)

Sobre essa colocação da entrevistada, que identifica sua ansiedade como regulador do seu envolvimento com a resolução das tarefas, Schwartz²⁹ vai dizer que carga de trabalho e fadiga deixam de ser dados objetivos que agridem do exterior o indivíduo; eles se negociam onde tudo depende da maneira pela qual o indivíduo, nas suas virtualidades singulares e seus limites, encontra o objetivo a realizar como ponto de apoio ou, ao contrário, como restrição de seus possíveis particulares. Assim, também temos explicitado as dinâmicas do uso de si por si e pelos outros.

Somado a isso, temos um real aumento da demanda processual no sistema judiciário brasileiro, em especial na justiça trabalhista. Para a presidente do TRT-RS o aumento do número de processos pode ser atribuído não apenas ao descumprimento da lei por parte dos empregadores, mas também à alta rotatividade no mercado de trabalho. Segundo ela, a maior facilidade de acesso ao Judiciário, trazida pela implantação do processo eletrônico, deu vazão a uma parcela de demanda reprimida, o que também leva ao acréscimo percentual³⁰.

Silva³¹ diz que o aumento das demandas judiciais, a sobrecarga de trabalho e a pressão social pelo aumento da produtividade são fatores que têm produzido um sentimento entre

os servidores de intensificação do ritmo de trabalho. Talvez frutos da era da aceleração, onde modelos gerenciais e culturas organizacionais são baseados nos pressupostos do “culto da urgência”, do “culto da excelência” e da “sobrecarga de trabalho”¹³.

“(...) eu já era pela responsabilidade do cargo, sempre fui muito preocupado, e com o PJe comecei a ficar mais ansioso, eu começo a querer fazer as coisas rápido demais. Ele funciona 24 horas por dia, então a gente que tem que cumprir prazos, porque todas as nossas atividades aqui são regulados por lei. Você começa a imaginar que sábado as pessoas trabalham, os advogados entram com as ações, com as petições, e isso mexeu muito comigo, eu não estava acostumado com isso, eu estava acostumado a cumprir o expediente. A gente não se limita mais ao expediente, a gente fica agora o tempo todo também conectado tentando dar conta desse serviço”. (E1)

Aponta-se ainda um problema que pode contribuir com sentimentos de angústia e ansiedade, pois cada novo processo judicial é assinalado no rodapé do monitor, ficando visível ao servidor. Assim, enquanto trabalha o servidor passa a ver a fila de processos aumentar. Isso traz a impressão de que o trabalho não tem fim, de estarem “enxugando gelo”. Pode-se perder a sensação de finalização da tarefa e a de “dever cumprido” que era gerada anteriormente, por exemplo, quando se finalizava uma pilha de processos físicos. Isso pode afetar negativamente a motivação, e atuar como pressão para intensificar o ritmo do trabalho^{9,33}. Salientamos que novas referências de conclusão do trabalho devem ser construídas, individual e coletivamente, por essas equipes, considerando o trabalho em suas relações com as necessidades e expectativas dos trabalhadores.

Nossa cultura moderna tem tendência a limitar o trabalho ao que foi desenhado e circunscrito pela Revolução Industrial e pelo assalariamento: a porção de tempo trocada por remuneração. É precisamente isso que permite distinguir ‘o trabalho’ do ‘fora do trabalho’³². Os trechos das entrevistas nos mostram a grande dificuldade dos trabalhadores em gerir essa distinção, nos novos tempos de informatização.

Sendo assim, na opinião de Schwartz¹⁴, um dos grandes problemas na introdução de novas tecnologias encontra-se nas condições sociais dessas mudanças. Toda mudança tecnológica tem efeitos sobre as qualificações, sobre o emprego, sobre o plano de cargos e salários, sobre uma série de coisas que não são no início necessariamente pensadas, nem mesmo discutidas. Se não há negociação sobre as repercussões, sobre as

consequências sociais da introdução dessas tecnologias, de imediato se encontram problemas para efetivar as mudanças. Não se pode dizer que as pessoas em situação de trabalho se recusam a mudar, o problema é o modo como a mudança é conduzida, as condições nas quais ela deve se realizar.

Tratando das mudanças organizacionais, têm-se tecnologias e técnicas disponíveis em um momento dado, de acordo com o estado de desenvolvimento das ciências. Existem sempre vários usos possíveis dessas técnicas. Para aproveitá-las de maneira eficaz, é necessário considerar a situação de trabalho anterior, preexistente. Se se introduzem as técnicas sem ter refletido sobre o modo como os trabalhadores vão poder se apropriar delas, corre-se o risco de encontrar dificuldades. A introdução de técnicas deve ser pensada a partir das experiências anteriores das situações de trabalho, com as pessoas que trabalham.

4 Conclusões

A introdução de novas tecnologias no meio de trabalho traz sempre intenções de transformação. Mas é importante lembrar que os trabalhadores tiram partido dessas técnicas graças ao seu poder de reinventá-las e, nesse movimento, se renovam os artefatos e instrumentos de trabalho.

A saúde e a doença devem ser analisadas historicamente, especialmente quando se quer apreender como as transformações do trabalho atuam nesse processo. A saúde no trabalho é fruto de uma relação complexa entre os aspectos concretos e a elaboração de sentidos pelos trabalhadores. Dessa forma, futuros estudos longitudinais podem trazer maiores esclarecimentos, tanto do ponto de vista qualitativo quanto quantitativo.

Percebemos que há uma relação entre esta certa resistência à mudança e a questão da subjetividade. Ao recusar, ou obstar a mudança assume-se uma posição. Exprime-se de certo modo sua vontade de dizer que não se quer submeter-se à mudança; se quer ser ator dessa mudança. Apropriar-se da mudança é inseri-la na história, e isto é fundamental. Por não se poder estabelecer um vínculo entre a nova técnica e o patrimônio de

conhecimentos, de saber-fazer, de valores anteriormente adquiridos, a apropriação torna-se extremamente difícil.

Refletimos, em conclusão, sobre o desafio de garantir a proteção da saúde de trabalhadores que possuem, por sua vez, compromisso com a saúde de outros trabalhadores, aqueles que recorrem à Justiça do Trabalho. Deve-se ter em mente a manutenção de um ambiente saudável e seguro para esses servidores, do ponto de vista físico, mental e social. Para isso, é mister o respeito à jornada de trabalho estabelecida em lei e ajuste do contingente de pessoal, dada a carga de trabalho imposta. Além disso, é necessária escuta constante por parte da instituição, que considere as dificuldades diárias com as ferramentas e objeto de trabalho, bem como as sugestões de quem mais conhece essa realidade, que são os próprios trabalhadores. Sugerimos a abertura de canais efetivos de participação.

Da mesma forma, implementar políticas de prevenção e promoção de saúde nos contextos organizacionais também deve levar em conta esta lógica da escuta, do que os trabalhadores envolvidos entendem como necessidades e estratégias de melhoria da sua saúde e qualidade de vida no trabalho.

Referências Bibliográficas

1. Trinet P. Prévenir les dégâts du travail: l'ergoprévention. Paris: Presses Universitaires de France, 2009.
2. Marx K. O capital Livro 1: O processo de produção do capital). 9ª Ed. São Paulo: Difel, 1984.
3. Trajano ARC, Cunha DM. Processo de trabalho no SAMU e humanização do SUS do ponto de vista da atividade. Trab Educ Saúde 2011;9(supl1):113-136.
4. Lancman S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: Christophe Dejours. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 25-36.
5. Assis RW. Os impactos das novas tecnologias nas formas de sociabilidade e savoir-faire dos operadores: um estado de caso no setor siderúrgico. Belo Horizonte.

Dissertação [Mestrado em Psicologia Social] – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais; 2000.

6. Cordeiro WM. Da reformulação do conceito de autos processuais no ambiente do processo eletrônico e suas consequências jurídicas. Revista do TRT da 13ª Região 2009;16(1):13-27.

7. Santos MA, Reis SC. Breves reflexões sobre o Processo Eletrônico no TRT da 13ª Região. Âmbito Jurídico [periódicos na Internet]. 2011 Set [acesso em maio 2014];92 Disponível em:
http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?artigo_id=10361&n_link=revista_artigos_leitura

8. Merlo ARC, Souza Filho GA, Dornelles RAN. Avaliação das condições de trabalho e de saúde dos servidores do judiciário federal no Rio Grande do Sul: Relatório de pesquisa. Porto Alegre: Instituto de Psicologia - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional – Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho; 2012.

9. Pai DD, Lautert L, Tavares JP, Souza Filho GA, Dornelles RAN, Merlo ARC. Repercussões da aceleração dos ritmos de trabalho na saúde dos servidores de um juizado especial. Saúde e Sociedade. 2014;23 (3):942-952.

10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2013.

11. Ferreira MC, Fernandes LC. Sobrecarga, cobrança, pressão...: a qualidade de vida no trabalho subtraída no contexto do poder judiciário brasileiro. In: Araujo JNG, Ferreira MC, Almeida CP (Org.) Trabalho e saúde: cenários impasses e alternativas no contexto brasileiro. 1.ed. São Paulo: Opção; 2015. p. 13-31.

12. Gonzáles Rey FL. Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira Thonson Learning; 2005.

13. Fígaro R. Comunicação e trabalho para mudanças na perspectiva sociotécnica. Revista USP. 2010;86:96-107.

14. Schwartz Y. Trabalho e ergologia. Uma conversa entre Yves Schwartz, Marcelle Duc e Louis Durrive. Tradução Jussara Brito e Milton Athayde. In: Schwartz Y, Durrive L (Org.). Trabalho & ergologia: conversas sobre a atividade humana. Rio de Janeiro: EdUFF; 2007. p.23-36.

15. Schwartz Y, Durrive L. Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Tradução de Jussara Brito e Milton Athayde. Rio de Janeiro: EdUFF; 2007.

16. Athayde M, Brito J. Introdução à edição brasileira: Ergologia e um livro-ferramenta, uma tecelagem que se propaga. In: Schwartz Y, Durrive L (Org.). Trabalho & ergologia: conversas sobre a atividade humana. Rio de Janeiro: EdUFF; 2007. p.V-IX.
17. Schwartz Y. Trabalho e uso de si. Proposições. 2000;1(5):34-50.
18. Canguilhem G. Meio e normas do homem no trabalho. Proposições. 2001;12(2-3):35-36 (Trabalho original publicado em 1947).
19. Echternacht E. Atividade humana e gestão da saúde no trabalho: Elementos para a reflexão a partir da abordagem ergológica. Laboreal. 2008;IV(1):46-55.
20. Canguilhem, G. O normal e o patológico. 6ªEd. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.
21. Assunção AA. A Cadeirologia e o Mito da Postura Correta. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 2004;29(110):41-55.
22. Minayo MCS. Na dor do corpo o grito da vida. In: Costa NR, Minayo MCS, Leitão C, Stotz E. (Org.). Demandas populares, políticas públicas e saúde. Rio de Janeiro: Vozes; 1989, v. II, p. 76-99.
23. Schwartz Y. Trabalho e valor. Tempo Social Rev Sociol USP. 1996;8(2):147-158.
24. Mendes R. Patologia do Trabalho. 3ª Ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2013. p.50-120.
25. Ayres LRC. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface – Comunicação, Saúde e Educação. set 2003-fev2004;8(14):73-92.
26. Levy P. O inexistente impacto da tecnologia. Folha de São Paulo 1997 ago 17;p.3. [acesso em: 20/03/2015] Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs170803.htm>
27. Cesár AMRVC. Sentimentos de apego e perda em processos de mudanças organizacionais. Revista Brasileira de Gestão e Negócios. 2006;8(21):1-12.
28. Assis RW. Os impactos das novas tecnologias nas formas de sociabilidade e savoir-faire dos operadores: um estado de caso no setor siderúrgico. Belo Horizonte. Dissertação [Mestrado em Psicologia Social] – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais; 2000.
29. Schwartz Y. Le Paradigme ergologique ou un métier de philosophe. Toulouse: Octarès; 2000.

30. Tribunal Regional do Trabalho 4ª Região. Aumento de demanda à Justiça do Trabalho gaúcha chega a quase 40% em cinco anos. TRT4 Notícias 2015. [acesso em: 23/03/2015] Disponível em:
[http://www.trt4.jus.br/portal/portal/trt4/comunicacao/noticia/info/NoticiaWindow?cod=1096302&action=2&destaque=false&filtros=.](http://www.trt4.jus.br/portal/portal/trt4/comunicacao/noticia/info/NoticiaWindow?cod=1096302&action=2&destaque=false&filtros=)
31. Silva RR. Uma análise da pressão no trabalho, da liberdade e do apoio social entre servidores de um tribunal. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*. 2009;12(1):123-35.
32. Schwartz Y. Manifesto por um ergoengajamento. In: Bendassoli PF, Soboll LAP. *Clínicas do Trabalho: Novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas; 2011. p.132-166.
33. Luca D. 28 de abril: O Pje e a saúde dos servidores [acesso em 30 de março de 2022]. Disponível em: <https://www.sintrajud.org.br/28-de-abril-o-pje-e-a-saude-dos-servidores-por-daniel-luca/> - 25/04/2019.

Do Processo Transexualizador à atenção integral: uma Revisão Integrativa sobre a produção nacional nos principais portais científicos brasileiros

Del Proceso Transexualizador a la atención integral: una Revisión Integrativa sobre la producción nacional en los principales portales científicos brasileños

From the Transsexual Process to the integral attention: an Integrative Review on the national production in the main Brazilian scientific portals

Daniel Canavese

Gianna Schreiber

Marcos Signorelli

RESUMO

O artigo compreende uma Revisão Integrativa com o objetivo de discutir como se apresenta, no principal portal de acesso à produção científica nacional, a atenção integral à saúde das pessoas transexuais a partir do Processo Transexualizador (PrTr) no Sistema Único de Saúde. Realizou-se a Revisão Integrativa entre setembro/2016 e fevereiro/2017. Dos 23 materiais selecionados problematiza-se: 1) saúde das pessoas transexuais pautada no modelo biomédico e centrada apenas no Processo Transexualizador e, 2) A atenção integral como uma meta a ser atingida para pessoas transexuais. Concluiu-se que o Sistema Único de Saúde poderá tornar-se um importante instrumento de acesso integral à saúde das pessoas transexuais, no entanto, ainda faz-se necessária a publicação e o desenvolvimento de mais pesquisas.

Palavras-chave: Serviços de saúde para pessoas transgênero; Pessoas transgênero; Saúde pública.

RESUMEN

El artículo comprende una Revisión Integrativa con el objetivo de discutir cómo se presenta, en el principal portal de acceso a la producción científica nacional, la atención integral a la salud de las personas transexuales a partir del Proceso Transexualizador (PrTr) en el Sistema Único de Salud. la Revisión Integrativa entre septiembre / 2016 y febrero / 2017. De los 23 materiales seleccionados problematiza: 1) salud de las personas transexuales pautada en el modelo biomédico y centrada sólo en el Proceso Transexualizador y, 2) La atención integral como una meta a ser alcanzada para personas transexuales. Se concluyó que el Sistema Único de Salud

podría convertirse en un importante instrumento de acceso integral a la salud de las personas transexuales, sin embargo, todavía se hace necesaria la publicación y el desarrollo de más investigaciones.

Palabras clave: Servicios de salud para personas transgénero; Personas transgénero; Salud pública.

ABSTRACT

The article includes an Integrative Revision with the objective of discussing how to present the integral attention to the health of the transsexual people from the Transsexual Process (PrTr) in the Unified Health System. The Integrative Review between September 2016 and February 2017. From the 23 selected materials, the following topics are discussed: 1) transsexual health based on the biomedical model and focused only on the Transsexual Process, and 2) comprehensive care as a goal to be reached for transgender people. It was concluded that the Unified Health System could become an important instrument of integral access to the health of transsexual people, however, it is still necessary to publish and develop further research.

Keywords: Health services for transgender people; Transgender people; Public health.

Introdução

Partindo da compreensão da visão ampliada e integral da saúde, tal como inscrita na Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com suas diretrizes oferta as modalidades de atendimento para pessoas e comunidades, incluindo iniciativas de ações de promoção e prevenção, até as mais especializadas. Nesse sentido, o SUS reconhece que a orientação sexual e a identidade de gênero são fatores de vulnerabilidade para saúde¹. No entanto, a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) ainda acompanha o desafio de encontrar a materialidade dos princípios no seu cotidiano.

O lançamento pelo Governo Federal em 2004 do Programa Brasil sem Homofobia teve por objetivo a formulação de políticas e programas específicos para melhoria da situação de vida dos grupos de LGBT. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) criou o Comitê Técnico da Saúde da População LGBT (CTSLGBT), a fim de promover a inserção das especificidades deste segmento populacional nas políticas e ações do SUS com vistas em articular ações voltadas para promoção de saúde, objetivando a redução das desigualdades de grupos em condições de exclusão social e iniquidades em saúde². Em análise das atas do CTSLGBT é possível evidenciar seu esforço com vistas à garantia do acesso à saúde das pessoas transexuais no SUS, estabelecendo portas de entrada, ações de promoção à saúde, vigilância em saúde e também a preocupação na formação de profissionais qualificados no atendimento a esse segmento populacional³.

Diante da complexidade da situação de saúde do grupo LGBT e, especialmente, no reconhecimento que a orientação sexual e a identidade de gênero têm no processo de determinação social e cultural da saúde, o MS construiu e publicou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT)⁴. Instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 e conforme a Resolução nº 2, de seis de dezembro de 2011 que orienta o Plano Operativo com vistas à saúde integral LGBT^{5,6}. Esses marcos passam a incorporar importantes aspectos emanados da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, quando a orientação sexual e a identidade de gênero passaram a ser incluídas na análise da determinação social da saúde e resultaram em recomendações, tais como o aprimoramento do processo transexualizador (PrTr) no SUS.

O processo transexualizador foi incorporado no SUS em 2008 a partir da publicação da Portaria nº 457 em 19 de agosto, aprovando e autorizando a realização das cirurgias de transgenitalização para indivíduos transexuais⁷. Nesse sentido, a assistência para população transexual foi inserida a partir das discussões e do reconhecimento dos saberes científicos

legitimados pelas ciências médica e *psi* (psiquiatria, psicologia, psicanálise), que percebem o sexo biológico como sendo um dado natural e o gênero sendo o seu reflexo.

O PrTr foi ampliado em 2013 através da publicação da Portaria nº 2.803 com vistas à garantia do atendimento integral de saúde para as pessoas transexuais, incluindo ações de acolhimento e acesso aos serviços do SUS, o respeito ao uso do nome social, acesso ao tratamento hormonal e a cirurgia de transgenitalização do sexo biológico para adequação à identidade de gênero social⁸. Apesar de reconhecer a necessidade de acesso à saúde para esta população, os pilares estruturantes do PrTr no SUS sustentam-se no modelo biomédico para prestar o atendimento a não conformidade do sexo biológico com a vivência de gênero⁹.

Atualmente, estão credenciados no SUS cinco hospitais universitários que realizam atendimento hospitalar do PrTr: 1) Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás; 2) Hospital Universitário Pedro Ernesto do Rio de Janeiro (RJ); 3) Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS); 4) Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo (SP) e 5) Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco/ Recife (PE). O SUS conta também com mais quatro ambulatórios credenciados ao MS para realização do PrTr a nível ambulatorial: 1) Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE) do Rio de Janeiro; 2) Ambulatório do Hospital das Clínicas de Uberlândia (MG); 3) Centro de Referência e Treinamento (CRT) DST/AIDS de São Paulo e 4) Centro de Pesquisa e Atendimento para Travestis e Transexuais (CPATT) de Curitiba (PR).

A legalização da cirurgia de transgenitalização e de outros procedimentos no Brasil teve início em 1979, quando o Conselho Federal de Medicina (CFM) foi consultado sobre a inclusão de próteses mamárias em pacientes do sexo biológico masculino. Contudo apenas em 1997, a partir da Resolução nº 1.482 do CFM, que se sugere a adoção, a título experimental, os procedimentos cirúrgicos para os casos de “transexualismo”, definindo que as cirurgias de transgenitalização poderiam ser realizadas no Brasil¹⁰. Após a publicação de tal resolução o CFM ainda publicou mais duas resoluções, Resolução nº 1.652 de 2002 e Resolução nº 1.955 de 2010 resolvendo que as cirurgias de readequação sexual podem ser praticadas em hospitais públicos ou privados, independente de atividade de pesquisa, mas seguindo alguns critérios de acompanhamento estabelecidos^{11,12}.

Com base no exposto e partindo da conjectura que a implementação do PrTr no SUS, insere-se no contexto da PNSILGBT e o desafio subsequente é a garantia do acesso a todas as pessoas que necessitam dessa forma de cuidado, o presente artigo teve como objetivo discutir como se apresenta no principal portal de acesso a produção científica nacional sobre a atenção integral à saúde a partir do Processo Transexualizador (PrTr) na rede pública do Brasil.

Metodologia

Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI) da literatura sobre a produção científica nacional sobre o PrTr na rede pública de saúde brasileira. A RI é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, pois permite a utilização de vários tipos de estudos sendo capaz de proporcionar uma síntese do conhecimento atual sobre uma determinada área do conhecimento, constituindo-se em uma técnica de pesquisa com rigor metodológico, aumentando a confiabilidade e a profundidade das conclusões da revisão. Para o processo de elaboração da RI preconiza-se seguir seis fases¹³, conforme fluxograma da Figura 1.

Figura 1

O *corpus* documental desta pesquisa emerge a partir do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) onde foram acessadas bases de dados que o compõem, a saber: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) do Ministério de Saúde (MS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os recursos dos operadores *booleanos* foram utilizados na estratégia de busca para combinar as palavras-chave (DECS): Procedimentos de Readequação Sexual; Cirurgia de Readequação Sexual; Serviços de Saúde para Pessoas Transgênero; Pessoas Transgênero; Transexualidade; Transexualismo (ainda que haja discordância do uso do termo); Transexual; Saúde Pública; Sistema Único de Saúde; Políticas Públicas de Saúde e Identidade de gênero. Os materiais foram selecionados após a leitura dos resumos do resultado oriundo das palavras-chave.

Os estudos incluídos na presente RI obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: estudos teóricos ou empíricos produzidos no âmbito do SUS sobre o PrTr; materiais disponíveis na íntegra na internet nas bases de dados utilizadas; trabalhos na língua portuguesa e recorte temporal de dez anos de publicação (2006-2016). A escolha do recorte temporal se deu a partir da escolha da autora e dos autores em analisar estudos mais recentes sobre a assistência à saúde da população transexual e correlacionando este recorte com a publicação da norma técnica que regulamenta o PrTr no SUS. Por outro lado, fizeram parte dos critérios de exclusão os documentos que não apresentaram pessoas transexuais como população de estudo, trabalhos em língua estrangeira, fora do limite temporal estabelecido e que não apresentassem conceitos e experiências sobre o PrTr nos serviços de saúde do SUS.

A análise dos dados foi realizada de maneira descritiva, procedendo-se à categorização dos dados extraídos dos resultados selecionados em grupos temáticos, a partir da identificação de variáveis de interesse e conceitos-chave.

Resultados e Discussão

Foram identificados 220 documentos do Portal da CAPES, dos quais 197 não atendiam aos critérios de inclusão. Os 23 documentos selecionados eram da BVS (n=5), SciELO (n=16), Portal de Periódicos da CAPES (n=1) e Repositório da PUCRS (n=1). Desse total, foram descartados 197 estudos que não atendiam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Os artigos publicados em periódicos totalizaram 91% dos resultados como mostra a Tabela 1 sobre a relação da categorização dos textos por tipo de publicação.

Tabela 1

Não foram realizadas consultas de teses e dissertações publicadas em outras bases e repositórios nacionais, embora duas teses tenham sido selecionadas na pesquisa realizada no Portal da CAPES. Com isso, a autora e os autores apontam a limitação da revisão e a necessidade de complemento futuro. Os estudos selecionados encontram-se sumarizados no quadro 1.

Quadro 1

Observa-se que o periódico que apresentou a maior parte das publicações selecionadas nesta RI foi a Revista Latino-americana *Sexualidad, Salud y Sociedad* (17%), esse fato se explica por se tratar de um periódico específico das dimensões culturais e políticas de sexualidades, trazendo contribuições originais sobre o assunto. Em sequência a Revista *Ciência & Saúde Coletiva* e a *Physis: Revista de Saúde Coletiva* apresentaram um percentual maior de publicações resgatadas na presente RI, com 13% cada um dos periódicos. Ao se analisar o conjunto da amostra, em 2016, foi verificado que existe um crescente aumento de publicações, sendo que 21% dos estudos foram publicados nesse ano. A maioria dos estudos foram desenvolvidos na região Sudeste, com destaque para o Estado do Rio de Janeiro (42%).

A fim de discutir a produção científica identificada, sobre o PrTr no SUS, a autora e dos autores apresentam o material à luz das seguintes categorias: 1) A saúde das pessoas

transexuais pautada no modelo biomédico e centrada apenas no PrTr e, 2) A atenção integral como uma meta a ser atingida para pessoas transexuais.

A saúde das pessoas transexuais pautada no modelo biomédico e centrada apenas no PrTr

No Brasil, a atenção para pessoas transexuais está absolutamente condicionada a um diagnóstico psiquiátrico, que ao mesmo tempo em que legitima a demanda por redesignação sexual e viabiliza o acesso a cuidados de saúde, é um vetor de patologização e de estigma¹⁴. O termo “transexualismo” ainda parece na produção identificada¹⁵, e a noção de “transtorno de identidade de gênero” ou “disforia de gênero” são oriundos de uma racionalidade que pressupõe que o sexo é algo definido pela natureza e que o gênero é algo que se adquire através da cultura. Essa concepção, por um lado construtivista e por outro determinista, acaba por restringir a possibilidade de compreensão das subjetividades^{16,17}. Nesse sentido, embora demarque-se os avanços em relação ao acesso aos recursos terapêuticos legais, tal como o PrTr, no entanto, questiona-se as limitações e as restrições impostas ao exercício da autonomia das pessoas transexuais. Os direitos das pessoas transexuais à assistência integral à saúde e o livre desenvolvimento de sua personalidade são infringidos no momento em que a autonomia não é preservada, ou seja, para garantir o acesso integral à saúde, pessoas transexuais devem adequar-se à moralidade sexual dominante¹⁸.

Nessa perspectiva, para que a pessoa possa acessar a rede através dos serviços que prestam assistência a transexuais é necessário preencher critérios que se enquadrem na entidade nosológica, a fim de comprovar sua condição de “verdadeiro transexual”. A Resolução 1.487 do Conselho Federal de Medicina (CFM) baseou-se em três princípios⁹: a) o primeiro princípio está embasado na beneficência, onde a cirurgia busca a integração entre o corpo e a identidade sexual psíquica do indivíduo; b) o segundo princípio é o da autonomia, ou seja, o direito da autodeterminação e de dispor do próprio corpo; c) o terceiro e último princípio é o da justiça, pautado na não discriminação no pleito ao procedimento cirúrgico.

As pessoas transexuais com vistas ao acesso as intervenções corporais, descritas nas resoluções do CFM (CFM, 1997, 2002, 2010) e nas “*Diretrizes de assistência ao indivíduo com indicação para realização do Processo Transsexualizador*”¹, devem seguir criteriosamente às estas determinações mínimas, que são: 1) possuir desconforto com o sexo anatômico natural; 2) desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; 3) permanência desses distúrbios de forma contínua e

consistente, por, no mínimo, dois anos; 4) ausência de transtornos mental. Com a proposta de obedecer a critérios bem precisos, os saberes biomédicos reforçaram o que seriam os “verdadeiros transexuais”.

Vale ressaltar que o PrTr prevê a singularização do atendimento, compreendendo um conjunto de estratégias de atenção à saúde com vistas ao processo de transformação dos caracteres sexuais, além de implicar em ações necessárias à garantia do direito à saúde circunscritas à passagem para a vivência social no gênero em desacordo com o sexo de nascimento¹⁸. Todavia, pessoas transexuais não buscam os serviços de saúde apenas quando inseridas no processo de readequação sexual. Nesse sentido, ações e propostas do governo federal passaram a demandar de maneira cada vez mais explícita a construção de uma Política Nacional de Saúde Integral para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais¹⁹.

Após apresentação, com ampla participação social, do programa do Governo Federal “*Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e de Promoção da Cidadania Homossexual*”, situando no âmago das políticas públicas a questão do combate ao preconceito e às intolerâncias que resultam a falta de garantia aos direitos fundamentais e, portanto, as iniquidades^{20,21} enfrentadas pela população LGBT, o MS instituiu o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT (CTSLGBT), com a atribuição de sistematizar uma política nacional de saúde para a população LGBT. O CTSLGBT integrou um conjunto de estratégias na área da “promoção da equidade”, tendo como características a articulação de ações voltadas para promoção de ações diferenciadas em saúde, objetivando a redução das desigualdades dos grupos em condição de exclusão social. Portanto, naquele momento o MS considerou a proteção do direito à livre orientação sexual e identidade de gênero, além de que não se tratava apenas uma questão sobre segurança pública, mas envolvia também as questões sobre a saúde mental e a atenção a outras vulnerabilidades pertencentes a este segmento da população.

Seguindo as diretrizes expressas no programa do Governo Federal “*Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e de Promoção da Cidadania Homossexual*”, o MS instituiu através da Portaria 2.836 de 1º de dezembro de 2011 a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT). A PNSILGBT é composta por um conjunto de diretrizes cuja operacionalização requer planos contendo estratégias e metas sanitárias e a sua execução requer compromissos das três esferas do governo no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde da população LGBT. A política apresentou em seu plano operativo quatro eixos estratégicos que incluem ações que incidem sobre os diferentes condicionantes e

determinantes que sustentam a desigualdade social em saúde da população LGBT, sendo eles: 1) Acesso da população LGBT à Atenção Integral à Saúde; 2) Ações de Promoção e Vigilância em Saúde para a população LGBT; 3) Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT e 4) Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT. Sendo a ampliação dos serviços do PrTr integrado nas ações propostas e articuladas da PNSILGBT.

Diante do breve exposto, ficou evidenciado naquele período o envolvimento do MS na promoção de maior equidade em saúde para os grupos populacionais em situação de vulnerabilidade no país. Entretanto, as políticas formuladas pelo MS requerem iniciativas estratégicas vigorosas, entre as quais, a capacitação de profissionais de saúde sobre as práticas sexuais e sociais LGBT, além da luta pela sua manutenção. Por outro lado, as portarias do MS estão norteadas por um modelo biomédico e normativo, segundo o qual a transexualidade seria uma patologia psiquiátrica, sinalizando a qualidade parcial do avanço conquistado.

Muito embora as produções identificadas nesta RI discutam a necessidade de superação da transexualidade pautada no discurso biomédico, observa-se uma carência de produções que relatem qual é o posicionamento das próprias pessoas transexuais sobre o assunto. Quais são as expectativas das/os transexuais sobre o PrTr no SUS? Se não for tratada a transexualidade no modelo biomédico qual a experiência exitosa para garantia do acesso desse segmento no SUS?

A atenção integral como uma meta a ser atingida para pessoas transexuais

O “discurso pronto” homogeneiza as vivências trans e impede que se elabore um atendimento realmente integral à saúde dos/as usuários/as, pois, assim como qualquer indivíduo, pessoas transexuais também podem sofrer de problemas de saúde²².

A integralidade é um dos princípios organizativos do SUS, ele supõe que o indivíduo seja atendido considerando todos os seus aspectos de saúde e dimensões de vida. A integralidade pode ser considerada como o cuidado oferecido a indivíduos, grupos e coletividades, levando em conta seus contextos sócio-históricos, políticos, familiares e ambientais. No sentido da integralidade vale destacar o cuidado que se faz necessário ao considerar a dimensão da autoatribuição de um novo nome, que acompanha o processo de transformação do corpo das pessoas transexuais. A modificação do nome e do gênero nos pronomes de tratamento tornam-se elementos entrelaçados às transformações do corpo das pessoas transexuais²³.

A incorporação da integralidade da assistência no PrTr a partir da PNSILGBT, pode ser compreendida, em alguma medida, como a não centralização no procedimento cirúrgico de transgenitalização. Além disso como uma aposta tangencial ao desenvolvimento de estudos sobre o processo terapêutico, aspectos importantes e favoráveis para superação de dificuldades relacionadas à centralidade do procedimento cirúrgico.

Por outro lado, o PrTr ainda tem forte influência do modelo biomédico, o que possibilitou o acesso dos/as transexuais às transformações corporais no SUS. Contudo, não se pode deixar de questionar os efeitos negativos desta regulamentação uma vez que o discurso de pessoas transexuais revela que o desejo de modificação é mais amplo que a alteração da genitália²⁴. Como consequência prática a este discurso tem-se o risco de a pessoa transexual não garantir o seu acesso à assistência integral em saúde. Se, por um lado temos as normas operacionais do PrTr estabelecendo critérios para acesso aos procedimentos previstos na regulamentação, sendo um deles a necessidade de um diagnóstico médico, taxando as pessoas transexuais como “verdadeiros transexuais”, por outro lado temos que reconhecer as subjetividades das identidades das pessoas transexuais. Portanto, é preciso, a partir da perspectiva da integralidade, não reduzir os sujeitos à doença que lhe provoca sofrimento, mas, manter a perspectiva da subjetividade^{25,26,27}. Dessa forma, e como sugere a PNSILGBT, o cuidado integral a pessoas transexuais é um desafio a ser lançado nos serviços de saúde e para os(as) profissionais de saúde ali incluídos. Assim, é fundamental compreender como os(as) profissionais de saúde percebem as pessoas que demandam cuidado em saúde, principalmente populações estigmatizadas e discriminadas. O estigma se coloca como um fato de vulnerabilidade em saúde, na medida em que pode comprometer o acesso ao serviço e a qualidade da atenção prestada, sendo preciso abordar a transexualidade de modo interdisciplinar²⁸. Destaca-se, assim, a importância das representações sociais dos profissionais de saúde para garantir a superação do preconceito institucional, o que pode se constituir como ações estratégicas para efetiva implementação das políticas públicas e sociais relacionadas à população transexual.

Soma-se a esse aspecto a observação de inúmeras dificuldades no acesso e na permanência das pessoas trans nos serviços de saúde do SUS, como o desrespeito ao nome social, a transfobia nos serviços de saúde e o diagnóstico patologizante no PrTr, que se apresentam como impedimentos ao acesso universal, integral e equânime^{29,30,31}. O nome é um tipo de transformação pela qual as pessoas transexuais perpassam e que dão significado social estabelecendo-as noutra gênero. Nesse sentido, respeitar o uso do nome social e o uso adequado

dos pronomes por parte dos(as) profissionais de saúde faz parte do acolhimento com vistas a uma atenção humanizada, como é preconizado na PNSILGBT.

Haja vista a discussão produzida a partir da seleção do material na presente RI, destacam-se como fatores limitantes para uma atenção integral e equânime: o desrespeito ao uso do nome social nos serviços de saúde e a visão patologizante como garantia ao acesso ao PrTr no SUS. Embora a Constituição Federal de 1988 não condicione o acesso à saúde somente nos casos de doença, a integralidade do cuidado das pessoas transexuais está embasada numa concepção biomédica da atenção. A saúde integral das pessoas transexuais necessita de iniciativas transversais entre diferentes políticas de saúde, objetivando aperfeiçoar a implementação de ações já desencadeadas no SUS^{32,33,34}. Portanto, é preciso reconhecer a saúde das pessoas transexuais nas políticas da saúde da mulher, na saúde do homem, do idoso, do adolescente, entre outras.

Para não encerrar...

Por meio desta RI foi possível atender o objetivo proposto, de discutir como se apresenta a produção científica nacional sobre a atenção à saúde de pessoas trans a partir do Processo Transsexualizador (PrTr) na rede pública do Brasil. Identificou-se que os estudos sobre a temática iniciaram-se paralelamente a publicação da regulamentação do PrTr no SUS. Com o foco na despatologização das identidades trans, os resultados desta RI, discutem a necessidade do olhar ampliado de saúde, a fim de favorecer o acesso à saúde deste segmento populacional com vistas à redução do estigma relacionado às normas vigentes do PrTr do SUS.

Ressalta-se que durante a trajetória desta RI a autora e os autores iniciaram a pesquisa com vistas a ter acesso aos estudos e pesquisas desenvolvidas sobre a assistência à saúde das pessoas transexuais no SUS, no entanto, foi observado que os estudos que abordam os cuidados da saúde da população transexual estão pautados em torno do PrTr. Dessa forma, a autora e os autores destacam a necessidade de ampliação da discussão sobre o olhar ampliado de saúde, no qual, a saúde das pessoas transexuais não pode e não deve estar centrada apenas em uma norma técnica que regulamenta o seu acesso no sistema. É preciso (re)discutir as diferentes formas de ingresso dessas pessoas nos diferentes serviços de saúde, e que acima de tudo: são pessoas com suas subjetividades e não apenas uma categoria que possa ser enquadrada na classificação internacional de doenças.

Foram selecionados apenas 23 documentos que tratavam sobre a população transexual no campo da saúde coletiva brasileira, revelando que ainda há uma escassa produção acadêmica

sobre a temática. Entende-se que o tema abordado é novo, mas existe uma necessidade de aproximação com o campo da saúde pública. Como limitação do estudo ressalta-se aqui a busca apenas no Portal de Periódicos da CAPES, onde as teses e dissertações de repositórios acadêmicos não foram consultadas.

Destaca-se aqui o processo de construção do conceito de transexualidade que à luz dos saberes médicos foi fundamentado como uma patologia e que essa visão regulamenta ainda hoje o acesso ao PrTr, ficando atrelada à necessidade do diagnóstico da condição transexual. Embora, muitos estudos critiquem essa visão patologizante das identidades trans, percebe-se que na prática a realidade permanece a mesma. No entanto, ainda é escassa a produção científica que dê voz a esse segmento populacional, ou seja, que retrate as experiências de vida das pessoas transexuais sobre cada processo transexualizador, visto que, o princípio da integralidade deve considerar a subjetividade de cada indivíduo.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. *Rev Saude Publica*, v. 42, n. 3, 2008.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf> Acesso em: 31 out. 2015.
3. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 5, 2017.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1 dez, 2011. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html>. Acesso em: 31 out. 2015.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1 dez, 2011. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html>. Acesso em: 31 out. 2015.
6. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 2, de 6 de dezembro de 2011. Estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Brasília, DF, 6 dez, 2011. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0002_06_12_2011.html>. Acesso em: 31 out. 2015.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008. Aprovar, na forma dos Anexos desta Portaria a seguir descritos, a Regulamentação do Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de saúde - SUS. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 19 ago, 2008. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html>. Acesso em: 31 out. 2015.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Brasília, DF, 19 nov, 2013. Disponível em <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html>. Acesso em: 31 out. 2015.

9. Amaral DM. Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil. 2011. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.482, de 10 de setembro de 1997. Autorizar, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo. Brasília, p.20-944, set. 1997.
11. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.652, de 6 de novembro de 2002. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.482/97. Brasília, p.20-944, dez. 2002.
12. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.955, de 12 de agosto de 2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02. (Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília-DF, n. 232, 2 dez.2002. Seção 1, p.80/81). Brasília, p.80-81, set. 2010.
13. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, v. 8, n. 1 Pt 1, p. 102-6, 2010.
14. Amaral DM. Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil. 2011. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.
15. Silveira EMC. De tudo fica um pouco: a construção social da identidade do transexual. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Serviço Social, Programa de PósGraduação em Serviço Social, 2006.
16. Arán M. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis*, v. 19, n. 1, p. 15-41, 2009.
17. Arán M, Murta D, Lionço T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, 2009.
18. Ventura M. Limites e possibilidades do exercício da autonomia nas práticas terapêuticas de modificação corporal e alteração da identidade sexual. *Physis*, v. 19, n. 1, p. 65-93, 2009.
19. Lionço T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis*, p. 43-63, 2009.

20. Mello L et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, n. 9, p. 7-28, 2011.
21. Lionço T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e sociedade*, v. 17, n. 2, p. 11-21, 2008.
22. Borba R. Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, n. 17, p. 66-97, 2014.
23. Rocon PC et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 21, n. 8, p. 2517-2526, 2016.
24. Franco T et al. Transgenitalização masculino/feminino: experiência do Hospital Universitário da UFRJ. *Rev. Col. Bras. Cir.*, v. 37, n. 6, p. 426-434, 2010.
25. Almeida G, Murta D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, n. 14, p. 380-407, 2013.
26. Dos Santos Paiva AL, Félix-Silva AL, Vladimir A. Produção protética dos corpos: experiências TRANS e políticas de saúde. *Revista Ártemis*, v. 18, n. 1, 2015.
27. Lima F, Cruz KT. Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, n. 23, p. 162-186, 2016.
28. Dos Santos AB, Shimizu HE, Merchan-Hamann E. Processo de formação das representações sociais sobre transexualidade dos profissionais de saúde: possíveis caminhos para superação do preconceito. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 11, 2014.
29. Rocon PC et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 21, n. 8, p. 2517-2526, 2016.
30. Silva GWS et al. Situações de violência contra travestis e transexuais em um município do nordeste brasileiro. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, n. 2, 2016.
31. De Jesus Oliveira M. Uma etnografia sobre o atendimento psicoterapêutico a transexuais. *Revista Estudos Feministas*, v. 22, n. 3, p. 839-862, 2014.
32. Dourado I et al. Construindo Pontes: a Prática Da Interdisciplinaridade. *Estudo PopTrans: Um Estudo Com Travestis E Mulheres Transexuais Em Salvador, Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, 2016.

33. Freire EC et al. A clínica em movimento na saúde de TTTS: caminho para materialização do SUS entre travestis, transsexuais e transgêneros. *Saúde em Debate*, 2013.
34. Motta JIJ. Sexualities and public policies: a queer approach for times of democratic crisis. *Saúde em Debate*, v. 40, n. SPE, p. 73-86, 2016.

A utilização de personagens infantis: proposta didática para atenção primária em saúde – relato de experiência

The use of children's characters: didactics for primary health care – case studies

*La utilización de personajes infantiles: propuesta didáctica para atención primaria en salud
– relato de experiencia*

Cisnara Pires Amaral

Patrícia Vielmo Galvani

Gabriel Pereira Lopes

Lucas Machado Bertolo

Na atual conjuntura nos deparamos com crianças que chegam as escolas apresentando deficiências nutricionais comprovadas pelo consumo exagerado de frituras, bolachas, doces e refrigerantes sinalizando que estamos diante do desenvolvimento de uma população sedentária, propensa à desenvolver diabetes, doenças cardiovasculares e obesidade mórbida. Dessa forma, o presente trabalho de extensão teve como objetivo oportunizar as escolas de ensino fundamental – anos iniciais, do município de Santiago/RS brincadeiras e discussões sobre saúde, alimentação e hábitos saudáveis, utilizando para isso personagens infantis do filme “Toy Story”. Para a atividade, dois acadêmicos se caracterizaram de “Jessy e Woody” e desenvolveram um jogo interativo com discentes de 1º ao 5º ano do ensino fundamental de uma escola particular e três escolas públicas estaduais, totalizando 530 crianças. Para a pesquisa de dados foi proposto um questionário semiaberto para as regentes das turmas e suas monitoras, totalizando 25 questionários. Notou-se a diferença entre as escolas, sendo que a particular apresenta estratégias para auxiliar a nutrição do discente como dias estipulados para o consumo de frutas, bolos da vovó, sanduíches e compras no bar. As escolas públicas fornecem merenda para os discentes, porém é muito alto o consumo de produtos industrializados no bar. Dessa forma, conclui-se que é fundamental a inserção de atividades acadêmicas como projeto de extensão que visem e auxiliem a promoção da saúde, que o uso de personagens infantis promove a identificação da criança com seu personagem favorito, relacionando o não apenas a produtos industrializados, mas ao desenvolvimento de hábitos saudáveis.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde, Educação em Saúde.

ABSTRACT

Nowadays we can observe children who arrive at schools showing nutritional deficiencies by overconsumption of fried foods, cookies, candy and sodas signaling that we are facing the development of a sedentary population, prone to developing diabetes, cardiovascular disease and morbid obesity. Thus, the present extension work had as objective to give the opportunity for the Elementary Schools - early years, of Santiago/RS, plays and discussions on health, food and healthy habits, using children's characters from the movie "Toy Story ". For the activity, two academics wore as "Jessy and Woody" and developed an interactive game with students from the 1st to 5th year at the Elementary School of a private school and three public state schools, totaling 530 children. For this research data has been proposed a semi-open questionnaire to the Regents of the classes and their monitors, totaling 25 questionnaires. Notice the difference between the schools, and the particular features of the nutrition strategies to assist students as days stipulated for the consumption of fruit, Grandma's cakes, sandwiches and purchases at the bar. Public schools provide lunches for the students, but it is very high consumption of processed products in the bar. Thus, it is concluded that it is essential to develop academic activities as extension projects aimed at and support health promotion, the use of children's characters promotes the child's identification with your favorite character, relating not only to products industrialized, but the development of healthy habits.

Keywords: Primary health care, health education, public health.

RESUMEN

En la actual coyuntura nos hemos deparado con niños que llegan a las escuelas presentando deficiencias nutricionales comprobadas por el consumo excesivo de frituras, galletas, dulces y gaseosas, señalizando que estamos delante del desarrollo de una población sedentaria, predispuesta a desarrollar diabetes, enfermedades cardiovasculares y obesidad mórbida. De esa manera, el presente trabajo de extensión tuvo como objetivo proporcionar a las escuelas de enseñanza fundamental – años iniciales, del municipio de Santiago/RS, juguetes y discusiones respecto salud, alimentación y hábitos saludables, utilizando para eso personajes infantiles de la película “*Toy Story*”. Para la actividad, dos académicos se caracterizan de “*Jessy*” y “*Woody*” y desarrollan un juego interactivo con discentes del 1° al 5° año de la enseñanza fundamental de una escuela particular y tres escuelas públicas estaduais, totalizando 530 niños. Para la pesquisa de datos fue propuesto un cuestionamiento parcialmente abierto para las maestras regentes de clases y sus monitoras, concretando 25 cuestionamientos. Fue posible notar la diferencia entre las escuelas, una vez que la escuela particular presenta estratagemas para auxiliar la nutrición del discente como días estipulados para el consumo de frutas, pasteles de abuelas, bocadillos y compras en el bar. Sin embargo, las escuelas públicas ofrecen merienda para los alumnos, pero es muy alto el consumo de productos industrializados en el bar. De esa

forma, es posible concluir que es fundamental la inserción de actividades académicas como proyecto de extensión que objetiven y favorezcan la promoción de salud, puesto que el uso de personajes infantiles propone la identificación del niño con su personaje favorito, relacionándolo sólo a productos industrializados, sino al desarrollo de hábitos saludables.

Palabras llave: Atención Primaria a la Salud, Educación en Salud, Salud Colectiva.

INTRODUÇÃO

Um dos efeitos produzidos pela sociedade moderna está relacionado ao consumo exagerado e desenfreado de produtos industrializados, processo que está afetando diretamente a saúde das crianças, que são bombardeados pela mídia e indústria alimentícia que utilizam seus personagens favoritos de filmes e histórias infantis para comercializar produtos embutindo-os na alimentação.

Sabemos que o marketing favorece o consumismo, pois as crianças exigem que seus pais comprem produtos alimentícios por que representam um personagem e, muitos pais compram produtos acreditando que estão fornecendo a seus filhos alimentos ricos em proteínas e fibras, esquecendo-se da grande quantidade de açúcar e sal.

A abundância de sal é uma das razões para que comidas baratas e intragáveis se tornem algo comestível. Outra razão é que, ao aumentar o teor de sal, aumenta-se o peso agregado da água aumentando o peso do produto, além do que quanto mais sal você consumir, mais líquidos irá beber, constituídos principalmente por refrigerantes e água engarrafada, o que se traduz em outro problema que é a diabetes¹.

Em 2010, o número de diabéticos no mundo foi calculado em cerca de 300 milhões. Este valor pode estar subestimado, porque provavelmente havia outros casos não diagnosticados, especialmente em países em desenvolvimento. A taxa de crescimento do número de diabéticos é de 2,2% ao ano, ou duas vezes a taxa de crescimento da população adulta. Se nada mais mudar no mundo, exceto que a população continue crescendo, envelhecendo e se transferindo para cidades então o número de casos previstos para 2030 é de 500 milhões de diabéticos no mundo¹.

Dessa forma, por que não poderemos utilizar as escolas para trabalhar brincadeiras atreladas à alimentação utilizando os personagens favoritos das crianças? Percebemos que a escola constitui-se como espaço formal que auxilia o desenvolvimento social, mental e psicológico da criança. Muitas crianças passam mais tempo dentro das escolas, do que em seus próprios lares, é fundamental tornar esse espaço propício para o desenvolvimento da atenção

primária à saúde, tornando a aprendizagem divertida, proporcionando o desenvolvimento de hábitos e atitudes.

Tornar a aprendizagem dos conhecimentos científicos em sala de aula um desafio prazeroso é conseguir que seja significativa para todos, tanto para o professor quanto para o conjunto dos alunos que compõem a turma. É transformá-la em um projeto coletivo, em que a aventura da busca do novo, do desconhecido, de sua potencialidade, de seus riscos e limites seja a oportunidade para o exercício e o aprendizado das relações sociais e dos valores².

Nessa perspectiva a escola tem, assim, uma função inclusiva, não excludente. O acesso a ela expressa um direito, uma conquista, bem como uma necessidade social. Utilizar este espaço para a capacitação de comunidades e indivíduos por meio da informação e do desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais é exemplo de ação promotora de saúde³.

Historicamente, as escolas representam espaços importantes utilizados para vivências e práticas em saúde. O espaço escolar tem sido utilizado para problematização e análise dos fatores determinantes das condições de saúde e doença, fundamentalmente quanto ao controle e prevenção do adoecimento, de situações de risco e agravos à saúde, através da vigilância epidemiológica, sanitária e assistência clínico-terapêutica, perdurando uma lógica higienista e preventivista⁴.

Dentro deste contexto, articular a educação escolar à promoção da saúde é contribuir para o fortalecimento e implantação de política mais transversal, integrada e intersetorial, que propõe a articulação entre os serviços de saúde, a comunidade, às iniciativas pública e privada, além do próprio cidadão na proposição de ações que busquem bem-estar e qualidade de vida⁵.

A promoção da saúde está embasada no fortalecimento da autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais na busca de melhorias na qualidade de vida. Preconiza como necessário que os indivíduos ou coletividades sejam capazes de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, transformar e desenvolver mecanismos de adaptação ao meio ambiente para que tenham saúde, como um recurso para a vida cotidiana. Tem como objetivo desenvolver habilidades pessoais para viver através do empowerment, e como estratégias a constituição de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes sustentáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o fortalecimento de ações comunitárias e o desenvolvimento da capacidade individual⁶.

Refletindo sobre as inúmeras possibilidades que o espaço escolar poderá propiciar ao educando, propusemos um projeto de extensão com o objetivo de oportunizar as escolas de ensino fundamental – anos iniciais, do município de Santiago/RS brincadeiras e discussões

sobre saúde, alimentação e hábitos saudáveis, utilizando para isso personagens infantis, realizando a contextualização do imaginário infantil com a promoção da saúde, oportunizando a reflexão.

METODOLOGIA

A atividade constitui-se de um projeto de extensão interdisciplinar organizado pela professora titular das disciplinas de Programas de Saúde e Biologia Humana onde alguns acadêmicos voluntários de Ciências Biológicas, Educação Física e Enfermagem produziram um jogo interativo sobre o consumo de água, refrigerantes, frutas, verduras, arroz e feijão e os excessos de doces, refrigerantes, balas, pirulitos e salgadinhos. O Jogo envolveu imagens que eram interpretadas por dois acadêmicos caracterizados de Jessie e Woody, personagens do filme Toy Story, que proporcionavam entretenimento e diálogo aos discentes.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade, que decidiu retirá-lo da Plataforma Brasil e direcionar o projeto para cunho de extensão, visto que possuía ampla relevância social e acadêmica.

Os acadêmicos visitaram uma escola particular envolvendo 230 discentes e três escolas estaduais do município de Santiago /RS envolvendo 300 crianças, de 1º ao 5º ano. O grupo entrou em contato com as respectivas diretoras dos educandários, combinando com as professoras titulares, dia das apresentações, que duravam em média 60 minutos.

O jogo foi produzido com imagens e perguntas e ocorriam com a participação das crianças que eram estimuladas pelos personagens infantis. Após o jogo as crianças realizavam uma brincadeira com uma ginástica laboral e recebiam dos personagens bolachas caseiras do tipo “integral” representando a estrela do Xerife Woody, além de realizarem uma sessão de fotos com seus personagens.

Para a coleta de dados foi produzido um questionário semiaberto para as regentes das turmas e suas monitoras, que constavam dos seguintes questionamentos: como educadora você acredita que conseguiremos auxiliar no desenvolvimento de hábitos e atitudes, as crianças conseguem relacionar os excessos com o adoecimento do corpo, o uso de personagens colabora para o desenvolvimento de hábitos saudáveis, a criança consegue identificar que açúcares, gorduras e refrigerantes fazem mal a saúde e o tipo de merenda escolar que as crianças trazem para a escola. Um questionário consiste basicamente em traduzir os objetivos da pesquisa em questões específicas. As respostas irão proporcionar dados ao pesquisador para descrever as características da população pesquisada⁷.

Devemos salientar que na instituição particular cada turma contava com uma monitora, que também respondeu ao questionário, totalizando 25 questionários respondidos. Cabe enfatizar que a escola particular possuía um número de alunos maior, pois existem duas turmas de cada ano, totalizando 10 questionários. Já nas escolas estaduais encontramos somente uma turma de cada ano, com média de 13 a 22 alunos, fato que se traduz na priorização do ensino médio pelo Governo Estadual e a municipalização do ensino nos municípios enfatizando os anos iniciais e fundamentais.

Ocorreu a análise e tabulação dos dados obtidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segue tabelas referentes à análise e discussão dos resultados obtidos com as turmas da escola particular e escolas públicas.

Tabela 1 – Faz referência ao desenvolvimento de hábitos e atitudes a partir da integração com os discentes

Como educadora você acredita que conseguiremos auxiliar o desenvolvimento de hábitos e atitudes?		
	Escola Particular	Escolas Públicas
Sim	08	06
Em parte	02	09
Não	0	0
Total Questionários	10	15

Fonte:
autores

Elaborado pelos

Conforme tabela pode se perceber que todas as regentes entenderam o objetivo da atividade proposta de proporcionar o lúdico para as crianças, propondo entretenimento, auxiliando a tomada de decisões. Como no questionário as educadoras poderiam expressar suas opiniões observamos que a maioria das regentes da escola pública, elencaram que conseguiremos auxiliar as crianças em parte, pois esta decisão depende muito do tipo de alimentação que os discentes possuem em suas casas, dos hábitos relacionados ao consumo de frutas, verduras, refrigerantes, doces e da influência que sofrem de seus pais.

Já na escola particular tivemos 10 questionários respondidos de forma afirmativa, observando nas respostas o cuidado com a forma física que a maioria das mães dispõem, as dietas que estão na mídia, frequentes nas conversas entre os corredores da escola, fatores que auxiliam a preocupação com o corpo; além de que a maioria das mães possuem empregadas domésticas, o que facilita a produção de um cardápio melhorado.

Constatamos que de uma forma ou de outra a participação dos pais é decisiva na forma de conduzir a alimentação, porém, as intervenções pedagógicas continuam sendo primordiais, pois auxiliam os discentes enfatizando a importância dos nutrientes para o desenvolvimento corporal, estatura física e funcionamento de órgãos. De uma forma geral o lúdico vem a influenciar no desenvolvimento da criança, é através do jogo que a criança aprende a agir, há um estímulo da curiosidade, a criança adquire iniciativa e demonstra autoconfiança, proporciona o desenvolvimento da linguagem, do pensamento e da concentração⁸.

A atividade lúdica envolve principalmente o entretenimento, onde não importa somente o resultado, mas o divertimento, prazer e interação dos participantes. Nesses momentos onde o lúdico se faz presente são desenvolvidos a criatividade e inúmeros conhecimentos que envolvem jogos, brinquedos, brincadeiras, músicas, danças e representações artísticas⁹.

É notório que a formação de hábitos alimentares saudáveis sofre influência das práticas alimentares introduzidas pelos pais, que podem ser transformadas em excesso de peso ou qualidade de vida.

Tabela 2 – Faz relação dos excessos com o adoecimento corporal

Você acredita que as crianças conseguem relacionar os excessos com o adoecimento do corpo?		
	Escola Particular	Escolas Públicas
Sim	0	0
Em parte	4	2
Não	10	13
Total Questionários	14	15

Fonte: Elaborado pelos autores

Consoante tabela verifica-se que em ambas as escolas as regentes relatam que as crianças não conseguem relacionar os excessos com o adoecimento do corpo. Em nossos questionamentos constatamos o relato das crianças durante a participação na brincadeira que refrigerantes e excessos de doces não fazem bem a saúde; porém não estabelecem a conexão entre patologias e disfunções orgânicas. Obviamente que estamos trabalhando com crianças de educação infantil, com discentes com idade entre 6 e 11 anos de idade, que escutam relatos de doenças em suas casas, observam folders, campanhas publicitárias mas ainda não possuem o discernimento para relacionar excessos e adoecimentos.

Cabe ao docente e a escola proporcionar meios para que o aluno de educação infantil se aproprie de conhecimentos adequados a sua faixa etária realizando as conexões necessárias para a compreensão de fatos de forma prazerosa.

O docente deve apresentar seus conhecimentos como algo de que vale à pena apropriar-se. Trabalha então, como facilitador para que o aluno possa perceber ou projetar significado pessoal naquilo que seu mestre lhe traz⁹.

A prevenção pode ser entendida como uma estratégia de promoção da saúde, na medida em que previne e controla os agravos, por meio da criação de condições de proteção e defesa de indivíduos e grupos que se encontram em situações de riscos e de vulnerabilidades específicas¹⁰.

Tabela 3 – Faz menção sobre o uso de personagens infantis como auxílio no desenvolvimento de hábitos saudáveis

O usa de personagens auxiliam as crianças a relacionarem hábitos saudáveis?		
	Escola Particular	Escolas Públicas
Sim	14	15
Em parte	0	0
Não	0	0
Total Questionários	14	15

Fonte: Elaborado pelos autores

De acordo com a tabela nota-se uma resposta afirmativa em todas as escolas. Sabemos que o marketing utiliza os personagens favoritos das crianças para auxiliar as vendas. Muitas crianças se identificam com o personagem, que passa a representar um amigo imaginário. Visualizamos junto as gôndolas de mercados e lanchonetes uma variedade de lanches relacionados aos mais diversos personagens infantis. A maneira como a imagem dos heróis é passada às crianças gera elementos de imitação, pois estes propõem um mundo lúdico e de magia, com personagens caracterizados como fortes e guerreiros, traços e cores peculiares juntamente com o jingle no momento em que aparecem despertam a atenção das crianças e a manutenção destas em frente à tela¹¹.

Pelo vínculo formado com o super-herói, a criança absorve os aspectos do mesmo nesse processo de diferenciação de sua família de origem. O papel da mídia no apego infantil a esses heróis é ativo, pois a maneira como a mesma veicula a imagem desses ídolos infantis, cria na

criança um apelo à imitação de comportamento, que pode ser internalizado e integrado como um traço da identidade na infância¹². Nessa perspectiva é fundamental atrelar os personagens favoritos das crianças aos hábitos saudáveis, auxiliando o desenvolvimento da criticidade e do conhecimento.

Tabela 4- Relata a identificação que açúcares, gorduras e refrigerantes podem desenvolver problemas a saúde

A criança consegue identificar que açúcares, gorduras e refrigerantes fazem mal a saúde?		
	Escola Particular	Escolas Públicas
Sim	06	07
Em parte	08	08
Não	0	0
Total Questionários	14	15

Fonte: Elaborado pelos autores

Segundo a tabela, as regentes de ambas as escola acreditam que as crianças conseguem identificar ocasionalmente que refrigerantes, doces, salgadinhos, bolachas recheadas e gorduras fazem mal a saúde, relatam em suas respostas que apesar de entenderem os malefícios não possuem discernimento para rejeitar tais alimentos, observam que o apelo da mídia favorece o consumo de alimentos processados, ricos em gorduras e açúcares. Também relatam o consumo destes produtos nos bares das escolas, além da quantidade de discentes sobrepeso na educação infantil e da substituição de produtos orgânicos pelos processados.

Tendo em vista as alterações nos padrões de alimentação, aumento do sobrepeso, obesidade e maior oferta de empresas estrangeiras que oferecem produtos de “fast foods”, ressalta-se mais uma vez a importância da atuação do governo planejando e promovendo políticas públicas com ações voltadas à saúde e nutrição da população, além de regulamentações para os produtos¹³.

É importante ressaltar que nas últimas três décadas a utilização de alimentos minimamente processados e básicos para elaboração de pratos tem sido substituído cada vez mais pelos que possuem maiores teores de açúcares adicionados, gordura saturada, sódio, energia e menor aporte de fibras. Isso ocorre tanto nas classes sociais mais privilegiadas como nas classes menos privilegiadas¹⁴.

Além disso, podem ser utilizados alguns recursos nas embalagens dos produtos que não são amplamente conhecidos pelos possíveis compradores. Como exemplo pode-se citar o termo

light, que significa redução em alguns nutrientes, contudo, esta diminuição observada ainda pode ser maior que a recomendação para os indivíduos, considerando os parâmetros de uma alimentação saudável. Assim como os produtos light, alimentos intitulados como “fortificados” com vitaminas e minerais também podem apresentar nutrientes em quantidades não desejáveis, como alto teor em gorduras, sódio e açúcares¹⁵.

Tabela 5 – Faz referência ao fato das regentes perceberem qual o tipo de nutriente compõe o lanche dos discentes

Durante a merenda escolar, você observa que as crianças trazem sucos industrializados, bolachas recheadas e doces em geral?		
	Escola Particular	Escolas Públicas
Sim	03	10
Em parte	02	03
Não	08	02
Total Questionários	14	15

Fonte: Elaborado pelos autores

Identifica-se que na escola particular o consumo de alimentos processados é menor visto que durante a semana, é permitida a compra de lanches no bar apenas uma vez, durante a quarta-feira, que é o dia do lanche livre, essa regra é válida para o 1º ao 3º ano, que possuem também dia para lanches partilhados, dia das frutas, dos sanduíches e dos bolos da vovó. As regentes relataram que costumam incentivar os discentes para que consumam alimentos orgânicos e comprados nas feiras do município, mencionaram a criação de um livro de receitas de bolos feitas pelas mães e avós para incentivar o consumo destes alimentos. Já no 4º e 5º ano as crianças podem comprar no bar, mas existem dois dias específicos para os lanches orgânicos. Descreveram que ainda observam o alto consumo de sucos industrializados, todinhos e bolachas recheadas no 4º e 5º ano.

Já na escola pública nota-se que a grande maioria consome tais alimentos, vendidos também no bar da escola. Não relataram nenhuma estratégia para melhorar a nutrição das crianças. Durante seus apontamentos descreveram o grande número de discentes que recebem dinheiro para comprar merenda, que ocasionalmente carregam sanduíches ou bolos, e ainda o grande consumo de refrigerantes, balas e pirulitos, após o recreio. Comunicaram que as escolas possuem merenda escolar; porém, mesmo assim as crianças consomem no bar refrigerantes, sucos industrializados, balas, chocolates e pirulitos.

Nota-se a importância da inserção da universidade com projetos de extensão que utilizem a escola como espaço privilegiado para promover a saúde, colaborando com a saúde dos discentes, evitando o desenvolvimento das DNTs (Doenças Não-Transmissíveis) relacionadas ao século XXI, caracterizadas pela diabetes, sobrepeso, hipertensão e cardiovasculares, todas associados a maus hábitos na alimentação.

Percebe-se que a escola, como promotora de saúde, é local propício à aplicação de programas de educação em saúde em larga escala, incluindo programas de educação nutricional¹⁶.

Outro fato que justifica a aplicação de programas para o controle desse fenômeno pode ser observado na sua alta incidência, como mostram as seguintes pesquisas. Uma delas realizada com 1.927 crianças, de 6 a 11 anos de idade, na cidade de Natal, no Rio Grande do Norte, em escolas públicas e privadas, apresentou os seguintes resultados: nas escolas privadas, no total de 895 alunos, 488 (54,5%) apresentavam risco de sobrepeso ou sobrepeso, e nas escolas públicas, no total de 1.032 alunos, foram encontrados 15,6% para risco de sobrepeso ou sobrepeso¹⁷.

No entanto, a sociedade como um todo não precisa ficar esperando pesquisas, genes específicos, ou uma pílula mágica, ou a invenção de uma bata frita com baixa caloria. Já está claro quais as mudanças que minimizarão muitos dos riscos para a maior parte de nós. Essas mudanças incluem: não fumar; exercitar-se regularmente; limitar a ingestão de calorias, álcool, sal, comidas salgadas, açúcar, refrigerantes, gorduras saturadas e trans, alimentos processados; e aumentar nossa ingestão de fibras, frutas, vegetais, cálcio e carboidratos¹.

CONCLUSÃO

Após o desenvolvimento do trabalho notou-se que é fundamental a inserção de atividades acadêmicas como projeto de extensão que visem e auxiliem a promoção da saúde, que a escola é mola propulsora para auxiliar a tomada de decisões, que o uso de personagens infantis promovem a identificação da criança com seu personagem favorito, relacionando o não apenas a produtos industrializados, mas ao consumo de produtos orgânicos, aos excessos no consumo de doces, refrigerantes, balas, sucos industrializados.

Identificou-se que as atitudes dos pais são fatores que promovem a tomada de decisões e o desenvolvimento de hábitos saudáveis, pois a escolha do tipo de nutrientes que compõem o lanche das crianças terá a avaliação dos pais, que as crianças conseguem identificar os malefícios dos alimentos, mas não possuem bom senso para rejeitar os produtos, além do que a

mídia os bombardeia com imagens, brinquedos, personagens para incentivar o consumo de produtos industrializados.

Notou-se que a escola particular possui estratégias para o desenvolvimento de promoções de saúde, produzindo livros de receitas para incentivar os discentes, dias específicos de consumo de frutas, sanduíches e bolos da vovó. Já a escola pública fornece merenda escolar gratuita, mas não possui estratégias para auxiliar a tomada de decisões quanto à alimentação, as regentes elencaram o grande consumo no bar de refrigerantes, doces, pirulitos, chocolates e balas.

Assim sendo, as atividades extensionistas promovem o lúdico, abordam conhecimento, promovem a socialização, o desenvolvimento da crítica perante a mídia que utiliza de vários subterfúgios para ganhar novos consumidores.

REFERÊNCIAS

1. DIAMOND, J. **O mundo até ontem: O que podemos aprender com as sociedades tradicionais?** 1 ed. Rio de Janeiro: Record, 2014.
2. DELIZOICOV, D.; ANGOTTI, J.A.; PERNANBUCO, M.M. **Ensino de Ciências: fundamentos e métodos.** 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.
3. ESTANISLAU, G.M.; BRESSAN, R.A. **Saúde Mental na escola: o que os educadores devem saber.** Porto Alegre: Artmed, 2014.
4. SILVA, C.S., BODSTEIN, R.C.A. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. **Ciência & Saúde Coletiva.** 21(6):1777-88, 2016.
5. FONTANA, R.T. A vigilância sanitária no contexto escolar: um relato de experiência. **Rev Bras Enferm,** Brasília; v. 61, n.1, p. 131-4, 2008;
6. CARVALHO, S.R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudanças.** São Paulo: Hucitec, 174 p., 2005.
7. GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6 ° ed. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2008.
8. ALMEIDA, A. Ludicidade como instrumento pedagógico. Cooperativa do Fitness, Belo Horizonte, jan. 2009. **Seção Publicação de Trabalhos.** Disponível em: <http://www.cdof.com.br/recrea22.htm>. Acesso em 12 fev. de 2013.
9. BÖCK, V. R. **Motivação para aprender. Motivação para ensinar. Reencantando a escola.** Porto Alegre: CAPE, 2008.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2006b. 42p.
11. MUNARIM, I. A. Violência na Programação Infantil da TV e as Brincadeiras das Crianças. CONGRESSO SULBRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 2 out/2004. **Anais...** Criciúma: CBCE/UNESC, 2004.
12. SOUZA, K.B.; MEDEIROS, M. A mídia e o impacto dos personagens infantis: as crianças na ordem do consumo. In Congresso Internacional Comunicação e consumo- COMUNICON 2014, São Paulo, 2014. **Anais ...** Disponível em http://www.espm.br/download/Anais_Comunicon_2014/gts/gttres/GT03_KATIA_SOUZA.pdf, acesso em: 17 jan 2018.
13. MONTEIRO, C.A, CANNON, G. The impact of Transnational “Big Food” Companies on the South: a view from Brazil. **PLoS Medicine**. 2012;9(7):1-5.
14. MONTEIRO, C.A.; LEVY, R.B.; CLARO, R.M.; CASTRO, I.R.R.; CANNON, G. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. **Public Health Nutr**. 2010;14(1):5-13.
15. MONTEIRO, C.A. Invited commentary: nutrition and health. The issue is not food, nor nutrients, so much as processing. **Public Health Nutr**. 2009;12(5):729-731.
16. SCHMITZ, B. A. S. et al. A escola promovendo hábitos alimentares saudáveis: uma proposta metodológica de capacitação para educadores e donos de cantina escolar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 2, p. S312-S322, 2008.
17. BRASIL, L. M. P.; FISBERG, M.; MARANHÃO, H.S. Excesso de peso de escolares em região do nordeste brasileiro: contraste entre as redes de ensino pública e privada. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 4, p. 405-412, out./dez. 2007.