

Jader Silveira (Org.)

SAÚDE

Ciência Ambiente e Bem Estar



Jader Silveira (Org.)

SAÚDE

Ciência Ambiente e Bem Estar




EDITORA
ÓPERA

© 2022 – Editora Ópera

www.editoraopera.com.br

editoraopera@gmail.com

Organizador

Jader Luís da Silveira

Editor Chefe: Jader Luís da Silveira

Editores e Arte: Resiane Paula da Silveira

Capa: Freepik/Ópera

Revisão: Respective autores dos artigos

Conselho Editorial

Ma. Heloisa Alves Braga, Secretaria de Estado de Educação de Minas Gerais, SEE-MG

Me. Ricardo Ferreira de Sousa, Universidade Federal do Tocantins, UFT

Me. Guilherme de Andrade Ruela, Universidade Federal de Juiz de Fora, UFJF

Esp. Rícael Spirandeli Rocha, Instituto Federal Minas Gerais, IFMG

Ma. Luana Ferreira dos Santos, Universidade Estadual de Santa Cruz, UESC

Ma. Ana Paula Cota Moreira, Fundação Comunitária Educacional e Cultural de João Monlevade, FUNCEC

Me. Camilla Mariane Menezes Souza, Universidade Federal do Paraná, UFPR

Ma. Jocilene dos Santos Pereira, Universidade Estadual de Santa Cruz, UESC

Esp. Alessandro Moura Costa, Ministério da Defesa - Exército Brasileiro

Ma. Tatiany Michelle Gonçalves da Silva, Secretaria de Estado do Distrito Federal, SEE-DF

Dra. Haiany Aparecida Ferreira, Universidade Federal de Lavras, UFLA

Me. Arthur Lima de Oliveira, Fundação Centro de Ciências e Educação Superior à Distância do Estado do RJ, CECIERJ

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Silveira, Jader Luís da
S587d Saúde: Ciência, Ambiente e Bem Estar / Jader Luís da Silveira
(organizador). – Formiga (MG): Editora Ópera, 2022. 187 p. : il.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-998512-3-0

DOI: 10.5281/zenodo.7008520

1. Saúde. 2. Ciência. 3. Ambiente. 4. Bem Estar. I. Silveira, Jader
Luís da. II. Título.

CDD: 613

CDU: 614

*Os artigos, seus conteúdos, textos e contextos que participam da presente obra apresentam
responsabilidade de seus autores.*

Downloads podem ser feitos com créditos aos autores. São proibidas as modificações e os
fins comerciais.

Proibido plágio e todas as formas de cópias.

Editora Ópera

CNPJ: 35.335.163/0001-00

Telefone: +55 (37) 99855-6001

www.editoraopera.com.br

editoraopera@gmail.com

Formiga - MG

Catálogo Geral: <https://editoras.grupomultiatual.com.br/>

Acesse a obra originalmente publicada em:
<https://www.editoraopera.com.br/>



AUTORES

**ADRIANA MANRIQUE TOMÉ
ALINE CRISTINA MARTINS DA VEIGA
ALINE FERNANDA SOUZA DE OLIVEIRA
ANA CAROLYNA DA SILVA ROCHA
ANDRÉ J. P. DOS SANTOS
ANDREA RUZZI PEREIRA
BARBARA VITÓRIA DOS SANTOS TORRES
BIANCA DA SILVA LEAL ROSA
CAMILLA ARAÚJO DA SILVA
CAROLINA SASSI
COSME REZENDE LAURINDO
DAVI MILAN
FRANSUÉLIDA DA CONCEIÇÃO SOARES
GLEYSSELLE LIRA PROCHAZKA
HELDER FERREIRA
HERMES CANDIDO DE PAULA
ITAÉCIO FELIPE SILVA
JISLENE DOS SANTOS SILVA
JOÃO MÁRIO PIRES DA COSTA
JOSÉ HUMBERTO ALVES
JUERILA MOREIRA BARRETO
JULIANA BIANCA MAIA FRANCO
KATIANE DA SILVA MENDONÇA
LINDYNÊS AMORIM DE ALMEIDA
MÁRCIO RODRIGUES ALVES
MARCIO ROGERIO BRESOLIN
MARCOS AUGUSTO MORAES ARCOVERDE
MARTA LIBANÓRIO SETTE
NAIRA AKEMI MICHEL
NILTON SOARES FORMIGA
REGIANE BEZERRA CAMPOS
REGINA FELÍCIO
REINALDO ANTONIO SILVA-SOBRINHO
RICARDO OVÍDIO DE OLIVEIRA LIMA
RILLARY CAROLINE DE MELO SILVA
SILVANA SOLANGE ROSSI
THALITA KELLE PIRES BESERRA
VALDICÉIA MIRANDA MACHADO BOUZADA
VIVIANE VANESSA RODRIGUES DA SILVA SANTANA LIMA
WILLIAM ÁVILA DE OLIVEIRA SILVA**

APRESENTAÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define Saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidades”. Sendo assim, não basta apenas estar sem nenhuma doença, é necessário estar bem consigo mesmo e com o corpo, sem sentir dores ou até mesmo tristeza.

A Saúde não visa apenas tratar pessoas doentes, mas sim implementar um conjunto de medidas que visa o bem estar físico, mental e social da população. Sempre foi necessário investir em estratégias gerais de promoção de saúde, como o incentivo às práticas esportivas, à alimentação saudável, ao acesso às consultas preventivas de saúde.

Esta obra concebida diante artigos científicos especialmente selecionados por pesquisadores da área. Os conteúdos apresentam considerações pertinentes sobre os temas abordados diante o meio de pesquisa e/ou objeto de estudo. Desta forma, esta publicação tem como um dos objetivos, garantir a reunião e visibilidade destes conteúdos científicos por meio de um canal de comunicação preferível de muitos leitores.

Este e-book conta com trabalhos científicos aliados às temáticas das práticas ligadas as temáticas em Saúde, bem estar e as suas interligações com a sociedade, bem como os aspectos que buscam contabilizar com as contribuições de diversos autores. É possível verificar a utilização das metodologias de pesquisa aplicadas, assim como uma variedade de objetos de estudo.

SUMÁRIO

<p>Capítulo 1 PERFIL DOS CASOS PSIQUIÁTRICOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA <i>Regiane Bezerra Campos; Naira Akemi Michel; Helder Ferreira; Reinaldo Antonio Silva-Sobrinho; Marcos Augusto Moraes Arcoverde; Davi Milan; Hermes Candido de Paula; Bianca da Silva Leal Rosa; Regina Felício; Itaécio Felipe Silva</i></p>	9
<p>Capítulo 2 LOMBALGIA, CINESIOFOBIA, HÁBITOS POSTURAI, DEPRESSÃO, ANSIEDADE E IMPRESSÕES RADIOLÓGICA EM MULHERES NA MATURIDADE <i>Juerila Moreira Barreto; Camilla Araújo da Silva; Fransuélida da Conceição Soares; Nilton Soares Formiga</i></p>	25
<p>Capítulo 3 PADRÕES CULTURAIS NAS ORGANIZAÇÕES E SUA INFLUÊNCIA NA ANSIEDADE, ESTRESSE E DEPRESSÃO EM TRABALHADORES <i>Nilton S. Formiga; Juliana Bianca Maia Franco; Ricardo Ovídio de Oliveira Lima; Thalita Kelle Pires Beserra; Gleyssielle Lira Prochazka; André J. P. dos Santos</i></p>	45
<p>Capítulo 4 PSICOLOGIA SOCIAL RURAL DO ENVELHECIMENTO: COMPREENDENDO AS CONCEPÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO EM PRODUTORES RURAIS IDOSOS EM DIAMANTINO – MT <i>Adriana Manrique Tomé; Nilton S. Formiga</i></p>	68
<p>Capítulo 5 DEPENDÊNCIA EMOCIONAL EM ADOLESCENTES: UMA ANÁLISE A PARTIR DA SÉRIE EUPHORIA <i>José Humberto Alves; Carolina Sassi; Valdicéia Miranda Machado Bouzada; João Mário Pires da Costa; Andrea Ruzzi Pereira</i></p>	93
<p>Capítulo 6 ACESSO À CANNABIS MEDICINAL NO BRASIL: UMA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR <i>Aline Fernanda Souza de Oliveira; Márcio Rodrigues Alves; Silvana Solange Rossi</i></p>	104
<p>Capítulo 7 SÍFILIS CONGÊNITA EM ALAGOAS: ANÁLISE DE 10 ANOS <i>Jislene dos Santos Silva; Barbara Vitória dos Santos Torres; Lindynês Amorim de Almeida; Rillary Caroline de Melo Silva; Katiane da Silva Mendonça; Ana Carolyn da Silva Rocha; Viviane Vanessa Rodrigues da Silva Santana Lima</i></p>	123

Capítulo 8 LINGUAGEM CORPORAL NA IDENTIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS <i>Aline Cristina Martins da Veiga</i>	140
Capítulo 9 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A INTERFACE COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A INSERÇÃO DE GRUPOS DE SAÚDE MENTAL COMO PRÁTICA POSSÍVEL <i>Marta Libanório Sette; William Ávila de Oliveira Silva; Cosme Rezende Laurindo</i>	153
Capítulo 10 O CORPO ATRAVÉS DE UMA PROPOSTA EPISTEMOLÓGICA OUTRA: CORPOS FRONTEIRIÇOS PARA UMA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO NA EDUCAÇÃO FÍSICA <i>Marcio Rogerio Bresolin</i>	174

Capítulo 1
PERFIL DOS CASOS PSIQUIÁTRICOS ATENDIDOS
EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE
URGÊNCIA

Regiane Bezerra Campos

Naira Akemi Michel

Helder Ferreira

Reinaldo Antonio Silva-Sobrinho

Marcos Augusto Moraes Arcoverde

Davi Milan

Hermes Candido de Paula

Bianca da Silva Leal Rosa

Regina Felício

Itaécio Felipe Silva

PERFIL DOS CASOS PSIQUIÁTRICOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Regiane Bezerra Campos

Mestre em Ensino. Doutoranda em Saúde Pública, USP/Brasil. Professora do Curso de Enfermagem. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, Brasil.

Naira Akemi Michel

Enfermeira. Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Foz do Iguaçu, Brasil,

Helder Ferreira

Mestre, Doutorando em Saúde Pública, USP/Brasil. Professor do Curso de Enfermagem. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, Brasil.

Reinaldo Antonio Silva-Sobrinho

Doutor, Professor do Programa de Pós-graduação em Ensino. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Foz do Iguaçu, Foz do Iguaçu, PR, Brasil, reisobrinho@yahoo.com.br.

Marcos Augusto Moraes Arcoverde

Mestre. Professor do Curso de Enfermagem. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, Brasil.

Davi Milan

Professor de Educação Básica. Quintana – SP – Brasil. Formado em Letras e Pedagogia. davi.milan@unesp.br

Hermes Candido de Paula

Enfermeiro. Doutor em Ciências do Cuidado em Saúde, pelo Programa Acadêmico de Ciências do Cuidado em Saúde (PACCS), da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense (EAAAC/UFF). Pós-doutorando pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz.

Bianca da Silva Leal Rosa

Enfermeira Pós-graduanda em Saúde pública com ênfase em Estratégia Saúde da família Pós-graduanda em Enfermagem cardiologia e hemodinâmica

Regina Felício

*Mestre em: Desenvolvimento Local - linha de pesquisa: Inovação, Tecnologia e Sociedade. Ciências Pedagógicas com ênfase em aprendizagem - linhadespesquisa: Avaliação Tecnologia Educacional, Doutoranda em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia - Linha de Pesquisa: Epistemologia, Lógicas e Teorias da
Mente*

Itaécio Felipe Silva

Especialização em Gestão Hospitalar e Auditoria em Serviços de Saúde pela Faculdade Estratego

Resumo

Objetivo: Caracterizar os atendimentos psiquiátricos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em município de tríplice fronteira internacional no período entre janeiro a dezembro de 2011. **Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo de dados coletados nos prontuários de atendimentos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Foi construída uma planilha eletrônica por meio do Excel e calculado frequência e porcentagem. **Resultados:** Foram analisados apenas casos de natureza psiquiátrica, que corresponderam a 8,18% dos casos (n=1.219), sendo que 679 (55,70%) eram do sexo masculino e 539 (44,21%) do feminino. **Conclusão:** A maior incidência de transtornos psiquiátricos ocorreu na idade de 31 a 40 anos e houve prevalência do sexo masculino. Em relação ao sexo, observou-se prevalência da intoxicação alcoólica (26,60%) no masculino e da crise nervosa (10,90%) no feminino. **Descritores:** Urgência psiquiátrica; Atendimento pré-hospitalar; Saúde mental.

Abstract

Objective: To characterize the psychiatric cases attended by Mobile Emergency Care Service of Foz do Iguaçu, PR (Brazil) during the period from January to December of 2011. **Method:** This is a descriptive, retrospective epidemiological study of the data collected in the medical records of the Mobile Emergency Care Service. A spreadsheet was built using Excel and calculated frequency and percentage. **Resulted:** It was analyzed only the psychiatric cases, corresponding to 8,8% of all cases attended (n=1,219), and 679 (55.70%) were males and 539 (44.21%) female. **Completion:** The higher incidence of psychiatric disorders occurred at age of 31 to 40 years old and was more prevalent in males. Regarding gender, there was the prevalence of alcohol

intoxication (26.60%) among males and of nervous breakdown (10.90%) among females.

Descriptors: Psychiatric emergency, Pre-hospital care, mental health.

Introdução

A doença mental é caracterizada pela impossibilidade contínua ou esporádica de se manter e desenvolver de forma harmoniosa no contexto social e individual.¹ Por um longo tempo ela foi compreendida como uma falha que a pessoa apresentava em seu comportamento diante da sociedade, estando assim fora das expectativas esperadas para o convívio social.²

Da antiguidade até a contemporaneidade a necessidade de explicar os diversos distúrbios e doenças manifestados pelo doente mental passou pelos credos, explicações sobrenaturais e teorias orgânicas. Em seus primórdios, as práticas terapêuticas eram baseadas na submissão a purificações, as quais foram insurgidas por Hipócrates.³ Recentemente, os principais avanços em neurociências foram os estudos genético-epidemiológicos, genético-moleculares e farmacocinéticos, o que possibilitou a correlação do componente genético na etiopatogenia dos transtornos mentais⁴, estes são considerados um grave problema de saúde pública, essa noção e conscientização são relativamente recentes, ocorrendo a partir de 1994.⁵

Quanto às situações de emergência psiquiátrica, elas podem ocorrer em qualquer momento da vida e em diferentes lugares do contexto social. Estas situações estão relacionadas com o risco significativo ou morte tanto para a pessoa como para os outros que a cercam, necessitando de intervenção imediata.¹

Devem-se considerar os fatores subjetivos e objetivos e suas relações com a crise na emergência psiquiátrica.⁶ A crise é definida como um estado de desequilíbrio emocional que ocorre em pessoas saudáveis em caráter agudo com duração limitada, sendo que esta pode ocorrer em qualquer momento da vida e em diferentes lugares do contexto social⁷, pode também ser considerada como um momento de sofrimento que deve e pode ser tratada na comunidade.⁸

Até a década de 70, o doente mental sobrevivia à mercê do isolamento familiar e social, exilado em manicômios sob tratamentos invasivos, sub-humanos, sendo os métodos de tratamentos rotos e baseados no isolamento. Essas práticas justificavam-se pelo preconceito de que os doentes ofereciam risco à sociedade.² Todavia ocorreram mudanças nas últimas décadas. No contexto brasileiro, os principais

fatores que impulsionaram as mudanças na política de atenção à saúde mental foram: a discriminação, marginalização, rejeição, sobrecarga econômica e social, dificuldade de acesso, falha no tratamento e pouca prioridade para a assistência em saúde mental e psiquiátrica.⁷ A saber, “ao final da II guerra vários movimentos de contestação no saber e práticas psiquiátricas se faziam notar no cenário mundial”.^{9:335} “A influência desses movimentos de crítica à psiquiatria também se fizeram notar em diferentes momentos, no contexto da sociedade brasileira”^{9:336}

Assim, a partir de 1978 surgem os movimentos sociais reivindicando melhorias na assistência psiquiátrica. Na época, o foco concentrava-se nos direitos dos pacientes psiquiátricos elucidando as denúncias sobre a violência nos manicômios, maus tratos aos pacientes e a reivindicação por melhores condições de tratamento.¹⁰ Neste contexto, os movimentos sociais representaram uma grande força política, no entanto existe complicadores éticos e práticos.¹¹

Assim, a reorganização da saúde mental aconteceu mediante o movimento denominado Reforma Psiquiátrica. Este movimento culminou em transformações radicais focadas na inserção social, na elaboração de propostas para um modelo assistencial que vise ofertar serviços de saúde mental com ênfase na prevenção primária, prevenção secundária eficaz como também a melhor distribuição dos recursos pela reestruturação do atendimento ao doente psiquiátrico. Nesse contexto, observa-se a ampliação de discussões sobre a loucura, segregação do doente mental e as demandas dos serviços disponíveis.¹² A esse respeito, na década de 80, surgiu no Brasil, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) emergindo em 1990 a implantação de Núcleos de Atenção Psicossocial.¹²

Desta forma, a Lei n. 10.216 de 06/04/2001 foi o resultado do movimento internacional e nacional de combate à discriminação e preconceitos.⁷ A partir dela, vários atos normativos foram baixados, dando origem a vários serviços de saúde mental.⁷ A substituição dos leitos psiquiátricos iniciou em 1990, com efetividade a partir de 2002 através da criação do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria).¹³ Esses serviços propiciaram o atendimento contínuo através da equipe multiprofissional.¹⁴

Paralelo a isso, em novembro 2002 a Portaria GM/MS n. 2048 regulamentou a organização das redes de atenção integral urgências e seus diversos componentes. Destes, o componente Pré-Hospitalar Móvel foi instituído por meio da Portaria GM/MS n. 1863 de 29 de setembro de 2003 por meio da implantação de Serviços de

Atendimento Móvel de Urgências (SAMU).¹⁵ Esse atendimento visa chegar precocemente à vítima, após o agravo à saúde, inclusive os de natureza psiquiátrica, objetivando o atendimento ou transporte pré-hospitalar móvel adequado, hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde. O papel do SAMU no tocante à assistência às urgências psiquiátricas foi ratificado durante a Primeira Oficina Nacional de Atenção às Urgências em Saúde Mental, que aconteceu na cidade de Aracaju- SE no ano de 2004. O evento foi o primeiro diálogo prático para operacionalizar a articulação entre a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Política Nacional de Saúde Mental.¹⁶

Em relação ao paciente de Saúde Mental, a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Foz do Iguaçu (PR) criou um protocolo de atendimento e encaminhamento de pacientes psiquiátricos, assim, nos momentos de crise esses pacientes são atendidos por uma equipe de Atendimento Pré-Hospitalar do SAMU, sendo encaminhados para os locais de referência (Hospital municipal ou Unidade de Pronto Atendimento - UPA).

Neste sentido, este artigo se propõe a caracterizar os atendimentos psiquiátricos realizados pelo SAMU de Foz do Iguaçu (PR) no período entre janeiro a dezembro de 2011, delineando o perfil dos casos.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva, retrospectiva e epidemiológica, a qual foi realizada no setor de arquivos da sede do SAMU do município de Foz do Iguaçu. Inicialmente, a população envolvida representou 14.913 prontuários, destes 1.219 se referem aos atendimentos psiquiátricos pertinentes ao estudo. A coleta de dados foi realizada em 2012 por meio de busca nos prontuários de atendimentos realizados no período de janeiro a dezembro de 2011. O critério de inclusão foram os atendimentos de natureza psiquiátrica, em contrapartida, foram excluídos todos os agravos de saúde de natureza traumática e clínica. Os dados foram apresentados na forma de porcentagem e frequência, após, foram tabulados e representados através de gráficos, tabelas e quadros facilitando a análise dos dados obtidos, tornando-os mais claros e objetivos. Estes incluíram problemas relacionados a alcoolismo, uso de drogas ilícitas, transtornos emocionais, tentativas de suicídio, intoxicação exógena pela ingestão de medicamentos e produtos químicos. A pesquisa foi aprovada pelo

Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade do Oeste do Paraná (UNIOESTE), CAAE - 0288.0.276.000-11.

Resultados

De acordo com a natureza dos atendimentos realizados pelo SAMU de Foz do Iguaçu no período de janeiro a dezembro de 2011, 1.219 (8.18%) foram atendimentos relacionados a urgências psiquiátricas e, 13.694 (91.82) atendimentos das demais urgências de natureza clínica e traumática. Os meses de ocorrência mostram que agostos a dezembro apresentam um maior número de atendimentos psiquiátricos sendo eles: em agosto 105 casos; em setembro 132 casos; em outubro 149 casos; em novembro 141 casos e em dezembro 133 casos. Assim foram analisadas as 1219 fichas de atendimento.

Tabela 1. Distribuição dos atendimentos psiquiátricos segundo idade e sexo realizado pelo SAMU em Foz do Iguaçu, Paraná, 2011

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Idades						
10 a 20*	98	(8,04)	83	(6,80)	182	(14,93)
21 a 30	148	(12,14)	117	(9,60)	265	(21,74)
31 a 40	148	(12,14)	146	(11,98)	294	(24,12)
41 a 50	124	(10,17)	81	(6,64)	205	(16,81)
51 a 60	73	(5,99)	59	(4,84)	132	(10,83)
61 a 70	23	(1,89)	23	(1,89)	46	(3,78)
71 a 80	12	(0,98)	13	(1,07)	25	(2,05)
Ignorado	53	(4,35)	17	(1,39)	70	(5,74)
Total	679	(55,70)	539	(44,22)	1218	(100)

*Um atendimento teve o sexo ignorado

A Tabela 1 demonstrou prevalência de atendimentos de pessoas do sexo masculino com 679 (55,70%) atendimentos, a faixa etária de 31 a 40 anos representa a maior incidência, com 294 (24,12%) casos, a menor incidência refere-se à idade de 71 a 80 anos, apresentando 25 (2,05%) casos.

Tabela 2. Frequência de casos psiquiátricos: Sexo e causas dos atendimentos realizados pelo SAMU de foz do Iguaçu, PR, 2011.

Casos psiquiátricos	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Abstinência alcoólica	01	(0,08)	58	(4,76)	59	(4,84)
Abstinência Química	03	(0,24)	13	(1,06)	16	(1,30)
Agitação psicomotora	66	(5,42)	80	(6,56)	146	(11,98)
Crise depressiva	14	(1,15)	01	(0,08)	15	(1,23)
Crise nervosa	133	(10,91)	27	(2,21)	160	(13,12)
Intoxicação alcoólica	100	(8,21)	224	(18,39)	324	(26,60)
Intoxicação exógena (ingestão de medicamentos)	58	(4,77)	23	(1,88)	81	(6,65)
Intoxicação exógena (ingestão de produtos químicos)	06	(0,50)	02	(0,16)	08	(0,66)
Intoxicação química *	22	(1,80)	69	(5,66)	92	(7,55)
Surto psicótico	126	(10,34)	169	(13,87)	295	(24,22)
Tentativa de suicídio	09	(0,82)	13	(1,07)	22	(1,89)
Total	539	(44,25)	679	(55,75%)	1218	(100)

* Um atendimento teve o sexo ignorado

Mediante Tabela 2, é possível verificar que a maior incidência de causas de atendimentos é representada pela intoxicação alcoólica 324 (26,60%) com maior incidência no sexo masculino. A menor incidência ocorreu na causa intoxicação exógena por ingestão de produtos químicos, com 08 (0,66) causas de atendimento sendo 06 do sexo feminino.

Quadro 1. Número de casos psiquiátricos segundo sexo, idade e causas dos atendimentos realizados pelo SAMU de Foz do Iguaçu, PR, 2011.

		Causas dos atendimentos											
Idade em anos		AA	AQ	AP	CD	CN	IA	IEM	IEPQ	IQ	SP	TS	T
10 -20	F	-	01	05	01	28	22	12	03	07	02	02	83
	M	01	03	12	-	03	25	02	01	21	24	06	98
21 -30	F			16	03	18	21	16	02	10	27	03	117
	M	03	03	26	-	07	29	10	-	27	43	-	148
31- 40	F	01	01	13	05	34	24	14	-	03	48	03	146
	M	15	03	18	01	05	41	05	01	08	47	04	148
41- 50	F	-	-	13	01	22	13	11	-	-	20	01	81
	M	20	04	10	-	04	50	03	-	06	26	01	124
51 – 60	F	-	01	09	03	19	08	03	01	01	14	-	59
	M	17	-	03	-	05	25	03	-	03	17	-	73
61 – 70	F	-	-	03	-	08	04	-	-	-	05	-	20
	M	01	-	02	-	03	10	-	-	-	05	02	23
71- 80	F	-	-	07	-	10	07	01	-	-	08	-	33
	M	-01	-	07	-	-	02	-	-	-	02	-	12

Ignorado													
F	-	-	02	01	01	05	-	-	01	07	-	17	
M	-	-	02	-	-	42	-	-	04	05	-	53	

Legenda: Abstinência alcoólica (AA); Abstinência Química (AQ); Agitação psicomotora (AP); Crise depressiva (CD); Crise nervosa (CN); Intoxicação alcoólica (IA); Intoxicação exógena ingestão de medicamentos (IEM); Intoxicação exógena por ingestão de produtos químicos (IEP); Intoxicação química (IQ); Surto Psicótico (SP); Tentativa de suicídio (TS).

No Quadro 1, observou-se prevalência nas idades entre 31 e 40 anos, sendo 34 (2,78%) casos de CN, 48 (3,93%) casos de SP e 24 (1,96%) casos de intoxicação alcoólica.

Discussão

Dos 14.913 prontuários de atendimento do SAMU no ano de 2011, 1.219 foram referentes a atendimentos psiquiátricos, o que representa 8,18% dos atendimentos totais. Na sequência, far-se-á a análise baseada nos 1.219 prontuários encontrados.

A respeito do transtorno psiquiátrico abstinência química e alcoólica, ocorre à prevalência entre 21 a 30 anos, com maior incidência do sexo masculino em todas as idades. Já a agitação psicomotora apresenta incidência praticamente em todas as idades nos homens (10 a 60 anos), maior prevalência entre 21 a 30 anos. A Intoxicação alcoólica incide em todas as idades com prevalência dentre 41 e 50 anos representada por 49 (4,02%) casos. Embora não representem percentuais prevalentes é importante demonstrar a incidência de intoxicação alcoólica e crise nervosa na faixa etária entre 10 e 20 anos, sendo as causas mais prevalentes nesta faixa etária com 31 (2,54%) casos de CN e 47 (3,85%) casos de intoxicação alcoólica (IA).

Intoxicação Exógena por ingestão de medicamentos incide em todas as faixas etárias com predominância do sexo feminino e prevalência entre 21 a 30 anos apresentando 26 (2,13%) casos, sendo 16 (1,31%) do sexo feminino e 10 (0,82%) do masculino.

Os casos de tentativa de suicídio incidentes foram 23 (1,88%) casos, dentre elas 13 (1,06%) representaram o sexo masculino e 09 (0,7%) o feminino e 01 (0,08%) ignorado, a prevalência ocorreu na faixa etária de 10 a 20 anos no sexo masculino.

Observou-se que a maior incidência de causas de atendimentos ocorreu no mês de setembro a dezembro, sobressaindo a estes o mês de outubro. Em relação à distribuição temporal das ocorrências psiquiátricas, aponta-se para o maior percentual de atendimento nos meses de agosto, setembro e novembro, similar aos dados desta pesquisa¹⁷. Os três primeiros meses do ano são aqueles em que o percentual é menor. Apesar de não encontrar nenhuma explicação para isso na literatura, esse fato pode estar relacionado ao período das festividades de final de ano, em que muitos usuários ultrapassam o limite de uso de substâncias psicoativas, principalmente o álcool.

A maior incidência foi representada pelo sexo masculino, com um total de 679 (55,70%) homens atendidos, enquanto que 539 atendimentos foram para mulheres, representando (44,22%). Cabe salientar que ocorreu um 01 (0,08%) atendimento no qual não foi identificado o sexo no prontuário, cujo nome do indivíduo também foi registrado como ignorado. Estudos epidemiológicos mostram diferenças apresentadas de sexo na incidência, prevalência e curso dos transtornos mentais⁵, neste sentido, de modo geral, observou-se a predominância do sexo masculino, o que também se repete em algumas categorias estudadas, principalmente relacionado ao uso de substâncias psicoativas, corroborando com outras pesquisas.^{5,18}

A menor incidência de causas ocorreu no período entre 61 a 70 anos, este representa 43 (3,52%) da amostra total. No entanto, o Brasil conta com aproximadamente 13 milhões de indivíduos com mais de 60 anos de idade. Esse grupo etário, que no momento representa 8% do total da população brasileira, é aquele que mais rapidamente vem crescendo no país¹⁹. O envelhecimento da população traz, como uma de suas consequências, um aumento na prevalência dos problemas de saúde característicos do idoso: doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes, doenças reumatológicas, e alguns transtornos mentais. A depressão é também um transtorno mental muito frequente entre idosos, apresenta taxas de prevalência variando entre 5% e 35% de acordo com o nível de gravidade da depressão.¹⁹

As mulheres costumam apresentar maior prevalência com relação a transtornos de ansiedade e humor, podendo estar relacionado com os esteroides sexuais femininos, principalmente o estrógeno, que agem na modulação do humor⁵. Conforme tabela 2, o número de crises nervosas apresentadas por mulheres remete (4,92) vezes maiores que apresentados por homens, assim, os atendimentos destinados a mulheres 133 (10,91%) ocorrências enquanto houve apenas 27 (2,21%)

atendimentos destinados a homens. Já no que se referem aos homens, estes apresentam maior incidência em transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas.⁵ A diferença observada entre a frequência de pacientes masculinos atendidos em relação ao sexo feminino pode ser justificada pela marcante predominância de indivíduos masculinos usuários de substâncias.²⁰

É notável a diferença entre a frequência dos casos psiquiátricos atendidos com relação ao sexo, em observância a crise depressiva em mulheres também é mais elevada do que em homens, enquanto que a intoxicação alcoólica no sexo masculino sobressai o sexo feminino com 224 (8,39%) dos atendimentos totais. O alcoolismo é considerado o principal problema de saúde mental, sendo prevalente no sexo masculino.¹⁸ Neste sentido, o estudo em discussão, aponta para a intoxicação alcoólica como a principal causa de atendimento, o representou o total de 324 (26,60%). Consequentemente, quase 4% de todas as mortes no mundo são atribuídas ao álcool.²¹ Porém, a forma de uso do álcool é o grande vilão neste contexto, caracterizando-o com uso problemático ou uso abusivo, cujo consumo ocorre por aproximadamente 2 milhões de pessoas no mundo.²² Outro dado relevante é a associação do uso de álcool com graves problemas sociais, incluindo a violência, negligência infantil, abuso e absenteísmo no trabalho.²² Um dado muito relevante encontrado com a pesquisa, refere-se a intoxicação alcoólica em jovens e adolescentes. O álcool é uma das substâncias psicoativas mais precocemente consumida pelos jovens. Diferentes estudos, nacionais e estrangeiros, sistematicamente confirmam a impressão genérica de que, se o álcool é facilmente obtível e fartamente propagandeado, isto se reflete em seu consumo precoce e disseminado, sendo que 71% dos jovens na faixa etária de 10 a 18 anos, consumiram bebida alcóolica e 100% na idade de 18 anos, sendo que a experimentação do álcool é influenciada pelos amigos, impactando no desenvolvimento do adolescente.²³

É notável e assombroso a incidência e prevalência do uso cada vez mais precoce de substâncias psicoativas, com ênfase no álcool, sendo que esse uso ocorre também de forma mais pesada praticamente em todas as idades,²². Nesse contexto, reforça-se que é essencial a relação de ajuda no planejamento e caráter humanístico da assistência,²⁴ como também, a adoção de uma postura empática por parte dos profissionais para atender as demandas da área de saúde mental.²⁵⁻²⁶

6. Conclusão

A partir da elaboração do presente estudo foi possível conhecer parte da realidade vivida em um serviço de atendimento móvel que realiza Atendimento Pré-Hospitalar (APH) quanto ao atendimento de pacientes psiquiátricos, no que se refere ao perfil dos casos atendidos.

Observou-se a existência elevada de diversos atendimentos, sendo de características distintas e complexidade variada. As incidências e o percentual de atendimentos podem ser considerados como estímulos para rever as estratégias de atendimento de emergência na saúde mental.

Considera-se importante a capacitação da equipe dos serviços APH mediante a demanda e o perfil epidemiológico dessa população, como também o apoio e atendimento de qualidade nos serviços emergência, para onde estes usuários são encaminhados. Dentre as principais limitações do estudo encontrou a escassez de publicações sobre a temática, o recorte temporal de um ano e a utilização de apenas um serviço de emergência.

Cabe salientar que as políticas públicas locais voltadas para a atenção em saúde mental e emergência encontram-se em construção, o que vem ocorrendo também em todo o cenário nacional.

7. Referências

1. Stefanelli MC. Enfermagem psiquiátrica no século XXI. In: Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC, organizadores. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. São Paulo: Manole; 2008. p. 3-15.
2. Terra MG, Ribas DL, Sarturi F, Erdmann AL. Saúde mental: do velho ao novo paradigma - uma reflexão. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2006 [cited 2014 Aug 01]; 10 (4): 711 - 7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n4/v10n4a13.pdf>.
3. Amaro JWF. Correntes psiquiátricas dos distúrbios mentais. In: Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC, organizadoras. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. São Paulo: Manole; 2008. p. 83-98.
4. Cordeiro Q, Oliveira AM de, Vallada H. Avanços do conhecimento em saúde mental. In: Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC, organizadoras. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. São Paulo: Manole; 2008. p. 99-115.
5. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev psiquiatr clín [Internet]. 2006 [cited 2014 Aug 01]. 33 (2): 43 - 54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000200003>.

6. França IG de. Reflexões acerca da implantação e funcionamento de um plantão de emergência em saúde mental. *Psicol ciênc prof* [Internet]. 2005 [cited 2014 Aug 01]; 25 (1): 146 - 63. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932005000100012&script=sci_arttext
7. Arantes EC, Fukuda IM, Stefanelli MC, O enfermeiro em emergência psiquiátrica: intervenção em crise. In: In: Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC, organizadoras. *Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*. São Paulo: Manole; 2008. p. 627-41.
8. Rodrigues J, Pinho LB de, Spricigo JS, Santos SMA dos. Uso da criatividade e da tecnologia no ensino da crise em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* [Internet]. 2010 [cited 2014 Aug 05]; 6 (1): 1 - 15. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200003&lng=en
9. Oliveira C AGB, Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev Lat-Am Enfermagem* [Internet]. 2003 Jun [cited Sept 2014 20]; 11 (3): 333 - 40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300011&lng=pt&nrm=iso
10. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência nacional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília – DF. 2005 Nov. [cited Sept 2014 20]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
11. Goulart MSB. As raízes do movimento antimanicomial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p. 127.
12. Goulart MSB, Duraes F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. *Psicol soc* [Internet]. 2010 [cited 2014 Sept 25]; 22 (1): 112 - 20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n1/v22n1a14.pdf>
13. Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2009 [cited 2014 Sept 25]; 14(1): 159-64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100021
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portal Brasil. Saúde: país tem serviço móvel de atendimento de urgência. 2009 Nov. [cited 2014 Oct 01]. Available from: <http://www.brasil.gov.br/saude/2009/11/pais-tem-servico-movel-de-atendimento-de-urgencia>
15. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1863/GM Em 29 de setembro de 2003: Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. [cited 2014 Oct 01]. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1863.htm>

16. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção. Relatório de gestão: 2003-2006. Coordenação Geral de Saúde Mental [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. [cited 2014 Oct 01]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf
17. Sousa, WR. Levantamento das ocorrências atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU no Município de Cuiabá/MT e Baixada Cuiabana no ano de 2009. *Emergência clínica*. 2010. [cited 2014 Oct 05]; 6(27): 183-88. Available from: <http://biblat.unam.mx/pt/revista/emergencia-clinica/2>
18. Santos ÉG dos, Siqueira MM de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J bras psiquiatr* [Internet]. 2010 [cited 2014 Oct 05]; 59 (3): 238-46. Available from: www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a11v59n3.pdf
19. Bonfada D, Guimarães J. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e as urgências psiquiátricas. *Psicol estud* [Internet]. 2012 Apr/Mar [cited 2014 Oct 05]; 17 (2): p. 227 – 36. Available from: www.scielo.br/pdf/pe/v17n2/v17n2a05.pdf
20. Mari JJ, Jorge MR, Kohn R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: Mello MF, Mello ABF, Kohn R, editores. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 119 - 41.
21. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO; 2004. [cited 2014 Oct 14]; Available from: [\[cited 2014 Oct 14\]; Available from: www.who.int/.../global_status_report_2004_overview.pdf](http://www.who.int/.../global_status_report_2004_overview.pdf)
22. World Health Organization. Management of substance abuse - Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: WHO; 2011. [cited 2014 Oct 14]; Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
23. Pechansky F, Szobot CM, Scivoletto S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e etinopatológicas. *Rev bras psiquiatr* 2004 May [cited 2014 Oct 14]; 26 (supl 1): p. 14 - 7. Available from: www.scielo.br/pdf/pe/v17n2/v17n2a05.pdf
24. Avanci, RC, Furegato ARF, Scatena MCM, Pedrao LJ. Relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* [Internet]. 2009 [cited 2014 Oct 14]; 5 (1): p. 1 – 15. Available from: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38686>
25. Barbosa, SP, Souza MCB de M. Atendimento aos usuários de substâncias psicoativas em pronto atendimento: perspectiva dos profissionais de saúde. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. [Internet]. 2013 [cited 2014 Oct 14]; 9 (2): p. 82 – 7. Available from: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/79660>
- Damásio, V. F., Melo, V. D. C., & Esteves, KB. Atribuições do enfermeiro nos serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Rev enferm UFPE on line*. 2008 Oct/Dec [cited 2014 Oct 14]; 2 (4): 425-33. Available

from:http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/329/pdf_404

Capítulo 2
LOMBALGIA, CINESIOFOBIA, HÁBITOS
POSTURAIS, DEPRESSÃO, ANSIEDADE E
IMPRESSÕES RADIOLÓGICA EM MULHERES NA
MATURIDADE

Juerila Moreira Barreto
Camilla Araújo da Silva
Fransuélida da Conceição Soares
Nilton Soares Formiga

LOMBALGIA, CINESIOFOBIA, HÁBITOS POSTURAIIS, DEPRESSÃO, ANSIEDADE E IMPRESSÕES RADIOLÓGICA EM MULHERES NA MATURIDADE

Juerila Moreira Barreto

*Doutora em Ciências da
Reabilitação, Universidade de São
Paulo. Professora/Pesquisadora,
Universidade Federal da Paraíba.*

Camilla Araújo da Silva

*Aluna do Curso de Fisioterapia,
Universidade Federal da Paraíba*

Fransuélida da Conceição Soares

*Aluna do Curso de Fisioterapia,
Universidade Federal da Paraíba*

Nilton Soares Formiga

Doutorado em Psicologia Social UFPB

Pós-doutorado Psicologia UFRJ

Docente/Pesquisador Universidade Potiguar/

Ecossistema Ânima

LABAVAPSI- Laboratório de Avaliação Psicológica

Resumo: A lombalgia tem se tornado um problema de saúde pública devido à sua grande ocorrência no mundo, sobretudo entre as mulheres, na qual as probabilidades de agravamento são altas. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a presença de dor lombar crônica inespecífica ou não, em mulheres na faixa 40 aos 69 anos, quanto a intensidade da dor; cinesiofobia; postura corporal, depressão; ansiedade e impressões radiológicas. Participaram do estudo onze mulheres, com faixa etária entre 40 e 69 anos, que participaram de uma Oficina de Sensibilização para o Autocuidado com a Coluna do projeto de extensão Escola de Postura. Os dados reforçam os achados da literatura e sinalizam a importância de um trabalho de

educação em saúde com mulheres na maturidade como estratégia de prevenção e cuidado aos agravos na coluna vertebral.

PALAVRAS-CHAVE: Lombalgia. Hábitos posturais. Ansiedade. Depressão. Imagens radiológicas.

Abstract: Low back pain has become a public health problem due to its wide occurrence in the world, especially among women, in which the probabilities of aggravation are high. Thus, the objective of this study was to evaluate the presence of non-specific or non-specific chronic low back pain in women between 40 and 69 years old, in terms of pain intensity; kinesiophobia; body posture, depression; anxiety and radiological impressions. Eleven women participated in the study, aged between 40 and 69 years, who participated in an Awareness Workshop for Self-Care with the Spine of the Back School extension project. The data reinforce the findings in the literature and indicate the importance of health education work with mature women as a prevention and care strategy for spinal injuries.

KEYWORDS: Low back pain. Postural habits. Anxiety. Depression. Radiological images.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Sociedade Brasileira de Reumatologia, a Lombalgia é uma condição dolorosa que ocorre na parte inferior da coluna vertebral, podendo ser aguda, subaguda ou crônica. É possível classificá-la como lombossacral que está relacionada à presença de dor nos segmentos da coluna lombar e sacrococcígea, radicular que é caracterizada pela irradiação dos sintomas no trajeto dermatomal e dor referida que possui fontes distantes, mas não segue o trajeto do dermatomo (URIST, et al., 2019, PATRICK, EMANSKI, KNAUB, 2014).

A dor lombar pode ter origem desconhecida, sendo denominada de inespecífica, ou estar relacionada a disfunções em qualquer estrutura da coluna vertebral, incluindo as vértebras, discos intervertebrais, ligamentos, tendões e musculatura. Dessa forma, algumas das afecções que estão associadas a distúrbios mecânicos na coluna são a hérnia discal, espondilolistese, fraturas por estresse (espondilólise), dor miofascial e dor nas articulações facetárias e sacroilíaca (WILL; BURY; MILLER, 2018).

Essas alterações estruturais podem favorecer posturas inadequadas durante a realização das Atividades de Vida Diária (AVDs), em decorrência da dor. Todavia, posturas viciosas a longo prazo também contribuem para prejuízos no desempenho da dinâmica corporal. Dessa forma, os *hábitos posturais adequados* são aqueles em que se preserva as curvas fisiológicas da coluna, não excedendo o limite fisiológico.

Já as más posturas realizadas durante as AVDs, poderão desencadear desequilíbrios musculoesqueléticos, como a fadiga muscular precoce, influenciando na permanência dos quadros álgicos (SOUSA; LEAL; CARVALHO, 2017).

A dor lombar pode estar associada a diversos fatores, dentre eles estão o sexo; dados epidemiológicos apontam que a incidência da lombalgia é maior entre o sexo feminino, isso pode ser resultado das mudanças fisiológicas e estruturais sofridas ao longo do ciclo vital, principalmente durante a gravidez (BRITO, et al., 2022), e menopausa (SILVA, et al., 2020). Além disso, muitas mulheres cumprem duplas jornadas de trabalho, o que contribui para sobrecarga dos segmentos osteomioligamentares da coluna vertebral (CONCEIÇÃO; SANTA BÁRBARA & QUEIROZ, 2021).

Outro fator relevante é a faixa etária, levando em consideração que a maior parte dos casos se encontra entre 35 e 64 anos e a prevalência vai aumentando com o processo de envelhecimento (MATTIUZZI; LIPPI; BOVO, 2020). Visto que os danos estruturais se agravam com a idade, contar com uma técnica de imagem que agregue informações complementares é um recurso valioso para um bom diagnóstico e intervenção terapêutica. Dentre as técnicas de imagens radiológicas mais utilizadas temos: Radiografia (Rx), Tomografia Computadorizada (TC) e a Ressonância Magnética (RM) (MEIRA et al., 2020).

As imagens radiológicas representam uma ferramenta de grande valor na diagnose complementar da lombalgia. Desse modo, a Ressonância Magnética (RM) é considerada o exame com maior sensibilidade diagnóstica, tornando-se essencial no estudo de patologias vertebro-medulares (degeneração, desidratação e redução da altura discal, protusões discais, artropatia, compressão de raízes nervosas). Outro método é a Tomografia computadorizada, que é bastante utilizada por ser acessível e permitir a diferenciação de inúmeras patologias como as hérnias discais, espondilólise e espondilolistese (TAVARES, et al. 2012).

Associado às questões osteomioarticulares, estão os aspectos cognitivo-emocionais, que envolvem os pensamentos e as emoções desenvolvidas a partir da interpretação da dor. Estudos vêm mostrando que pacientes com dores crônicas apresentam comorbidades com transtorno de humor depressivo e/ou ansioso, o que influencia na diminuição da qualidade de vida desses indivíduos (ARNOW, et al., 2006), uma vez que a ansiedade e a depressão atuam como fatores potencializadores dos sintomas, dificultando o processo de cura (LINTON; SHAW, 2011).

Sendo assim, este estudo teve como objetivo avaliar a presença de dor lombar crônica inespecífica ou não, em mulheres na faixa 40 aos 69 anos e sua relação com a intensidade da dor, cinesiofobia, hábitos posturais, depressão, ansiedade, e impressões radiológicas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e de corte transversal, desenvolvido nas instalações da Clínica Escola de Fisioterapia, situada no campus I da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Essa pesquisa atende ao edital 01/2021 Programas Acadêmicos e de Iniciação Científica. O levantamento de voluntárias ocorreu através de uma chamada de inscrições colocada no site da clínica www.ccs.ufpb.br/cefisio, e da organização de uma Oficina de Sensibilização para o Autocuidado com a Coluna; essa atividade está vinculada ao Projeto de Extensão Escola de Postura (UFPB) voltada para mulheres na maturidade com diagnóstico de lombalgia.

Dessa forma, esse estudo foi composto por 11 (onze) mulheres, na faixa etária 40 aos 69 anos, que participaram da referida Oficina, realizada em fevereiro de 2022. Todas as participantes elegíveis para o estudo eram portadoras de dores lombares a mais de 3 meses, sendo inespecífica ou não, com ou sem irradiação para os membros inferiores (MMII), possuíam Intensidade de dor maior ou igual a 3 na “Escala Numérica de Dor” (END) e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para caracterizar o perfil do grupo, as participantes foram avaliadas e responderam a um questionário sociodemográficos, contendo as seguintes variáveis: Idade (anos), sexo, peso corporal, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), naturalidade, nacionalidade, etnia, estado civil, religião, grau de escolaridade, ocupação, se estavam trabalhando e se foram afastadas devido dores na coluna.

As informações dos instrumentos utilizados foram divididas em variáveis de desfecho primário; 1) **DOR – Escala Numérica de Dor – (END)**: Consiste em uma escala de 11 pontos com as pontuações classificadas da seguinte forma: de 0 “sem dor”; 1-2 “dor leve”; entre 3-4 “dor moderada”, entre 5-6 “dor forte”, de 7-8 dor muito forte e 9-10 dor insuportável. (ANDRADE; PEREIRA; SOUSA, 2006). E as de desfecho secundário: 2) **MEDO DA REALIZAÇÃO DE MOVIMENTOS (EXERCÍCIOS) - Escala Tampa de Cinesiofobia**: Questionário autoaplicável, composto de 17 questões que abordam a dor e a intensidade dos sintomas. Os

escores variam de 1-4 pontos, sendo que o escore final pode ser de, no mínimo, 17 e, no máximo 68 pontos, quanto maior pontuação, maior grau de Cinesiofobia. (SIQUEIRA; TEIXEIRA-SALMELA; MAGALHÃES, 2007) 3) **POSTURAS MAIS ADOTADAS NO COTIDIANO– Sequência de Imagens Posturais**: construída a partir do Guia de Postura, Dr. Coluna, da Associação Brasileira de Reabilitação da Coluna (MONTENEGRO, 2011), no qual as participantes escolhiam as posturas mais utilizadas no cotidiano de suas atividades, 4). **ESTADO DE HUMOR – (Depressivo) Inventário de Depressão de Beck**: composto por 21 itens cuja intensidade varia de 0 a 3, sendo que quanto maior a pontuação, maiores são os sintomas depressivos. (ANDRADE et al, 2001). 5) **ESTADO DE HUMOR (Ansioso) - Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton**: compreende 14 itens distribuídos em dois grupos, sendo o primeiro grupo, com 7 itens, relacionado a sintomas de humor ansioso e o segundo grupo, também com 7 itens, relacionado a sintomas físicos de ansiedade. O escore total é obtido pela soma dos valores, cujo resultado varia de 0 a 56. (TROCOLI; BOTELHO, 2016). 6) **ANÁLISE DAS IMAGENS RADIOLÓGICAS** – Considerou-se a análise de impressões radiológicas de imagens de Ressonância magnética e Tomografia computadorizadas relacionadas a dores na coluna. (CERUTTI, 2019, 2020).

Esse projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, sob o nº **CAAE: 30737220.9.000.5188**. As participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Análise estatística

Os dados obtidos foram separados e digitalizados no programa Excel, para realização de uma análise descritiva dos dados sociodemográficos e clínicos bem como a frequência dos desfechos encontrados. A estatística descritiva, para as variáveis numéricas estão expressas em frequência absoluta e relativa (%).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 11 participantes do sexo feminino, com idades entre 40 e 69 anos. Todas eram brasileiras, a grande maioria do estado da Paraíba (**81,8%**). Na **Tabela 1** estão descritos os aspectos sociodemográficos. Sendo que o IMC em

54,5% da população está dentro dos padrões de normalidade, **(18,2%)** sobrepeso, **(18,2%)** obesidade grau I e **(9,1%)** obesidade grau II de acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde (WHO,1995). Quanto às práticas religiosas, **(81,8%)** é católica, **(18,2%)** evangélica. No que diz respeito ao grau de instrução, **(45,4%)**, haviam ingressado no Ensino Superior. A maior parte é casada **(63,6%)**, de etnia branca **(45,4%)**, seguida da negra **(36,4%)**. Essas participantes possuíam diferentes ocupações, mas no momento da coleta dos dados **(63,6%)** não estavam com vínculo empregatício, apenas realizando os afazeres domésticos. Além disso, das participantes que não estavam trabalhando, no total de 7 mulheres **(63,6%)**, 3 delas relataram que esse afastamento ocorreu devido às dores na coluna.

Tabela 1: DISTRIBUIÇÃO DOS ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

VARIÁVEIS		FREQUÊNCIA	%
Idade	(40-49)	5	45,4%
	(50-59)	3	27,3%
	(60-69)	3	27,3%
IMC	Normal	6	54,5%
	Sobrepeso	2	18,2%
	Obesidade grau I	2	18,2%
	Obesidade grau II	1	9,1%
Religião	Católica	9	81,8%
	Evangélica	2	18,2%
	Matriz africana	0	0%
	Tradições orientais	0	0%
Escolaridade	Ensino Fundamental	3	27,3%
	Ensino Médio	3	27,3%
	Ensino superior	5	45,4%
Estado Civil	Solteira	2	18,2%
	Casada	7	63,6%
	Divorciada	2	18,2%
	viúvo	0	0%
Etnia	Branca	5	45,4%
	Negra	4	36,4%
	Parda	2	18,2%
	Indígena	0	0%
	Asiática	0	0%
Ocupação	Dona de casa	2	18,2%
	Assistente Social	1	9,1%
	Vendedora	2	18,2%
	Professora	1	9,1%
	Auxiliar de Produção	1	9,1%
	Auxiliar de Serviços Gerais	2	18,2%
	Enfermeira	1	9,1%
	Coordenadora Pedagógica	1	9,1%
Trabalha	Sim	4	36,4%

	Não	7	63,6%
Afastada devido dores na coluna?	Sim	3	42,9%
	Não	4	57,1%

Na **Tabela 2**, os dados obtidos a partir da END demonstram que **45,4%** das participantes apresentaram dor moderada e **45,4%** dor forte na região lombar no dia da coleta de dados ou durante a semana anterior a esse episódio.

Tabela 2 - ESCALA NUMÉRICA DE DOR (END)

Distribuição dos níveis de dor	Frequência	%
Sem Dor 0	0	0%
Dor Leve (1-2)	0	0%
Dor moderada (3-4)	5	45,4%
Dor forte (5-6)	5	45,4%
Dor Muito forte (7-8)	0	0%
Dor insuportável (9-10)	1	9,1%

Na **Tabela 3** estão os resultados obtidos a partir da ETC, eles demonstraram que 90,9% da amostra apresentava medo moderado de se movimentar por causa da dor na região lombar, seguido de medo leve (9,1%).

Tabela 3 - ESCALA TAMPAS DE CINESIOFOBIA (ETC)

Distribuição dos níveis de Cinesiofobia	Frequência	%
Entre 17 e 34 pontos - Cinesiofobia Leve	1	9,1%
Entre 35 e 50 pontos - Cinesiofobia Moderada	10	90,9%
Entre 51 e 68 pontos - Cinesiofobia Grave	0	0%

Na **Tabela 4**, podemos observar que **54,5%** das participantes apresentavam um grau de depressão leve e **18,2%** depressão moderada.

Tabela 4 - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

Distribuição dos níveis de Depressão	Frequência	%
--------------------------------------	------------	---

Sem Depressão (0-9)	3	27,3%
Depressão Leve (10-18)	6	54,5%
Depressão Moderada (19-29)	2	18,2%
Depressão Severa (30-63)	0	0%

Na **Tabela 5** estão os dados da HAM-A, foi possível observar que **36,4%** da amostra apresentava Ansiedade Leve, seguida por **27,3%** Ansiedade Moderada a Grave.

Tabela 5 -ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE HAMILTON (HAM-A)

Distribuição dos níveis de Ansiedade	Frequência	%
Ansiedade Leve (≤ 17)	4	36,4%
Ansiedade Moderada (18-24)	2	18,2%
Ansiedade Moderada a Grave (25-30)	3	27,3%
Ansiedade Grave (>30)	2	18,2%

Na **Tabela 6**, estão os dados relativos às impressões radiológicas de 6 participantes (**55%**), que apresentaram exames de imagem durante a avaliação. Foram evidenciados os seguintes achados: no que diz respeito às vértebras foram encontradas, a presença de osteófitos (5), espondiloartrose (3), alterações degenerativas do tipo Modic (2), artropatia degenerativa (2), nódulos de Schmorl (1), morfologia normal (1). Indicador de comprometimento na estrutura ligamentar, (1) participante apresentou fragilidade ligamentar, caracterizada por uma espondilolistese anterior, também só na mesma foi observada uma alteração na curvatura fisiológica da coluna, uma escoliose lombar. Quanto às impressões radiológicas do disco vertebral, (5) participantes apresentaram alterações como: abaulamento discal (3), desidratação discal (3), redução da altura discal (2), hérnia discal (2), protrusão discal (2), degeneração discal (1). Nas estruturas nervosas, (1) participante tinha compressão do saco tecal e raízes foraminais.

Tabela 6: Impressões Radiológicas de 6 participantes

Participantes (nº)	1 EPCA	2 LCAR	3 RBLM	4 VSS	5 VSS	6 MVMS
Idade	49 anos	53 anos	48 anos	52 anos	48 anos	62 anos

Classificação Dor lombar	Dor forte	Dor forte	Dor moderada	Dor Forte	Dor moderada	Dor moderada
IMC	Normal	Sobrepeso	Normal	Obesidade grau I	Obesidade grau I	Normal
Impressão radiológica CORPO VERTEBRAL	Osteófitos Nódulos de Schmorl-D10/D11 E D11/12.	Apresentam morfologia e coeficiente de atenuação normais.	Osteófitos Espondilose lombar	Osteófitos – L5/S1 Alterações degenerativas do tipo Modic I em L5/S1. Artropatia degenerativa facetaria direita L4/L5 e esquerda L5/S1 Espondilodiscoartrose lombar	Osteófitos Alterações degenerativas do tipo Modic II em L5/S1. Espondilose lombar	Osteófitos Artropatia degenerativa das sacrílicas e sínfise púbica.
Impressão radiológica ESTRUTURA LIGAMENTAR	Espondilolite anterior – L4/L5	-----	-----	-----	-----	-----
Impressão radiológica DISCO VERTEBRAL	Redução da altura discal – D10/11, D11/12 e L5/S1 Mínima protusão discal D11/12	Hérnia discal – L3/L4 Hérnia discal - L5/S1 Protrusão discal- L4/L5	Desidratação discal de L5 a S1 Abaulamento discal de L4 a S1	Desidratação discal – L3/L4, L4/L5 e L5/S1 Abaulamento discal – L3/L4, L4/L5 e L5/S1.	Redução da altura, desidratação e degeneração discal - de L2 a S1 Abaulamentos discais L2/L3, L3/L4, L4/L5 () e L5/S1.	
Impressão radiológica RAÍZES NERVOSAS	-----	-----	-----	-----	Compressão do saco tecal e raízes foraminais de L4 a S1.	-----
Curvatura	Escoliose lombar	-----	-----	-----	-----	-----
Método de Diagnóstico por imagem	RM* coluna lombo-sacra	TC**coluna lombar	RM* coluna lombo-sacra	RM* coluna lombo-sacra	RM* coluna lombo-sacra	RM* da Bacia

*Ressonância Magnética (RM), **Tomografia Computadorizada (TC)

A **Tabela 7** apresenta os dados referentes às posturas auto observadas pelas participantes como as mais usadas no cotidiano, pode-se observar que há um valor absoluto maior de posturas inadequadas (**126**) em relação às adequadas (**90**), realizadas pelas mulheres rotineiramente (atividades domésticas de limpeza, higiene, posturas ao dormir e acordar, utilização de eletroeletrônicos e automóveis).

Tabela 7: Distribuição da frequência das posturas auto observadas pelas participantes como as mais usadas no dia-dia.

Nº	AUTO-OBSERVAÇÃO DA POSTURA NO DIA-A-DIA	IMAGENS DE FIGURAS HUMANAS	POSTURAS		
			Inadequada n*	Adequada n*	Não respondeu
1	Arrumando as gavetas	1, 2	7	4	
2	Cozinhando ou preparando alimentos e/ou lavando louça ou roupa	3,4	10	1	
3	Varrendo a casa ou em baixo dos móveis	5,6,7,8	7	4	
4	Arrumando a casa e afastando os móveis	9,10	10	1	
5	Estendendo roupa no varal	11,12	7	4	
6	Deitando-se ou levantando da cama	13,14,15,16	7	4	
7	Postura ao dormir	17,18	2	9	
8	Escovando os dentes	19,20	7	4	
9	Calçando o sapato	21,22	4	7	
10	Amamentando o bebê	23,24	7	4	
11	Banhando o bebê	25,26	1	9	1
12	Colocando bebê no berço	27,28	7	3	1
13	Trocando fralda	29,30	5	5	1
14	Dobrando roupa	31,32	5	6	
15	Descarregando e carregando bagagem no carro	33,34	9	2	
16	Retirando bagagem de esteira rolante	35,36	7	4	
17	Carregando bagagem em carrinho de aeroporto	37,38	4	7	
18	Apanhar malas e pacotes no chão	39,40	7	4	
19	Usando o computador	41,42,43,44, 45,46	10	1	
20	Dirigindo o carro	47,48	3	7	1
	SOMATÓRIO DA FREQUÊNCIA	-----	126	90	4

DISCUSSÃO

Esse estudo teve como objetivo identificar a presença de dor lombar, cinesiofobia, hábitos posturais, depressão, ansiedade, e impressão radiológica em mulheres na maturidade por meio de uma Oficina de Sensibilização para o Autocuidado com a Coluna, vinculado ao Projeto de Extensão Escola de Postura realizada com pacientes da Clínica Escola de Fisioterapia da UFPB.

No presente estudo a amostra foi composta essencialmente por mulheres (n=11). Dessa forma, é importante enfatizar que durante o ciclo vital, o sexo feminino sofre com alterações no seu funcionamento, impactando a estrutura corporal. Essas mudanças se acentuam principalmente durante o climatério e menopausa, quando ocorre a falência ovariana e redução na produção de estrogênio (hipoestrogenismo), importante para manutenção dos tecidos osteoligamentares. Em estudos realizados por Lou et al., (2017), foi evidenciado que as mulheres na pós-menopausa apresentaram uma tendência significativa a desenvolver degeneração discal mais grave do que os homens da mesma idade ($p < 0,05$), e também em comparação com mulheres na pré-menopausa e perimenopausa ($p < 0,01$). A associação ocorreu nos primeiros 15 anos pós-menopausa, sugerindo que a deficiência de estrogênio pode ser um fator de risco de degeneração discal da coluna lombar.

E as pesquisas realizados por Castro et al (2020), com onze mulheres na pós-menopausa com idade média de 55 anos, com dor e incapacidade funcional lombar; por meio de coleta de sangue para análise dos níveis séricos basais de cortisol e estradiol, verificou-se que essas mulheres tendem, a apresentar maior níveis de cortisol e níveis mais baixos de força lombar e níveis mais baixos de estradiol tendem a representar maior percepção de dores lombares. Mais da metade da população do estudo apresenta faixa etária acima de 50 anos, portanto, além dos impactos advindos do climatério, o envelhecimento também é um aspecto importante, pois resulta na degeneração dos componentes da coluna vertebral, advindos da diminuição da força muscular, aumento do peso corporal, redução da massa óssea, contribuindo para danos à coluna (SILVA, et al., 2020).

A amostra trabalhada apresentava as seguintes características sociodemográficas: mulheres brancas, católicas, casadas, ingressas no ensino superior, que possuíam uma profissão determinada, embora, mas 63,6% não tinham vínculo empregatício no momento da coleta de dados. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, os homens ainda apresentam índices maiores de ocupação quando comparados a mulheres, apesar da população feminina apresentar escolaridade mais qualificada para ingressar no mercado de trabalho (IBGE, 2019).

É primordial destacar que a jornada de trabalho para mulheres em muitos casos é duplicada, pois além do trabalho remunerado, há os afazeres domésticos, como cuidar dos filhos e da casa. Outra questão relevante é que os serviços domésticos

demandam um esforço físico e psicológico das donas de casa, visto que ele ocorre em tempo integral, todos os dias da semana, sem férias e sem remuneração. Portanto, a sobrecarga física contribui para o desgaste da coluna, favorecendo o aparecimento de dores (SILVA; FASSA; VALLE, 2004).

Os resultados obtidos a partir da Escala Numérica de Dor (END) demonstraram que as participantes apresentavam dores moderadas e fortes. A END é um instrumento de fácil administração e apresenta sensibilidade para a comunicação da experiência dolorosa de cada indivíduo, tornando-se bastante utilizada na prática clínica (WILLIAMSON; HOGGART, 2005). A intensidade da dor pode ser determinante na realização das atividades de vida diária, um estudo realizado com 24 mulheres, 13 delas com dor lombar crônica, apresentaram intensidade moderada de dor, concomitante a uma incapacidade física moderada (DONZELI, et al., 2020).

O medo de se movimentar (cinesiofobia) é uma condição bem comum em pessoas que possuem dor crônica, por isso, tem sido objeto de estudo nos últimos anos. As participantes (90.9%) do estudo em questão sinalizaram uma cinesiofobia moderada. Um estudo realizado por Branco, et al, (2021) com indivíduos com dor lombar, 74,5% do sexo feminino, no município de Santa Maria - RS também apresentou resultados similares. Outro estudo que analisa a prevalência de incapacidades em pacientes com dor lombar não encontrou relação interdependente entre intensidade e os níveis de incapacidade, mas apontou associação entre a presença de incapacidade com a cinesiofobia e depressão (SALVETTI, et al., 2012).

Os pensamentos catastróficos e o comportamento de evitação está relacionado à crença de que a dor é uma ameaça para o corpo, por isso evitar movimentar-se é uma forma de não gerar mais danos à coluna (HOTTA, et al., 2022). Em oposição a esse raciocínio, a literatura tem trazido evidências sobre a correlação entre a cinesiofobia e a prevalência de incapacidade funcional lombar, sendo que quanto maior os níveis de cinesiofobia maior a incapacidade (CÉSAR, et al., 2020). Alguns estudos mostram a importância da prevenção da cinesiofobia, como o de Monticone et al. (2013), um ensaio controlado randomizado que obteve resultados positivos na prevenção do medo, utilizando um programa multidisciplinar de terapia cognitivo-comportamental e treinamento de exercícios em pacientes com lombalgia crônica.

Com relação aos níveis de depressão, mais da metade da amostra (54,5%) apresentaram depressão leve. Em estudos realizados por Garbi et al, 2014, a depressão foi avaliada pelo Inventário de Depressão de Beck, e a amostra estudada

apresentou média de 24,98 pontos, sugerindo algum grau de depressão. Percebeu-se que a dor pode ocasionar incapacidade e depressão, visto que a dor pode reduzir o movimento, ocasionando, assim, incapacidade. E, por sua vez, a incapacidade reduz o movimento ocasionando a dor, tornando-se um círculo vicioso. Observa-se que há outros estudos na literatura mundial que apresentaram resultados semelhantes, em que a ocorrência de quadro depressivo em pacientes com lombalgia crônica é frequente, ocasionando dificuldades e adaptações nas atividades de vida diária, uma baixa qualidade de vida, assim como um prejuízo na realização de suas ocupações (ALVES; TEJANA, FARO, 2021).

Quanto à ansiedade, foi verificado que 36,4% das entrevistadas sinalizaram ansiedade leve, enquanto o restante do percentual ficou dividido entre ansiedade moderada (18,2%), moderada a grave (27,3%), e grave (18,2%) em estudo realizado por Barreto et al. (2021) 58% das participantes apresentaram ansiedade grave, 16% ansiedade moderada e 21% ansiedade leve. Quando se observa a relação entre ansiedade e dor lombar crônica, é perceptível que a dor lombar crônica, quando limita a capacidade física, altera os níveis de ansiedade, na medida em que é diminuída à capacidade de interação, é dificultado o convívio social, o indivíduo torna-se mais restrito ao seu ambiente domiciliar, aumentando as chances de desenvolver um quadro de ansiedade (MUNDIM et al., 2020).

No que se refere às posturas auto adotadas no dia-dia pelas participantes foram identificadas um valor gradativamente maior de posturas inadequadas (126), em comparação às posturas adequadas (90). Certas posturas e movimentações que são adotadas repetidamente ao longo das Atividades de Vida Diária (AVDs), como higiene, alimentação, lazer, ocupação, limpeza doméstica, entre outros, podem afetar a estrutura da coluna vertebral, constituída por corpos vertebrais, discos intervertebrais, estruturas ligamentares e raízes nervosas, ocasionando dores lombares (NOGUEIRA, NAVEGA, 2011). Um estudo realizado com 14 mulheres de uma comunidade Indígena, no estado da Paraíba, identificou um valor numérico absoluto maior de hábitos inadequados (165) em relação às posturas adequadas (92), essas atitudes posturais adotadas rotineiramente pelas mulheres poderiam estar colaborando com a incidência de lombalgia e problemas na coluna (SILVA et al., 2022).

Um outro aspecto importante que foi levando em consideração foi rastrear os exames de imagens que as pacientes tinham na ocasião da avaliação. Considerando a amostra do grupo (n=11), somente 6 participantes (55%) apresentaram exames

radiológicos, e os achados apresentados na Tabela 6, ficando explícito a presença de alterações nos corpos vertebrais (degeneração e osteófitos), discos intervertebrais (redução da altura, desidratação, abaulamento discal, degeneração, protusão discal, e hérnia discal), raízes nervosas (compressão) e na estrutura ligamentar (espondilolistese anterior), de acordo com Brazil et al. (2004) esses achados atingem de modo frequente a população humana, ocasionando dores na coluna vertebral, sensação de formigamento e a diminuição da força muscular, afetando diretamente a qualidade de vida dessas pessoas, tornando-se um problema de saúde pública. Segundo Reis et al., (2019) há alterações na biomecânica corporal ao longo do processo de envelhecimento, comprometendo as estruturas da coluna vertebral, o disco intervertebral sofre desidratação e passa a ter aumento do estresse mecânico, comprometendo a integridade e predispondo-o à protusões, abaulamentos e herniação. Ao mesmo tempo também existem as alterações ósseas decorrentes desse processo, juntamente com os desvios mecânicos, tornando as patologias degenerativas o principal fator etiológico das dores lombares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De forma geral, os achados neste estudo corrobora as com concepções teóricas destacadas na literatura em questão, bem como, as propostas das atividades da Escola de Postura junto a população que frequenta este espaço, isto é, as mulheres, profissionais, mesmo ocupando diuturnamente uma função relativas às atividades doméstica; apesar da maioria ter alcançado o ensino universitário, associando as atividades do cuidar dos filhos, limpeza da casa, deficiência hormonal dentre outras, tais fenômenos contribuem a longo prazo, ao comprometimento da coluna, ressaltado por dores e outros sintomas como medo de atividades físicas, depressão, ansiedade, posturas inadequadas.

As oficinas vivenciais de educação e saúde voltada para o autocuidado da coluna, é um ponto importante para prevenir novos danos além fortalecer a confiança em desenvolver atividades e cuidar dos estados emocionais. Sendo sempre importante o desenvolvimento de outros estudos que aprofundem outras questões.

NOTA DE AGRADECIMENTO

A Universidade Federal da Paraíba juntamente com o Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/UFPB/FAPESQ) por tornarem possível a execução dessa pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALVES, D.; TEJANA, J.; FARO, A. Sintomas depressivos na lombalgia crônica: uma revisão integrativa da literatura. **Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde**, Lisboa, v. 22, n. 2, p. 620-635, 2021. DOI: 10.15309/21psd220225. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/21psd220225>. Acesso em 20 jul. 2022.

ANDRADE, A. F.; PEREIRA, V. L.; SOUSA, F. E. A. F. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, São Paulo, v 14, n. 2, abr, 2006. DOI: 10.1590/S0104-11692006000200018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000200018>. Acesso em 19 jul. 2022.

ANDRADE, L. *et al.* Psychometric properties of the Portuguese version of the State Trait Anxiety Inventory applied to college students: factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 367-74, mar. 2001. DOI: 10.1590/S0100-879X2001000300011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-879X2001000300011>. Acesso em 20 jul. 2022.

ARNOW, B. A. *et al.* Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care. **Psychosomatic Medicine**, EUA, v. 68, n. 2, p. 262-268, mar. 2006. DOI 10.1097/01.psy.0000204851.15499.fc. Disponível em: <https://journal.lww.com/psychosomaticmedicine.br>. Acesso em 15 jul. 2022.

BARRETO, J. M. *et al.* Características epidemiológicas de mulheres na maturidade com lombalgia e comorbidades associadas atendidas na clínica escola de fisioterapia. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, Brasil, v 2, n.10, out. 2021. DOI: : <https://doi.org/10.47820/recima21.v2i10.706>. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/index>. Acesso em 20 jul. 2022

BRANCO, J. C. *et al.* Prevalência de cinesiofobia e fatores associados em indivíduos com dor lombar. **Revista Saúde (Santa Maria)**, Roraima, v. 47, n. 1, jun. 2021. DOI: 10.5902/2236583464786. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/64786>. Acesso em: 20 jul. 2022.

BRAZIL, A. V. *et al.* Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias. **Revista brasileira de reumatologia**, São Paulo, v. 44, p. 419-425, 2004. ISSN 1809-4570 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/33bmVkrT4rXNw6TRTBKDtPm/abstract/?lang=pt>. Acesso em 20 jul. 2022.

BRITO, A. G. S. *et al.* Lombalgia gestacional: características clínicas e sua interferência no cotidiano. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 6, abr. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28664>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28664>. Acesso em: 19 jul. 2022.

CASTRO, J. B. P. *et al.* Correlation analysis between biochemical markers, pain perception, low back functional disability, and muscle strength in postmenopausal women with low back pain. **Journal of Physical Education and Sport**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 24-30, Jan. 2020. DOI: 10.7752/jpes.2020.01003. Disponível em: <https://www.researchgate.net>. Acesso em: 19 jul. 2022.

CESAR, G. *et al.* Cinesiofobia e percepção de funcionalidade em mulheres na pós-menopausa portadoras de lombalgia crônica. **Brazilian Journal Of Pain**, São Paulo, v. 3, n.4, p. 337-341, dez. 2020. DOI 10.5935/2595-0118.20200189. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/341554533>. Acesso em: 20 jul. 2020.

CONCEIÇÃO, N. S. G. SANTA BÁRBARA, J. A.; QUEIROZ, F. A. Dupla Jornada de Trabalho Feminina: Uma Análise das Influências na Qualidade de Vida da Mulher. **Revista Imersão**, Capim Grosso - BA, v. 2, n. 3, Set. 2021. Disponível em: <http://www.fcgba.com.br/revista>. Acesso em: 16. jul. 2022.

DONZELI, M. A. *et al.* Nível de incapacidade e qualidade de vida em mulheres com dor lombar crônica. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Brasil, v. 8, n. 2, abr. 2020. DOI: 10.18554/refacs.v8i2.4331. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497963611010>. Acesso em 20 jul. 2022.

GARBI, M. O. S. S. *et al.* Intensidade de dor, incapacidade e depressão em indivíduos com dor lombar crônica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 569-75, ago 2014. DOI: 10.1590/0104-1169.3492.2453. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em 19 jul 2022

HOTTA, G. H. *et al.* Abordagem terapêutica do medo relacionado à dor e da evitação em adultos com dor musculoesquelética crônica: revisão integrativa e roteiro para o clínico. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 5, n. 1, jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20220015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/tVtCwSyJL3hV7dNpdXXxXJC/?lang=pt#>. Acesso em: 20 jul. 2022.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise Das Condições de Vida da População Brasileira**. Rio de Janeiro. IBGE, 2020.

LINTON, S. J.; SHAW, W.S. Impact of Psychological Factors in the Experience of Pain. **Physical Therapy**, Oxford, v. 91, n. 5, p. 700–711, mai. 2011. DOI: 10.2522/ptj.20100330. Disponível em: <https://academic.oup.com>. Acesso em: 15 jul. 2022.

LOU, C. *et al.* Association between menopause and lumbar disc degeneration: an MRI study of 1,566 women and 1,382 men. **Menopause**, USA, v. 24, n. 10, p.1136-1144,

out. 2017. DOI: 10.1097/GME.0000000000000902. Disponível em: https://journals.lww.com/menopausejournal/Abstract/2017/10000/Association_between_menopause_and_lumbar_disc.8.aspx. Acesso em: 19 jul. 2022.

MATTIUZZI, C.; LIPPI, G.; BOVO, C. Current epidemiology of low back pain. **Journal of Hospital Management and Health Policy**, China, v. 4, jun. 2020. DOI: 10.21037/jhmhp-20-17. Disponível em: <https://jhmhp.amegroups.com/article>. Acesso em: 15 jul. 2022.

MEIRA, A.A.A. *et al.* Exames radiológicos como ferramentas no diagnóstico das algias da coluna vertebral. **Revista Journal of Health**, Brasil, v. 1, n. 33, jan. 2020; Disponível em: <https://www.cesage.com.br/>. Acesso em 15 jul. 2022.

MONTENEGRO, H. *et al.* **Guia de postura do Dr. Coluna**. 2011. Disponível em: <https://www.carrijo.com.br/wp-content/uploads/2013/01/Cartilha-DR-Coluna-em-alta-pdf-GUIA-DE-POSTURA.pdf>. Acesso em 13 julho de 2022.

MONTICONE, M. *et al.* Effect of a long-lasting multidisciplinary program on disability and fear-avoidance behaviors in patients with chronic low back pain: results of a randomized controlled trial. **The Clinical Journal of Pain**, USA v. 29, n. 11, p. 929-938, nov. 2013. DOI: 10.1097/AJP.0b013e31827fef7e. Disponível em: <https://journals.lww.com/clinicalpain/Abstract/2013/11000/>. Acesso em: 21 jul. 2022.

MUNDIM B. V. R. *et al.* Práticas integrativas e complementares realizadas em pacientes com lombalgia em uma Unidade Básica de Saúde na região noroeste do Paraná: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 43, p. 2470-2482, mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e2470.2020>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2470>. Acesso em: 27 jul. 2022.

NOGUEIRA, C. H.; NAVEGA, T. M. Influência da Escola de Postura na qualidade de vida, capacidade funcional, intensidade de dor e flexibilidade de trabalhadores administrativos. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v 18, n 4, dez. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1809-29502011000400010> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/6q67SSbDKybzWwXmdL9RwXR/abstract/?lang=en>. Acesso em 19 jul. 2022.

PATRICK, N.; EMANSKI, E.; KNAUB, M.A. Acute and chronic low back pain. **Clinics of North American**, v. 98, n. 4, p. 777-789, jul. 2014. DOI: 10.1016/j.mcna.2014.03.005. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2014..> Acesso em: 15 jul. 2022.

REIS, L. A. *et al.* Lombalgia na terceira idade: distribuição e prevalência na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 93-103, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2008.11019>. Disponível em: Acesso em: 20 jul. 2022

SALVETTI, M. G. *et al.* Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46,

out. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000700003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Zs9TJHrSy3x5tPGQBhPpxDP/?lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2022.

SILVA, G. C. P. S. M. *et al.* Cinesiofobia e percepção de funcionalidade em mulheres na pós-menopausa portadoras de lombalgia crônica. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 337- 341, dez. 2020. DOI 10.5935/2595-0118.20200189. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/341554533>. Acesso em: 20 jul. 2020.

SILVA, M.C.; FASSA, A.G.; VALLE, N.C. Dor lombar crônica em uma adulta do sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, abr. 2004. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000200005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RMYwwmGZ5dHRwxk4b76xN8R/?lang=pt#>. Acesso em: 19 jul. 2022.

SIQUEIRA, F. B.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F.; MAGALHÃES, L. C. Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira da Escala Tampa de Cinesiofobia. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v.15, n.1, p. 19-24, mai. 2007. DOI: 10.1590/S1413-78522007000100004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-78522007000100004>. Acesso em: 20 jul. 2022.

SILVA, H. G. *et al.* Escola de posturas e hábitos posturais de mulheres da comunidade indígena Tabajara: uma abordagem quali-quantitativa, participativa e etnográfica. **Research, Society, and Development**. São Paulo, v. 11, n. 2, jan 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25644>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25644>. Acesso em: 20 jul. 2022.

SOUSA, P. O.; LEAL, S. S.; CARVALHO M. E. I. M. Lombalgia, hábitos posturais e comportamentais em acadêmicos de Fisioterapia e Psicologia de uma instituição de ensino superior. **Fisioterapia Brasil**, Pernambuco, v. 18, n. 5, p 563-570, 2017. DOI: <https://doi.org/10.33233/fb.v18i5.1551> Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/>. Acesso em 15 jul. 2022.

TAVARES, J. B. *et al.* Avaliação Imagiológica da Coluna Vertebral: Sinais Diagnósticos em Tomografia Computorizada. **Acta Médica Portuguesa**, Brasil, v. 25, n. 1, p. 21-24, jul. 2012. Disponível em: <https://web.s.ebscohost.com/>. Acesso em: 15 jul. 2022.

TROCOLI, T. O., BOTELHO, R. V. Prevalência de ansiedade, depressão e cinesiofobia em pacientes com lombalgia e sua associação com os sintomas da lombalgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v.56, n. 4, p. 330-336, 2016. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.rbr.2015.09.009>. Disponível em: [ciencedirect.com/science/article/pii/S0482500416000231](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0482500416000231). Acesso em: 20 jul. 2022.

URITS, I. *et al.* Low Back Pain, a Comprehensive Review: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. **Current Pain and Headache Reports**, v. 23, n. 23, mar. 2019. DOI: 10.1007/s11916-019-0757-1. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11916-019-0757-1#article-info>. Acesso em: 15 jul. 2022.

WILL, J. S.; BURY, D.C.; MILLER, J. A. Mechanical Low Back Pain. **American Family Physician**, v. 98, n. 7, p. 421-428, Out. 2018. DOI: 10.1007/978-3-540-29805-2_2308. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues>. Acesso em: 15 jul. 2022.

WILLIAMSON, A.; HOGGART, B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. **Journal of Clinical Nursing**, v. 14, n. 7, p. 798-804. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01121.x>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16000093/>. Acesso em: 20 jul. 2022.

World Health Organization. The use and interpretation of antropometry. Geneva: WHO; 1995.

Capítulo 3
PADRÕES CULTURAIS NAS ORGANIZAÇÕES E SUA
INFLUÊNCIA NA ANSIEDADE, ESTRESSE E
DEPRESSÃO EM TRABALHADORES

Nilton S. Formiga

Juliana Bianca Maia Franco

Ricardo Ovídio de Oliveira Lima

Thalita Kelle Pires Beserra

Gleyssielle Lira Prochazka

André J. P. dos Santos

PADRÕES CULTURAIS NAS ORGANIZAÇÕES E SUA INFLUÊNCIA NA ANSIEDADE, ESTRESSE E DEPRESSÃO EM TRABALHADORES

Nilton S. Formiga

*Universidade Potiguar/Ecossistema Ânima
LABAVAPSI- Laboratório de Avaliação Psicológica
Natal, RN, Brasil*

Juliana Bianca Maia Franco

*Mestre em Psicologia Organizacional e do Trabalho,
Universidade Potiguar/Ecossistemas Ânima
Docente do Instituto Federal do Ceará-IFCE.*

Ricardo Ovídio de Oliveira Lima

*Mestre em Psicologia Organizacional do Trabalho pela
Universidade Potiguar/ Ecossistemas Ânima*

Thalita Kelle Pires Beserra

*Mestre em Psicologia Organizacional e do
Trabalho na Universidade Potiguar/
Ecossistemas Ânima*

Gleyssielle Lira Prochazka

*Tutora de práticas em Psicologia e Mestranda em
Psicologia Organizacional e do Trabalho na Universidade Potiguar/
Ecossistemas Ânima*

André J. P. dos Santos

*Mestrando em Administração na Universidade Potiguar/
Ecossistemas Ânima*

Resumo: As situações ocupacionais inadequadas, exigências das capacidades cognitivas e psíquicas no ambiente de trabalho, entre outras condições de sofrimento laboral, podem ser geradoras das doenças mentais. Com isso, é necessário pesquisar variáveis sejam capazes de explicar a origem, desenvolvimento e processo do transtorno mental leve no espaço de trabalho visando colaborar com a compreensão deste fenômeno para o desenvolvimento de estratégias de prevenção. Diante desta questão, a cultura organizacional ainda tem sido um dos construtos mais eficientes para que tanto oriente o trabalho para um comportamento organizacional desejável, quanto conduza o mesmo a um melhor ajuste na dinâmica entre o ideal e o real a organização e do trabalhador. Com isso, 219 trabalhadores, do setor público e privado, homens e mulheres, responderam a escala de cultura organizacional e transtorno emocional (ansiedade, depressão e estresse) e um questionário com a caracterização sociodemográfica. Observou-se que as escalas utilizadas são confiáveis para amostra de trabalhadores e que a hipótese relativa à cultura organizacional quanto fator inibidor do transtorno emocional foram significativas.

Palavras-chave: Cultura organizacional; Transtorno emocional; Organização pública e privada.

Abstract: Inadequate occupational situations, demands on cognitive and psychic abilities in the work environment, among other conditions of work suffering, can generate mental illnesses. Therefore, it is necessary to research variables capable of explaining the origin, development and process of mild mental disorders in the workplace, in order to collaborate with the understanding of this phenomenon for the development of prevention strategies. Faced with this issue, organizational culture has still been one of the most efficient constructs to both guide work towards desirable organizational behavior and lead it to a better adjustment in the dynamics between the ideal and the real the organization and the worker. With that, 219 workers, from the public and private sector, men and women, answered the organizational culture and emotional disorder scale (anxiety, depression and stress) and a questionnaire with the sociodemographic characterization. It was observed that the scales used are reliable for a sample of workers and that the hypothesis related to the organizational culture as an inhibiting factor of the emotional disorder were significant.

Keywords: Organizational culture; Emotional disorder; Public and private organization.

Introdução

O processo da dinâmica e funcionalidade laboral não ocorre de forma instantânea e muito menos, de um vazio atitudinal; geralmente, é influenciando por distintas condições sociais, econômicas e humanas em referido contexto social e organizacional. Estas condições exigem, seja de forma implícita ou não, que um sistema de trabalho e suas orientações normativas sofram alguma modificação referente à atuação na relação organização-trabalhador com vistas a uma maior eficiência de recepção às pressões institucionais destinadas a conduta ética e justa, bem como, a gestão e manutenção de atitudes empreendedoras (McShane & Eglino,

2013; Tagliapetra, 2015; Franco, Formiga, Grangeiro, Costa & Estevam, 2021).

Neste contexto, é que a perspectiva relativa a gestão pessoas associada aos chamados talentos humanos, seria capaz de desenvolver e gerir condutas que conduza a manutenção de competências essenciais destinadas aos objetivos laborais e propostos pela organização (Oliveira, Paula, Barreto, Formiga & Nunes, 2021). Com isso, a respeito destas condições dois tipos de atividades poderão ser gerados no cotidiano profissional, a saber: uma delas seria as atividades obrigatórias demandadas pela função ocupada pelo profissional, pré-estabelecidas no contrato social e a outra, contemplam as atividades realizadas de forma voluntária que tem a intenção de colaborar com a organização e seus pares de iguais no espaço laboral, nesta última, atribui-se o contrato psicológico (Marras, 2016).

Nesse cenário, tendo como pressuposto a relação de troca social, implícita ou não, entre os talentos humanos e a organização, caso haja um ambiente favorável o trabalhador cria vínculos afetivos positivos de satisfação e envolvimento que refletem no seu bem-estar e saúde geral no ambiente de trabalho (cf. Sobrinho & Porto, 2012; Bertoncello & Borges-Andrade, 2015; Estivalet, Andrade, Faller, Stefanan, & Souza, 2016; Formiga, Pereira, & Estevam, 2020).

De forma geral, com base na Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), deve-se compreender por saúde do trabalhador um conjunto de atividades que se destina, por meio de ações de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária, à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e aos agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo diversas ações. Dentre estas, de acordo com Sciliar (2007), é possível identificar diferentes formas de influências (por exemplo: culturais, sociais, políticas e econômicas) capaz de contribuir 'cura' e 'normalidade' para intervenção da doença prévia ou crônica no trabalhador.

Nessa perspectiva, no mundo do trabalho, ao enfatizar o adoecimento laboral, as suas marcas implicam uma questão direta na saúde mental do trabalhador; estas podem estar associada segundo Bardini (2017; cf. Formiga, Paula & Silva, 2022), na reestruturação produtiva, intensificação das pressões, ritmo de trabalho, excesso de responsabilidades, precarização na organização e nos processos de trabalho, entre outros fatores.

Ao destacar a saúde mental no ambiente de trabalho, salienta-se que as definições a respeito se modificam a partir do momento em que se verificam

transtornos mentais em diversas populações, demonstrando que ter algum tipo de transtorno mental não é um castigo divino, como se acreditava na antiguidade, mas sim, fruto de fatores genéticos, sociais e culturais, isto é, trata-se de uma condição multicausal (Sá Junior, 2004; Merlo, 2014; Merlo, Bottega & Perez, 2014). Todavia, é possível refletir que, ao analisar tal fenômeno é possível estabelecer um nexo causal transtorno mental-trabalho, isto é, existe uma relação entre o sofrimento psíquico e as atividades laborais do trabalhador (Jardim & Glina, 2014; Merlo Bardini, 2017; Bardini, & Tolfo, 2018; Roque, Gomes, Chaves, & Santos, 2022).

Considerando as concepções expressas nos parágrafos acima, associadas as particularidades dos casos de adoecimento laboral, é que se aplica as teorias de estresse, psicodinâmica do trabalho e abordagem epidemiológica e/ou diagnóstica (Zanelli, Borges-Andrade & Bastos, 2014). Segundo Formiga, Franco e Nascimento (2020; Formiga, Silva, Silva, Firmino, Santos, Azevedo, & Martins, 2020; Estevam, Formiga, Franco, Bonifácio, Ferreira, Costa, Ferreira, & Pereira, 2022), os inúmeros fatores associados à atividade laboral, além das mudanças de chefia, cargo, condição financeira, estratégias inadequadas de enfrentamento, dificuldades para lidar com o superior, horários de trabalhos interruptos, têm sido apontados como fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento do estresse laboral, ansiedade e depressão (Manetti, Marziale & Robazzi, 2008).

Com isso, se e somente se, o trabalho constitui uma fonte de progresso e bem-estar social, esta direção é contradita quando é avaliada as condições os trabalhadores são submetidos, condição a qual, exige avaliações e diagnose com objetivo de assegurar a integridade física e mental do trabalhador. Partindo do pressuposto de que o trabalho é um dos componentes básicos da vida do ser humano, pesquisadores têm percebido a relevância em investigar as variáveis que influenciam o estresse ocupacional, o qual, é capaz de contribuir para o desenvolvimento da ansiedade e depressão (Araújo et al, 2003; Carriolho & Mauro, 2003; Alves, 2004, Camelo & Angerami, 2008; Manetti, Marzilli & Robazzi, 2008; Pereira, 2018).

Segundo Formiga, Silva, Silva, Firmino, Santos, Azevedo e Martins (2020; Wagner III & Hollenberck, 2000; Estevam, Formiga, Franco, Bonifácio, Ferreira, Costa, Ferreira, & Pereira, 2022), a literatura em geral destaca ainda uma necessidade de mais investigações que conduzam explicações sobre o transtorno emocional do trabalhado em seu ambiente laboral; afinal, de acordo com Pereira (2018), tal fenômeno poderá ser avaliado a partir de variáveis psicológicas aplicadas ao contexto

organizacional (por exemplo, o capital psicológico, percepção do suporte organizacional, engajamento no trabalho, etc.) e sociais (a saber: os valores, crenças, atitudes etc.). Com isso, mesmo tendo uma quantidade de variáveis diversas que poderia influenciar na compreensão do transtorno mental no ambiente de trabalho, a cultura organizacional ainda é uma destas variáveis que tem sido importante na indicação de proposições para entender um sistema e processo de trabalho eficiente e inibir o transtorno emocional do trabalhador em sua dinâmica laboral.

Ao destacar a importância da cultura em geral é preciso salientar que ela contempla uma diversidade de concepções teóricas, as quais, considerando o Brasil, se encontram embasadas em eixos ideológicos diversos (por exemplo, a hierarquia e o individualismo e a hegemonia e competição), tornando divergente estabelecer a questão cultura como um traço único (Da Matta, 1984; Dumaine, 1990; Laraia, 1997; Silva & Zanelli, 2004).

Assim, ao definir cultura, os pesquisadores na área ultrapassam a proposta de compreender aspectos relacionados a estilos, crenças, valores, costumes, etc (Formiga, Freire, Franco, Souza & Souza, 2020). Para Vandeman-Winter e Place (2015), ainda se faz necessário estudar a cultura, pois esta busca entender a experiência de determinados grupos sociais no processo de auto-identificação em relação às forças externas, que geralmente apresentam-se contraditórias, até porque a cultura apresenta-se como um instrumento de compartilhamento das experiências, ações e opiniões entre gerações (Hofstede, 2015).

Com foco no contexto organizacional, para Schein (2009), a cultura trata-se e um elemento-modelo de pressupostos básicos criados por certos grupos ou desenvolvidos durante o processo de aprendizagem social a fim resolver problemas destinados a adaptação externa e integração interna no ambiente de trabalho. Sendo assim, sociologicamente, a cultura da organização está diretamente relacionada à cultura da região em que a empresa está inserida, fenômeno de preocupação principalmente para empresas multinacionais (House, Hanges, Javidan, Dorfman, & Gupta, 2004; Rego & Cunha, 2009; cf. Hofstede, 1991).

Desta forma, a cultura organizacional pode impactar diretamente na relação empregado-empregador por meio de variáveis (por exemplo, satisfação, compromisso, coesão, implementação de estratégia, desempenho, ação organizacional, mudança, etc.) (Lund, 2003; Mitchell & Pattison, 2012; Barreto, Kishore, Reis, Baptista, & Medeiros, 2013). Neste contexto, faz sentido a concepção

de Yin, Lu, Yang e Jing (2014), os quais, definem a cultura organizacional como um conjunto de efeitos multidimensionais que evoluem através da dinâmica de impressão como persistência, decadência, e construção de novas percepções; sendo esta, de acordo com Trigunarsyah (2017), de responsabilidade de cada organização, estabelecendo e gerando a manutenção de seus hábitos, costumes, e valores, com base na interação entre os trabalhadores, podendo orientar e modelar o comportamento nas e das organizações.

Partindo dessas perspectivas, bem como, acreditando na importância de se avaliar a cultura nas organizações é que Ferreira e Assmar (2008), com base na literatura nacional sobre a avaliação da cultura organizacional desenvolvem uma medida de avaliação da identificação de padrões ou estilos de administração envolvidos por valores que sugerem a predição de determinadas práticas culturais nas organizações.

De acordo com Ferreira e Assmar (2008), as práticas e os valores organizacionais em termos concretos poderá ser influenciada com base numa mudança estratégica no processo organizacional; ainda assim, segundo Hofstede (1991; 2015), é possível que esses construtos (práticas e valores) sejam interdependentes. Enquanto a dimensão dos valores assume uma configuração a partir das orientações valorativas pela hierarquia de gestores, a segunda refere-se à ação e realização dessa subjetividade estabelecida na relação organização-gestão. A partir desta perspectiva, Ferreira e Assmar (2008), com base na concepção de Hofstede (1991; 2015) propõem uma medida capaz de avaliar a cultura organizacional manifestada por meio de práticas (integração externa, recompensa e treinamento, promoção do relacionamento interpessoal) e valores organizacionais (profissionalismo cooperativo, satisfação e bem-estar dos empregados e promoção do relacionamento interpessoal). Desta maneira, o presente capítulo tem como objetivo avaliar a relação entre cultura organizacional em suas dimensões dos valores e práticas culturais e o transtorno emocional (ansiedade, depressão e estresse) em trabalhadores.

Método

Amostra

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e correlacional de abordagem

quantitativa com a participação de profissionais de organizações públicas e privadas no Rio Grande do Norte e na Paraíba. No pacote estatístico G Power 3.1, desenvolvido por Faul, Erdfelder, Lang e Buchner (2007), foi avaliado o 'n' necessário para a pesquisa e suas respectivas análises estatísticas. Para isso, considerou-se uma probabilidade de 95% ($p < 0,05$), magnitude do efeito amostral ($r \geq 0,50$) e um padrão de poder hipotético ($\pi \geq 0,80$), tendo observado que uma amostra de 200 trabalhadores era suficiente para pesquisa, pois apresentou os seguintes indicadores estatísticos: $t \geq 1,98$; $\pi \geq 0,95$; $p < 0,05$.

Com isso, foi coletado 219 trabalhadores participaram do estudo, para o qual, observaram as seguintes características sociodemográficas: trabalhadores da cidade de Natal-RN (48%) e João Pessoa-PB (52%), do setor público (38%), privado (47%) e em ambos os setores (15%); a maioria eram mulheres (66%) e do estado civil casada (44%). Quanto ao tempo de serviço, este variou de 1 a 42 anos (Média = 9,19, d.p. = 8,19), em relação ao nível de educação, maioria (36%) tinham especialização.

Instrumentos de pesquisa

No que se refere aos instrumentos da pesquisa, forma utilizados os seguintes:

Instrumento Brasileiro para Avaliação da Cultura Organizacional (IBACO) - Versão Reduzida: Este instrumento foi desenvolvido e validado por Ferreira e Assmar (2008) e é composta por 30 itens divididos nos fatores sobre Valores e Práticas Culturais, cada um deles com três subfatores: Valores (profissionalismo competitivo, profissionalismo cooperativo, satisfação e bem-estar dos empregados) e Práticas (Integração Externa, Recompensa e Treinamento e Promoção de Relacionamento Interpessoal).

Para a época, a escala revelou uma qualidade psicométrica com os indicadores estatísticos inseridos nos critérios aceitáveis pela literatura sobre o tema da psicométrica e avaliação psicológica (Pasquali, 2011; Hutz & Bandeira, 2014; Hutz, Bandeira, & Trentini, 2015). Com isso, os índices de consistência interna, para os fatores e subfatores foi $> 0,70$; especificamente, foram os seguintes: profissionalismo cooperativo foi 0,87; profissionalismo competitivo foi 0,76; satisfação e bem-estar dos empregados foi 0,88; integração externa foi 0,85; recompensa e treinamento foi 0,80; promoção de relacionamento interpessoal foi 0,71 (cf. Ferreira & Assmar, 2008). No estudo desenvolvido por Formiga e Souza (2019) com esta escala em trabalhadores

de empresas públicas e privadas, os autores observaram semelhantes indicadores psicométricos referente aos mesmos fatores, com alfas variando de 0,75 a 0,80. Condição essa, que garante a qualidade fatorial propostas pelos autores da escala original.

Escala de Ansiedade, depressão e estresse (em inglês, DASS-21): Foi desenvolvido Lovibond e Lovibond (1995), constituído por um conjunto de três subescalas, respondida na escala tipo Likert, de 4 pontos, variando de 0 = não se aplica totalmente a 4 = aplica-se totalmente. Os respondentes indicam o grau com que vivenciaram cada um dos sintomas descritos nos itens durante a última semana (isto é, a semana anterior) e indicar em seguida a sua resposta.

Cada subescala é composta por 7 itens, destinados a avaliar os estados emocionais de depressão, ansiedade e estresse. A sua construção tomou-se como referência o modelo tripartido, o qual, propõem uma estrutura fatorial com base no conceito e medida dos sintomas de ansiedade e depressão (cf. Patias, Machado, Bandeira, & Dell’Aglío, 2016).

No Brasil, a DASS21 foi adaptada e validada para 686 adultos, de diversas regiões do país, com média de idade de 33,88, apresentando medidas de fidedignidade de 0,92 a 0,96 para as subescalas (Machado & Bandeira, 2013). Os autores Vignola e Tucci (2014) também tiveram evidências de validade de 0,86 a 0,92 para uma amostra clínica de adultos paulistas do sexo feminino.

Questionário Sociodemográfico. Constitui em obter informações sobre os participantes, relativos ao vínculo profissional do respondente, sexo, idade, qualificação profissional, tempo de serviço etc.

Administração do instrumento e conduta ética da pesquisa

O estudo foi desenvolvido por meio eletrônico através do *Google forms* e individualmente aos profissionais em atuação no mercado de trabalho no Rio Grande do Norte e na Paraíba. O participante que demonstrasse interesse em contribuir com a pesquisa acessava o formulário eletrônico enviado por meio das redes sociais e/ou e-mails cadastrados que estiveram no contato do responsável/coordenador da pesquisa, informando-lhes que a participação era voluntária e anônima. No instrumento, apresentou-se as principais informações acerca do objetivo da pesquisa e instruções para entendimento das questões. O responsável pelo estudo esteve

disponível por e-mail e/ou telefone celular para sanar as possíveis dúvidas.

Buscou administrar uma participação voluntária dos sujeitos, informando que poderiam desistir da pesquisa quando quiserem e que não havia prejuízo moral, comportamental e emocional para eles. O questionário foi disponibilizado durante dois meses, após à aprovação no CONEP (CAAE 15827919.0.0005296); um tempo de, aproximadamente 10 minutos foi suficiente para a conclusão do preenchimento do questionário.

Análise de dados

Os instrumentos serão encaminhados aos respondentes através de um formulário eletrônico disponível online na página do *GoogleDocs* por um período de sessenta dias. Quanto a análise dos dados, utilizar-se-á o pacote estatístico SPSSWIN versão 25.0, para tabular os dados e realizar as análises estatísticas descritivas (média e desvio padrão, mediana), correlação de Pearson, teste de *t* de *Student*, alfa de Cronbach e Análise de Variância (ANOVA) (Dancey & Reidy, 2019).

Resultados

Finalizada a coleta dos dados, realizaram-se os seus devidos cálculos; assim, no que diz respeito a confiabilidade das escalas, através do alfa de *Cronbach* observaram-se índices estatísticos que salientam a temporalidade e contextualização das mesmas medidas, as quais, administradas em outras amostras em anos anteriores; estes alfas estiveram acima de 0,70 (a saber: IBACO = 0,95, com um ICC = 0,95 e DASS-21 = 0,97 e ICC = 0,97), revelando estarem no limite psicométrico exigido na literatura estatística.

É destaque o Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC, em inglês) observando escores com um intervalo de confiança compatível e próximo ao observado no *alfa de Cronbach* (α) garantindo com isso, a confiabilidade das medidas para amostras com características semelhantes as abordas neste estudo, destinadas para futuros estudos. Assim, considera-se que o respondente, em ambas as escalas, foi capaz de reconhecer o conteúdo e o sentido dos referidos instrumentos apresentados a eles, os quais, são seguros e confiáveis.

A partir da identificação de que as escalas foram consistentes, verificou-se o poder preditivo das dimensões da cultura organizacional sobre o transtorno emocional

(ansiedade depressão e estresse) numa amostra de trabalhadores. Faz-se necessário chamar atenção que, ao se pretender avaliar o poder preditivo numa pesquisa, foca-se no cálculo da análise de regressão múltipla, pois tem como base de avaliação os indicadores estatísticos de uma relação funcional entre as variáveis dependentes (VD) sobre as independentes (VI), contrário ao sentido de relação linear proposta na correlação de *Pearson* (e.g., Formiga, 2007). Desta maneira, o suposto modelo de regressão múltipla tem por interesse fornecer informações acerca de fenômenos que são representados por variáveis métricas ou quantitativas, buscando avaliar as dependências entre variáveis explicativas e sua relação com uma variável dependente métrica (fenômeno em estudo) (Fávero, 2015; Hair, Tatham, Anderson, & Black, 2005).

Com isso, realizou-se o cálculo de análise de regressão múltipla, com o método *Enter*. A condição de ter escolhido este método se deve a originalidade do estudo, na qual, estabeleceu-se hipoteticamente, a predição das dimensões da cultura organizacional sobre transtorno emocional em trabalhadores. Sendo assim, o transtorno emocional comum (DASS-21) quanto uma pontuação total, pode-se observar na tabela 1 que das seis dimensões da cultura organizacional, as dimensões SATISFBEM (Satisfação e Bem-estar dos empregados), INTEXT (Integração Externa), PROMRECOMTREI (Recompensa e Treinamento), PROMRELINT (Promoção de Relacionamento interpessoal), predisseram negativamente a variável do transtorno emocional comum, tendo observado os respectivos indicadores de predição, os quais, todos significativos ($\beta = -0,33$, $\beta = -0,28$, $\beta = -0,48$ e $\beta = -0,67$). Destaca-se também, que dos fatores de segunda ordem, os quais, referentes a valores e práticas culturais, ambos, também, predisseram negativamente ($\beta = -0,83$ e $\beta = -0,58$). Quanto à significância do modelo preditivo e a variância explicada de explicação, observou-se que os indicadores: $R^2 = 0,15$; $R^2_{ajustado} = 0,11$ (11%), $F(9/218) = 4,05$, $p < 0,01$].

Tabela 1 - Regressão múltipla dos efeitos das variáveis dependentes sobre a variável independente

Preditores	Variável critério: DASS21 (Transtorno emocional comum)				
	Média (d.p.)	B	SE	Beta	t (> 1,96)
<i>Intercepto</i>	---	67,14	6,37	---	10,54*
Cultura Organizacional _{pontuação total}	89,21 (29,98)	-0,31	0,16	-0,81*	-2,96*
PROFCOOP	17,23 (5,49)	-0,07	0,31	-0,05	-0,25
PROFCOMPET	12,55 (5,01)	-0,17	0,27	-0,10	-0,61
SATISFBEM	13,80 (5,76)	-0,48	0,27	-0,33*	-2,79*
VALORCULTU	47,18 (14,59)	-0,46	0,29	-0,83*	-2,60*
INTEGEXTER	18,69 (4,82)	-0,46	0,24	-0,28*	-2,88*
PROMRECOMTREI	12,93 (6,01)	-0,66	0,27	-0,48*	-2,42*
PROMRELACINTER	16,03 (5,14)	-0,82	0,28	-0,67*	-3,81*
PRATCULT	49,98 (14,72)	-0,67	0,32	-0,58*	-2,77*
Coeficiente de Regressão (R ²)	0,15				
Variância Explicada (R ² ajustado)	0,11 (11%)				
Modelo	F (9/218) = 4,05, p < 0,01				

*p < 0,01; # Pontuação total; ProfCoop = Profissionalismo Cooperativo; ProfCompt = Profissionalismo Competitivo; SatBem = Satisfação e Bem-estar dos empregados; IntExt = Integração Externa; RecTrein = Recompensa e Treinamento; PromRelInt = Promoção de Relacionamento interpessoal

O construto que o DASS-21 avalia, referente ao transtorno emocional comum, é dimensionado em três fatores, os quais, são atribuídos à avaliação da ansiedade, depressão e estresse. Com isso, seguiu-se o mesmo parâmetro de análise realizada para as variáveis na tabela 1 e desta forma, pode-se observar que para a dimensão da ansiedade, na tabela 2, as dimensões INTEXT (Integração Externa), PROMRECOMTREI (Recompensa e Treinamento) e PROMRELINT (Promoção de Relacionamento interpessoal) da cultura organizacional predisseram, negativamente, a dimensão da Ansiedade do DASS-21, com todos significativos (respectivamente, $\beta = -0,33$, $\beta = -0,52$ e $\beta = -0,57$). Para esta dimensão do transtorno emocional, apenas a prática cultural predisse, também, negativamente ($\beta = -0,58$) com o modelo preditivo, tendo os seguintes indicadores: $R^2 = 0,15$; $R^2_{ajustado} = 0,11$ (11%), $F (9/218) = 4,11$, $p < 0,01$].

Tabela 2 - Regressão múltipla dos efeitos das variáveis dependentes sobre a variável independente

Preditores	Variável critério: Ansiidade				
	Média (d.p.)	B	SE	Beta	t (> 1,96)
<i>Intercepto</i>	---	24,24	2,40	---	10,08*
Cultura Organizacional _{pontuação total}	89,21 (29,98)	-0,28	0,14	- 0,80*	-2,11*
PROFCOOP	17,23 (5,49)	-0,78	0,17	-0,23	-1,14
PROFCOMPET	12,55 (5,01)	-0,31	0,16	-0,03	-0,17
SATISFBEM	13,80 (5,76)	-0,78	0,17	-0,28	-2,29
VALORCULTU	47,18 (14,59)	-0,31	0,16	0,18	-1,73
INTEGEXTER	18,69 (4,82)	-0,78	0,17	- 0,33*	-2,26*
PROMRECOMTREI	12,93 (6,01)	-0,31	0,16	- 0,52*	-2,62*
PROMRELACINTER	16,03 (5,14)	-0,78	0,17	- 0,57*	-3,23*
PRATCULT	49,98 (14,72)	-0,31	0,16	- 0,58*	-2,76*
Coefficiente de Regressão (R ²)	0,16				
Variância Explicada (R ² ajustado)	0,12 (12%)				
Modelo	F (9/218) = 4,11, p < 0,01				

*p < 0,01; # Pontuação total. ProfCoop = Profissionalismo Cooperativo; ProfCompt = Profissionalismo Competitivo; SatBem = Satisfação e Bem-estar dos empregados; IntExt = Integração Externa; RecTrein = Recompensa e Treinamento; PromRelInt = Promoção de Relacionamento interpessoal

Na tabela 3, observa-se os resultados da análise de regressão para a dimensão da Estresse do DASS-21; neste sentido, as dimensões INTEXT (Integração Externa), PROMRECOMTREI (Recompensa e Treinamento) e PROMRELINT (Promoção de Relacionamento interpessoal) da cultura organizacional predisseram, negativamente, a dimensão Estresse, tendo todas as dimensões sido significativas (respectivamente, $\beta = -0,30$, $\beta = -0,44$ e $\beta = -0,59$). Para esta dimensão do transtorno emocional, também, os valores e a prática cultural predisseram negativamente ($\beta = -0,55$), estes apresentaram os seguintes indicadores: $R^2 = 0,12$; $R^2_{ajustado} = 0,08$ (8%), $F (9/218) = 3,02$, $p < 0,01$].

Tabela 3 - Regressão múltipla dos efeitos das variáveis dependentes sobre a variável independente

Preditores	Variável critério: Estresse				
	Média (d.p.)	B	SE	Beta	t (> 1,96)
<i>Intercepto</i>	---	21,44	2,29	---	9,39*
Cultura Organizacional _{pontuação total}	89,21 (29,98)	-0,30	0,14	- 0,63*	-2,22*
PROFCOOP	17,23 (5,49)	-0,28	0,29	-0,20	-0,97
PROFCOMPET	12,55 (5,01)	-0,09	0,26	-0,06	-0,35
SATISFBEM	13,80 (5,76)	-0,26	0,26	-0,20	-1,02
VALORCULTU	47,18 (14,59)	-0,50	0,28	- 0,74*	-2,77
INTEGEXTER	18,69 (4,82)	-0,49	0,23	- 0,30*	-2,10*
PROMRECOMTREI	12,93 (6,01)	-0,56	0,26	- 0,44*	-2,16*
PROMRELACINTER	16,03 (5,14)	-0,88	0,27	- 0,59*	-3,29*
PRATCULT	49,98 (14,72)	-0,81	0,31	- 0,55*	-2,67*
Coeficiente de Regressão (R ²)	0,12				
Variância Explicada (R ² ajustado)	0,08 (8%)				
Modelo	F (9/218) = 3,02, p < 0,01				

*p < 0,01; # Pontuação total. ProfCoop = Profissionalismo Cooperativo; ProfCompt = Profissionalismo Competitivo; SatBem = Satisfação e Bem-estar dos empregados; IntExt = Integração Externa; RecTrein = Recompensa e Treinamento; PromRelInt = Promoção de Relacionamento interpessoal

Observando a tabela 4, a partir da análise de regressão para a dimensão da Depressão do DASS-21, destaca-se que as dimensões ProfCoop (Profissionalismo Cooperativo), INTEXT (Integração Externa), PROMRECOMTREI (Recompensa e Treinamento) e PROMRELINT (Promoção de Relacionamento interpessoal) da cultura organizacional foram capaz de predizer, negativamente, a dimensão Depressão, as quais, tiveram seus indicadores significativos (respectivamente, $\beta = -0,34$, $\beta = -0,30$, $\beta = -0,53$ e $\beta = -0,51$). Ainda para esta dimensão, tanto os valores ($\beta = -0,87$), quanto a prática cultural ($\beta = -0,45$) revelou uma explicação negativa para a Depressão, tendo para isso, os seguintes indicadores estatísticos do modelo: $R^2 = 0,16$; $R^2_{ajustado} = 0,12$ (12%), $F (9/218) = 4,43$, $p < 0,01$].

Tabela 4 - Regressão múltipla dos efeitos das variáveis dependentes sobre a variável independente¹

Preditores	Variável critério: Depressão				
	Média (d.p.)	B	SE	Beta	t (> 1,96)
<i>Intercepto</i>	---	22,74	2,29	---	9,92*
Cultura Organizacional _{pontuação total}	89,21 (29,98)	-0,26	0,13	- 0,82*	-2,92*
PROFCOOP	17,23 (5,49)	-0,49	0,29	- 0,34*	-2,68*
PROFCOMPET	12,55 (5,01)	-0,01	0,26	-0,01	-0,04
SATISFBEM	13,80 (5,76)	-0,25	0,26	-0,19	-0,98
VALORCULTU	47,18 (14,59)	-0,47	0,28	- 0,87*	-2,70*
INTEGEXTER	18,69 (4,82)	-0,49	0,23	- 0,30*	-2,13*
PROMRECOMTREI	12,93 (6,01)	-0,70	0,26	- 0,53*	-2,68*
PROMRELACINTER	16,03 (5,14)	-0,79	0,27	- 0,51*	-2,93*
PRATCULT	49,98 (14,72)	-0,78	0,31	- 0,45*	-2,56*
Coeficiente de Regressão (R ²)	0,16				
Variância Explicada (R ² ajustado)	0,12 (12%)				
Modelo	F (9/218) = 4,43, p < 0,01				

*p < 0,01; # Pontuação total. ProfCoop = Profissionalismo Cooperativo; ProfCompt = Profissionalismo Competitivo; SatBem = Satisfação e Bem-estar dos empregados; IntExt = Integração Externa; RecTrein = Recompensa e Treinamento; PromRelInt = Promoção de Relacionamento interpessoal

Discussão

Neste capítulo procurou abordar a relação entre a cultura organizacional e transtorno emocional em trabalhadores de organizações públicas e privadas; a pesquisa se insere no campo dos estudos da psicologia organizacional e da saúde do trabalhador, especialmente, no que diz respeito aos transtornos mentais leves que podem ser identificados nestes profissionais.

Com a realização da análise de consistência interna das medidas utilizadas, motivação que se deve ao fato de que, mesmo com estas escalas apresentando

indicadores psicométricos confiáveis em outros estudos (cf. Formiga & Souza, 2019; Formiga, Franco, Neto, Guimarães, Oliveira, Pereira & Estavam, 2019; Formiga & Guimarães, 2019) para o contexto brasileiro, procurou-se com isso, verificar se a organização fatorial destas medidas se mantinha por ter providenciado uma amostra de contextos sociais e políticos diferentes a dos estudos supracitados.

Desta maneira, todas as medidas não apenas foram consistentes, mas, também, reprodutíveis, ao considerar o ICC; este indicador sugere que, para as medidas-construtos, ao ser utilizada em pesquisas quantitativas, um limite de confiança que é hipotetizado para futuros estudos, tendo em conta similaridades amostrais próximas às coletadas para este estudo (cf. Formiga & Souza, 2019).

Em relação ao modelo correlacional, esperava-se relações positivas e significativas, pois, os estudos de Formiga e Souza (2019) e de Formiga e Guimarães (2019), preconizavam, a influência direta da cultura organizacional em variáveis psicológicas frente a saúde psíquica dos trabalhadores. Com isso, tanto as correlações internas entre as dimensões de cada construto quanto entre os construtos principais do objetivo geral corroboraram os pressupostos teóricos abordado neste capítulo; condição esta, que foram contempladas, previamente, os mesmos construtos em outros estudos de forma bastante específica, (cf. Pereira, Formiga & Estevam, 2019; Formiga & Souza, 2019; Formiga & Guimarães, 2019).

Sendo assim, ao salientar a influência da cultura organizacional, enquanto poder explicativo da percepção da saúde do trabalhador, esta, poderá até ter uma relação significativa entre elas, mas, a partir dos resultados abordados, nota-se, nas tabelas 1, 2 e 3 que as relações bem maiores em seus escores para as dimensões da prática cultura sobre o transtorno emocional, especialmente, para a dimensão da ansiedade, depressão e estresse.

Ao considerar esses resultados é possível inferir, de forma parcimoniosa, que provavelmente, mesmo tendo as dimensões dos valores cultural (a saber: satisfação e bem-estar do empregados), há uma maior influência das dimensões das práticas culturais (por exemplo: IntExt = Integração Externa; RecTrein = Recompensa e Treinamento; PromRelInt = Promoção de Relacionamento interpessoal) para a saúde laboral, especialmente, para o transtorno emocional leve quanto pontuação total e as dimensões da ansiedade, depressão e estresse, pois, estes modelos preditivos, revelaram explicações percentuais muito próximas ($R^2_{ajustado}$), pois, variaram de 8% a 12% da amostra. Porém, este era um resultado esperado, afinal pesquisa-se aqui

conduta humana e, especialmente, conduta que variação da saúde mental, condição que poderá influenciar o sujeito em sua resposta na expressão real da sua experiência.

Apesar de não encontrar estudos que contemplem, neste conjunto de correlações, observou-se que os resultados apresentados convergem para os estudos que abordam de forma específica a cultural e a saúde laboral. Destaca-se aqui, o estudo de Tamayo et al. (2004), para os quais, a cultura é um elemento que favorece o prazer e auto-realização do trabalhador e que, caso seja negada ou pouco administrada influencia nas sobrecargas físicas e emocionais e agravos à saúde (por exemplo, stress, burnout, depressão e distúrbios psicossomáticos).

Sendo assim, uma organização com uma cultura expressa em seus valores e práticas organizacionais bem estruturada, bem como, funcional, poderá contribuir diretamente com a saúde mental do trabalhador. Com isso, ao salientar a influência da cultura organizacional, enquanto poder explicativo da saúde do trabalhador, esta, poderá até ter uma relação significativa entre elas, mas, a partir dos resultados abordados, as relações aumentam quando, na cultura organizacional enfatiza-se a importância das práticas culturais sobre o transtorno emocional.

O fato é que a cultura tende a se eternizar, ser passada por geração em geração, e que só pode ser transformada por meio de um processo de construção social. Com as características previamente descritas, e atuando em um contexto globalizado, os resultados das organizações são insuficientes e podem ter sua continuidade ameaçada. Acredita-se que, ao assimilar a cultural, o funcionário poderá se envolver tanto com os comportamentos socialmente desejáveis na sua organização quanto com uma dinâmica de um saber cultural capaz de gerir estas práticas normativas frente a uma melhor eficiência e relacionamento interpessoal dentro e fora da organização (Formiga, Franco, Neto, Guimarães, Oliveira, Pereira & Estavam, 2019).

Com isso, sugere, a partir dos achados apresentados nestes capítulos, seguindo a reflexão de Formiga, Andrade Junior e Almeida (2022), a elaboração de uma educação organizacional centrada no treinamento e desenvolvimento de talentos nas organizações, na busca de construir elementos e práticas passíveis de transformações das ações dos profissionais destinadas ao nível de satisfação do trabalhador, valorização, reconhecimento, empoderamento e ascensão quanto profissional e pessoa.

Neste capítulo, pretendeu-se abordar que a saúde do trabalhador não é exclusividade individual do trabalhador, mas, também, da empresa com uma cultura estruturada e funcional, exigindo de ambos uma capacidade de assimilar e desenvolver fatores de proteção. Tanto no que se refere a qualidade e segurança dos resultados nas escalas e nas predições entre as variáveis, a proposta analítica do estudo é potencializar ferramentas sócio-organizacionais para a gestão da estrutura e funcionalidade organizacional com base saudável dos trabalhadores.

Esta condição visa a elaboração e organização de eventos funcionais e laborais capazes de transformar a realidade social e organizacional frente as demandas econômicas e de ambiente trabalho. Este trabalho e seus resultados são importantes para apresentar elementos teóricos e empíricos relativos aos riscos psíquicos que estes profissionais estão vivendo, mas, também, a necessidade de maior atenção a prática médica na saúde mental.

Referências

- Alves, M. G. M. (2004) *Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulhres no Estudo Pró Saúde*. 261f. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro.
- Araújo, T. M. et al. (2003) Aspectos psicossociais ao trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 424-433, ago.
- Bardini, C. & Tolfo, S. R. (2018). O sentido do trabalho para empregados de uma empresa do setor elétrico sediada em Santa Catarina. *Revista Especialize*, 15 (1), 1-29. Recuperado de <https://ipog.edu.br/wp-content/uploads/2020/11/crislaine-bardini-101761313.pdf>
- Bardini, C. (2017) Nexo causal: uma análise entre transtorno mental e trabalho. *Revista Especialize*, 13(01), 1-19.
- Barreto, L. M. T. S.; Kishore, A.; Reis, G. G.; Baptista, L. L.; Medeiros, C. A. F. (2013). Cultura organizacional e liderança: uma relação possível? *Revista de Administração*, 48(1), 34-52.
- Bertoncello, B., & Borges-Andrade, J. E. (2015). Relações entre Suporte Organizacional e Saúde Mental do Trabalhador. *Revista Laborativa*, 4(2), 85-102. <http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa>.
- Brasil. Lei nº 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 de Jun. 2022.
- Camelo, S. H. H. & Angerami, E. L. S. (2008). Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. *Cienc Cuid Saude*, 7(2), 232-240, abr./jun.
- Carriolho, L. P. L & Mauro, M. Y. C. Uso e abuso de álcool e outras drogas: ações de promoção e prevenção do trabalho. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, 11(1), 25-33, jan./abril.
- Dancey C. P., & Reidy J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed.
- Da Matta, R. (1984). *Relativizando: uma introdução: uma introdução à Antropologia Social*. São Paulo: Vozes.
- Dumaine, B. (1990). *Creating a new company culture*. (p. 127-131). *Fortune*,
- Estavam, I. D., Formiga, N. S. ., Franco , J. B. M., Bonifácio, Élide D. N. C. ., Ferreira , S. V., Costa, E. L. da, Ferreira, M. C., & Pereira, J. F. . (2022). Um estudo preditivo sobre suporte organizacional e capital psicológico no trabalho no transtorno emocional comum em tempo de isolamento social em trabalhadores. *Research, Society and Development*, 11(7), e38911729883. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29883>

Estivalete, V., Andrade, T., Faller, L., Stefanan, A., & Souza, D. (2016). Suporte social e suporte organizacional como antecedentes do bem-estar no trabalho: a perspectiva de colaboradores de uma empresa de logística ferroviária. DOI: 10.15600/1679-5350/rau.v14n2p31-56. *Revista de Administração*, 14(2), 31-56. doi:<http://dx.doi.org/10.15600/rau.v14i2.644>

Faul F., Erdfelder E., Buchner A., Lang A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160

Fávero, L. P. L. (2015). *Análise de dados: Modelos de regressão com Excel®, Stata® e SPSS®*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Ferreira, M. C., & Assmar, E. M. L. (2008). Cultura Organizacional: Desenvolvimento de um instrumento brasileiro para avaliação da cultura organizacional, (pp. 125-138). In: Siqueira, M. M. M. (Org.). *Medidas do comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão*. Porto Alegre: Artmed.

Formiga, N. S., Silva, A. G. F. da., Silva, J. D. da., Firmino, T. T., Santos, S. X. dos., Azevedo, F. L. B. de., & Martins, J. G. F. (2020). Transtorno emocional leve em trabalhadores: Verificação de um modelo teórico a partir do suporte organizacional, gestão do conhecimento e capital psicológico positivo. *Research, Society and Development*, 9(9), e580997597. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7597>.

Formiga, N. S. & Guimaraes, W. N. C. (2019) *Caminhos para a rentabilidade emocional da saúde laboral: A influência do capital psicológico positivo no transtorno emocional em médicos*. 1. ed. Beau Bassin - Mauritius: Nova edições acadêmicas, 2019. v. 1. 110p.

Formiga, N. S. & Souza, I. M. (2019). A saúde laboral em trabalhadores administradores: uma explicação interacional entre variáveis macro, meso e micro-organizacional no Rio Grande do Norte, Brasil. Novas Edições Acadêmicas.

Formiga, N. S., Freire, B. G. de O., Franco, J. B. M., Souza, A. D. de S., & Souza, M. A. (2020). Verificação da estrutura fatorial e invariância da medida de cultura organizacional em funcionários de uma IES pública no Rio de Janeiro-RJ, Brasil. *Research, Society and Development*, 9(3), e66932397. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2397>

Formiga, N. S., Paula, N. H. M. M., & Silva, A. K. L. (2022). Suporte organizacional e danos relacionados ao trabalho: um estudo correlacional com trabalhadores brasileiros. *Revista de Carreiras e Pessoas*, 12, 280-302. <https://doi.org/10.23925/recape.v12i2.50236>.

Formiga, N. S., Pereira, G. A., & Estevam, I. D. (2020). Proposta de modelo mediacional entre suporte organizacional, capital psicológico e saúde geral em enfermeiros de um hospital público. *Psicologia Revista*, 29(2), 375-403. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2020v29i2p375-403>

Formiga, N. S.; Andrade Junior, J. I. D. & Almeida, L. A. L. (2022). Cultura

organizacional e gestão do conhecimento em trabalhadores de organizações públicas e privadas. In: *Temáticas contemporâneas da sociedade, seus aspectos e realidades*. Resiane Paula Silveira (org.). Formiga, MG: Editora Union. 229 DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5944426>

Formiga, N. S.; Franco, J. B. M. & Nascimento, F. S. (2020) *Cultura Organizacional, Capital Psicológico e Transtorno Emocional*. 1. ed. Novas Edições Acadêmicas, 2020. v. 1. 117p

Formiga, N., Franco, J. B., Neto, A., Guimarães, W., Oliveira, M. A., Pereira, G., & Estavam, I. (2019). A medida de capital psicológico positivo: evidência da invariância fatorial em trabalhadores de distintas profissões em João Pessoa-PB e Natal-RN. *Psicologia e Saúde em Debate*, 5(1), 19-36.

Franco, J. B. M., Formiga, N. S., Grangeiro, S. R. A., Oliveira, H. C. C., & Estevam, I. D. (2021). Correlatos E Variações Na Percepção Do Suporte Organizacional E Gestão Do Conhecimento Em Trabalhadores De Organizações Públicas E Privadas Em Natal-RN. RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218, 2(4), e24213-e24213.

Hair Jr, J. F. et al. (2005). *Análise Multivariada de Dados*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman.

Hofstede, G. (1991). *Cultures and Organizations: software of the mind*. London: McGraw-Hill.

Hofstede, G. J. (2015). Culture's causes: the next challenge. *Cross Cultural Management: An International Journal*, 22(4), 545-569. DOI: <https://doi.org/10.1108/CCM-03-2015-0040>

House, R. J., Hanges, P. J., Javidan, M., Dorfman, P. W. & Gupta, V. (2004). *Culture, leadership, and organizations. The Globe study of 62 societies*. Thousand Oaks: Sage.

Hutz, C. S., & Bandeira, D. S. (2003). Avaliação psicológica no Brasil: Situação atual e desafios para o futuro. In O. H. Yamamoto, & V. V. Gouveia (Eds.), *Construindo a psicologia brasileira: Desafios para a ciência e prática psicológica* (pp. 261-277). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Hutz, C. S., Bandeira, D. R., & Trentini, C. M. (Eds.). (2015). *Psicometria*. Porto Alegre: Artmed.

Jardim, S., & Glina, D. (2014). *Os diagnósticos dos transtornos mentais relacionados ao trabalho*. In D. Glina & L. Rocha (Eds.), *Saúde mental no trabalho: Desafios e soluções* (pp. 17-52). São Paulo, SP: VK.

Laraia, R. B. (1997). *Cultura: um conceito antropológico*. Rio de Janeiro: Zahar.

Lovibond, P. P., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the fleck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(1), 335-342.

- Lund, D. (2003). Organizational culture and job satisfaction. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 18, 219-236.
- Manetti, M. L.; Marziale, M. H. P.; Robazzi, M. L. C. C. (2008) Revisando os fatores psicossociais do trabalho de enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – RENE*, Fortaleza, 9(1), 111-119.
- Marras, J. P. (2016). *Administração de Recursos Humanos: do potencial ao estratégico*. 15. ed. São Paulo: Saraiva.
- McShane, S., & Eglino, M. (2013). *Comportamento organizacional*. São Paulo: AMGH Editora Ltda.
- Merlo, A. R. C. (2014) *Sofrimento psíquico e atenção à saúde mental*. In: Merlo, A. R. C.; Bottega, C. G. & Perez, K.V. *Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho*. Porto Alegre: Evangraf.
- Mitchell, P.F. & Pattison, P. E. (2012). Organizational culture, intersectoral collaboration and mental health care. *Jornal Health Organization Management*, 26 (1), 32-59. DOI: [10.1108/14777261211211089](https://doi.org/10.1108/14777261211211089)
- Oliveira, H. C. C., Paula, N. H. M. M. Barreto, L. K. da S., Formiga, N. S., & Silva, A. K. L. da. (2021). Estudo correlacional entre suporte organizacional, danos relacionados ao trabalho e qualidade de vida em trabalhadores brasileiros. *Research, Society and Development*, 10(8), e36810817380. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17380>
- Pasquali L. (2011). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. 4a ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
- Patias, N. D., Machado, W. L., Bandeira, D. R., & Dell'Aguio, D. D. (2016). Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) – Short Form: Adaptação e Validação para Adolescentes Brasileiros. *Psico-USF*, 21 (3), 459-469.
- Pereira, G, A. (2018). *Correlatos entre suporte organizacional, capital psicológico e saúde geral de enfermeiros em um hospital público*. Dissertação de Mestrado, Universidade Potiguar, UnP, Natal-Rio Grande do Norte., RN.
- Rego, A. & Cunha, M. P. E. (2009). *Manual de gestão transcultural de recursos humanos*. LISBOA: EDITORA RH.
- Roque, M. G. M., Gomes, A. F., Chaves, A. M., & Santos, M. O. (2022). Para além de uma Vocação: Sentido do Trabalho para os Professores da Unidade Escolar Municipal Conveniada Belo Campo. *Revista Gestão & Conexões*, 11(2), 28–51. <https://doi.org/10.47456/regec.2317-5087.2022.11.2.36267.28-51>
- Sá Junior, L. S. de M. (2004). Desconstruindo a definição de saúde. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*. Disponível em: <http://www.dis.unifesp.br/pg/DefSaude.pdf>. Acesso em: 17. fev. 2019.

- Schein, E. (2009). *Cultura Organizacional e Liderança*. São Paulo: Atlas.
- Sciliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41.
- Silva, U. L. & Oliveira, Á. F. (2017). Qualidade de Vida e Valores nas Organizações: Impactos na Confiança do Empregado. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37 (1), 7-17. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703000012015>>.
- Sobrinho, F. R., & Porto, J. B. (2012). *Bem-Estar no Trabalho: um Estudo sobre suas Relações com Clima Social, Coping e Variáveis Demográficas*. *Revista de Administração Contemporânea* [online]. 16 (2), 253-270. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-65552012000200006>.
- Tagliapietra, O. M. (2015). A dinâmica das organizações modernas: flexibilidade, inovação e valorização dos talentos humanos. *Revista Expectativa*, 1(1), 1-9.
- Tamayo, A. et al. (Orgs.). (2004). *Cultura e saúde nas organizações*. São Paulo: Artmed.
- Trigunarsyah, B. (2017). Organizational culture influence on client involvement. *Engineering, Construction and Architectural Management*, 24(6), 1155-1169. DOI: <https://doi.org/10.1108/ECAM-06-2016-0141>
- Vandeman-Winter, J., & Place, K. (2015). Public relations culture, social media, and regulation. *Journal of Communication Management*, 19(4), 335-353. DOI: <https://doi.org/10.1108/JCOM-11-2013-0079>
- Vignola, R., & Tucci, A. (2014). Adaptation and validation of the Depression Anxiety and Stress Scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104-109.
- Wagner III, J. A. & Hollenbeck, J. R. (2000). *Comportamento organizacional: Criando vantagem competitiva*. São Paulo: Saraiva.
- Yin, S., Lu, F., Yang, Y., & Jing, R. (2014). Organizational culture evolution: an imprinting perspective. *Journal of Organizational Change Management*, 27(6), 973-994. DOI: <https://doi.org/10.1108/JOCM-05-2013-0080>
- Zanelli, J. C. Borges-Andrade, J. E.; Bastos, A.V.B. (Org.). (2014) *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed. xix, 615 p. ISBN 978-85-8271-084-5.

Capítulo 4
PSICOLOGIA SOCIAL RURAL DO
ENVELHECIMENTO: COMPREENDENDO AS
CONCEPÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO EM
PRODUTORES RURAIS IDOSOS EM DIAMANTINO –
MT

Adriana Manrique Tomé
Nilton S. Formiga

**PSICOLOGIA SOCIAL RURAL DO ENVELHECIMENTO:
COMPREENDENDO AS CONCEPÇÕES SOBRE O
ENVELHECIMENTO EM PRODUTORES RURAIS IDOSOS EM
DIAMANTINO – MT**

Adriana Manrique Tomé

Doutorado em Psicologia

Universidade de Ciências Empresariais e Sociais – UCES

Psicóloga no Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS),

Diamantino-MT

Nilton S. Formiga

Doutorado em Psicologia Social UFPB

Pós-doutorado Psicologia UFRJ

Docente/Pesquisador Ecossistema Ânima/

Universidade Potiguar

Resumo: O envelhecimento humano é um fenômeno mundial que pode ser analisado como um processo natural, contínuo, progressivo e irreversível, onde há alterações orgânicas, psicológicas e morfofuncionais. Participaram da pesquisa, 28 produtores rurais do município de Diamantino – MT, do sexo masculino e idade entre 65 e 87 anos. Os entrevistados foram divididos em dois grupos: o primeiro composto por produtores rurais cuja posse de propriedade (s) não ultrapassa 100 hectares classificado como pequeno produtor, e o segundo por produtores com propriedade (s) que totalizam mais de 100 hectares. Para a análise, utilizou-se a Teoria das Representações Sociais e o método de análise de conteúdo do discurso. O significado atribuído ao envelhecimento foi classificado nas categorias: Negatividade do envelhecimento, Enfrentamento do envelhecimento, Autorrealização, Positividade do envelhecimento e Determinismo na vida. Assim, foi possível perceber que o envelhecimento ainda é associado aos elementos limitantes, a aceitação da velhice e suas mudanças é utilizada como estratégia para enfrentar entre processo e a compensação dos déficits é uma estratégia utilizada para a autorrealização.

Palavras-chave: assertividade; negatividade; enfrentamento; autorrealização.

Abstract: Human aging is a worldwide phenomenon that can be analyzed as a natural, continuous, progressive and irreversible process, where there are organic, psychological and morphofunctional changes. Participated in the research, 28 rural producers of Diamantino - MT, male and aged between 65 and 87 years old. The

interviewees were divided into two groups: the first composed of rural producers whose ownership of property (ies) does not exceed 100 hectares classified as small producer, and the second by producers with property (ies) that total more than 100 hectares. For analysis, the Social Representations Theory and the Discourse Content Analysis method were used. The meaning attributed to aging was classified in the categories: Aging negativity, Confronting aging, Self-realization, Aging positivity and Determinism in life. Finally, it was possible to realize that aging is still associated with limiting elements, the acceptance of old age and its changes is used as a coping strategy between the process and the compensation of deficits is a strategy used for self-realization.

Keywords: assertiveness; negativity; coping behavior; self-actualization.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento tem sido um evento comum na população brasileira e mundial. É possível observar no cotidiano ou na literatura científica específica, que o número de países com pessoas idosos tem aumentado exponencialmente (IBGE, 2018; Kalache, 1987; Papalia & Feldman, 2013). Isso tem se dado, graças ao crescimento econômico, melhor nutrição, melhor controle de doenças infectocontagiosas, melhora no estilo de vida e alimentação, melhora nas instalações sanitárias, água mais pura, avanço da ciência, tecnologia e medicina, além do declínio na fertilidade (BNDES, 2017; Oliveira, 2016; Papalia & Feldman, 2013).

Os dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018) mostram que a expectativa de vida da população brasileira vem crescendo cada dia mais, acarretando um aumento da população de terceira idade. Em 2000, quase 10 milhões de pessoas no Brasil tinham 65 anos ou mais e até 2100 acredita-se que a população idosa brasileira será em torno de 70 milhões (35% da população geral) e a população com mais de 80 anos será de 30 milhões (15% da população geral).

Nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, o idoso é entendido como aquele com 60 anos ou mais, e o processo de envelhecimento é compreendido uma categoria social construída no transcorrer da existência humana, que não permite conceitos absolutos e universais, e cuja representação que se tem na sociedade possibilita ações legítimas ao ser que envelhece (Neri, 2013).

Desta forma, o envelhecimento humano ocorre nos níveis, biológico, psicológico e social, analisado como um processo natural, contínuo, progressivo e irreversível, onde há alterações orgânicas, psicológicas e morfofuncionais, que tornam o indivíduo menos capaz psicofisicamente, além de vulnerável às doenças e a síndrome da

fragilidade. No entanto, o envelhecimento cronológico se difere do envelhecimento biológico (Monteleone, Witter, & Gama, 2015; Moraes, Moraes, & Lima, 2010).

As mudanças das funções orgânicas são manifestadas durante o envelhecimento, tendem a aumentar com o tempo, com um ritmo que varia não só de um órgão para outro, mas também entre idosos da mesma idade (Azevedo, 2015; Ferreira, Maciel, Silva, Sá, & Moreira, 2010). Essas inúmeras alterações orgânicas e morfofuncionais são diferentes para cada idoso pois dependem de condições sociais, culturais e econômicas que o indivíduo experimenta no decorrer de sua vida.

Na concepção de Azevedo (2015), Dias (2007) e Ferreira, Maciel, Silva, Sá e Moreira (2010), o processo de envelhecimento é multifatorial e subjetivo, e por este motivo cada indivíduo envelhece de uma maneira diferenciada. As condições biológicas estão intimamente relacionadas à idade cronológica, onde há mudanças fisiológicas, anatômicas, bioquímicas e hormonais, acompanhadas da diminuição progressiva da eficiência das funções orgânicas do corpo humano (Azevedo, 2015; Monteleone, Witter & Gama, 2015; Moraes, Moraes & Lima, 2010).

As condições sociais, e com ela a forma que a sociedade percebe o sujeito que envelhece, variam de acordo com o momento histórico e cultural de cada sociedade. O envelhecimento em seu aspecto social tem a ver com as normas e os valores sociais e culturais ao qual o idoso pertence, e com a criação de novo papel social que poderá ser positivo ou negativo, pois está interligado às questões econômicas e sociais (Freitas, 2017; Torres, Camargo, Bousfield, & Silva, 2015; Vilela, 2018).

Com relação aos aspectos cognitivos, algumas habilidades podem declinar com o avanço da idade, como por exemplo, a velocidade de processamento mental, o raciocínio abstrato, memória, atenção e concentração, o baixo nível de tolerância, a insegurança, a completa falta de ânimo e atenção, bem como o estreitamento da afetividade, no entanto, outras habilidades tendem a melhorar no decorrer da vida adulta (Mattos & Paixão Junior, 2010; Parente, 2006; Sticca & Pádua, 2016). A aceitação do indivíduo acerca de seu envelhecimento, são questões de cunho psicológico que causam muitas vezes atitudes hostis por parte de muitos idosos, e devem ser trabalhados, pois são as principais causas de isolamento, sentimento de rejeição e depressão.

Ainda os fatores psicológicos devem ser considerados, analisados e até trabalhados (tratados) tanto pela sociedade quanto pelo próprio idoso. O envelhecimento psicológico é determinado pelas mudanças concretas do

envelhecimento biológico e também pelas normas e estereótipos sociais, são apresentados como comportamentos abertos e/ou encobertos da pessoa em relação a si e aos outros, associados as mudanças de atitude e limitações, como insadaptações, readaptações e reajustamentos de repertórios comportamentais (Caldas, 2003; Jesuíno, Torres, Soares, & Silva, 2017; Lima-Costa, & Veras, 2003). E, por fim, as características funcionais esbarram na perda da independência, autonomia e aumento da necessidade de ajuda para desempenhar atividades diárias básicas.

O processo de envelhecer é visto de forma diferenciada em cada cultura (Papalia & Feldman, 2013). Schneider e Irigaray (2008) relatam que estudos realizados em sociedades não ocidentais apresentam imagens positivas da velhice e do envelhecimento, ensinando que a representação de velhice enraizada nas ideias de deterioração e perda não é universal. Lussac (2009) menciona que, são cada vez maiores, os esforços de combate ao preconceito e discriminação por causa da idade, notando-se uma maior visibilidade para os idosos saudáveis, ativos, respeitados e sábios, e menor retratação dos idosos como pessoas desamparadas e dependentes.

Em complemento, um levantamento das últimas investigações sobre o tema mostra que a terceira idade é uma fase da vida marcada por aspectos positivos, relacionados à experiência, sabedoria e aposentadoria (Torres, Camargo, Bouldfield, & Silva, 2015). No entanto, também é marcada por vários estereótipos como a passividade, a improdutividade, degeneração orgânica e psíquica, inatividade, desânimo, degradação física e doenças, tristeza, solidão e morte (Jesuíno, Torres, Soares, & Silva, 2017).

Resultados parecidos foram encontrados por Jesuíno, Torres, Soares e Silva (2017) em que a experiência dos idosos foi relacionada com sabedoria, conhecimento, idade, maturidade, vivências, cultura, aprendizagem e prática. Os termos menos frequentes estiveram associados à astúcia, ao empenho, aos valores, às capacidades, ao crescimento, às histórias e aos filhos.

Monteleone, Witter e Gama (2015) e Vasconcelos e Jager (2016) acreditam que, os padrões sociais ocidentais, influenciados também pelas mídias e tecnologias, valorizam mais a juventude e sua estética, destacando a beleza, felicidade, corpo perfeito, saúde, vigor e o sucesso pessoal, construíram o senso de identidade e vitalidade dos indivíduos, que, contribuem para uma visão negativa, frágil, improdutiva, vulnerável e sem valor social. A constante busca pela juventude faz com

que os indivíduos envelhecidos percam suas representações e subjetividade, se sintam rejeitados e abandonados, com sentimentos e pensamentos de desesperança no futuro, uma vez que não consegue corresponder à essas demandas (Vasconcelos & Jager, 2016). Segundo Miranda e Banhato (2008, p. 72) a qualidade de vida

“depende do autojulgamento do próprio indivíduo, ou seja, o quanto ele está ou não satisfeito com a qualidade subjetiva de sua vida. É um conceito subjetivo que depende de padrões históricos, culturais, sociais e até mesmo individuais. A avaliação da qualidade de vida de determinado indivíduo varia em função das três dimensões nas quais o sujeito encontra-se inserido: física, psicológica e social”

É preciso destacar que o bem-estar do idoso também perpassa por um olhar subjetivo, segundo Neri (2006), eventos subjetivos proporcionam um maior bem-estar quando comparados a situações objetivas. A qualidade de vida no idoso está mais interligada com os aspectos sociais e psíquicos, comprovando a importância de interações sociais adaptativas, principalmente nessa faixa etária (Vasconcelos & Jager, 2016).

De acordo com Neri (2006), um aspecto fundamental do bem-estar subjetivo é a capacidade de acomodação das perdas e assimilação de informações positivas sobre o *self*. Embora o aumento da fragilidade e a dependência alterem o senso de autoeficácia e as crenças de controle, o idoso preserva a capacidade de desenvolver estratégias emocionais compensatórias, que lhe permitem manter o equilíbrio. Sendo assim, quanto maior o nível de autoconhecimento e entrelaçamento do sistema de competências, quanto mais envolvido socialmente e quanto maior a capacidade de enfrentar as mudanças da velhice, maior será a adaptação e mais alto o bem-estar do idoso.

Para Neri (2009), uma boa qualidade de vida em idosos é resultado da interação de fatores interindividuais, extra-individuais e comunitários: perspectiva de longevidade, bons níveis de saúde física e mental, satisfação com a vida positiva, controle social, participação social, familiar e ocupacional, auto-eficácia, produtividade, e participação em atividades. Logo, envelhecer, saudável ou não, dependerá do equilíbrio entre as potencialidades e as limitações de cada indivíduo para o enfrentamento das perdas ocorridas durante todo o processo de envelhecimento (Caldas, 2003; Reis, Jesus, Silva, & Pinho, 2016).

O envelhecer, quando aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, da experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas

maduras e plenamente integradas (Anjos, 2018; Araújo et al., 2011; Freitas, 2017; Reis, Jesus, Silva, & Pinho, 2016). Neste contexto, torna-se relevante perceber o olhar que os próprios idosos atribuem a este período em suas vidas e como eles relacionam as suas experiências neste processo.

O envelhecimento em contexto rural não se diferencia do contexto urbano, apesar de ser mais intenso devido à precariedade dos serviços rurais. Ocorre que crescentemente os jovens rurais têm migrado para as cidades em busca de melhores perspectivas de vida, deixando os produtores rurais idosos sem este tipo de suporte na execução das atividades rurais e também na expectativa de sucessão familiar (Ferraz, Alves, & Ferreti, 2017). Desta forma, buscou-se perceber como o produtor rural idoso percebe esta realidade. Para tal, a Teoria das Representações Sociais se faz adequada para este tipo de estudo.

Os estudos realizados por meio das representações sociais, conforme Moscovici (1981), possibilitam-nos a compreensão social por meio da cultura e sociedade na qual o sujeito está inserido, pois, indivíduo, grupo e sociedade são indissociáveis na apreensão do saber cotidiano, o que faz com que as representações sociais sejam constantemente alimentadas por conhecimentos originados na experiência cotidiana e também pelas reapropriações dos significados consolidados historicamente.

Levando-se em consideração que, segundo a Teoria das Representações Sociais (TRS) a interação humana e a comunicação cotidiana nos grupos sociais influenciam na formação e visão do homem, construindo uma compreensão própria sobre determinando fenômeno e originando o senso comum e as “filosofias de vida”. Para Moscovici (1978, p. 44) as representações sociais são “umas das vidas de apreensão do mundo concreto”, pois constantemente estão presentes na sociedade, seja nas práticas cotidianas, seja no campo simbólico. Desta forma, Moscovici expõe que as construções pessoais, atitudes e opiniões incluem as dimensões cognitivo-avaliativo e simbólico, presentes no conhecimento da realidade social.

Conforme Jodelet (1989; 2001) as representações sociais dizem respeito aos conhecimentos que o indivíduo social acumula por meio das experiências, informações, saberes e modelos de pensamento que recebe e transmite pela tradição, educação e comunicação social. O convívio e a comunicação social sustentam as nossas representações individuais e constituem as nossas realidades, e por meio delas, é possível estabelecer associações e nos ligarmos às outras pessoas. Desta

forma, as experiências individuais se somam à realidade, e esta, por sua vez, é predeterminada por convenções sociais, que definem fronteiras e ligam as partes individuais ao todo (social).

Por meio da Teoria das Representações Sociais possibilitou-se conhecer, nesta pesquisa, o modo como o grupo social dos produtores rurais idosos, e sua subdivisão em pequenos e grandes produtores, formam seus saberes, criam sua identidade, agem e se posicionam. Cabe ainda salientar, que as discussões apresentadas nesta sessão expressam as representações dos produtores rurais idosos de Diamantino – MT, não sendo uma cópia do estado das coisas, mas uma reelaboração individual gerada nas interações entre o indivíduo e o seu meio social, que se baseia nos saberes socialmente construídos e compartilhados, conforme a satisfação e justificativa das necessidades, interesses e valores do grupo que a produziu, mas que é redimensionada pela história de vida individual (Jodelet, 2003).

Como orienta Jodelet (1985) os conteúdos cognitivos acessados pela TRS precisam ser compreendidos a partir do contexto vivido, ou seja, parte da dimensão individual para a coletiva, pois as representações sociais são constituídas e sustentadas pelo compartilhamento de atitudes, crenças, valores e opiniões entre os membros de determinado grupo. Por ser um processo de produção que sofre influência do contexto social e cultural, as representações sociais se diferenciam de um grupo para outro, desta forma, as discussões serão apresentadas e analisadas de duas formas: 1) pela amostra geral, contendo as informações dos pequenos e grandes produtores, e, posteriormente, 2) comparando as representações destes grupos em separado.

Metodologia:

Esta pesquisa contemplou 28 produtores rurais do município de Diamantino – MT, divididos em dois grupos: o primeiro grupo foi composto por produtores rurais cuja posse de propriedade(s) não ultrapassa 100 hectares classificado como pequeno produtor, e o segundo grupo foi composto por produtores com propriedade(s) que totalizam mais de 100 hectares. A divisão de pequeno ou grande produtor se baseou na dimensão de um módulo fiscal para o município de Diamantino – MT (Lei nº 6.746/1979 – Brasil, 1979).

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). As aprovações foram obtidas no parecer 2.575.673 do

Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), apresentando todos os termos de acordo com as exigências da resolução 510/2016 e a Norma Operacional 001/2013 do CNS-Conselho Nacional de Saúde. Os participantes tiveram a livre escolha de interromper a entrevista caso desejado. Para se preservar o sigilo dos entrevistados, estes foram numerados de forma aleatória.

O questionário foi aplicado aos idosos de forma individual, de acordo com a disponibilidade do tempo e espaço físico em suas residências. Estes entrevistados foram contatados por meio do Sindicato Rural de Diamantino (SRD). Cada idoso que participou da pesquisa foi solicitado a indicar outros participantes, dentro do método bola-de-neve; estes, foram convidados a participar de forma voluntária, anônima e privada para responder as questões apresentadas. Nenhum deles foi obrigado a participar da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento.

Aos participantes que concordaram em participar da pesquisa, por vontade própria, solicitou-se a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde se informou o objetivo do estudo, bem como os riscos e benefícios e, em seguida, o próximo passo do estudo, que foi responder o questionário.

Após a coleta de dados, foi feita a transcrição integral das gravações. A partir do material transcrito, e, tendo em vista a grande quantidade de respostas obtidas, preliminarmente submeteu-as a uma análise de semântica do conteúdo, por meio da Análise de Conteúdo do Discurso (Bardin, 2009) possibilitando, uma primeira análise léxica e lógico-estrutural de seus conteúdos, pois, segundo Bardin (2009, p. 14) “por detrás do discurso aparente, geralmente simbólico e polissêmico, esconde-se um sentido que convém desvendar”. Para se preservar o sigilo dos entrevistados, estes foram numerados de forma aleatória.

Resultado e Discussões

Os dados do Questionário Sociodemográfico podem ser apresentados por meio de estatística simples: A respeito da idade, 64,28% tinham idade entre 65 e 74 anos, 25% entre 75 e 84 anos e 10,72% com 85 anos ou mais. Sobre o nível de escolaridade, 71,43% não tem escolaridade formal, ou estudou até o ensino fundamental incompleto, sendo que somente 28,57% tem escolaridade de ensino médio e ensino superior.

A respeito da relação com a produção rural, 64,28% afirma ter contato com o trabalho rural desde criança, 3,57% teve início na adolescência e 32,14% na vida adulta. A respeito do tamanho da propriedade, 7,14% dos pequenos produtores tem entre 1 e 10 hectares, 25% entre 2 e 30 hectares, 17,85% entre 31 e 40 hectares e 7,14% com propriedade que seja superior a 40, porém inferior a 100 hectares; 7,14% dos grandes produtores tem entre 100 e 500 hectares, 14,28% entre 501 e 1000 hectares, 17,86% entre 10001 e 3000 hectares e 3,57% com mais de 3001 hectares. Desta forma, percebe-se que mesmo os entrevistados terem contato com o trabalho rural desde criança (64,28%), somente 35,71% possuem propriedades acima de 501 hectares.

A respeito da situação de recebimento de aposentadoria, benefício e/ou pensão, tem-se que: 17,86% não recebe qualquer tipo de aposentadoria e benefício, 50% recebe aposentadoria, 17,86% recebe benefício, 3,57% recebe pensão por falecimento, 3,57% recebe aposentadoria por invalidez, e 7,14% recebe aposentadoria e pensão.

As respostas referentes aos significados atribuídos ao envelhecimento, foram classificadas as seguintes categorias emergentes do construto envelhecimento: Negatividade do envelhecimento, Enfrentamento do envelhecimento, Auto realização, Positividade do envelhecimento e Determinismo na vida, conforme tabela abaixo:

Tabela 1:

Categorias emergentes na questão “O que significa envelhecimento para você” na amostra total (pequenos e grandes produtores).

Categorias	Nt	NPp	NGp
Negatividade do envelhecimento	32,14	25	41,66
Enfrentamento do envelhecimento	25	31,25	16,66
Auto realização	17,85	18,75	16,66
Positividade do envelhecimento	14,28	6,25	25
Determinismo na vida	7,14	12,5	0
Sem sentido	3,57	6,25	0

Fonte: construção dos autores. Nota: Nt: Número total. NPp: Número Pequenos Produtores. NGp: Número Grandes Produtores

O envelhecimento é um processo que ocorre durante toda a vida do sujeito, envolvendo transformações orgânicas que trazem alterações nas esferas físicas, cognitivas e sociais. A percepção que se tem do envelhecimento e da velhice, além dos critérios etários e das transformações orgânicas, também é influenciada por

fatores históricos, políticos, econômicos, geográficos e culturais, o que faz com que as representações sobre estes temas possam se diferenciar (Azevedo, 2015; Dias, 2007; Ferreira, Maciel, Silva, Sá, & Moreira, 2010). Além disso, como expõe Riegel (1976) o envelhecimento ocorre de forma dialética entre o indivíduo e seu grupo social, com base nas relações que se estabelecem com familiares, integrantes dos locais de trabalho e amigos.

A categoria *Negatividade do envelhecimento* é aqui caracterizada pela não aceitação ou visão pessimista sobre o envelhecimento (Erikson, 1976). Ou seja, percepção do envelhecimento apenas nos aspectos mais desfavoráveis e desagradáveis, desconsiderando os aspectos positivos, já destacado por Erikson (1976), contemplou as subcategorias Mal-estar e Falta de saúde.

Heckhausen e Schulz (1995) afirmam ser importante a crença que o indivíduo tem sobre seu nível de controle sobre o ambiente. Estes comportamentos de controle são importantes para a adaptação e desenvolvimento do indivíduo, no entanto problemas de saúde tendem a privar os idosos do controle do seu corpo ou do seu ambiente, aumentando a tendência à depressão, ansiedade, baixa autoestima e baixo senso de auto eficácia, que são fatores prejudiciais à sua reabilitação.

Durante o envelhecimento, ocorrem alterações fisiológicas e patológicas, que podem culminar na diminuição da sua capacidade produtiva autônoma. Estas alterações tendem a aumentar com o passar do tempo, e variam de um indivíduo para outro, pois dependem das condições sociais, culturais e econômicas que o indivíduo experimentou no decorrer da vida (Azevedo, 2015; Ferreira, Maciel, Silva, Sá & Moreira, 2010).

As condições biológicas estão relacionadas com a idade cronológica e o declínio orgânico que se acelera com o passar dos anos. As condições sociais se relacionam com a forma que a sociedade percebe e trata o sujeito que envelhece, e os aspectos cognitivos envolvem a memória, atenção e concentração, que tendem a sofrer degradação com o passar dos anos. Estes fatores influenciam nas características funcionais do idoso, que envolvem sua independência e autonomia no desempenho das atividades (Azevedo, 2015; Dias, 2007; Ferreira, Maciel, Silva, Sá & Moreira, 2010).

Em seu discurso, o Sujeito 3 manifesta que o envelhecimento traz consigo enfermidades, exemplificando a subcategoria Falta de saúde: *“Eu envelheci faz 2 anos. Aí ganhei um marca-passo de brinde. Por causa da idade, a doença começa a*

pega o idoso e surra. Muitas doenças em cima do idoso, por trás do envelhecimento. Eu não gosto da velhice. Porque a velhice só traz enfermidade. E ai meu deus! Pelo amor de amor de Deus! Embora digam que com a velhice a gente aprende muita coisa. Muita coisa, mas ela é cruel.”

Amorim e Dantas (2002) explicam que com o envelhecimento ocorrem manifestações visíveis como a perda de massa muscular, cabelos grisalhos, pele com rugas, entre outros, cuja velocidade varia de idoso para idoso, mas que será presente em todos eles. No entanto, com o avançar da idade os idosos perdem suas capacidades motoras, como a diminuição da flexibilidade, da agilidade, da coordenação, do equilíbrio; podendo ainda surgir determinadas doenças (Barbosa, 2007; Caldas, 2003; Freitas, 2017; Torres, Camargo, Bousfield, & Silva, 2015; Vilela, 2018). No entanto, Lima-Costa e Veras (2003) afirmam que habitualmente os indivíduos só percebem que envelheceram quando passam a ter lapsos de memória, dificuldades de aprendizado, rebaixamento de atenção, orientação e concentração.

Conforme levantamento de Mazo, Lopes e Benedetti (2001) dentre as principais doenças associadas ao envelhecimento, podem ser destacadas: as cardiovasculares (doença aterosclerótica, hipertensão arterial, entre outras), as respiratórias (bronquite crônica, asma, enfisema e infecções respiratórias), as músculo-esqueléticas (artrose, osteoartrose, osteoartrite, dores lombares, entre outras), as neurológicas (doença de Parkinson, doença de Alzheimer, outras patologias neuropsiquiátricas), as metabólicas (diabetes, obesidade, osteoporose, entre outras) e as sensoriais (catarata, glaucoma, retinopatia diabética e presbiacusia).

Schneider e Irigaray (2008, p. 591) salientam que além dos problemas orgânicos, fatores relacionados ao estilo de vida podem influenciar no declínio cognitivo “provocado pelo desuso (falta de prática), doenças (como depressão), fatores comportamentais (como consumo de álcool e medicamentos), fatores psicológicos (por exemplo, falta de motivação, de confiança e baixas expectativas) e fatores sociais (como a solidão e o isolamento)”. O Sujeito 20 exemplifica a respeito do comprometimento causado pelo seu estilo de vida na juventude: *“é a pessoa perder muito o sono, bagunçar muito com a saúde. Por exemplo eu, tive um problema de envelhecimento, que acho que fiquei mais velho um pouco, que é a bebida... bebida é uma coisa muito boa pra envelhecer. Agora de sono eu sou muito bom, trabalho bem, durmo muito bem e como muito bem. de certo por isso que eu não fiquei muito*

velho ainda. Então eu acho que todos os vícios, a bebida, a droga, o fumo, e eu não tive esses outros vícios, tive o vício de bebida só. E isso eu acredito que ajudou bem pra acelerar. Se fosse pra eu chegar aos 80... mas acho que ainda chego aos 70 e passo, por que com 66 eu to firme ainda, né?!”.

Para Baltes (1997) o desenvolvimento envolve a plasticidade comportamental, ou seja, capacidades, habilidades e competências que podem ser desenvolvidas e aperfeiçoadas durante a vida, de modo a otimizar recursos e compensar as perdas. No entanto, os idosos possuem menos plasticidade comportamental, o que dificulta sua adaptação bem-sucedida.

Os idosos, quando não desenvolvem estratégias emocionais compensatórias, desencadeiam reações de *stress*, devido ao grande esforço emocional para superar relacionamentos conflituosos, difíceis e desagradáveis, com críticas, rejeição, competição, violação de privacidade ou falta de reciprocidade (Krause & Rook, 2003), como demonstrado no discurso do Sujeito 9 (subcategoria Mal-estar): *“Envelhecimento é difícil de resolver. Na verdade, é uma coisa que ninguém quer, mas devido os anos, vão chegando, vai chegando e vai se encostando na pessoa, e cada vez vai indo.”.*

Vasconcelos e Jager (2016) fizeram um levantamento e constataram que as principais queixas sobre o envelhecimento são: forma como se estabelecem as relações afetivas, ausência e/ou fragilidade das redes de apoio para suportar os processos de perdas afetivas (mortes de pessoas significativas e ninho vazio), perdas cognitivas (memórias, habilidades para resolução de problemas, atenção, entre outras), perdas comportamentais (autonomia e senso de independência) e perdas sociais (isolamento e perda do lugar social). O Sujeito 17 relata sobre as mudanças negativas que ocorrem o envelhecimento, se sentindo como quem está “apagando”: *“Ah isso é uma coisa esquisita. É difícil. Porque gente vai apagando, se vai apagando o foguinho e vai acabando... É uma vela, por causa, diz ela como é que é um troço doido, é uma coisa mas já muda um pouco, vai mudando pra pior.”.*

Um estudo realizado por Palmore (1999) nos Estados Unidos revelou estereótipos positivos e negativos com relação aos idosos. As características negativas giram em torno de aspectos como doença, impotência ou desinteresse sexual, feiura, declínio mental, doença mental, inutilidade, isolamento, pobreza, depressão, dentre outras. Já as positivas são: afetuoso e carinhoso, gentileza, sabedoria, confiabilidade, fluência, poder político, liberdade, juventude prolongada,

felicidade entre outros; estes dados se relacionam à próxima categoria emergente sobre o significado de envelhecimento: Positividade do envelhecimento.

A categoria *Positividade do envelhecimento* aqui definida como uma aceitação positiva de si e do próprio passado. Abrange a percepção de satisfação de continuar vivendo e desempenhando papéis sociais, sem esconder os aspectos negativos, e foi alicerçada nas subcategorias Bem-estar, Otimismo e Ser saudável.

Em 1895, a OMS (Organização Mundial de Saúde) definiu saúde como um estado de completo bem-estar, físico, mental e social, ou capacidade de funcionar de modo ideal num ambiente individual (adaptação ao meio), e não em função da ausência de doença ou enfermidade, e a Resolução publicada na Emenda da Constituição de 7 de abril de 1999 incluiu o âmbito espiritual no conceito multidisciplinar de saúde (OMS, 1999). Desta forma, percebe-se que o conceito de saúde foge dos aspectos biológicos e passa a ser definida pela percepção que o indivíduo tem do seu equilíbrio mental, social, espiritual e físico, onde a saúde representa um estado dinâmico de bem-estar positivo.

Nesta linha, a qualidade de vida, ou bem-estar, está relacionada ao nível de satisfação que o indivíduo tem com a sua vida, nos diferentes aspectos: moradia, transporte, alimentação, lazer, realização profissional, relacionamento com outras pessoas, liberdade, autonomia e segurança financeira (Freitas, 2017; Mello & Bagnara, 2011; Schneider & Irigaray, 2008; Vasconcelos & Jager, 2016). O Sujeito 1 expressa Otimismo em seu envelhecimento, expressando êxito por uma vida honesta: *“Envelhecimento para mim é ser velho. Eu acho que a pessoa é muita sorte, ficar velho. Porque tem vida, tem fé em Deus e Deus está dando muitos anos de vida. Diferente de muito que tem aí, que vai com 14, 15, 16, 17, 18 anos, com droga, com roubo. Eu, graças a Deus, nunca ninguém nunca falou Arli, sumiu uma caixa de fósforo minha. Eu estou desconfiado que foi você, não! Eu estou nessa idade aí, se eu falar um negócio para a senhora aqui, a senhora não é capaz nem de acreditar. Eu nunca fui revistado pela polícia. Nunca. Eu já fui na Delegacia fazer CPF [Cadastro de Pessoa Física], mas eu nunca fui revistado. Nunca. Nunca. Nunca.”*

O bem-estar não nega os acontecimentos negativos na vida do indivíduo ou as perdas que ocorrem com o envelhecimento, mas é uma capacidade do indivíduo em desenvolver estratégias emocionais compensatórias e adaptativas, que lhe permitem manter o equilíbrio frente ao aumento da fragilidade e dependência, e diminuição do senso de auto eficácia e das crenças de controle (Neri, 2006). O Sujeito 22 atribui seu

Bem-estar a saber viver a vida e aproveitar os momentos proporcionados pelos anos: *“eu acho que é viver a vida. Porque quem não envelhece é quem morreu cedo, jovem. Então acho que é muito importante, né?”*.

A auto avaliação positiva repercute também nas esferas cognitivas, relacionamento social, coerência, autocontrole, extroversão, abertura à novas experiências e prática de atividades físicas, menor neuroticismo, menor ansiedade por controle externo, menos problemas de saúde e consumo de bebidas alcoólicas (Fonseca & Paul, 2008). O Sujeito 25 relaciona o Bem-estar ao fato de Ser saudável: *“ah, eu acho que é uma vitória, né?! A pessoa chegar na idade, que nem eu, cheguei com 68 ano e sadio... não tem dor nenhuma, não tem doença nenhuma... então, pra gente é uma benção.”*.

Apesar das alterações fisiológicas e patológicas comuns do envelhecimento, o estilo de vida tem se apresentado como um fator importante para o atraso das patologias (Cavalcanti, Gonçalves, Ascitti, & Cavalcanti, 2010), sendo o sedentarismo crônico associado ao sobrepeso e obesidade, que acarretam diversas desordens metabólicas e doenças cardiovasculares crônicas. Além disso, a prática de atividades físicas atuam reduzindo as perdas funcionais, abalos cognitivos e psicológicos, podendo melhorar o humor, a imagem corporal, a autoestima, a qualidade do sono e satisfação com a vida, fornecer um mecanismo útil para a redução da resposta fisiológica ao estresse e melhorar a rede de apoio social (Araújo et al., 2011; Mello & Bagnara, 2011; Silva, Lima, & Galhardoni, 2010).

A categoria *Enfrentamento do envelhecimento* foi definida como habilidades, competências, estratégias e recursos individuais desenvolvidas no decorrer do desenvolvimento que otimizam o indivíduo em lidar com eventos críticos, desafios, adversidades e situações estressantes da velhice, e restabelecem o ajustamento entre a pessoa idosa e o ambiente, abrange as subcategorias Determinação do tempo, Receptividade e Conformismo.

Carstensen (1991) em sua Teoria da Seletividade Socio emocional, expõe que a auto regulação emocional é um fator positivo para enfrentar os declínios cognitivos, físicos e emocionais. O idoso reconhece a própria finitude e aceita os acontecimentos de forma a modificar a orientação das relações e significações para direções mais positivas, buscar conforto sócio emocional e oferecer experiências emocionais positivas e de afirmar o *self*.

A subcategoria Determinação do tempo está relacionada à atribuição do envelhecimento à finitude, conforme o Sujeito 4 expressa: *“Envelhecimento é o final de vida”*. Segundo Albuquerque, Gouveia, Rodrigues, Martins e Neves (2011) e Papalia e Feldman (2013) quando a capacidade de desenvolver estratégias emocionais compensatória e o nível de autoconhecimento está preservada, os idosos tem maior tendência a manter o equilíbrio e envolvimento social, diminuindo a experiência de solidão, dor e/ou fadiga crônica, discrepância entre o estado atual e o desejado/ideal.

O Sujeito 5 expressa Receptividade ao envelhecimento: *“Envelhecimento é uma coisa natural. Porque você sabe que a natureza, ela é uma coisa engraçada, porque nós sabemos que tudo ela cria e tudo ela mesma consome. Então o envelhecimento é, pra mim, é o final de uma jornada, de caminhada. Que você começa como criança, que eu lembro até hoje, como que eram as coisas, como tudo começou. E hoje, você nota que você vai chegando novamente naquela fase de impossibilidade que tinha a criança e o adulto também. Porque o adulto quando a gente chega numa certa idade, já precisa de alguém ao seu lado pra ter aparado alguma coisa. Pra te ajudar. Pra ir fazendo, cuidando da gente.”*

No entanto, o envelhecimento no contexto rural tem como vantagens, se comparado com o urbano, o ritmo de vida mais lento e calmo, a maior estabilidade do contexto físico e populacional, com alterações graduais. O que possibilita maior familiaridade do idoso com o seu meio e a manutenção dos laços afetivos, emocionais e psicológicos, promovendo uma rede de suporte social de vizinhos, familiares e amigos (Albuquerque, Gouveia, Rodrigues, Martins, & Neves, 2011).

Giraldi (2014), Jesuíno, Torres, Soares e Silva (2017) e Schneider e Irigaray (2008) afirmam que a ênfase na juventude, autonomia, independência e na habilidade de ser produtivo ou reprodutivo, reduz o status social do idoso, fazendo com que muitos idosos não se reconheçam como sendo pertencentes à esta categoria, mas reconhecem o outro como pessoa envelhecida. O Sujeito 6, expressa este não pertencimento, e se conforma com a sua situação: *“Eu acho que primeiramente a idade. em chegando de dia em dia. Dia em dia chega a idade. Vem chegando. Ai daqui um pouco, se hoje eu estou fazendo meus 69 anos, aí o ano que vem eu já vou passar pra 70. E aí vai assim, até chegar numas certas alturas que tá bem velhinho. A gente num... num “sinti” (sente) ficar velho, eu acho assim. Quem “sinti” (sente) que a gente tá ficando velho é as outras pessoas. (as pessoas cometam) “ah, mas fulano tá ficando*

velho”. E eu não acho que eu tô ficando velho. Os outros que acham. Então eu acho que eu não tô velho, mas eu acho assim, que eu não tô velho, e os outros acham que eu tô velho. Será que é bem assim ou não é?”

A categoria *Determinismo na vida* compreende os discursos que manifestam fatores externos ao indivíduo que regem seu comportamento, pensamento e expectativas com relação às atitudes e valores. Esta categoria esteve alicerçada nas subcategorias *Adesão Religiosa* e *Autodeterminação*.

A *Adesão Religiosa* é positiva na qualidade de vida dos idosos, pois desenvolve nele satisfação pessoal. Anjos (2018), Freitas (2017) e Miranda e Banhato (2008) percebem que os idosos que participam de grupos de cunho religioso estão envolvidos por uma atmosfera de amor fraterno, solidariedade e fé, o que proporciona aos idosos um suporte social, facilita a manutenção de relacionamentos interpessoais e minimiza a sensação de solidão ou vazio; a fé surge como uma forma de enfrentamento aos momentos difíceis e a proximidade da morte. Esta categoria pode ser exemplificada no discurso do Sujeito 7: *“se eu já estou assim, é por causa da idade, porque eu não importo o que fazem pra mim, eu entrego pra Deus. Eu não acredito que eu estou com 72 anos. Como eu falei pra senhora, a senhora vai se admirar o que esse homem faz, nessa idade, que hoje em dia. As crianças que nascem hoje em dia, chegam essa idade não aguenta nem andar mais. O que aguenta nessa idade ainda fazer alguma coisa, é pessoa antiga. [...] Eu conheço, eu rezo, ensino tanto remédio do mato pra certas pessoas aí.”*

Silva e Yassuda (2013, p. 432) expressam ainda que a participação religiosa é relevante tanto para a saúde física quanto mental, aumentando o “senso de coerência, significado, propósito e esperança, auxiliando no enfrentamento do estresse e na adaptação a eventos de vida não normativos (não esperados)” estimulando as habilidades cognitivas.

A subcategoria *Autodeterminação* refere-se à mecanismos cognitivos de ajustamento utilizados pelo indivíduo para se adaptar às situações ou alcançar metas escolhidas, comumente utilizados de forma a reduzir os objetivos a alcançar ou estabelecer comparações que o beneficiem (Fonseca, 2010) e manter o senso de estar no comando. Dentre os principais recursos pessoais estão: experiências passadas de sucesso, comparação social, flexibilidade no ajustamento de metas e reavaliações positivas, entre outros, conforme o discurso do Sujeito 11: *“Eu acho que envelhecimento, provém do estado da pessoa, da maneira, porque eles fala que idade*

não é envelhecimento. Porque tem pessoas nova que você olha e fala que tem 80 ou 90 anos, toda acabada. E as vezes outro já não, por causa dos alimentos, do modo de trabalhar, eu acho assim. Por exemplo, tem pessoas que fica velho logo porque já trabalhou muito. Igual a mim. Eu comecei a trabalhar eu tinha 9 anos e até hoje, porque casei aí foi vindo os filhos e trabalha, trabalha. Eu nunca tive descanso, e até hoje, eu mexo com horta. Alí minha horta que linda. Mesmo sem aguentar eu faço, limpo o quintal, limpo a casa. E às vezes olha pra mim e fala que eu num, se num parece que tem essa idade. Como o dizer do outro, o barco vai levando a gente. E como diz, até quando Deus quiser, por que Deus é o dono da nossa vida. Dura até quando ele quiser. É trabalho, é idade. É porque a gente começa a trabalhar de novo e não tem mais folga. Já fiz tanto serviço nesse mundo que se contar você não acredita. Eu trabalhei muito”.

A categoria Auto realização abordada aqui como a realização em si mesmo, ou seja, o equilíbrio entre as características de personalidade/identidade do indivíduo e a utilização de suas competências na execução de tarefas, se embasou na subcategoria Autoconhecimento, pois a escolha das atividades de lazer, exigem o processo de autoconhecimento para que o indivíduo se sinta realizado, e aqui será exemplificada pelo discurso do Sujeito 12: *“Olha, eu, eu me sinto melhor hoje, de que há anos atrás né?! Eu me sinto, não sei se eu vou te explicar direito, eu me sinto muito bem, me sinto ótimo, eu me sinto realizado assim. A gente parece que tem mais tempo pra olhar pra natureza, pros passarinho, pras árvore, pras plantas. Viver as coisas mais interessante, mais importante né!? Que tem uma fase da vida que você vive na correria né!? Você não enxerga quase nada, você só está focado naquilo até pela sua sobrevivência né!? Você tem que sobreviver, você tá criando filho e coisa e... Então você não tem tempo. Hoje eu tenho tempo de olhar um passarinho, tempo de olhar a lua, eu tenho tempo de olhar as estrelas. Pra mim é isso aí. Minha velhice eu não me acho, como diz o outro, derrubado, pra baixo. Muitas pessoas as vezes quando eu tô fazendo as coisas, plantando lá na chácara, plantando árvore. (Dizem) “Há mais, você não vai aproveita isso aí” (eu respondo) “não interessa, amanhã eu vou morrer alguém vai aproveitar, meu neto, alguém que...” eu não penso dessa maneira. É isso aí. O ser humano, na minha cabeça, na minha concepção, claro que a gente tem que ter um respaldo, uma segurança, isso eu sempre procurei ter. Uma poupança, uma coisa pra certas emergências. O ser humano tudo tem que ser feliz, né?! Não adianta, às vezes tem cara que ele tem, tem, mas da dó, né!?”.*

Com o envelhecimento e a diminuição das atividades obrigatórias, abre na rotina do idoso um tempo que pode ser preenchido com atividades gratificantes, ajudando o idoso a superar situações de vazio social e desânimo, se sentindo útil, ativo e integrado socialmente. Werneck (2004) ressalta que a principal característica das atividades de lazer é que elas estão ausentes de obrigações sociais, religiosas, políticas e laborais.

Nestas atividades o indivíduo se engaja espontaneamente, seja para “repouso, diversão, entretenimento, acúmulo de informações ou participação social, livre das obrigações profissionais, familiares e sociais” (Silva & Yassuda, 2013, p. 428), gerando desfechos positivos em sua saúde, renovando energias e melhorando os pensamentos negativos e monótonos, incentivando a buscar motivação para continuarem ativos, produtivos e interessados para suas realizações pessoais, e podendo “expandir a capacidade de auto realização, autoestima, autoconceito e autoimagem” (Sarriera et al., 2007, p. 721), e possibilitando momentos de autonomia e dignidade.

Considerações Finais

A presente pesquisa buscou analisar as representações sociais sobre envelhecimento para pequenos e grandes produtores rurais do município de Diamantino – MT. Foi possível perceber que para o grupo geral de produtores, o envelhecimento é visto como algo negativo, pois trouxe alterações na saúde, rotina, capacidade de execução de tarefas, limitando-os. Alguns idosos sentem vontade de ser mais novos, e rejeitam a velhice, pois sentem que sua vitalidade e seu tempo estão acabando.

Para melhor aceitação da velhice, alguns idosos apresentam estratégias de Enfrentamento do envelhecimento, como a aceitação da finitude da vida e de uma jornada, que é confortada pela religiosidade e/ou pensamento positivo. O envelhecimento não trouxe mudanças bruscas para muitos deles, no entanto, quando trazem lembranças de outros períodos da vida, e os compara com a atualidade, percebem que houveram crescimentos e déficits com a passagem do tempo.

Ainda sobre as mudanças que ocorrem com o envelhecimento, alguns idosos se sentem Auto realizados, pois em anos anteriores, quando perceberam que que outros idosos estavam sofrendo déficits, elaboraram estratégias de compensação

para suprir estes déficits em si, e estão bem com isso. Além disso, os idosos se apresentam otimistas, e relatam conhecimentos e experiências que só foram possíveis porque houve a passagem do tempo e amadurecimento. Outros ganhos relatados estão nas atividades de lazer que passaram a ter após o envelhecimento, pois quando mais jovens, estavam na “correria” do trabalho.

O envelhecimento é percebido também em seus aspectos Positivos, como o merecimento por uma vida justa e bem aproveitada, as quais os idosos manifestam otimismo e desejam que se prolongue para que possam realizar mais feitos. Por fim, alguns dos fatores que colaboram para a perspectiva positiva do envelhecimento são os Determinantes de vida. Alguns idosos relatam prática de boas ações, e a confiança em Deus, que sempre lhes guiou e guiará para uma vida de merecimentos e êxitos. Além disso, expõem determinação e orgulho ao trabalho prestado com qualidade.

Faz-se importante salientar que, diante desse contexto de envelhecimento, um dos aspectos mais relevantes que emergem é a qualidade de vida, a qual se relaciona à autoestima e ao bem-estar pessoal. A qualidade de vida engloba ainda uma ampla gama de aspectos, tais como: capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores culturais, éticos e religiosidade abrangendo ainda, estilo de vida, satisfação do emprego e/ou com as atividades da vida diária e com o ambiente em que se vive (Albuquerque & Cunha, 2015).

Uma velhice bem-sucedida não pode e não deve ser um privilégio apenas de poucos ou ainda ser considerada como um direito. E sim uma meta real a ser alcançada por todos por todos aqueles indivíduos que durante décadas passam por vivências, eventos, mudanças que acompanham a vida adulta e chegam à velhice (Freitas, 2017; Lima, Silva, & Galhardoni, 2008; Lussac, 2009). No entanto, é comum observar idosos, que possuem hábitos não saudáveis, como: nutrição inadequada, tabagismo, ingestão de álcool e drogas, altos níveis de estresse, inatividade cognitiva e o sedentarismo aceleram o processo de envelhecimento, reduzindo a capacidade física e de autonomia do indivíduo, o que interfere na qualidade de vida (Pinto, 2009).

Referências:

- Albuquerque, C. A., & Cunha, F. M. A. M. (2015). Alterações músculo esquelética em idoso: uma revisão literária. *EFDeportes.com*, 19(202). Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd202/alteracoes-musculo-esqueletica-em-idoso.htm>
- Albuquerque, F. J. B., Gouveia, C. N. N. A., Rodrigues, C. F. F., Martins, C. R., & Neves, M. T. S. (2011). Avaliação do Bem-estar subjetivo de idosos no ambiente rural. In D. V. D, Falcão, & L. F. Araújo. *Psicologia do Envelhecimento: Relações Sociais, Bem-estar Subjetivo e Atuação Profissional em Contextos Diferenciados* (pp. 67 - 84). Campinas: Editora Alínea.
- Anjos, P. M. (2018). *La psicología en el camino de lo social: un estudio de las representaciones sociales sobre el “envejecer bien” y “envejecer mal” a partir del entorno en la contemporaneidad* (Tese de Doutorado não publicada), Universidad Argentina John F. Kennedy, Buenos Aires.
- Araújo, L. F., Coelho, C. G., Mendonça, É. T., Vaz, A. V. M., Siqueira-Batista, R., & Cotta, R. M. M. (2011). Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(1), 80-86. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892011000700012>
- Azevedo, M. S. A. (2015). *O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: uma revisão integrativa* (Dissertação de Mestrado), Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10776/1/marta%2020%20de%20abril%20-%20tese%20final%20-%20pdf.pdf>
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380. https://doi.org/1007/978-1-4615-0357-6_2
- Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social [BNDES]. (3 de fevereiro de 2017). *Envelhecimento e transição demográfica*. Marca-texto. Recuperado de <https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/conhecimento/noticias/noticia/envelhecimento-transicao-demografica>
- Barbosa, L. V. (2007). *Treinamento com pesos na prevenção da sarcopenia em idosos* (Monografia de Graduação), Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Recuperado de <http://cutter.unicamp.br/document/?down=000414094>
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Edições 70. Lisboa: Portugal
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 733-781. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300009>
- Carstensen, L. L. (1991). Socioemotional selectivity theory: social activity in life-span context. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 195-217.

Cavalcanti, C. L., Gonçalves, M. C. R., Asciutti, L. S. R., & Cavalcanti, A. L. (2010). Envelhecimento e obesidade: um grande desafio no século XXI. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 14(2), 87-92. <https://doi.org/10.4034/rbcs.2010.14.02.12>

Dias, A. M. (2007). *O processo de envelhecimento humano e a saúde do idoso nas práticas curriculares do curso de fisioterapia da UNIVALI campus Itajaí: um estudo de caso* (Dissertação de Mestrado), Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí. Recuperado de <http://siaibib01.univali.br/pdf/Alexsandra%20Marinho%20Dias.pdf>

Erikson, E. (1976). *Identidade juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Ferraz, L., Alves, J., & Ferreti, F. (2017). A vulnerabilidade ocupacional do idoso no meio rural. *Saúde y Transformação Social/Health y Social Change*, 8(1), 1-14. Recuperado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4165>

Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Silva, A. O., Sá, R. C. N., & Moreira, M. A. S. P. (2010). Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. *Psico-USF*, 15(3), 357-364. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712010000300009>

Fonseca, A. M. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínicos*, 3(2), 124-131. <https://doi.org/10.4013/ctc.2010.32.06>

Fonseca, A. M., & Paul, C. (2008). Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo. *Geriatrics & Gerontologia*, 2(1), 32-37. Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/11753>

Freitas, L. P. (2017). *O bem-estar subjetivo da pessoa idosa na vivência de uma opção religiosa: um estudo no estado da Bahia* (Tese de Doutorado), Universidade Autônoma de Lisboa, Lisboa. Recuperado de <https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/3222/1/Tese%20Doutoramento%20-%20Levi%20Paula%20Freitas%20-%20N%c2%b020101658.pdf>

Giraldi, R. C. (2014). Espaços de lazer para a terceira idade: sua análise por meio de diferentes vertentes. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 627-636. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13086>

Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102(2), 284–304. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.102.2.284>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2018). *Agência de Notícias: Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047*. Recuperado de <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>

Jesuíno, J. C., Torres, T. L., Soares, C. C., & Silva, A. O. (2017). Contribuições para uma gerontologia crítica. In A. O. Silva, & B. Z. Camargo, *Representações sociais do envelhecimento e da saúde* (pp. 59-83). Rio Grande do Norte: EDUFRN.

Jodelet, D. (1985). La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. In S. Moscovici (Org.), *Psicología Social II* (pp. 469-494). Buenos Aires: Paídos.

Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris: PUF.

Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Org.), *Representações sociais* (pp.17-44). Rio de Janeiro: Eduerj.

Jodelet, D. (2003). Pensamiento social e historicidad. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 24(93), 97-114. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/137/13709305.pdf>

Kalache, A. (1987). Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. *Cadernos de Saúde Pública*, 3(3), 217-220. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1987000300001>

Krause, N., & Rook, K, S. (2003). Negative Interaction in Late Life: Issues in the Stability and Generalizability of Conflict Across Relationships. *The Journals of Gerontology*. 58(2), 88-99. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.P88>

Lei nº 6.746, 10 de dezembro de 1979. (1979, 10 de dezembro). Altera o disposto nos arts. 49 e 50 da Lei nº 4.504, de 30 de novembro de 1964 (Estatuto da Terra), e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1970-1979/L6746.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%206.746%2C%20DE%2010%20DE%2009%20DE%201979.&text=Altera%20o%20disposto%20nos%20arts,Art.

Lima, A. M. M. de., Silva, H. S. da, & Galhardoni, R. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12(27), 795-807. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000400010>

Lima-Costa, M. F., & Veras, R. P. (2003). Saúde Pública e envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 700-701. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300001>

Lussac, R. M. P. (2009). Terceira Idade, Envelhecimento e Capoeira. *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 6(1), 50-60 <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.152>

Mattos, P., & Paixão Junior, C. M. (2010). Avaliação cognitiva de idosos: envelhecimento e comprometimento cognitivo leve. In L. F. Malloy-Diniz, D. Fuentes, P. Mattos, & N. Abreu, *Avaliação neuropsicológica* (pp. 247–253). Porto Alegre: Artmed.

Mazo, G. Z., Lopes, M. A., & Benedetti, T. B. (2001). *Atividade física e o idoso: concepção gerontológica*. Porto Alegre: Sulina.

Mello, R. G., & Bagnara, I. C. (2011). A importância de atividades físicas recreativas adaptadas para grupos de terceira idade. *EFDeportes.com - Revista Digital*. 16(155). Recuperado de <https://www.efdeportes.com/efd170/atividade-fisica-para-a-terceira-idade.htm>

Miranda, L. C., & Banhato, E. F. C. (2008). Qualidade de vida na terceira idade: a influência da participação em grupos. *Psicologia em Pesquisa*, 2(1), 69-80. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v2n1/v2n1a09.pdf>

Monteleone, T. V., Witter, C., & Gama, E. F. (2015). Representação Social de Idosos: análise das imagens publicadas no discurso midiático. *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 20(3), 921-937. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/48330>

Moraes, E. N., Moraes, F. L., & Lima, S. P. P. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(1), 67-73. Recuperado de http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf

Moscovici, S. (1978). *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Moscovici, S. (1981). On social representations. In J. P. Forgas (Org.), *Social cognition. Perspectives on everyday understanding* (pp. 181-209). Londres: Academic Press.

Neri, A. L. (2006). Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e em sociologia. In A. L. Neri (Org.), *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (pp. 11-38). Campinas: Papyrus.

Neri, A. L. (2009). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea.

Neri, A. L. (2013). Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. In L. F., Malloy-Diniz, D. Fuentes, & R. M. Cosenza (Orgs.), *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (pp. 17-42). Porto Alegre: Artmed.

Oliveira, A. T. R. (2016). Envelhecimento populacional e políticas públicas: desafios para o Brasil no século XXI. *Espaço e Economia* [Online], 4(8), 1-20, Recuperado de <http://journals.openedition.org/espacoeconomia/2140>

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (7 de abril de 1999). Alterações da Constituição. Recuperado de <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution#:~:text=Health%20is%20a%20state%20of,belief%2C%20economic%20or%20social%20condition.>

Palmore, E. B. (1999). *Ageism: Negative and positive*. Nova York: Springer.

Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artmed.

Parente, M. A. de M. P. (2006). *Cognição e Envelhecimento*. Porto Alegre: Artmed.

Pinto, M. M. (2009). *Atividade física como fator motivacional na terceira idade*. (Monografia de Graduação), Universidade Federal do Amazonas, Manaus.

Reis, C. B., Jesus, R. S., Silva, C. S. O., & Pinho, L. (2016). Condições de saúde de idosos jovens e velhos. *Revista Rene*, 17(1), 120-127. DOI: 10.15253/2175-6783.2016000100016

Riegel, K. (1976). The Dialectics of Human Development. *American Psychologist*, 31(10), 689–700. Recuperado de <https://doi.org/10.1037/0003-066X.31.10.689>

Sarriera, J. C., Paradiso, Â. C., Mousquer, P. N., Marques, L. F., Hermel, J. S., & Coelho, R. P. S. (2007). Significado do tempo livre para adolescentes de classe popular. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(4), 718-729. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000400012>

Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 585-593. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>

Silva, H. C., & Yassuda, M. C. (2013). Engajamento social, lazer e envelhecimento cognitivo. In L. F., Malloy-Diniz, D. Fuentes, & R. M. Cosenza, (Orgs.), *Neuropsicologia do envelhecimento: Uma abordagem multidimensional* (pp. 428-437). Porto Alegre: Artmed.

Silva, H. S. da, Lima, A. M. M. de., & Galhardoni, R. (2010). Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 14(35), 867-877. DOI:10.1590/S1414-32832010005000034

Sticca, M. G., & Pádua, F. L. A. (2016). Aspectos Laborais na Terceira Idade. In E. R. Freiras, A. J. G. Barbosa, & C. B. Neufeld. *Terapias cognitivo-comportamentais com idosos* (pp. 416-428). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Torres, T. L., Camargo, B. V., Bousfield, A. B., & Silva, A. O. (2015). Representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(12), 3621-3630. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.01042015>

Vasconcelos, A. T., & Jager, M. E. (2016). A percepção de psicólogos sobre o envelhecimento: Psicologia e envelhecimento. *Multiciência Online*, 15(1), 127-136. Recuperado de <http://urisantiago.br/multicienciaonline/?daf=artigo&id=70>

Vilela, T. B. (2018). *A dependência comportamental aprendida no contexto da relação entre idosos e seus cuidadores informais* (Dissertação de Mestrado), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Recuperado de https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/30093?locale=pt_BR

Werneck, C. L. G. (2004). *Dicionário Crítico do Lazer*. Belo Horizonte: Autêntica.

Capítulo 5
DEPENDÊNCIA EMOCIONAL EM ADOLESCENTES:
UMA ANÁLISE A PARTIR DA SÉRIE EUPHORIA

José Humberto Alves

Carolina Sassi

Valdicéia Miranda Machado Bouzada

João Mário Pires da Costa

Andrea Ruzzi Pereira

DEPENDÊNCIA EMOCIONAL EM ADOLESCENTES: UMA ANÁLISE A PARTIR DA SÉRIE EUPHORIA

José Humberto Alves

Fisioterapeuta pela Universidade de Uberaba (UNIUBE), Bacharel em Educação Física pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

Carolina Sassi

Graduanda em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

Valdicéia Miranda Machado Bouzada

Mestranda em Estudos da Ocupação Humana pela Universidade Federal de Minas Geras (UFMG)

João Mário Pires da Costa

Graduando em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

Andrea Ruzzi Pereira

Doutora em Saúde na Comunidade pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Docente do departamento de Terapia Ocupacional pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

Resumo: A dependência emocional é caracterizada por um apego patológico, sendo nesses casos os relacionamentos interpessoais sustentados por uma relação de submissão perante a pessoa amada. Essa condição, normalmente, é associada a outras psicopatologias, como depressão e transtornos de ansiedade. Esse sentimento de dependência pode ser acarretado por uma somatória de eventos traumáticos na infância, como o desamparo, violência, falta de cuidado, superproteção, afastamento dos cuidadores, entre outros. Diante dessa temática e a discussão da saúde mental, ao longo dos anos foi possível que, com a tecnologia da informação e comunicação, principalmente com obras audiovisuais, esses temas pudessem ser expressados a partir da construção de histórias, usando de uma linguagem capaz de ampliar a

disseminação e compreensão, de forma subjetiva, sendo um facilitador no processo de aprendizagem. Desse modo, o objetivo deste estudo foi, descrever a dependência emocional de adolescentes, a partir da análise do comportamento e contexto familiar da personagem Cassie da série Euphoria. Esta pesquisa caracteriza-se como qualitativa descritiva, com o uso da netnografia para análise do conteúdo *online*. A netnografia se define como uma ferramenta metodológica de estudo do ciberespaço, seus fenômenos e cultura. Diante disso, o primeiro passo foi assistir e coletar os dados da personagem Cassie, da série Euphoria, que possui duas (e únicas) temporadas, ambas com 8 episódios cada, a primeira lançada em 2019 e a segunda em 2022, todas disponíveis em uma plataforma de *streaming* por assinatura *online*. A coleta ocorreu entre os meses de fevereiro e de março/2022. Após esse processo, os episódios e cenas da personagem foram catalogadas para posterior análise do comportamento. A partir da análise desse comportamento fica explícita a dependência emocional da Cassie, bem como o contexto familiar que a impactou. No perfil do dependente emocional, é possível identificar uma série de comportamentos prejudiciais, e a personagem manifesta muitos deles, como insatisfação, autonegligência, medo da solidão, baixa autoestima, insegurança e vulnerabilidade ao sentimento. A série retrata muito bem essa relação familiar, evidenciando a história da personagem, também se observa baixa autoestima e autonegligência como uma consequência do relacionamento instável que viveu com a família, em especial com o pai. Constatou-se por meio da netnografia que, experiências traumáticas com a família, como o abandono, são fatores externos que influenciam no desenvolvimento emocional dos filhos, podendo influenciar nos vínculos que serão criados com outras figuras de apego. Observa-se uma lacuna em como os seriados e séries disponíveis online podem influenciar na compreensão dos telespectadores sobre temas acerca da saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Família; Trauma Psicológico; Autonegligência.

Abstract: Emotional dependence is characterized by a pathological attachment, in which cases interpersonal relationships are sustained by a relationship of submission to the loved one. This condition is usually associated with other psychopathologies, such as depression and anxiety disorders. This feeling of dependence can be caused by a sum of traumatic events in childhood, such as helplessness, violence, lack of care, overprotection, distance from caregivers, among others. Faced with this theme and the discussion of mental health, over the years it has been possible that, with information and communication technology, especially with audiovisual works, these themes could be expressed through the construction of stories, using a language capable of expanding dissemination and understanding, in a subjective way, being a facilitator in the learning process. Thus, the objective of this study was to describe the emotional dependence of adolescents, from the analysis of the behavior and family context of the character Cassie from the Euphoria series. This research is characterized as qualitative and descriptive, using netnography to analyze online content. Netnography is defined as a methodological tool for studying cyberspace, its phenomena and culture. Therefore, the first step was to watch and collect data on the character Cassie, from the series Euphoria, which has two (and unique) seasons, both with 8 episodes each, the first released in 2019 and the second in 2022, all available in a online subscription streaming platform. The collection took place between the months of February and March/2022. After this process, the episodes and scenes of the character were cataloged for further analysis of behavior. From the analysis of this behavior, Cassie's emotional dependence becomes explicit, as well as the family

context that impacted her. In the profile of the emotional dependent, it is possible to identify a series of harmful behaviors, and the character manifests many of them, such as dissatisfaction, self-neglect, fear of loneliness, low self-esteem, insecurity and vulnerability to feeling. The series portrays this family relationship very well, highlighting the character's history, low self-esteem and self-neglect are also observed as a consequence of the unstable relationship she lived with her family, especially her father. It was found through netnography that traumatic experiences with the family, such as abandonment, are external factors that influence the emotional development of children, and may influence the bonds that will be created with other attachment figures. There is a gap in how the series and series available online can influence viewers' understanding of mental health topics.

Keywords: Mental health. Family. Psychological Trauma. self-neglect.

INTRODUÇÃO

A dependência emocional é caracterizada por um apego patológico, em relacionamentos interpessoais sustentados por uma relação de submissão perante a pessoa amada (FONSÊCA et al., 2020). Se trata de um transtorno multifatorial influenciado por fatores neurológicos, psicológicos, sociais e culturais, normalmente associado a psicopatologias, como depressão e transtornos de ansiedade (BUTION & WECHSLER, 2016). Há a presença de um número significativo de indivíduos que associam transtornos psicológicos à dependência excessiva a relacionamentos amorosos, onde os indivíduos demonstram dificuldades em tomar decisões dentro dos relacionamentos, além de uma centralidade completa à relação (GONZALES-BUESO et al., 2018; BUTION & WECHSLER, 2016). Esse sentimento de dependência pode ser acarretado por uma somatória de eventos traumáticos na infância, como o abandono, violência, falta de cuidado, superproteção, afastamento dos cuidadores, entre outros (BENETTI et al., 2010).

Esse transtorno traz uma intensa necessidade de vínculo afetivo aos parceiros afetivos, o que gera um padrão ao nível racional em relação à interação do casal a níveis comportamentais, como visto no estudo de Ponce-Díaz, Aiquipa e Arboccó (2019), que alega que a violência contra mulheres por seus parceiros masculinos estão ocorrendo em idade precoce, sem necessidade de coabitação entre os casais. Ainda alegam que alguns padrões disfuncionais de vínculo afetivo, principalmente relacionados a dominância, medo, solidão e necessidade de afeto estão associados a uma baixa satisfação com a vida (FÉRES-CARNEIRO; DINIZ NETO, 2010). Dessa forma, um indivíduo emocionalmente dependente que sofre violência familiar viverá sua relação com altos níveis de angústia, tristeza, medo, culpa, frustração e incerteza,

se tornando esse um fator preocupante para a saúde pública na sociedade (TAVARES; SCHEFFER; ALMEIDA, 2012).

A dependência emocional, configurada a partir de um padrão de aspectos cognitivos, emocionais, motivacionais e comportamentais, gera uma concessão da vivência individual cedida ao compartilhamento coletivo dentro de uma relação afetiva, onde um terceiro é considerado como fonte de satisfação de necessidades emocionais, visto a partir de uma insatisfação anterior do indivíduo, que almeja essa satisfação durante a experiência afetiva (JARAMILLO & ROYOS, 2009).

O sentimento de dependência acarretado pela dependência emocional pode ser relacionado a uma somatória de eventos traumáticos na infância, como o desamparo, violência, falta de cuidado, superproteção, afastamento dos cuidadores, entre outros (MARTINI, 2012). Diante dessa temática e a discussão da saúde mental, ao longo dos anos foi possível que, com a tecnologia da informação e comunicação, principalmente com obras audiovisuais, esses temas pudessem ser expressados a partir da construção de histórias, usando de uma linguagem capaz de ampliar a disseminação e compreensão, de forma subjetiva, sendo um facilitador no processo de aprendizagem. Desse modo, o objetivo deste estudo foi, descrever a dependência emocional de adolescentes, a partir da análise do comportamento e contexto familiar da personagem Cassie da série Euphoria.

MÉTODO

Esta pesquisa utilizou um método qualitativo e descritivo, através da netnografia para análise do conteúdo *online*. A netnografia se define como uma ferramenta metodológica de estudo do ciberespaço, seus fenômenos e cultura (DE VARGAS CORRÊA; ROZADOS, 2017). Diante disso, o primeiro passo foi assistir e coletar os dados da personagem Cassie, da série Euphoria, de forma visual e auditiva, ao qual possui duas (e únicas) temporadas, ambas com 8 episódios cada, a primeira lançada em 2019 e a segunda em 2022, todas disponíveis em uma plataforma de *streaming* por assinatura *online*. A coleta ocorreu entre os meses de abril e de maio/2022. Após esse processo, os episódios e cenas da personagem foram catalogadas para análise do comportamento, utilizando do programa *Google Docs* para transcrição, tal *software* permite a digitalização de áudio convertendo para texto. Com isso, foi possível identificar as falas e dividi-las em duas categorias, a

dependência emocional da personagem Cassie e o contexto familiar/social ao qual ela está inserida.

RESULTADOS

A personagem Cassie é coadjuvante, porém, faz parte da trama central da história e tem aparições em todos os episódios. Ela é uma adolescente que no primeiro episódio da primeira temporada logo é apresentada em um contexto fragilizado, no qual estava tendo suas fotos e vídeos íntimos vazados em uma roda de meninos. A partir desse momento observamos comportamentos sexualizados frequentes, como mandar esse tipo de conteúdo (fotos e vídeos) aos garotos com quem se relaciona.

Desde de muito nova, logo quando a personagem sai da infância e se torna adolescente, a série retrata os olhares em seu corpo, vindo por parte de homens mais velhos e colegas de escola. Diante disso, o movimento de objetificação e sexualização é desde cedo, bem como comentários colocando seu corpo em primeiro plano, não sendo valorizado outros aspectos de sua pessoa. Por conta disso, fica evidente que ela começa “aceitar” esse papel que é colocado, sendo um fator importante a entender sua baixa autoestima, com a necessidade de aprovação e se sentir admirada.

Ainda, outro comportamento observado é a submissão, preocupando-se com vontades e desejos das outras pessoas, para agradar a todos, sem considerar os próprios. Essas atitudes ficam evidentes, principalmente, em seus relacionamentos amorosos. Diante disso, a personagem segue em suas tramas de relacionamento e conflitos internos e é apenas no episódio 7 da primeira temporada que sua história é apresentada. Em seu ceio familiar vemos uma irmã mais velha muito diferente em personalidade, uma mãe alcoólatra e um pai ausente, que saiu de casa após brigar com a mãe e se mostra negligente com a família. Ela era a filha mais conectada ao pai, em sua infância e início da adolescência há vários momentos de elogios e incentivos por parte dele, porém, com a separação essa relação muda drasticamente e pode-se observar seu sofrimento e o sentimento de abandono.

Nesse mesmo episódio, após mostrar a relação com o pai, temos a seguinte fala da narradora. “Ela se apaixonou por todos com quem namorou, fossem eles inteligentes, idiotas, doces, malvados, não importava. Ela não gostava de ficar só”. E se referindo aos seus comportamentos com seus parceiros, a narradora diz: “E ela quase sempre dizia sim, apesar de nem sempre se sentir bem”. Com o passar dos

episódios essas características de uma menina passiva e desesperada pela aprovação dos outros fica mais evidente e quase sempre há o resgate do contexto familiar, indicando o quanto influenciou para que ela se sentisse dessa forma.

Porém, na segunda temporada que fica perceptível o quanto ser omissa e negligenciar seus sentimentos também se expressa nas relações de amizade, mas se sobrepõe ainda mais nas relações amorosas, pelas quais esteve disposta a perder relações estáveis e seguras de amizade em troca de um namoro. No episódio 7 da segunda temporada, em diálogo com seu atual namorado diz “Eu sou tudo que desejou? [...] pode controlar o que visto, o que eu como, com quem falo [...] eu pertencço a você e nunca vou reclamar, porque confio que você sabe o que é melhor. Em seguida é questionada pelo namorado se ela não teria medo que a menosprezassem, e ela responde “Ao menos sou amada.

DISCUSSÃO

A partir da análise da personagem Cassie é evidente a relação entre a sua história de vida, as formas de sofrimento com os aspectos da dependência emocional. Nos estudos de Winnicott, sobre o desenvolvimento psíquico as relações parentais, em especial a figura da mãe suficientemente boa, tem fundamental responsabilidade em atender à necessidade essencial do filho, que remete aos aspectos de equilíbrio, autonomia e individualidade, compreendendo, no entanto, que esta mãe é falível às vezes (RODRIGUES; JUNIOR, 2017). Para Cassie a mãe suficientemente boa é sua primeira necessidade não atendida, visto que ela passa pelo atravessamento do alcoolismo da mãe e mais tarde intensificada pelo abandono do pai, marcando um campo relacional configurado pela ausência de apoio, afetividade, segurança e aceitação, necessários para o desenvolvimento saudável da sua subjetividade. Para Frazão e Fukumitsu (2020), não poder confiar é nunca ter vivido a experiência de encontrar lugar na vida de um outro.

Na experiência da dependente emocional o sentimento de insegurança, o medo de ser abandonado, a crença na incapacidade de cuidar da própria vida, são aspectos que configuram o cenário emocional da pessoa. Com a saída do pai, único vínculo possível de cuidado e segurança, Cassie se vê solitária e impotente. As experiências de ansiedade emergem com a figura, de um mundo de insatisfação, medo, solidão, baixa autoestima, insegurança e vulnerabilidade que se abrem revelando um passado que não oferece suporte e um futuro aterrorizante.

O sofrimento assume formas que o contexto social disponibiliza, portanto, a psicopatologia muda com o tempo e espaço, os traumas psicológicos na infância como um agravo ao sentimento de dependência de Cassie. Ela sente-se constantemente sem lugar de pertencimento, buscando adoções emocionais e relacionais, como um substituto de satisfação, para tal, estabelece parâmetros para a sua vida, que influenciam diretamente as suas relações interpessoais. A eterna menina abandonada pelo pai se coloca na busca de segurança e proteção através de um esquema inicial desadaptativo predominante por relações de desconfiança e submissão. A insegurança elevada, ciúmes em excesso e um autocontrole comprometido de Cassie, faz com que ela sugue a personalidade do parceiro, colocando-se como a extensão deste, ocasionando assim desgaste relacional e o comprometimento da sua própria individualidade, dado a renúncia da liberdade e autonomia. Assim, o término do relacionamento configura-se não apenas como a perda da pessoa amada, mas a perda de si mesma, na medida que renuncia a sua autonomia na tentativa de agradar as pessoas e como consequência uma forma de relacionar abusiva.

O abuso é por definição uma confusão de limites, ao afastamento como abandono e a aproximação como invasão (FRANCESETTI, 2021), desta forma as experiências de relações abusivas não podem ser definidas apenas como comportamentos autodestrutivos, mas também como um ajustamento patológico disfuncional e cristalizados, que são, na verdade, um esforço terrível para sobreviver. Um paradoxo que se instaura como o modo de existir mergulhado na experiência de falta de dignidade de ser ela mesma e o desejo de ser vista como tal.

De acordo com Francesetti (2021), a tensão entre a universalidade e singularidade, são próprios do ser humano e está presente em qualquer tipo de experiência. Por isso, compreender os modos de sofrer do ser humano também inclui os aspectos universais, aqueles que constituem o campo relacional ao longo do seu existir. Na experiência de Cassie, ela percebe o mundo como aterrorizante e parece sentir-se desprotegida diante da desintegração de um fundo de experiências. “É estar desenraizado” (FRAZÃO; FUKUMITSU, 2020).

A dependência emocional é alimentada pela baixa autoestima e pela insegurança (BUTION; WECHSLER, 2016). Como resposta direta a este pensamento, e comparação a personagem, o indivíduo busca externamente no outro, seja no relacionamento de casal, na família ou amigos, a segurança que não tem em si

mesma. Fica "viciada" no que essas relações são capazes de proporcionar e chegam a considerar que é impossível viver sem elas. Por isso, para conseguir romper com os elos da dependência emocional e superá-la é fundamental começar a entender de onde vem esse apego, que não tem limite. Isso significa reconhecer medos e limitações, mas também aproveitar o processo de reflexão para entender quais são as suas próprias potencialidades, porque todos as temos.

A vivência traumática da criança, é uma experiência que deixa pegadas de ausência (FRANCESETTI, 2021), isso requer do profissional uma paciência. Na ausência desse outro (pai), o cuidado com Cassie deve começar pela criação de um espaço seguro que possibilite a ela integrar essa criança ferida, que ficou no caminho interrompido de um suporte para percorrer o caminho da existência, como processo de integração das situações não compreendidas, aumentando assim a consciência sobre suas próprias maneiras de reagir e agir, expandindo sua capacidade reflexiva e escolha a respeito daquilo que lhe acontece. O terapeuta se apresenta como um contato que possibilita um heterosuporte facilitador para que a pessoa possa desenvolver seu próprio auto suporte. Nesta relação a mudança não é pretendida como resultado de uma intervenção, o processo se desenvolve numa relação dialógica e colaborativa entre o paciente e o terapeuta. Nesta perspectiva a mudança é resultado da capacidade do terapeuta de acolher, de apoiar e de sustentar as forças intencionais (FRANCESETTI, 2021).

Segundo Miller (2011), quando faltou esse suporte inicial de amor, de dedicação, consideração, amizade e disposição para a comunicação, fica a criança com seu desejo de satisfação de suas necessidades que é transferido para as outras relações. O vazio existe e ficará lá, a não ser que a pessoa tome consciência dos mecanismos e tente reconhecer a realidade da sua infância da forma mais exata possível para criar os recursos possíveis para satisfazer suas próprias necessidades. Para que isso aconteça o indivíduo precisa da experiência do amor pela criança que foi que pode ser viabilizado pela figura do profissional diante de uma atitude de simpatia, empatia e respeito que se coloca como acompanhante de viagem para ajudar a pessoa a tornar-se que é. "Uma testemunha esclarecida" e não neutra, para ajudar a criança que existe.

Portanto, a conduta do profissional do cuidado será um fator muito importante para a reconstrução da existência. O requer do profissional o cuidado de não re-traumatizar, uma vez que as generalizações orientadas por uma visão do modelo

biomédico que conseqüentemente tendem a colocar a patologia em primeiro plano, sendo esta uma forma de abandono da singularidade da pessoa. Por isso, a extensão do cuidado amplia também para o terapeuta, ele deve zelar por este lugar que ocupa para que ele se configure como um lugar de liberdade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se por meio da netnografia que, experiências traumáticas com a família, como o abandono, são fatores externos que influenciam no desenvolvimento emocional dos filhos, podendo influenciar nos vínculos que serão criados com outras figuras de apego. A netnografia de obras atuais acerca de assuntos na saúde mental se faz importante para o entendimento de como essa temática é abordada e acessada pelos jovens; além de serem objetos de estudos importantes para avanço no conhecimento do comportamento e a influência do contexto no que diz respeito a dependência emocional. Observa-se uma lacuna em como os seriados e séries disponíveis *online* podem influenciar na compreensão dos telespectadores sobre temas acerca da saúde mental.

REFERÊNCIAS

- BENETTI, Silvia Pereira da Cruz et al. Problemas de saúde mental na adolescência: características familiares, eventos traumáticos e violência. **Psico-usf**, v. 15, p. 321-332, 2010.
- BUTION, Denise Catricala; WECHSLER, Amanda Muglia. Dependência emocional: uma revisão sistemática da literatura. **Estudos Interdisciplinares Em Psicologia**, v. 7, n. 1, p. 77-101, 2016.
- DE VARGAS CORRÊA, Maurício; ROZADOS, Helen Beatriz Frota. A netnografia como método de pesquisa em Ciência da Informação. **Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação**, v. 22, n. 49, p. 1-18, 2017.
- FÉRES-CARNEIRO, Terezinha; DINIZ NETO, Orestes. Construção e dissolução da conjugalidade: Padrões relacionais. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 20, p. 269-278, 2010.
- FONSÊCA, Patrícia Nunes da et al. Evidências psicométricas do Questionário de Dependência Emocional (CDE). **Avaliação Psicológica**, v. 19, n. 1, p. 67-77, 2020.
- FRANCESETTI, Gianni. La prospettiva di campo nella psicopatologia e nella psicoterapia della Gestalt contemporanea. **La prospettiva di campo nella psicopatologia e nella psicoterapia della Gestalt contemporanea**, p. 227-246, 2021.

FRAZÃO, Lilian Meyer; FUKUMITSU, Karina Okajima. **Enfrentando crises e fechando Gestalten**. Summus Editorial, 2020.

GONZALEZ-BUESO, V. et al. DEPENDENCIA EMOCIONAL EN MUJERES:UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA EMPÍRICA. **Psicosom. psiquiatr**, v. 5, p. 40-53, 2018.

JARAMILLO, C. J.; HOYOS, M. L. esquemas desadaptativos tempranos en estudiantes universitarios con dependencia emocional. **Acta colombiana de Psicología**, v. 12, n. 2, p.77-83, 2009.

MARTINI, Juliana Schwanke. DEPENDÊNCIA EMOCIONAL FAMILIAR: possíveis manifestações nos filhos. **Revista da Graduação**, v. 5, n. 2, 2012.

MILLER, Alice. A revolta do corpo / Alice Miller ; tradução Gercélia Batista de Oliveira Mendes; revisão da tradução Rita de Cássia Machado. **São Paulo: Editora WMF Martins Fontes**, 2011.

PONCE-DÍAZ, Carlos; AIQUIPA TELLO, Jesús; ARBOCCÓ DE LOS HEROS, Manuel. Dependência emocional, satisfação com a vida e violência conjugal em estudantes universitários. **Propósitos y Representaciones**. 2019.

RODRIGUES, Juliana Martins; JUNIOR, Carlos Augusto Peixoto. Sobre a noção de saúde decorrente da teoria do amadurecimento emocional de Donald Winnicott. **Analytica: Revista de Psicanálise**, v. 6, n. 11, p. 7-33, 2017.

TAVARES, Gislaine Pereira; SCHEFFER, Morgana; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. Drogas, violência e aspectos emocionais em apenados. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 25, p. 89-95, 2012.

Capítulo 6

**ACESSO À CANNABIS MEDICINAL NO BRASIL:
UMA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR**

Aline Fernanda Souza de Oliveira

Márcio Rodrigues Alves

Silvana Solange Rossi

ACESSO À CANNABIS MEDICINAL NO BRASIL: UMA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR

Aline Fernanda Souza de Oliveira

Historiadora, especialista em Cannabis Medicinal. alinefso.hist@gmail.com

Márcio Rodrigues Alves

Médico de Família e Comunidade, especialista em Cannabis Medicinal.

marcioalves1618@gmail.com

Silvana Solange Rossi

Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva - Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde.

dudassr@gmail.com

RESUMO

Numa abordagem interdisciplinar, articulando e integrando as áreas Sociais e Humanidades; Saúde e Biológicas, no campo da Saúde Pública e Medicina Preventiva; Ciências Sociais Aplicadas e Direito Constitucional; Ciências Humanas e História, e Ciência Política e Políticas Públicas, o acesso à cannabis medicinal no SUS é um importante debate atual no Brasil. Em relatório elaborado pela *Kaya Mind* em junho de 2021, aponta que no país 6 milhões de brasileiros poderiam ser beneficiados com o tratamento de *cannabis*, se os produtos e medicações estivessem inseridos em uma regulamentação mais democrática, além da criação de milhares de empregos e um forte crescimento econômico. No entanto, o proibicionismo tem sido um grande dificultador, gerando estigma, desigualdades e criminalizando pessoas pretas, pobres e periféricas. Neste capítulo abordaremos as relações históricas da Humanidade para com a versatilidade da planta, seguidas da investigação sobre a trajetória de sua proibição e suas consequências. Sucintamente, traz um panorama geral sobre a ascensão científica do tema a partir da descoberta do Sistema Endocanabinoide. Em análise crítica, discute a evolução da legislação brasileira dentro do contexto da proclamada Guerra às Drogas. O Projeto de Lei 399/15 propõe que as Farmácias Vivas possam cultivar e fabricar produtos à base de *cannabis*, considerando que a importação de insumos e de produtos, encarece e dificulta o tratamento de pacientes que necessitam da planta. Dessa forma o SUS como política social inclusiva, universal e equânime pode sustentar o enfrentamento das barreiras da proibição da *cannabis*, sendo o grande potencial de realização do ciclo de cura e tratamento integral de saúde, da semente ao paciente.

Palavras-chaves: *cannabis* medicinal; Sistema único de Saúde; Políticas Públicas.

ABSTRACT

Access to medicinal cannabis in the SUS (the Brazilian Unified Health System) is an important debate in Brazil nowadays. Interdisciplinary, it articulates and integrates different practice and research areas: “Social and Humanities”, “Health and Biological”; “Public Health and Preventive Medicine”; “Applied Social Sciences”, “Constitutional Law”, and “Social Sciences and History” and “Political Science and Public Policies”. A report by Kaya Mind from June 2021 points out that 6 million Brazilians could benefit from cannabis treatment if products and medications were included in a more democratic regulation. The report also claims that a regulation of this kind could generate thousands of jobs and boost economic growth. However, prohibitionism has been a major obstacle, generating stigma, inequalities and criminalizing black, poor and peripheral people. In this chapter, we will approach Humanity's historical relationship with the plant, the trajectory of its prohibition and the consequences of prohibitionism. Briefly, we will provide an overview of the scientific rise of the topic from the discovery of the Endocannabinoid System. In a critical analysis, we will discuss the evolution of Brazilian legislation within the context of the proclaimed War on Drugs and the Bill 399/15, which proposes that Farmácias Vivas can cultivate and manufacture cannabis-based products, considering that the importation of inputs and products makes it more expensive and hence imposes barriers to the treatment of patients who need the plant. In this context, we will demonstrate that the inclusive, universal and equitable character of the SUS makes it a fundamental part of facing the barriers of cannabis prohibition, which gives it great potential for carrying out the cycle of healing and integral health care - from the seed to the patient.

KEY WORDS: Medicinal Cannabis; Unified Health System; Public policy.

INTRODUÇÃO

O uso terapêutico da *cannabis* já é uma realidade no Brasil, atualmente 15 produtos contendo canabinoides foram liberados pela Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), podendo ser adquiridos em farmácias e drogarias. No relatório elaborado pela *Kaya Mind*¹, em junho de 2021, apontou que no país 6 milhões de brasileiros poderiam ser beneficiados com o tratamento de *cannabis*, se os produtos e medicações estivessem inseridos em uma regulamentação mais democrática, além da criação de milhares de empregos e um importante crescimento na economia.

Nos últimos anos houve uma forte abertura para o debate em torno do tratamento com *cannabis* medicinal e o crescimento exponencial de *habeas corpus* para cultivo pessoal com fins terapêuticos, mas ainda é muito restrito o acesso a esse tratamento por grande parte da população, em especial as populações mais pobres que já sofrem com as limitações do sistema de saúde.

¹ *Kaya Mind* é uma startup brasileira especializada em dados e inteligência de mercado no segmento da *cannabis*.

O Projeto de Lei 399/15², que busca regulamentar o plantio e comercialização da *cannabis* para fins terapêuticos, foi aprovado em comissão da Câmara dos Deputados em 2021, ainda sem data para votação no Senado. Sugere que o cultivo seja feito apenas por pessoas jurídicas e sua distribuição e comercialização seja feita nas farmácias e drogarias. No texto ainda é previsto que o cultivo e a fabricação de produtos contendo canabinoides possam ser feitos pelas Farmácias Vivas do SUS, que são responsáveis por todo processo de fabricação de medicações fitoterápicas.

Prevista no Ministério da Saúde desde 2010, a Farmácia Viva ainda é uma política que caminha no SUS, muitas vezes somente presente em hortos e canteiros medicinais nas Unidades Básicas de Saúde, não atingindo a potência necessária no âmbito dos fitoterápicos.

Neste contexto, o debate sobre o acesso universal e gratuito à *cannabis* medicinal e o papel do SUS neste processo de democratização da saúde no Brasil tem ganhado relevância nacional.

Frente aos crescentes processos de regulamentação e descriminalização da *cannabis* no cenário mundial, torna-se prioritária a abordagem dessa temática visando a superação de estigmas e preconceitos associados à planta, em prol da comunicação de saúde baseada em evidências científicas, priorizando o acesso universal e equânime dessa terapêutica no SUS para o benefício da saúde da população.

Sendo a temática do acesso no SUS sustentada em diversas disciplinas, essa abordagem está organizada a partir da grande área de conhecimento Interdisciplinar, articulando e integrando as áreas Sociais e Humanidades; Saúde e Biológicas, no campo da Saúde Pública e Medicina Preventiva; Ciências Sociais Aplicadas e Direito Constitucional; Ciências Humanas e História, e Ciência Política e Políticas Públicas.

Por meio de pesquisa exploratória de artigos científicos em bases de dados da saúde e na mídia especializada, apresentamos o “acesso à *cannabis* medicinal no Brasil: uma perspectiva interdisciplinar”.

***Cannabis* no Brasil, uma abordagem sócio- histórica.**

No documentário “Estado de Proibição”²³ mães relatam as dificuldades que enfrentam para conseguir o óleo de *cannabis* para seus filhos, muitos com quadros

² Câmara dos deputados. Projeto de Lei n°399 de 2015. Brasília.

³ Estado de Proibição, 2019 - documentário realizado pela Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas. Disponível em: [Estado de Proibição](#)

graves de epilepsia. Em um determinado momento, uma das mães relata o dia em que precisou recorrer à ilegalidade para comprar maconha, devido à falta de acesso gratuito e adequado à medicação. O relato faz parte do documentário, mas cenas como essa são constantes em um país tão marcado pela desigualdade social.

Para o historiador Henrique Carneiro, a história do proibicionismo em diversas partes do mundo, como China, EUA e Brasil, foi muito pautada em contextos e justificativas raciais, mas também foi marcada por interesses econômicos e políticos. Para o autor, a proibição das drogas nunca apresentou qualquer fundamento científico, que justificasse essa cruzada aos múltiplos consumos das drogas, em especial a *cannabis*.

No Brasil a primeira lei proibicionista (e possivelmente a primeira no mundo) data do ano de 1830 :

“É proibida a venda e o uso do pito do pango, bem como a conservação dele em casas públicas. Os contraventores serão multados, a saber: o vendedor em 20\$000, e os escravos e mais pessoas, que dele usarem, em três dias de cadeia (SAAD, 2018)”.

A história da *cannabis* no Brasil está intimamente associada à população negra, possivelmente trazida pelos africanos que seriam escravizados no país. A partir do século XVIII seu consumo com finalidades psicoativas foi difundido também entre a população indígena.

Muito antes do *boom* do consumo lúdico da maconha nos anos 60, ela já era amplamente utilizada pelas populações afro-brasileiras com essa finalidade, assim como o seu uso medicinal e espiritual. Segundo a historiadora Luísa Saad, a maconha teria sido introduzida no continente africano pelos árabes, que vinham de regiões como Índia, Pérsia e Arábia Saudita. O seu uso ancestral, terapêutico não convencional, foi difundido e combatido no país.

No final do século XIX, em um Brasil no fim da escravização e em busca de um novo modelo político e econômico, teorias eugenistas e raciais dominaram o pensamento da época. A medicina teve importante papel na legitimação de uma nova configuração racial brasileira e no processo proibicionista, que colocaria a maconha como uma substância degradante, que “causa loucura”, inutilizando todo o seu contexto terapêutico e cultural.

Compreender as raízes do proibicionismo no Brasil, nos permite refletir os vieses da atual regulação da planta no país e as dificuldades de acesso ao tratamento.

História natural da planta e a *cannabis* no mundo: olhares da saúde e humanidades.

Historicamente, o cultivo da planta *Cannabis sativa* spp. tem sua origem na Ásia Central (nas estepes da Mongólia, planalto Tibetano e sul da Sibéria) há, pelo menos, 10.000 anos, como atestam coprólitos contendo vestígios da planta naquela época e região.

A primeira evidência de incorporação proposital da planta em uma cultura remonta a sua inclusão na primeira farmacopeia escrita da humanidade, na China, atribuída ao imperador Shen Nung em meados de 2.700 a.C., o “Pen-tsao Ching” (本草经), na qual o cânhamo (má = 麻) ou a maconha [dà= 大(grande) + má = 麻 (cânhamo)] era indicado para o tratamento de malária, beribéri, constipação, distúrbios do sistema reprodutor feminino, distração e reumatismos, além de dezenas de outras afecções (YANG, 1998) (TOUWN, 1981). Também neste registro, temos a primeira referência ao potencial psicoativo dos compostos da planta, sendo descrito que, se usada em excesso, faria uma pessoa “se comunicar com espíritos e sentir o corpo mais leve”.

A partir de 2000-1400 a.C., na Índia, a *cannabis* foi alçada ao patamar de planta sagrada. Segundo mitos do panteão hindu, diz-se que o supremo Deus Shiva (Deus da destruição e da regeneração, também considerado criador do Yoga) teria “babado” diante de banquete vultoso preparado por sua esposa, Parvati, e a partir do contato de sua saliva com a terra teria surgido a sagrada planta. No Atharva Veda (considerado o 4º livro sagrado do hinduísmo), consta a primeira referência ao “*bhang*”, bebida típica entre os brâmanes até hoje, cuja preparação incluía a resina extraída da planta, misturada à manteiga, leite e açúcar. Esta receita era usada para “libertar da aflição” e para o “alívio da ansiedade” entre os hindus, dado o potencial psicoativo dos fitocanabinoides concentrados naquela resina.

Medicinalmente, a *cannabis* foi usada pelos hindus como analgésico (neuralgia, dor de cabeça, dor de dente), anticonvulsivante (epilepsia, tétano, raiva), hipnótico, tranquilizante (ansiedade, mania, histeria), anti-inflamatório (reumatismo e outras doenças inflamatórias), antibiótico (uso tópico em infecções de pele, erisipela, tuberculose), antiparasitário (vermes internos e externos), antiespasmódico (cólica, diarreia), digestivo, estimulante do apetite, diurético, afrodisíaco ou anafrodisíaco, antitussígeno e expectorante (bronquite, asma) (LI & LIN, 1974).

No início da Era Cristã, temos registro da grafia hebraica “*Kaneh bosem*” na Bíblia, que remete objetivamente à planta *cannabis*, com o uso do óleo junto a azeite e outros comestíveis em passagens como Êxodo 30:22-23 para a produção de material para unção. Em 70 d.C., o médico grego a quem é atribuído o título de “pai da farmacognosia”, que guiou o conhecimento farmacêutico ocidental até a Revolução Científica muitos séculos mais tarde, Dioscórides, registra a planta em sua farmacopeia para o tratamento de epistaxe (sangramento nasal), parasitas e inflamações.

Durante o primeiro milênio, até os anos 1.000-1.100 d.C., a cultura árabe foi consumidora e desenvolvedora ávida da *cannabis* e seus extratos, mais especificamente o haxixe. Dada a proibição do consumo de álcool pelo Islamismo, a planta era popularmente usada para fins recreativos, e a islamização conseguinte do norte da África contribuiu para a disseminação canábica no restante do continente, onde o remédio era usado contra os sintomas causados por picadas de cobras, malária, febre, asma, disenteria, assim como para facilitar o parto e para a “desintoxicação sanguínea”. Aos povos árabes, fumar maconha em cachimbos nessa época era tão comum que descobriram-se materiais canábicos inclusive na península ibérica, em porções previamente regidas por muçulmanos, como em Zaragoza e Córdoba, na Espanha, séculos antes da introdução do tabaco na Europa.

Destacadamente, em 1464, Ibn al-Badri relatou o uso da *cannabis* para tratamento da epilepsia em criança filha de camareiro do califa de Bagdá (ALDRICH, 1997).

A chegada dos europeus nas Américas já trouxe a bordo derivados industriais da planta, constituintes das velas náuticas e demais materiais têxteis utilizados pela tripulação das naus e caravelas europeias. A tratar de germinantes, estima-se que as primeiras sementes de *cannabis* foram trazidas em 1549 por escravizados africanos predominantemente de Angola, onde o chamado Catimbó a utilizava no culto a deidades e tratamento de doenças como dores de dente e cólicas menstruais, entre as resumidas vestes que os recobriam ou em bonecos de palha análogos aos de “vodu”, segundo o botânico Pio Correia (1874-1934). Nacionalmente enquanto diamba, liamba ou fumo de Angola, a maconha se naturalizou no solo brasileiro de norte a sul, mas foi principalmente no sertão nordestino que a planta encontrou um nicho ideal para sua multiplicação e especialização, sendo a variante canábica

encontrada por alguns viajantes séculos depois, como Richard Francis Burton, nomeada enquanto “*Cannabis sativa brasiliensis*” (ZUARDI, 2006).

No decorrer do século XIX, tivemos o clímax do desenvolvimento científico canábico no Ocidente, a partir dos estudos primeiramente do médico e pesquisador britânico William B. Shaughnessy (1809-1889), em sua expedição e experiência clínica pela Cia. das Índias Orientais, em Calcutá, na Índia, quando publicou o trabalho “*On the preparations of the Indian hemp, or ganjah*” (Sobre as preparações do cânhamo indiano, ou ganja – tradução livre), em 1839, no qual descreve, logo no primeiro parágrafo, a multitude de afecções às quais o remédio canábico é prescritível (ZUARDI, 2006) (FANKHAUSER, 2002). As principais moléstias descritas por Shaughnessy na época tratavam da raiva, reumatismo, epilepsia e tétano, concomitantemente àqueles usos já descritos pelos ancestrais chineses. O mesmo autor descrevia a tintura de cânhamo (seu extrato alcoólico) enquanto “anti-convulsivo de maior valor”. Em seu retorno à Inglaterra no ano de 1842, recomendou a inúmeros farmacêuticos que a receitassem. Médicos da Europa e do norte da América começaram a prescrever a erva abundantemente, multiplicando os estudos até o final do século.

No campo da saúde mental, o psiquiatra francês Jacques-Joseph Moreau (ou Moreau de Tours – 1804-1884), publica em 1845 “*Du Hachisch et de l’Alienation Mentale: Études Psychologiques*”, no qual explicitamente declara que “vi no haxixe, mais especificamente em seus efeitos nas habilidades mentais, um método único e poderoso para investigação da gênese da doença mental” (tradução livre), tornando-se o primeiro a sistematicamente investigar os efeitos de uma substância no sistema nervoso central (MOREAU, 1972). Na mesma década, entre 1844-1849, vicejou em Paris o famigerado “*Club des Hashischins*” – no qual Moreau de Tours dividia a companhia de pensadores e artistas da época, como Victor Hugo, Alexandre Dumas, Charles Baudelaire, Gérard de Nerval e Honoré de Balzac – onde faziam uso experimental (e, até certo ponto, profissional, da planta) a partir do qual mantinham experiências e diálogos inspiradores – colhendo os frutos da importação europeia promovida previamente por Napoleão.

A primeira conferência clínica sobre *cannabis* aconteceu em 1860, na América, organizada pela Sociedade Médica do Estado de Ohio. Durante a segunda metade deste século, mais de 100 artigos foram publicados, e, na virada dos anos 1800 para 1900, diversas companhias farmacêuticas comercializavam extratos e tinturas

canábicas. Ainda nos EUA, salões para fumar haxixe foram abertos por capitais de todo país, e mais de 500 clubes do gênero foram registrados apenas em Nova Iorque.

A essa altura, entre 1890 e 1920, os estudos sobre o que chamamos de maconha já eram uma disciplina abordada com relevância e respeito na grade curricular da educação em saúde, com publicações de impacto anotando, por exemplo, o uso da planta no tratamento para a dependência do ópio, o uso como antiemético e amenizador da fissura (BIRCH, 1889). Nas vésperas da virada do século, John Russell Reynolds, ilustre médico da família real britânica, prescreveu tintura de *cannabis* à Rainha Victoria. Em 1896, foi identificada a primeira substância canabinoide descrita, o Canabinol (CBN) (PERTWEE, 2006).

Sincronicamente, os conhecimentos populares sobre a utilidade da planta eram predominantemente irrestritos, ao nível em que qualquer pessoa poderia obter os preparos canábicos em uma botica sem a necessidade de prescrição médica.

O movimento proibicionista: uma perspectiva política, social, histórica e cultural.

Apesar de tamanho progresso técnico e científico, foi durante o século XIX que se registraram as primeiras tentativas de aprisionamento da planta e de pessoas relacionadas a seu uso. Após a restrição imperialista napoleônica no Egito, o equivalente à Câmara dos Vereadores do Rio de Janeiro, em 1830, publicou a lei contra a “vadiagem”, a capoeira e o chamado “Pito do Pango” (cigarro de maconha), que previa multa ao comerciante ou armazenador da planta, além da prisão de seu usuário, afetando de modo racista e direto a população negra ou indígena, enquanto medida objetiva de controle sobre os corpos não brancos.

Em 1869, a Cidade do México proibiu a ganja, seguida por Oaxaca (1882), Estado do México (1891) e Querétaro (1896), ligados a teorias racistas de eugenia, apelando à loucura e outras patologias que desviavam da norma eurocêntrica. Em 1870, a África do Sul a proibiu para trabalhadores contratados da Índia, sob a percepção de que o regime branco fora ameaçado pela “*dagga*”, como era conhecida – neste caso, como em outros exemplos ao redor do globo, a lei sul africana não funcionou, pois afetava um padrão cultural muito bem estabelecido, e, apesar de mencionar as vendas, não previa o cultivo de plantas nos respectivos lares dos trabalhadores; congruentemente, a planta já se encontrava enraizada nas tradições

religiosas, medicinais e hedonísticas de africanos rurais, e a repressão estatal culminou na proibição nacional geral a partir de 1922.

Na mesma tendência, “Ligas da Temperança” fervilhavam na Europa contra o uso de quaisquer substâncias psicoativas, principalmente contra o álcool e o ópio, fortalecendo um movimento de discurso moralista e de culpabilização de pessoas com desafios relacionados à maior vulnerabilidade mental ou emocional, especialmente manifestos em transtornos relacionados ao uso de substâncias. A ação estatal proibicionista teve rápida contrarreferência de estudiosos de partes distintas do globo.

Em Haia (Holanda), nos anos de 1911 e 1912, houve a I Conferência Internacional sobre o Ópio, e a pauta canábica veio à tona a partir de questionamentos da delegação italiana, preocupada com o contrabando de haxixe em suas colônias do norte africano. Dado tamanho desconhecimento da causa pelos participantes da reunião, o apoio dos EUA ao apelo italiano conferiu a resolução: “A Conferência considera que é desejável estudar a questão do cânhamo indiano do ponto de vista estatístico e científico, com o objetivo de regular seus abusos, se tal modificação for percebida pela legislação internacional ou por um acordo internacional”. Ainda em 1912, a Califórnia tornou-se o primeiro estado norte-americano a banir a *cannabis* de seu território.

Seguindo a tendência internacional, a planta foi demonizada no Brasil. Predominantemente em 1915, inflamado pelas vozes uma elite eugenista, Rodrigues Dória, psiquiatra e professor de Medicina Pública e ex-governador de Sergipe publicou artigo no II Congresso Científico Pan-Americano em Washington-DC e descreveu “o vício pernicioso e degenerativo” de fumar maconha como uma “vingança dos derrotados”, sendo a vingança dos “selvagens” contra os “civilizados” que os haviam escravizados. Nota-se o peso do desvirtuoso Darwinismo social em seu discurso, assim como a similaridade das ideias que os educadores desta geração receberam em sua juventude por seus antepassados. Mesmo com toda repressão social, no Nordeste, a planta era consumida popularmente como forma de socialização em círculos de fumadores, nas chamadas “assembleias”; a mesma foi também incrementada às práticas religiosas do candomblé e da umbanda, e, em 1934, a *cannabis* foi identificada no 1º Congresso Afro-Brasileiro enquanto parte integrante do patrimônio cultural de tradição e medicina popular afro-brasileira (CARNEIRO, 2021).

A II Conferência Internacional sobre o Ópio aconteceu em Genebra (Suíça), sediada pela antiga Liga das Nações, entre 1924 e 1925, com uma tentativa voraz de

controle a ampla gama de drogas, incluindo na lista a *cannabis*. Mohamed El Guindy foi o delegado egípcio que se esforçou em aliança às delegações brasileira, grega, turca e sul-africana para garantir a inclusão da planta e trazê-la para análises na convenção. Curiosamente, o delegado brasileiro, conhecido como Dr. Pernambuco, defendeu avidamente o perigo da planta com potencial tão ou mais nocivo que o ópio, muito embora a mesma pessoa declarara, no ano anterior, o seguinte:

“Em centenas de observações clínicas, desde 1915, não há uma só referência de morte em pessoa submetida à privação do elemento intoxicante, no caso a resina canábica. No canabismo não se registra a tremenda e clássica crise de falta, acesso de privação (*sevrage*), tão bem descrita nos viciados pela morfina, pela heroína e outros entorpecentes, fator este indispensável, na definição oficial de OMS, para que uma droga seja considerada e tida como toxicomanógena” (CARVALHO, 2014, p. 155).

Mesmo contrário às evidências, a partir de então, a planta foi colocada sobre regime de controle internacional, sendo proibida a exportação do cânhamo para países onde ela fosse ilegal, e exigindo certificado de importação para países que permitiam a sua utilização interna, de modo a deixar as questões de comércio ou redução do consumo doméstico para cada país signatário resolver por conta própria.

Seguindo a infeliz tendência, no Brasil passaram a proliferar leis e “clubes” para toxicômanos, promovendo instituições manicomiais e criminalizando o usuário de substâncias psicoativas e pessoas com quaisquer transtornos mentais. Na década de 30, um governo de modelo higienista, promotor de “sistema médico-policial”, passou a considerar o “infrator toxicômano” e prever punições legais para tais circunstâncias (BRASIL, 1938).

Nos anos circundantes, a planta sofreu gradativamente a proibição de sua posse e uso nos demais países que ainda não tinham o feito (*Dangerous Drugs Act* – 1928 – Reino Unido / Lei do Ópio – 1928 – Holanda / Lei do Ópio – 1929 – Alemanha) com exacerbações das cláusulas da II Conferência. Da mesma forma, foi gradualmente banida das farmacopeias e do ensino médico e em saúde do currículo tradicional principalmente no Ocidente. Após a Segunda Guerra Mundial, a partir da criação da Organização das Nações Unidas e sua Comissão de Entorpecentes (CND), discussões recorrentes lançavam luz sobre os potenciais inofensivos da planta, porém eram frequentemente ignorados, enquanto relatórios, deliberada e mal-

intencionadamente produzidos por patrocínios, e conflitos de interesse insistiam na mesma estigmatização.

O auge do movimento proibicionista foi a unificação dos acordos internacionais sobre políticas de drogas na Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, onde em seu Anexo IV previa a *cannabis* e seus derivados na lista de substâncias perigosas, a qual consta que a planta seria “excepcionalmente viciante e produtora de efeitos nocivos graves”.

Mesmo em meio a tanto retrocesso, em 1972, na vigência do governo Nixon, o que ficou conhecido como Relatório Shafer – patrocinado pelo governo dos EUA – buscou um consenso científico fundamentado em extensa revisão bibliográfica sobre o assunto, a fim de atenuar os conflitos oriundos da pressão popular constante pelo uso da planta. Seu conteúdo concluiu que não havia evidências suficientes que justificassem o empreendimento de tamanha guerra à planta, e solicitava a remoção imediata das penalidades criminais envolvidas pelo uso de *cannabis*. As recomendações enfureceram a alta cúpula do governo estadunidense, que rejeitou as propostas e acirrou ainda mais a repressão.

Recentemente, graças ao sólido embasamento científico desenvolvido exponencialmente a partir das descobertas sobre o sistema endocanabinoide no final do século XX, países de todo o mundo se viram forçados a rever a classificação da *cannabis* enquanto planta proibida, levando a uma cascata de descriminalização e regulamentação em escala global na última década, que culminou, em 2 de dezembro de 2020, no aceite da ONU à recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a retirada da Cannabis do anexo IV da Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961.

O Sistema Endocanabinoide: a grande mudança na saúde

A década de 60 foi marcada por uma transformação social de velocidade e proporção inéditas na história da humanidade. Dentro deste contexto transbordante de movimentos contraculturais, usuários da *cannabis* se viram no foco das atividades de repressão às drogas em muitos países ocidentais. À medida em que as prisões por delitos relacionados a drogas aumentavam vertiginosamente (principalmente pelas detenções de usuários com porte simples), deu-se a “Renascença” da “Canabinoidologia” explorada a partir da segunda metade do século anterior.

Em 1963-64, o já lendário químico e pesquisador búlgaro radicado em Israel, prof. Dr. Raphael Mechoulam, junto de seus colaboradores, descobriu e sintetizou o Canabidiol (CBD) (MECHOULAM & SHVO, 1963) e o Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) (GAONI & MECHOULAM, 1964), inaugurando um novo capítulo nos livros de medicina e revolucionando a Ciência canábica para sempre desde então.

Fraternal e cientificamente, no Brasil, o vanguardista médico e psicofarmacólogo prof. Dr. Elisaldo Carlini (fundador do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID) manteve correspondências com Mechoulam nas décadas de 60 e 70, o que culminou em estudos pioneiríssimos e surpreendentes sobre o uso de extratos de *cannabis* ricos em CBD no tratamento de crianças com epilepsias refratárias – tratamento que se tornaria indicação formal para casos semelhantes apenas décadas depois, ao redor do mundo (GUY & RUSSO, 2006).

O crescente número de evidências favoráveis, assim como maior disponibilidade tecnológica laboratorial, atiçaram a curiosidade científica das gerações mais novas a investigar a razão endógena sobre os efeitos dos fitocannabinoides administrados, uma vez que, se, analogamente aos efeitos dos opioides extraídos da papoula, o corpo humano possui receptores opioides nas paredes celulares, presumivelmente haveria algum maquinário celular interno responsável por sua ativação e subsequentes efeitos à administração de cannabinoides.

Conforme previsto, em 1988, a incrível médica e pesquisadora Allyn Howlett identificou e descreveu pela primeira vez um receptor endocanabinóide, o receptor CB1 (HOWLETT, 1988), um dos mais abundantes no Sistema Nervoso Central (SNC). Quatro anos após, em 1992, foi encontrado o agonista endógeno daquele receptor, e a primeira molécula ligante endocanabinoide descrita, a N-araquidonoiletanolamina (AEA), batizada por Mechoulam com o carinhoso e sugestivo nome: Anandamida (DEVANE et al., 1988) (Ananda, do sânscrito, quer dizer “felicidade, alegria, êxtase”).

Em seguida, foi descrito o 2-araquidonoilglicerol (2-AG), segundo ligante canabinóide endógeno, com maior afeição a receptores do tipo CB2, descobertos e descritos já no início dos anos 2000. Também foram identificadas as enzimas responsáveis pela síntese e degradação dos endocannabinoides.

Cada vez mais receptores componentes são revelados e descritos com relações terapêuticas e interseções relevantes em vias fisiopatológicas previamente inexploradas ou subestimadas na gênese de uma gama crescente de afecções,

muitas vezes ressonante às indicações previamente exploradas a partir da observação e empirismo milenar dos ancestrais já relatados.

Não bastassem as conexões e modulações que o SEC encontra nos incontáveis sistemas orgânicos da planta e do corpo, as pesquisas hoje miram na ampliação dos efeitos terapêuticos desejáveis, a partir da administração de uma dose menor do remédio, e com menor incidência de efeitos indesejáveis, a partir de painéis farmacogenéticos individualizados.

Às promissoras evidências desse maravilhoso e estequiométrico fenômeno de interações sinérgicas entre os fitocomplexos constituintes da planta dá-se o nome Efeito Comitiva (PAMPLONA, DA SILVA & COAN, 2018) (RUSSO, 2011) (RUSSO, 2018).

Dentre as demais substâncias – também terapêuticas – envolvidas na sinergia deste efeito, temos principalmente terpenos (moléculas aromáticas responsáveis pelo odor em plantas), como limoneno (encontrado em frutas cítricas), linalol (lavanda, hortelã-bergamota), beta-cariofileno (pimenta negra, copaíba), entre outros; e os flavonoides (moléculas com propriedades antioxidantes responsáveis pelas cores vegetais).

Cabe aqui a observação de que, embora não haja dados de morte por overdose de *cannabis*, a ausência de evidência não é evidência de ausência, como já dizia Carl Sagan (1934-1996). Sabemos hoje que a segurança da clínica prática com *cannabis* advém principalmente da baixíssima densidade dos receptores endocanabinoides em regiões vitais do tronco encefálico, que por exemplo regulam a respiração e os batimentos cardíacos; contudo, pessoas em uso de outros medicamentos podem encontrar-se sujeitas a interações medicamentosas, bem como existem fatores de risco e contraindicações formais a tal prescrição, como gestantes e lactantes ou pessoas com hipersensibilidade a componentes do remédio - fato similar a prescrição de quaisquer outros medicamentos.

Crítica Social: a legislação brasileira - do direito constitucional ao direito individual.

Em 2013, a Anvisa regulamentou pela primeira vez o possível uso da maconha em casos de excepcionalidade, ou uso “compassivo” (BRASIL, 2013), em parte enquanto desdobramento de lutas lideradas por mães que precisavam do remédio apropriado a suas crianças adoecidas. No ano seguinte, o Conselho Federal de

Medicina, na Resolução CFM Nº 2.113/2014, publicou a única manifestação da instituição sobre a prescrição de derivados da maconha (até Jun/2022), especificamente dedicada ao canabidiol e com muito limitadas recomendações de uso – parcialmente em função da carência de estudos de maior peso na época.⁴ A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC Anvisa) nº17 de 06/Maio/2015, ineditamente definiu critérios e procedimentos para a importação excepcional de produtos à base de canabidiol para pessoas físicas em caso de prescrição médica.⁵

Portanto, abriu timidamente as fronteiras para a importação, entretanto, num processo sofrivelmente burocrático, que custava meses de espera até autorização da agência. A RDC Nº 327⁶, de 9 de dezembro de 2019 atualizou as condições e procedimentos para a concessão da Autorização Sanitária para fabricação e importação de insumos canábicos, bem como estabeleceu requisitos para comercialização, prescrição, dispensação, monitoramento e fiscalização desses produtos disponibilizados nas farmácias brasileiras. Este documento foi complementado pela RDC nº 335, de 24 de janeiro de 2020⁷, a qual abrevia alguns procedimentos para importação de produtos derivados da *cannabis* por pessoa física, a partir de prescrição por profissional legalmente habilitado.

Mesmo com as tentativas progressivas em tornar o processo de importação de remédios canábicos menos moroso, a crescente demanda popular e profissional e as congestionadas filas causadas por esse crescimento exigiram da Anvisa uma nova resposta. Em números, o registro de pessoas cadastradas na plataforma da Agência para importação de produtos derivados da *cannabis* cresceu de 10.862 em 2019 para 26.885 em 2020.

A alternativa para o alívio dessa pressão assistencial veio com a RDC nº 570 de 6 de outubro de 2021⁸, que simplificou o procedimento de análise dos requerimentos, através de uma lista prévia de produtos já cadastrados e tidos como legais para importação, trazendo o prazo para chegada dos produtos importados a partir do cadastro, para a casa de aproximados dez dias úteis a depender da região

⁴ Conselho Federal de Medicina. Resolução 2113, de 16 de Dezembro de 2014.

⁵ Ministério da Saúde. Resolução 17 de 6 de maio de 2015.

⁶ Ministério da Saúde. Resolução 327 de 9 de dezembro de 2019.

⁷ Ministério da Saúde. Resolução 335 de 24 de janeiro de 2020.

⁸ Ministério da Saúde. Resolução 570 de 6 de outubro de 2021.

do país. Recentemente, a RDC nº 660⁹ de 30 de março de 2022 unificou o previsto pelas anteriores RDC 335 e 570.

Concomitantemente, desde a publicação da RDC nº 327, a Anvisa registrou quinze produtos canábicos isolados ou de espectro ampliado (oito apenas nos últimos seis meses) para disponibilização e venda em farmácias por todo território nacional, sob receita tipo B (azul). Nesses casos, o insumo para processamento e distribuição nacional do fármaco é importado de países diversos (desde a Suíça até a Colômbia), onde a planta passou por um processo legislativo mais refinado com previsão do cultivo para fins médicos, dentre outros, o que implica no aumento do custo de acesso por cidadãos brasileiros.

A Consulta Pública nº 655/2019, realizada entre 13 de junho e 18 de agosto de 2019, via plataforma digital da Anvisa, revelou 79% dos brasileiros participantes a favor da descriminalização da *cannabis* para fins medicinais, enquanto 16% votaram contra e 5% dos participantes afirmaram não ter opinião formada. Dentro da mesma pesquisa, 87% dos participantes afirmam saber que a planta é medicinal, 41% conseguiram citar ao menos uma doença tratável e 9% conheciam alguém que faz uso terapêutico da maconha.

Até o primeiro trimestre de 2021, a Anvisa somou mais de 17.000 ordens de importação do extrato canábico registradas (em 2020, essa marca numérica foi ultrapassada apenas em agosto) para o tratamento de crescente lista de agravos em saúde.

Nesse contexto, é justificável notar que o Brasil segue um dos principais protagonistas na desonesta “Guerra às Drogas” – germe maligno de perversões socioestruturais (MOORE & ELKAVICH, 2008) das quais padecem nosso país.

Em termos de bem-estar e economia, se considerarmos apenas a prevalência de doenças potencialmente tratáveis com *cannabis*, estima-se hoje, no Brasil, que esse mercado poderia movimentar em torno de R\$12,7 bilhões até 2025, o que definitivamente contribuiria para amortecer o descomunal impacto econômico sofrido pelo SUS a partir da caótica gestão federal na pandemia de COVID-19.

⁹ Ministério da Saúde. Resolução 660 de 30 de março de 2022.

Farmácias Vivas do SUS e o PL 399/15: *cannabis* e políticas públicas.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica define as Farmácias Vivas como sendo responsáveis por todas as etapas de fabricação: cultivo, coleta, processamento, armazenamento, manipulação, dispensação e oficinas sobre plantas medicinais e fitoterápicos.¹⁰

O projeto Farmácia Viva foi idealizado na década de 80 pelo farmacologista e professor da Universidade Federal do Ceará, Francisco José de Abreu Matos, falecido em 2008. Foi pioneiro no uso de plantas medicinais em populações desassistidas pelo SUS, que tinham pouco ou nenhum acesso a medicações, mas que faziam um amplo uso terapêutico das plantas medicinais. Somente em 2010 o projeto passaria a fazer parte do SUS e ser estendido a outros estados brasileiros.

Embora as Farmácias Vivas sejam asseguradas pelo SUS, elas ainda ocupam um lugar desfavorecido na rede de atenção básica, estão ainda muito compreendidas dentro de uma perspectiva biomédica, que menospreza o saber popular e não o vê parte do modelo científico.

No boletim elaborado pelo Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde, vinculado à Fiocruz Pernambuco, apresentou diferentes modelos de produção e dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil, através do mapeamento da rede de assistência pública à saúde do país. O estudo aborda experiências exitosas da implantação em alguns estados e o número de plantas medicinais já catalogadas ao longo dessas diferentes experiências nos municípios (Observa PICS, 2019).

Ainda sem data para votação no Senado, o Projeto de Lei nº 399/15 prevê regras para o uso da *cannabis* para fins medicinais, industriais e científicos e inclui as Farmácias Vivas como facilitadora no acesso gratuito universal ao tratamento.

O relator do Projeto de Lei, o deputado federal do Paraná, Luciano Ducci (PSB), propõe que as Farmácias Vivas do SUS possam também cultivar e fabricar produtos à base de *cannabis*. Para ele, a importação de insumos encarece e dificulta o tratamento de pacientes que necessitam da planta. Dessa forma as Farmácias Vivas seriam uma maneira de acesso mais ampliada e justa, para pacientes que não respondem a tratamentos convencionais. O Projeto de lei também propõe estimular a

¹⁰ Ministério da Saúde - Farmácia Viva. Portaria nº886 Brasília, 2010.

pesquisa científica nas universidades, instituições sem fins lucrativos e instituições de pesquisa.

Enquanto isso, iniciativas estaduais discutem a oferta de medicamentos derivados de *cannabis* pelo SUS em casos especiais, como é o exemplo, no Paraná, do Projeto de Lei 962/2019, apelidado de Lei Pétala, em homenagem ao nome da criança que sensibilizou os legisladores à discussão.

Milhares de pessoas não respondem aos tratamentos convencionais, e não possuem renda para custear o tratamento, ainda alto, no Brasil. Assegurar o direito à saúde e disponibilizar as medicações necessárias para o tratamento mais adequado é uma responsabilidade do estado e um direito da população.

Considerações Finais

É necessário considerar que a *cannabis* é uma planta com um potencial terapêutico milenar e de grande relação sinérgica com a Humanidade desde tempos imemoriais.

Hoje, a liberdade da planta é uma grande questão de Saúde Pública, envolvendo tanto ponderações científicas e clínicas quanto relações de poder e interesse do mercado, componentes que podem se encontrar em conflito, sendo também, então, importante questão política.

Apesar de avanços no acolhimento de pessoas com problemas de saúde potencialmente tratáveis com *cannabis*, populações marginalizadas têm sido frequentemente excluídas do debate, apesar de importantes atores nesse palco.

O proibicionismo tem sido um grande desafio ao debate, gerando estigma, desigualdades e criminalizando pessoas pretas, pobres e periféricas. Ao conhecer mais profundamente a *cannabis* e seus usos, observa-se a potencialidade da planta nas Farmácias Vivas do SUS, e seu papel nesse processo de ampliação da democratização da saúde.

Podemos concluir que o SUS como política social inclusiva, universal e equânime pode sustentar o enfrentamento das barreiras da proibição da *cannabis*, sendo as Farmácias Vivas o potencial real de realização do ciclo de cura e tratamento integral de saúde, da semente ao paciente.

Em suma, revela-se urgente a ampliação desse debate como ferramenta de reparação histórica, justiça social e de emancipação da vida com dignidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARLINI, E.A. The history of marihuana in Brazil; São Paulo-SP, BRA. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2005.

CARNEIRO, H. Proibição da Maconha: racismo e violência no Brasil. São Paulo- SP, BRA. Cahiers des Amériques latines, 92 | 2019, mis en ligne le 01 avril 2020, consulté le 15 juillet 2021.

CARNEIRO, H. Drogas: a história do proibicionismo. 1. ed. São Paulo: Autonomia Literária, 2018. 541 p.

CARVALHO, J. C. A emergência da política mundial de drogas: o Brasil e as primeiras conferências internacionais do ópio. Oficina do Historiador, Porto Alegre, EDIPUCRS, v. 7, n. 1, jan./jun. 2014, p. 153-176.

CROCQ, M. History of cannabis in Western Medicine. University of Upper Alsace, Mulhouse, FRA; 2002. Publicado em: Dialogues Clin Neurosci. 2020, 22(3): 223- 228.

HOWLETT, A. Determination and characterization of a cannabinoid receptor in rat brain. St Louis University Medical School, St. Louis-MO, USA. Molecular Pharmacology, 1988;34(5): 605-13.

LI, H. An archaeological and historical account of cannabis in China. Unniversity of Pennsylvania, Philadelphia-PE. USA. Econ Bot. 1974;28(4):437-47.

MECHOULAM, R. Isolation, Structure, and Partial Synthesis of an Active Constituent of Hashish. The Weizmann Institute of Science, Rehovoth, ISR. Journal of the American Chemical Society 1964 86 (8), 1646-1647.

MOREUAU, J. Du Hachisch et de l'Alienation Mentale: Études Psychologiques. Paris. Librairie de Fortin Mason; 1845 (English edition: New York, Rave Press, 1972). National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Population Health and Public Health Practice; Committee on the Health Effects of Marijuana: An Evidence Review and Research Agenda. The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research. Washington (DC): National Academies Press (USA); 2017.

SAAD, L. Fumo de Negro: a criminalização da maconha no pós - abolição. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2018. 160 p.

SANTOS, L. RISCALA, M.E. CARDOSO, T. Cannabis Medicinal: o mercado de cannabis para uso medicinal no Brasil. Kaya Mind, São Paulo, n. 3, p 102. 2021.

SOUZA, M. O Relator propõe regras para o uso da cannabis para fins medicinais, industriais e terapêuticos. 2021. Disponível em : <https://www.camara.leg.br/noticias/748884-relator-propoe-regras-para-o-uso-da-cannabis-para-fins-medicinais-industriais-e-cientificos/> Acesso em 10 abr 2022.

ZUARDI, A. História da cannabis como medicamento: uma revisão. Ribeirão Preto-SP, BRA; Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 2006, 28 (2).

Capítulo 7
SÍFILIS CONGÊNITA EM ALAGOAS: ANÁLISE DE 10 ANOS

Jislene dos Santos Silva
Barbara Vitória dos Santos Torres
Lindynês Amorim de Almeida
Rillary Caroline de Melo Silva
Katiane da Silva Mendonça
Ana Carolyn da Silva Rocha
Viviane Vanessa Rodrigues da Silva Santana Lima

SÍFILIS CONGÊNITA EM ALAGOAS: ANÁLISE DE 10 ANOS

Jislene dos Santos Silva

*Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas,
jih1995silva@gmail.com.*

Barbara Vitória dos Santos Torres

*Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas,
barbaravstorres@gmail.com.*

Lindynês Amorim de Almeida

*Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas,
lindyalmeida7@gmail.com.*

Rillary Caroline de Melo Silva

*Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas,
melorillary@gmail.com.*

Katiane da Silva Mendonça

*Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas,
katiane.mendonca@esenfar.ufal.br.*

Ana Carolynna da Silva Rocha

*Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas,
carolynarochoa14@gmail.com.*

Viviane Vanessa Rodrigues da Silva Santana Lima

*Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe, Mestre em
Ciências da Saúde pela UFAL, viviane.santana@eenf.ufal.br.*

RESUMO

Objetivo: analisar e descrever os casos confirmados de sífilis congênita em Alagoas no período de 2010 a 2019. **Metodologia:** Trata-se de um estudo epidemiológico

ecológico descritivo retrospectivo, de abordagem quantitativa sobre os casos de sífilis congênita em Alagoas no período de 2010 a 2019, a partir de dados do DATASUS. **Resultados:** Entre os anos de 2010 a 2019 foram notificados 3.562 casos de Sífilis Congênita em Alagoas. Com isso, dentre o período analisado, 2018 foi o ano que teve o maior número de incidência com 437 casos (12,27%). Em contrapartida, o ano de 2010 teve o menor índice da doença nesse período, com 217 casos registrados (6,1%). Em relação à faixa etária das crianças que foram infectadas pela bactéria *Treponema pallidum*, houve a concentração em menores de 7 dias, com 3.372 casos de crianças infectadas (94,66%), já a faixa etária de 1 ano, correspondeu a apenas 07 registros, sendo correspondente aos menores índices (0,2%). **Conclusão:** A ocorrência de Sífilis Congênita é reconhecida como um indicador sensível de avaliação da qualidade da assistência pré-natal. Assim, se faz necessário ações de educação em saúde que correspondam a uma linguagem mais próxima da vivência dos usuários, e um acolhimento ao casal durante o pré-natal, para que a assistência seja mais eficaz e assertiva.

Palavras chave: Enfermagem. Epidemiologia dos Serviços de Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Sífilis Congênita.

ABSTRACT

Objective: to analyze and describe confirmed cases of congenital syphilis in Alagoas from 2010 to 2019. **Methodology:** This is a retrospective descriptive ecological epidemiological study with a quantitative approach on cases of congenital syphilis in Alagoas from 2010 to 2019, from DATASUS data. **Results:** Between 2010 and 2019, 3,562 cases of Congenital Syphilis were reported in Alagoas. Thus, among the analyzed period, 2018 was the year that had the highest number of incidence with 437 cases (12.27%). On the other hand, the year 2010 had the lowest rate of the disease in this period, with 217 registered cases (6.1%). Regarding the age group of children who were infected by the bacterium *Treponema pallidum*, there was a concentration in children younger than 7 days, with 3,372 cases of infected children (94.66%), while the age group of 1 year corresponded to only 07 records, corresponding to the lowest rates (0.2%). **Conclusion:** The occurrence of Congenital Syphilis is recognized as a sensitive indicator for assessing the quality of prenatal care. Thus, it is necessary to provide health education actions that correspond to a language that is closer to the users' experience, and to welcome the couple during prenatal care, so that the assistance is more effective and assertive.

Keywords: Nursing. Epidemiology of Health Services. Sexually Transmitted Diseases. Congenital syphilis.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST), sendo ocasionada pela bactéria *Treponema pallidum*. Quando a infecção atinge as gestantes, e estas não tratam a infecção, ou até mesmo a tratam de maneira inadequada, a infecção é transmitida por via transplacentária ao conceito em qualquer momento da gestação, independentemente do estágio clínico da doença na gestante, recebendo a

denominação de sífilis congênita (SC) (LIMA *et al.*, 2017; ANDRADE *et al.*, 2018; ANDRADE *et al.*, 2014).

A SC pode ser classificada em precoce e tardia, a precoce acontece quando as manifestações clínicas ocorrem nos dois primeiros anos de vida, em contrapartida, a tardia acontece quando as manifestações ocorrem após o segundo ano. O diagnóstico para as duas formas é estabelecido por meio da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais, podendo ser atentada a possibilidade de a criança ter sido exposta ao *T. pallidum* por via sexual. Em decorrência da SC ao conceito, algumas complicações podem ocorrer, como por exemplo, o aborto, o óbito fetal e sequelas motoras, cognitivas, neurológicas, visuais e auditivas (LIMA *et al.*, 2017; ANDRADE *et al.*, 2018).

Desde 1986, a SC faz parte das doenças de notificação compulsória no Brasil. Em 2009, foi criado o “Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita” pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), estabelecendo-se a seguinte meta para o ano de 2015: taxa de incidência de sífilis congênita para menos de 0,5 por mil nascidos vivos (SILVA *et al.*, 2019).

A transmissão da doença para o neonato pode acontecer por duas vias, a transplacentária é a via mais comum, ou seja, da mãe para o feto, além dela, há a via da transmissão vertical, onde a infecção neonatal pode ocorrer após contato com espiroquetas por meio de lesões no parto ou através das membranas. Dessa maneira, a ausência do tratamento da gestante infectada com sífilis, ou até mesmo, um tratamento inadequado, predispõe o neonato a doença (MAGALHÃES *et al.*, 2020).

Dentre os fatores que determinam a probabilidade para a transmissão da doença estão o estágio da doença na mãe e o período de exposição do feto ao teratôgeno da sífilis. Já em relação ao tratamento, a Penicilina é o fármaco de escolha para o tratamento de infecções por *T. pallidum*, sendo a penicilina G mais recomendada para sífilis congênita (MAGALHÃES *et al.*, 2020).

As ações preventivas estão relacionadas aos cuidados com as gestantes no pré-natal, como a realização dos testes sorológicos para sífilis no primeiro e terceiro trimestre de gestação, onde após o diagnóstico positivo, deve-se ser realizado o tratamento correto e oportuno da infecção diagnosticada, instituído o mais precoce, tanto o da mulher quanto o do parceiro, no prazo máximo de finalização de até 30 dias antes do parto (LIMA *et al.*, 2017).

Desse modo, a SC é considerada um problema de saúde pública, onde se faz necessário mais políticas públicas voltadas para a prevenção da SC, diminuindo assim, a incidência da doença e os impactos negativos que esta traz para a mãe e o feto. De certo modo, pode-se afirmar que a SC possui relação com um pré-natal de baixa qualidade, contrariando a proposta da Rede Cegonha, implantada em 2011, que busca garantir atenção de qualidade à mulher durante a gravidez, parto e puerpério; e à criança, o direito de nascer com segurança, ter crescimento e desenvolvimento saudáveis (COSTA *et al.*, 2017).

Em Alagoas, durante o período de 2007 a 2011, a incidência de SC apresentou uma tendência crescente, onde houve uma incidência média de 4,6 casos para cada 1.000 nascidos vivos, valor 100% superior à meta estipulada pelo ministério da saúde para o ano de 2011 na Região Nordeste do Brasil que foi de 2,3 casos por 1.000 nascidos vivos (ALVES *et al.*, 2016).

Nesse ínterim, se torna necessário a elaboração de trabalhos científicos que abordam a prevalência dessa doença nacionalmente, e em específico, no estado de Alagoas, além dos possíveis meios de intervenção na cadeia de transmissão, a partir disso, o presente estudo tem como objetivo analisar e descrever os casos confirmados de sífilis congênita em Alagoas no período de 2010 a 2019.

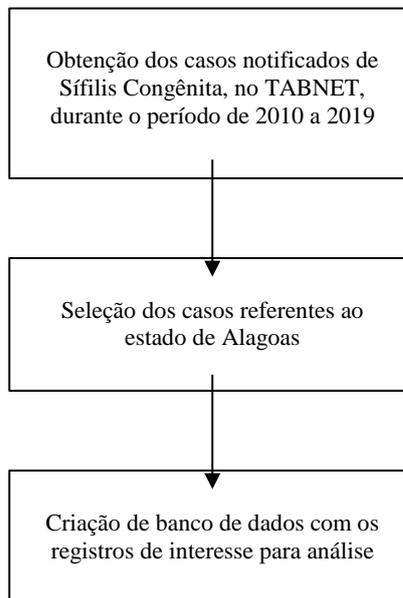
MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico ecológico descritivo retrospectivo, de abordagem quantitativa sobre os casos de sífilis congênita em Alagoas no período de 2010 a 2019.

A pesquisa foi realizada durante o período de outubro a dezembro de 2020 , a partir dos dados disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). As variáveis utilizadas foram: ano de notificação (2010 a 2019), estado de residência Alagoas; faixa etária das crianças e das mães; raça da mãe; escolaridade da mãe; momento do diagnóstico de sífilis materno; óbitos por sífilis congênita em menores de 1 ano e coeficiente bruto de mortalidade (por 100.000 nascidos vivos) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A partir das variáveis utilizadas, foi possível a elaboração de um banco de dados com o intuito de facilitar o processo da análise das informações, sendo apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma da construção do banco de dados dos casos confirmados de Sífilis Congênita, notificados no Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI).



Fonte: Autoras, 2020.

Os dados foram organizados e analisados através do TABNET, tabulador genérico desenvolvido pelo DATASUS e todas as informações utilizadas no estudo são de domínio público, a identificação dos sujeitos fora omitida, não sendo necessária aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), conforme as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - Resolução 510/16. Neste estudo, não foi obtido qualquer tipo de financiamento para a realização deste estudo em questão.

RESULTADOS

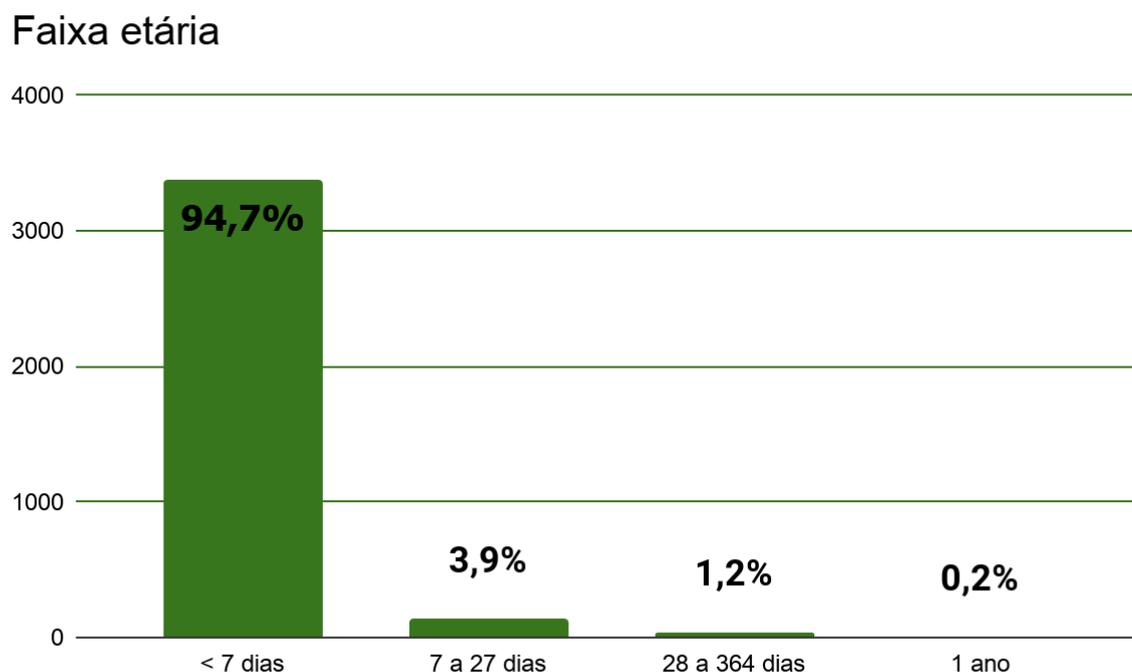
Entre os anos de 2010 a 2019 foram notificados 3.562 casos de Sífilis Congênita em Alagoas (Tabela 1). Dentre o período analisado, 2018 foi o ano que teve o maior número de incidência com 437 casos (12,27%). Em contrapartida, o ano de 2010 teve o menor índice da doença nesse período, com 217 casos registrados (6,1%).

Tabela 1 - Distribuição do número de casos confirmados de Sífilis Congênita em Alagoas, segundo ano de notificação (n = 3.562). Maceió, Alagoas, Brasil, 2020.

Variáveis	n	%
Ano de notificação		
2010	217	6,1%
2011	324	9,10%
2012	368	10,4%
2013	409	11,5%
2014	413	11,6%
2015	385	10,81%
2016	320	9,0%
2017	343	9,7%
2018	437	12,27%
2019	339	9,52%
Total	3.562	100%

Fonte: Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis/DATASUS.

Em relação à faixa etária das crianças que foram infectadas pela bactéria *Treponema pallidum*, houve a concentração em menores de 7 dias, com 3.372 casos (94,7%), já a faixa etária de 1 ano, apresentou o menor registro com apenas 07 casos (0,2%), conforme evidenciado no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição do número de casos confirmados de Sífilis Congênita em Alagoas, segundo faixa etária (n = 3.562). Maceió, Alagoas, Brasil, 2020.

Fonte: Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis/DATASUS.

Os dados apresentados na Tabela 2 expressam a faixa etária e cor/raça materna, onde foi identificado que as três faixas etárias maternas que mais apresentaram casos, foram, respectivamente, 20 a 29 anos (48,91%), 15 a 19 anos (26,98%) e 30 a 39 anos (17,35%). Já em relação à cor/raça materna com os maiores índices da doença, foi predominante a parda (86,07%).

Tabela 2 - Distribuição da Sífilis Congênita em Alagoas, segundo faixa etária e cor/raça materna (n = 3.562). Maceió, Alagoas, Brasil, 2020.

Variáveis	n	%
Faixa etária materna		
10 a 14 anos	62	1,74%
15 a 19 anos	961	26,98%
20 a 29 anos	1.742	48,91%
30 a 39 anos	618	17,35%
40 anos ou mais	64	1,79%

Ignorada	115	3,23%
Raça/Cor materna		
Branca	163	4,57%
Preta	122	3,42%
Amarela	05	0,15%
Parda	3.066	86,07%
Indígena	05	0,15%
Ignorada	201	5,64%
Total	3.562	100%

Fonte: Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis/DATASUS.

A escolaridade da mãe também foi analisada (Tabela 3), e constatou-se que no referido período, o nível de escolaridade materna que foi preponderante ao maior índice dos casos de sífilis congênita foi da 5ª a 8ª série incompleta, com 1.179 registros (33,10%). Em contrapartida, as escolaridades de superior completo e superior incompleto apresentaram os menores índices, possuindo respectivamente, 0,56% e 0,45% dos registros em si.

Tabela 3 - Distribuição da Sífilis Congênita em Alagoas segundo escolaridade da mãe por ano de diagnóstico (n = 3.562). Maceió, Alagoas, Brasil, 2020.

Variáveis	n	%
Escolaridade da Mãe		
Analfabeto	128	3,59%
1ª a 4ª série incompleta	358	10,05%
4ª série completa	264	7,41%
5ª a 8ª série incompleta	1.179	33,10%
Fundamental Completo	233	6,54%
Médio Incompleto	250	7,02%
Médio Completo	318	8,93%

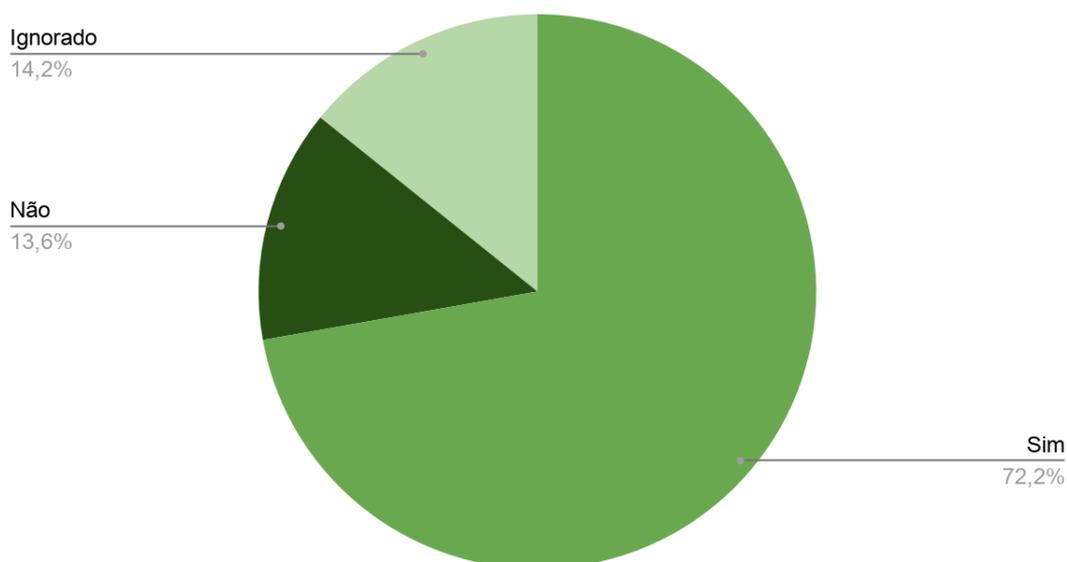
Superior Incompleto	20	0,56%
Superior Completo	16	0,45%
Não se aplica	33	0,93%
Ignorado	763	21,42%
Total	3.562	100%

Fonte: Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis/DATASUS.

Ademais, sobre os casos de sífilis congênita, segundo informação sobre realização de pré-natal da mãe por ano de diagnóstico, 72,2% das mães realizaram o pré-natal (Gráfico 1).

Gráfico 2 - Distribuição dos casos Sífilis Congênita em Alagoas, segundo informação sobre realização de pré-natal da mãe. (n = 3.562). Maceió, Alagoas, Brasil, 2020.

Realização do Pré-natal



Fonte: Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis/DATASUS.

Outrossim, quanto ao momento de diagnóstico da sífilis materna (Tabela 4), o momento do parto/curetagem foi o prevalente (46,2%) seguido do momento do diagnóstico durante o pré-natal (33,7%).

Tabela 4 - Casos de Sífilis Congênita segundo o momento de diagnóstico da Sífilis materna em Alagoas, dados provenientes do DCCI. (n = 3.562). Maceió, Alagoas, Brasil, 2020.

Variável	n	%
Momento do diagnóstico da sífilis materna		
Durante o pré-natal	1.202	33,7%
No momento do parto/curetagem	1.646	46,2%
Após o parto	528	14,8%
Não realizado	12	0,4%
Ignorado	174	4,9%
Total	3.562	100%

Fonte: Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis/DATASUS.

Já quanto ao número de óbitos por sífilis congênita em menores de 1 ano, constataram-se 44 casos entre 2010 a 2019, assim o coeficiente bruto de mortalidade (por 100.000 nascidos vivos) foi de 8,43.

DISCUSSÃO

A Sífilis Congênita (SC) está entre as diversas doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, possui altas taxas de transmissão e, por conseguinte, pode ser responsável por elevados índices de morbimortalidade fetal e neonatal (HOLANDA, 2015).

Nesse contexto, quanto aos dados analisados, constatou-se que o ano de 2018 apresentou a maior incidência de casos de SC no estado de Alagoas, representando 12,27% do número total de casos confirmados, sendo acompanhado no ano de 2014, como 11,6%, o segundo maior percentual (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019).

São dados preocupantes, pois alguns autores destacam que, a SC, por ser uma doença sensível à prevenção, uma vez que pode ser evitada através de ações de cuidado à saúde realizado para com a gestante, constitui um indicador sensível de avaliação da qualidade da assistência pré-natal (PN), visto que evidencia deficiências de ordem tanto estrutural como técnica dos serviços de saúde (ALVES et al., 2020).

Entretanto, pesquisas evidenciam que o crescimento dos casos de SC, não podem ser relacionados, apenas ao fato de que, o número de casos se elevou, mas também pela melhoria do sistema de notificação da vigilância epidemiológica brasileira, espelhando-se no aumento do número de notificações, assim como, na capacitação dos recursos humanos e a ampliação do acesso das gestantes à consulta pré-natal (SOUZA; BENITO, 2016).

Assim, no que se refere às faixas etárias de crianças acometidas pela SC, observou uma predominância significativa em crianças com idade menor que 7 dias, assim como dois estudos realizados em estados do Nordeste, um desenvolvido por Soares e colaboradores, que analisou o perfil das notificações de casos de SC na cidade de Sobral, Ceará, no período de 2010 a 2013, mostrou que houve maior ocorrência de sífilis congênita em crianças com idade de 0 a 6 dias. O outro estudo também encontrou que a confirmação da maioria dos casos de SC em crianças, no estado do Maranhão, entre 2009 e 2013, ocorreu em até 6 dias de vida, o estudo ainda traz que o diagnóstico precoce em crianças também constitui medida de ampla relevância (SOARES et al., 2017; GUIMARÃES et al., 2018).

Complementa-se a isso, o Sistema Único de Saúde (SUS) contém políticas públicas específicas voltadas para as gestantes portadoras de sífilis, as quais fornecem diagnósticos e tratamento gratuitos para ela e seus parceiros sexuais, visando evitar os casos de sífilis congênita que acometem os recém-nascidos, decorrentes desta infecção evitável. Portanto, é necessário que todos os profissionais de saúde estejam aptos a reconhecer os sinais e sintomas clínicos da sífilis, assim como a interpretar os resultados dos exames laboratoriais, que desempenham papel fundamental no controle da infecção e permitem a confirmação do diagnóstico e o monitoramento da resposta ao tratamento (MELO, 2020).

Nesse contexto, é notório nos dados analisados do DATASUS que houve uma redução de 27,7% nos casos de sífilis adquirida em mulheres, do ano de 2018 para 2019 e também percebe-se uma predominância da infecção sobre o sexo feminino, com 1.010 (51,14%) casos, enquanto para o sexo masculino possui 965 (48,86%) casos (DATASUS, 2020). Conseqüentemente, também é possível notar uma diminuição de 98 (77,57%) casos, quando observa-se os anos de 2018 e 2019, da sífilis congênita (Tabela 1).

É importante destacar que o SUS disponibiliza os métodos contraceptivos para a população, permitindo uma vida sexual segura e satisfatória a fim de evitar uma

gravidez indesejada, garantir liberdade para decidirem quando reproduzir e evitar adquirir Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Todavia, quando uma mulher contrai a sífilis e fica grávida, pode ocorrer alguns desfechos desfavoráveis e graves sequelas perinatais para o recém nascido como surdez, cegueira, deficiência mental, parto prematuro e aborto, entre outros (SILVA et al., 2020).

A SC não é uma doença que tem preferência por grupos populacionais, porém mulheres jovens estão mais propensas a se infectar pelo *Treponema pallidum* devido a possibilidade de apresentarem um comportamento sexual imaturo e isso ratifica os dados encontrados que foram 1.742 (48,91%) casos de infecção por sífilis, em que a maioria deles é sobre as mulheres de 20 a 29 anos (Tabela 3). Geralmente estas mulheres ou os homens com que elas se relacionam, têm múltiplos parceiros e não utilizam preservativo durante o ato sexual (MOREIRA et al., 2017).

Em relação à raça/cor da pele da mãe, o maior índice de casos encontrados foi de 3.066 (86,07%) referente a pele parda (Tabela 3), a qual segue a tendência nacional (MOREIRA et al., 2017; CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019)

Nos Estados Unidos, os casos de sífilis congênita estão associados ao início tardio ou ausência de pré-natal, ocorrendo, sobretudo, nas gestantes negras e hispânicas no sul do país. A instabilidade de moradia (mulheres que viviam em abrigos, moravam com os pais ou haviam sido despejadas recentemente), parceiros privados de liberdade ou as gestantes tinham vivenciado período de encarceramento, associando assim a pobreza, o isolamento social, a instabilidade no controle da vida pessoal e profissional, bem como questões socioeconômicas, são condições que estão relacionadas ao aumento do risco de sífilis congênita naquele país (FIGUEIREDO et al., 2020).

No estudo de Conceição, Câmara & Pereira (2019), os autores analisaram as características sociodemográficas dos casos de sífilis gestacional, verificando-se que as maiores prevalências da doença ocorrem em mulheres na faixa etária de 20 a 24 anos de idade, que se autodeclararam pardas, donas de casa, residentes na zona urbana e que tinham menos de oito anos de estudos. Esses dados corroboram com os resultados encontrados neste estudo, pois o maior número de casos foi em mães que possuíam escolaridade baixa, aquelas que frequentaram a escola até a 5° ou 8° série, com 1179 mulheres, que corresponde a 33,10% (Tabela 3).

A baixa escolaridade torna-se um desafio para a saúde pública, pois a compreensão adequada sobre a patologia, tratamento e prevenção é de suma

importância para acompanhamento adequado das gestantes diagnosticadas com sífilis. Espera-se que quanto maior o nível de instrução da população melhor serão as atitudes tomadas para manter-se saudável (MOREIRA et al., 2017).

Diante disso, se faz necessário a realização de processos de educação em saúde que utilizam estratégias, como ilustrações, para tornar as informações mais atrativas, inclusivas e esclarecedoras. Cabe também ao enfermeiro, enquanto um dos grandes responsáveis pela atenção ao pré-natal de baixo risco, atuar como promotor de saúde, e no processo de empoderamento da gestante e de seu parceiro quanto à sífilis congênita, ainda, a assistência de enfermagem é de extrema importância, pois, a qualidade da assistência da gestação é decisivo para a diminuição da transmissão vertical da sífilis e de outras doenças infectocontagiosas (COSTA et al., 2020; OLIVEIRA; NUNES; ANDRADE, 2017).

O presente trabalho apresentou como limitações à utilização de dados secundários disponíveis no DataSUS, isso possibilita a utilização de dados incompletos, ocorridos por possíveis falhas no momento do preenchimento das fichas de notificação, o que pode impactar diretamente nos dados sobre as variáveis dos casos de sífilis congênitas estudadas.

CONCLUSÃO

A ocorrência de sífilis congênita é reconhecida como um indicador sensível de avaliação da qualidade da assistência pré-natal que vem sendo ofertada à comunidade. Apesar das reduções do número de casos confirmados de SC em Alagoas e dos esforços para controlar a incidência, essa doença ainda constitui uma realidade negativa para o estado e para o Brasil. Dessa forma, após a análise e descrição dos dados dos casos confirmados de sífilis congênita em Alagoas no período de 2010 a 2019, foi evidenciado uma predominância de diagnóstico de SC ainda nos primeiros 7 dias de vida da criança e em gestantes que realizaram o pré-natal.

Além disso, fatores como escolaridade baixa, condições socioeconômicas desfavoráveis e relacionamentos com parceiros privados de liberdade são fatores que aumentam os índices de SC. É importante salientar que esses dados estão diretamente ligados às informações disponíveis nas fichas de notificação, sendo indispensável que todos os agentes de saúde estejam comprometidos quanto a confiabilidade e completude dos mesmos.

Assim se faz necessário ações de educação em saúde que correspondam a uma linguagem mais próxima da vivência dos usuários, e um acolhimento ao casal durante o pré-natal, para que a assistência seja mais eficaz e assertiva, favorecendo uma maior adesão ao pré-natal, às práticas sexuais seguras, e ao tratamento da sífilis na gestação, diminuindo assim os casos de Sífilis congênita. Nesse viés, destaca-se o papel da enfermagem enquanto agentes de saúde, atuando como promotor de saúde, realizando notificações de forma completa, e atuando no processo de empoderamento da gestante e de seu parceiro quanto à sífilis congênita.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. I. C. et al. Evolução temporal e caracterização dos casos de sífilis congênita em Minas Gerais, Brasil, 2007-2015. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, n. 8, p. 2949-2960, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/85pnLtbsnwKhjQJWMzyR7P/?lang=pt>>.

ALVES, W. A. et al. Sífilis Congênita: Epidemiologia dos Casos Notificados em Alagoas, Brasil, 2007 a 2011. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 1, p. 27-41, 2016. Disponível em: <<https://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/2375>>.

ANDRADE, A. L. M. B. et al. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, n. 3, p. 376-381, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rpp/a/YW89sPHsznkK7m7fwvBFXJn/abstract/?lang=pt>>.

ANDRADE, L. D. F. et al. Promovendo Ações Educativas sobre Sífilis entre Estudantes de uma Escola Pública: Relato de Experiência. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, n. 2, p. 157-160, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/15289>>.

CONCEIÇÃO, H. N.; CÂMARA, J. T.; PEREIRA, B. M. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. **Saúde Debate**, v. 43, n. 123, p. 1145-1158, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/V5sfBFJ843smX8y8n99Zy6r/?lang=pt&format=pdf>>.

COSTA, C. C. et al. Construção e validação de uma tecnologia educacional para prevenção da sífilis congênita. **Acta paulista de enfermagem**, v. 33, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO00286>>.

COSTA, C. V. et al. Sífilis congênita: repercussões e desafios. **Arquivos catarinenses de medicina**, v. 46, n. 3, p. 194-202, 2017. Disponível em: <<https://www.unirv.edu.br/conteudos/fckfiles/files/09%20S%C3%8DFILIS%20Artigo%20publicado%20agosto%202017.pdf>>

DATASUS, Departamento de Informática do SUS. Ministério da saúde. Informações epidemiológicas e morbidade. **Informações de Saúde**. 2020. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>>.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. et al. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00074519>>

GUIMARÃES, T. A. et al. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 25, n. 2, p. 24-30, 2018. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046449/a5.pdf>>.

HOLANDA, I. T. A. **Sífilis congênita: fatores associados a resultado adverso na gravidez**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza/CE. 2015. 100p.

LIMA, V. C. et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 5, n. 1, p. 56-61, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1012>>

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003>.

MAGALHÃES, E. A. et al. Perfil Epidemiológico de Sífilis Congênita no Município de Patos de Minas – MG. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 2710-2722, 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/8370>>.

MELO, A. F. Atuação dos profissionais das equipes de Saúde da Família frente à sífilis gestacional em um município do Nordeste brasileiro. **Revista Saúde e Meio Ambiente**, v. 11, n. 2, p. 235-249, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/11967>>.

MOREIRA, K. F. A. et al. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. **Cogitare enfermagem**, v. 22, n. 2, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48949>>.

OLIVEIRA, J. A. C.; NUNES, C. R.; ANDRADE, C. C. F. Assistência de enfermagem no pré-natal em relação à sífilis congênita. **Revista Científica Interdisciplinar Múltiplos Acessos**, v. 2, n. 2, p. 46-56, 2017. Disponível em: <<http://www.multiplosacessos.com/multaccess/index.php/multaccess/article/view/34>>

SILVA, I. M. D. et al. Perfil Epidemiológico da Sífilis Congênita. **Revista de enfermagem da UFPE on line**, v. 13, n. 3, p. 604- 613, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236252>>

SILVA, M. J. N. et al. Distribuição da sífilis congênita no estado do Tocantins, 2007-2015. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200017>>.

SOARES, B. G. M. R. et al. Perfil das notificações de casos de sífilis gestacional e sífilis congênita. **SANARE**, v. 16, n. 2, p. 51-59, 2017. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1178>>.

SOUZA, W. N.; BENITO, L. A. O. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil no período de 2008 a 2014. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 14, n. 2, p. 97-104, 2016. Disponível em: <<https://www.publicacoes.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3811>>

Capítulo 8
LINGUAGEM CORPORAL NA IDENTIFICAÇÃO DE
TRANSTORNOS MENTAIS
Aline Cristina Martins da Veiga

LINGUAGEM CORPORAL NA IDENTIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS

Aline Cristina Martins da Veiga

Acadêmica de Publicidade e Propaganda na Universidade de Passo Fundo (UPF)

alinecmv02@gmail.com

RESUMO

Atualmente, fala-se muito a respeito da saúde mental das pessoas, assunto que recebeu ainda maior visibilidade durante o recente período pandêmico vivido no ano de 2020. Dessa forma, para identificar os transtornos mentais, é necessário observar a linguagem corporal de cada indivíduo, pois os sintomas das mesmas estarão presentes no seu comportamento. Entretanto, ao longo da História, se consolidou a ideia de que qualquer pensamento considerado anormal pela sociedade era loucura, e isso inclui também as doenças mentais. Por outro lado, a pandemia permitiu que as pessoas ao conviverem mais tempo com suas famílias, realizando diversas adaptações nas suas rotinas e deixando sua vida social de lado, como consequência do aumento de casos e mortes de um vírus ainda desconhecido por todos, inclusive cientistas. Dessa forma, limitados ao contato familiar e, portanto, longe dos médicos, profissionais de saúde e órgãos públicos, a humanidade tinha todos os fatores possíveis para, isolados do mundo, desenvolver ansiedade, depressão e demais distúrbios mentais. Dessa maneira, esse estudo tem o objetivo de analisar a influência da comunicação não verbal na identificação de transtornos mentais, bem como esclarecer os sinais apresentados no comportamento de cada indivíduo que indicam essa condição a partir de um anúncio produzido para uma campanha publicitária, e, por fim, apresentar as instituições e profissionais especializados com os quais cada ser humano pode recorrer para receber atendimento. Assim, justifica-se pelo intuito de contribuir com a transformação de um pensamento ultrapassado acerca das doenças mentais, vista ainda por alguns indivíduos como loucura, a fim de alertar a respeito da importância da discussão do assunto proposto, bem como da identificação das mudanças comportamentais apresentadas pelos indivíduos que sofrem com esses males.

Palavras-chave: Linguagem Corporal; Loucura; Transtornos Mentais.

ABSTRACT

Nowadays, it is talked a lot about people's mental health, a topic that received even more visibility during the recent pandemic period lived in the year of 2020. Therefore, in order to identify mental disorders, it is necessary to observe the body language from each person, because their symptoms will be visible on human's behavior. However, along the History it was consolidated the idea that any thought considered unusual by society was craziness, and this also included mental diseases. On the other hand, the pandemic allowed people to spend more time with their families executing a lot of adaptations on their routines, letting their social life aside, as a consequence of the

increasing of cases and deaths from a virus still unknown to everyone, including scientists. Thus, limited to family contact and, consequently away from doctors, health professionals and public agencies, the humanity had all the elements to, isolated from the world, develop anxiety, depression and others mental disorders. Hence, this research has the objective to analyze the influence of non-verbal communication on the identification of mental disorders, as also as to clarify the signs presented on each people's behavior that indicate this condition as of an advertisement produced to a publicity campaign, and in the end put forward the institutions and specialized professionals with whom each human being can appeal to receive attendance. Thus, it is justified by the intention to contribute with the change of an old-fashioned thought about mental diseases, seen by some individuals as craziness, in order to warn in respect of the importance of discussing the subject proposed, in addition to identify the behavior's changes shown by people who suffer with these illnesses.

Keywords: Body Language; Craziness; Mental Disorders.

INTRODUÇÃO

O presente artigo trata da linguagem corporal como forma de identificar os transtornos mentais presentes na sociedade atual, objetivando desconstruir a ideia de que as pessoas que sofrem com esses males são loucas, pois as mesmas não são e necessitam de auxílio profissional, assim como assistência governamental. Portanto, tem a finalidade de promover discussões sobre esse assunto quando o mesmo for colocado em pauta nas diversas esferas públicas e privadas, bem como de divulgar uma campanha publicitária que aborda esse tema.

Dessa forma, cada ser humano carrega responsabilidades e determinadas concepções de acordo com o seu nível de maturidade. Nesse sentido, há leis que apontam os direitos e deveres dos cidadãos residentes em seus respectivos países. No entanto, por vezes, elas não são devidamente respeitadas, o que pode ocasionar no ferimento da liberdade do próximo, como também na reprodução de estereótipos e preconceitos a partir da infração das mesmas.

Para realizar a pesquisa, foram utilizadas referências de *sites* e artigos que abordassem como se dá a comunicação não verbal e a influência da mesma nos transtornos mentais, a fim de embasar o desenvolvimento do pensamento crítico, permitindo a devida análise do assunto tratado no presente estudo.

1. LINGUAGEM CORPORAL

Segundo Da Silva (2021), linguagem corporal é uma forma de comunicação não verbal que se manifesta através de sinais, sejam eles gestos, expressões faciais

ou mesmo posturas, que originam mensagens a respeito dos sentimentos e pensamentos de uma pessoa diante de uma conversa ou situação vivida pela mesma. Essa linguagem apresenta-se por vezes de forma inconsciente, isto é, sem que o indivíduo tenha conhecimento do que está exteriorizando.

Além disso, conforme Xerpay (2018), a linguagem corporal é mais subjetiva que a verbal, e, portanto, mais difícil de ser interpretada, pois a primeira é controlada por estímulos inconscientes na maior parte das vezes, e em ambos os indivíduos presentes no processo de comunicação. Ainda segundo Fonseca (2020), o uso da linguagem corporal na comunicação é tão importante quanto a verbal, pois na Psicologia, a primeira é essencial para mostrar emoções que não foram expressas através das palavras.

Por outro lado, de acordo com Penser (2020), a comunicação não verbal pode ser classificada em: Características Físicas que examina a aparência e a forma do corpo; Cinésica que analisa gestos, expressões faciais e movimentos; Paralinguagem que investiga os recursos utilizados para mudar o som da voz; Proxêmica que verifica como o espaço físico é utilizado; e Tacêsica que analisa o toque.

Nesse sentido, segundo FIA (2021), existe a Quinésica, uma parte da ciência que estuda a linguagem corporal e as suas interpretações em contextos e situações distintas.

Entretanto, conforme Medeiros (2016), antes mesmo do ser humano aprender a linguagem verbal, ele manifesta seus desejos e vontades por meio da linguagem corporal. Contudo, ao chegar na escola, os educadores ensinam a tratar o corpo apenas como algo físico que se movimenta, esquecendo-se, muitas vezes, de tratá-lo como componente de uma cultura, detentor de uma história e responsável por demonstrar a verdade sobre os pensamentos e sentimentos de cada um, visto que a linguagem corporal se encontra conectada com as manifestações da alma.

Dessa forma, é possível perceber que o ser humano muitas vezes não percebe o quanto sua linguagem não verbal denuncia o que realmente sente e pensa, o que permite que determinados estereótipos e preconceitos sejam reproduzidos e ignorados, inclusive o de que a loucura domina aqueles que sofrem com doenças mentais ou possuem um pensamento diferente da maioria que vive em sociedade.

2. LOUCURA

Conforme Psicanálise Clínica (2022), a Psicologia entende que loucura é realmente uma condição mental do ser humano, mas que ela não define nenhum distúrbio ou doença específica, visto que essa é uma palavra muito antiga e evasiva. Dessa forma, é possível afirmar que esse termo se relaciona com uma característica de insanidade, estado que pode manifestar-se em qualquer pessoa em algum momento da vida, podendo ser uma condição permanente ou não.

Por outro lado, ainda segundo Psicanálise Clínica (2022), a sociedade no geral entende que o indivíduo louco é aquele que não demonstra um juízo convencional e um comportamento comum, o que, habitualmente, recebe cunho pejorativo ao criticar a personalidade de outrem. Ou seja, qualquer atitude “fora do padrão” é julgada e discriminada pela sociedade, atribuindo a característica de louco ou doente ao responsável por tal ação.

Dessa forma, essas pessoas acabam sendo maltratadas e até excluídas do convívio social por serem tachadas de loucas. Por esse motivo, esse assunto precisa ser discutido e trabalhado em todas as esferas sociais.

Ao longo da história, conforme afirma Psicanálise Clínica (2022), a busca pelo entendimento do que é loucura começou na Grécia Antiga, onde Homero, por exemplo, relacionou esse termo com a possessão dos deuses, originando o conceito da palavra mania. Dessa forma, a mitologia e a literatura personificaram a loucura diversas vezes retratando-a como pertencente a um nível inferior de sanidade. Além disso, ela era massacrada e violentada assim como as pessoas que eram mentalmente incomuns.

Em contrapartida, o psiquiatra francês Phillippe Pinel durante o século XVII regulamentou que os transtornos mentais deveriam ser considerados como doenças. A partir desse momento, os pacientes psiquiátricos, gradualmente, passaram a não ser mais excluídos socialmente ou mesmo tratados de maneira agressiva.

Já para Foucault, quem é louco nem sempre foi o criminoso que está preso. Contudo, conforme a sociedade foi se desenvolvendo, o significado de loucura mudou, pois as pessoas acreditavam que os doentes mentais e os delinquentes não deveriam ser aprisionados juntos porque não pertenciam ao mesmo grupo.

Algum tempo depois, ele passou a estudar sobre a teoria da loucura através da história e o seu desenvolvimento, chegando ao surgimento do manicômio. Nesse

lugar, as pessoas que tinham doenças mentais recebiam a medicação para loucos, o que era uma nova tendência de confinamento, pois os mesmos ficavam longe dos criminosos. O objetivo disso era estudar e curar as doenças dessas pessoas, ao invés de penalizá-las.

Dessa forma, pode-se perceber que a concepção sobre o que é loucura evoluiu ao longo da história. Contudo, ainda há muitas visões, mitos e preconceitos que precisam ser extinguidos no que diz respeito à visão sobre aqueles que foram diagnosticados com algum tipo de transtorno mental.

3. TRANSTORNOS MENTAIS

De acordo com Giroldo (2020), os transtornos mentais são caracterizados pelo mau funcionamento das atividades cerebrais, que afetam o ser humano de várias formas, seja alterando seu humor, comportamento, sono, raciocínio ou mesmo prejudicando suas relações interpessoais. Assim, alguns exemplos são a depressão, a ansiedade, a demência, a esquizofrenia e o transtorno bipolar.

Os distúrbios mentais podem ocorrer com qualquer pessoa em qualquer momento da sua vida, no entanto seus sintomas são mais silenciosos do que habitualmente se observa em doenças físicas, visto que acontecem na esfera psicológica e em níveis mais avançados, podendo, inclusive, serem refletidas fisicamente.

Nesse sentido, a ciência vem estudando as causas dos transtornos mentais, e, apesar dos resultados ainda serem inconclusivos, algumas evoluções apontam que o desequilíbrio químico no cérebro, o surgimento de distúrbios psicológicos, bem como traumas, estresse extremo, abuso de drogas, luto e baixa qualidade de vida podem contribuir para o desenvolvimento de doenças mentais.

De acordo com Mariel (2021), o ser humano tem dificuldade de falar sobre seus sentimentos e buscar ajuda quando precisa, e, apesar de isso ser fundamental, percebe-se que nem sempre é fácil de ser verbalizado. Contudo, ao tentar silenciar e reprimir essas emoções tidas como negativas, há a possibilidade do agravamento da saúde do indivíduo, através do aumento do estresse, da piora de problemas crônicos e cardiovasculares, assim como da sua saúde mental.

Sendo assim, ainda segundo Mariel (2021), é necessário que as pessoas ao redor desse indivíduo dediquem um tempo para ouvi-lo e incentivá-lo a desabafar. Além disso, é preciso observar sua linguagem corporal a fim de perceber se há alguma

irregularidade no seu comportamento, como dificuldade para dormir, irritabilidade, tendência ao isolamento e demais anormalidades no seu modo de viver.

Dessa maneira, conforme Diniz (2021), as pessoas portadoras de transtornos mentais muitas vezes se encontram em situações de vulnerabilidade social, sendo marginalizadas e ignoradas em locais como os postos de pronto atendimento, simplesmente por sofrer com esse mal ou por já ter tentado suicidar-se.

Por outro lado, de acordo com EHS (20--?), este preconceito com pessoas que possuem distúrbios mentais é chamado de Psicofobia. Dessa forma, ele engloba a rejeição, a negligência e o desconhecimento do assunto como fatores que pioram a situação desses seres humanos. Nesse sentido, quando se encontram em circunstâncias vistas como ameaçadoras para eles, transformam-se em seres instáveis emocionalmente e que potencializam essas ameaças, pois tudo para eles torna-se trabalhoso.

Ademais, esses transtornos podem ser incapacitantes, inclusive de atividades consideradas simples, mas a legislação trabalhista brasileira assegura auxílio doença, após a realização da perícia e de acordo com o estado do indivíduo. Portanto, aqueles que padecem com essas enfermidades, não estão se fazendo de vítimas, por isso, a sociedade não pode inferiorizar o seu sofrimento, pois isso fará com que a sua condição piore ainda mais.

Dessa forma, as pessoas no geral devem incentivar esses indivíduos a buscarem ajuda, e não negligenciarem ou ignorarem a sua solidão e sofrimento, pois Psicofobia é crime (Lei 236/12) e torna-se razão para que muitos cometam suicídio no Brasil inteiro.

Segundo Pfizer (2019), em média os primeiros sintomas de transtornos mentais começam a surgir em torno dos 24 anos de idade, atingindo uma a cada cinco pessoas dessa faixa etária. Assim, é necessário que além do apoio dos familiares e amigos, a pessoa procure ajuda médica, uma vez que há informações errôneas sobre esses distúrbios que dificultam o acesso aos devidos tratamentos.

Nesse sentido, é necessário que os indivíduos procurem ajuda de um profissional capacitado, como um psiquiatra, para realizar o diagnóstico preciso. Além disso de acordo com Gov.br (20--?), há o Centro de Atenção Psicossocial (Caps), que é um serviço de saúde comunitário e aberto vinculado ao governo federal brasileiro, que tem como finalidade promover o atendimento de pessoas com distúrbios mentais

ou problemas psíquicos, abrangendo também dependentes químicos, que estão em processo de reabilitação ou passando por alguma crise.

Dessa forma, nesses estabelecimentos, há equipes com diversos profissionais que desenvolvem várias atividades como psicoterapia, oficinas terapêuticas, atendimentos familiares e domiciliares, dentre outros. Os Caps estão espalhados por diversas cidades do Brasil. Além disso, também é possível ligar para o Disque Saúde 136, a fim de receber atendimento.

4. CAMPANHA MULTIMÍDIA DE DIREÇÃO DE ARTE

No curso de Publicidade e Propaganda da Universidade de Passo Fundo (UPF), os alunos do terceiro nível tiveram a disciplina de Direção de Arte, na qual aprenderam princípios da composição visual e do *design* aplicados na publicidade e na propaganda, criatividade na direção de arte e alguns conceitos como RAF e *layout*, assim como a apresentar e defender a criação da propaganda.

Nessa disciplina, os discentes tinham como atividade final a proposta de realizar uma campanha publicitária completa, podendo ser para alguma marca ou sobre um assunto de interesse público. Para isso, foi necessário definir qual seria a mensagem que o anúncio transmitiria, elaborar rascunhos e compor o *layout* do mesmo. Assim, foram realizados o pré-teste e os ajustes necessários a partir dele, e, por fim, a aplicação em cinco peças: cartaz, *outdoor*, *post* para as redes sociais, *web banner* e mais uma da escolha de cada um.

Dessa forma, o presente estudo visa a divulgar os resultados desse trabalho a fim de que a comunidade tenha acesso ao conteúdo desse anúncio, além de ter a oportunidade de refletir mais sobre o assunto nele tratado. Além disso, o conteúdo precisava utilizar recursos de acessibilidade para que mais pessoas pudessem ter contato com o material a ser divulgado, caso essa campanha fosse veiculada.

4.1. ACESSIBILIDADE

De acordo com o dicionário Infopedia (20--?), acessibilidade significa o que é possível de ser acessado de maneira fácil por todas as pessoas, inclusive as que possuem mobilidade reduzida e as pessoas com deficiência.

Nesse sentido, segundo Schaeffer (2021), para a imagem ser acessível, ela precisa ter recursos como o texto alternativo e a audiodescrição. O primeiro, pode ser veiculado através das *hashtags* #ParaCegoVer, #ParaTodosVerem,

#ImagemAcessível ou #TextoAlternativo; já o segundo, é um áudio gravado, logo, ambos têm a função de descrever a imagem que será publicada.

Dessa maneira, primeiramente, deve-se especificar se a imagem é uma fotografia, tirinha, desenho, ou algum outro gênero; depois, descrever a imagem da direita para a esquerda, bem como de cima para baixo. Além disso, as cores devem ser identificadas, os textos precisam ser descritos, assim como sua localização.

Nesse sentido, as frases devem ser curtas e objetivas, escritas seguindo uma sequência lógica, nas quais abreviações precisam ser evitadas. Finalmente, um conteúdo poderá ser postado nas mídias sociais e mais pessoas serão impactadas por essa publicação.



Outdoor



Figura 1 – Post para as redes sociais

Figura 2 –



Figura 3 – Web banner



Figura 4 – Revista



Figura 5 - Cartaz

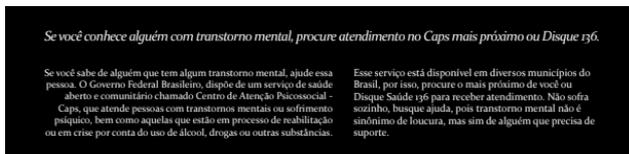


Figura 6 – Subtítulo e Texto Complementar

"QUEM TEM TRANSTORNOS MENTAIS É LOUCO?"

Talvez você já tenha ouvido essa frase, mas saiba que ter algum distúrbio mental não é sinônimo de loucura, mas sim, é sinal de alguém que está doente e precisa de ajuda. Portanto, busque auxílio através dos serviços disponibilizados pelo Governo Federal. Você pode ligar para o Disque Saúde 136 a fim de receber atendimento, ou procurar o Caps (Centro de Atendimento Psicossocial) mais próximo de você. Não sofra sozinho, peça ajuda, pois o autocuidado é essencial para ser feliz.

Figura 7 – Legenda Post para redes sociais

#PraCegoVer

Foto de uma mulher com maquiagem colorida no lado esquerdo e outra mais escura no lado direito. Ela veste uma blusa bege e verde e seus cabelos são descolondos. Sobre o fundo marrom e preto, à esquerda o texto na cor branca: "Não sou louca,". À direita, o texto: "preciso de ajuda". No rodapé o texto: "Se você conhece alguém com transtorno mental, procure atendimento no Caps mais próximo ou Disque 136."

Figura 8 – Acessibilidade para cegos

5. METODOLOGIA DA PESQUISA

Para o desenvolvimento do trabalho, foi feita uma pesquisa sobre o assunto já percorrido anteriormente para que fosse possível pensar em uma forma de representar as ideias a serem defendidas em uma imagem e um texto complementar coeso que

desconstruíssem a visão de que ter um distúrbio mental não é sinônimo de loucura, mas sim de alguém que necessita de ajuda e atendimento profissional especializado.

Dessa forma, pensou-se em retratar a modelo em um cenário que representasse a dualidade de quem enfrenta esses problemas mentais diariamente, seu lado criativo e fantasioso através de uma maquiagem bem colorida, e seu lado obscuro, depressivo e sombrio também por meio da maquiagem, mas essa com tons escuros.

Além disso, a modelo usou uma blusa clara e aparece na foto com seus braços presos, como se estivesse em um manicômio e, silenciosamente, implorasse por ajuda, refletido no título do anúncio. Já, no subtítulo e no texto complementar, é possível saber um pouco mais sobre as formas disponíveis para auxiliar aqueles que sofrem com transtornos mentais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto acima, é essencial que os familiares, amigos e as autoridades busquem promover um diálogo aberto no que diz respeito à saúde mental, esclarecendo que qualquer pessoa pode sofrer com transtornos mentais e que isso não as faz loucas, assim como, incentivar esses indivíduos a buscarem ajuda quando necessário.

Além disso, nota-se que a Publicidade desempenha um papel fundamental na educação da população ao tratar de assuntos do âmbito social, ambiental e áreas afins. Dessa forma, ela pode ser usada como veículo midiático para refletir o pensamento da sociedade, conscientizar acerca de algum tema, adquirindo assim, um cunho informativo.

Paralelo a isso, também se conclui que para a Publicidade ser efetiva e assertiva, ela deve ser inclusiva, o que, portanto, implica a inserção de elementos que possibilitem a acessibilidade à(s) peça(s) produzida(s), de forma que todos os públicos sejam alcançados.

Logo, crê-se na validade desta pesquisa uma vez que objetiva por diferentes abordagens e promover a reflexão acerca das peças publicitárias já produzidas. Diante disso, com uma postura crítica perante à comunicação, espera-se transformar a percepção social acerca das doenças mentais, a fim de melhorar a qualidade de vida da população e possibilitar sua inclusão social.

REFERÊNCIAS

BORGES, Juliane. Fundação Universidade de Passo Fundo. **Responsabilidade Social e Propaganda**. Passo Fundo, 2021.

BORGES, Juliane. Fundação Universidade de Passo Fundo. **Elaborando o visual de uma campanha**: imagem, ilustração, texto. Passo Fundo, 2021.

CENTRAL DE NOTÍCIAS UNINTER. **Como ajudar as pessoas que sofrem de transtornos mentais?** Disponível em: < <https://www.uninter.com/noticias/como-ajudar-as-pessoas-que-sofrem-de-transtornos-mentais>> Acesso em 07 de jul. de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Livre-se do preconceito**: transtorno mental é doença, não loucura. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/artigos/livre-se-do-preconceito-transtorno-mental-e-doenca-nao-loucura/>> Acesso em 06 de jul. de 2022.

ESCOLA ART BALLET. **A linguagem corporal como forma de comunicação e expressão**. Disponível em:< <http://escolaartballet.com.br/a-linguagem-corporal-como-forma-de-comunicacao-e-expressao>> Acesso em 05 de jul. de 2022.

FIA BUSINESS SCHOOL. **Linguagem corporal**: o que é, importância, tipos e exemplos. Disponível em: <<https://fia.com.br/blog/linguagem-corporal/>> Acesso em 05 de jul. de 2022.

GOV.BR **Centro de Atenção Psicossocial – Caps**. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/caps#:~:text=Os%20Centros%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Psicossocial,situa%C3%A7%C3%B5es%20de%20crise%20ou%20em>> Acesso em 07 de jul. de 2022.

INFOPIEDIA. **Acessibilidade**. Disponível em: < <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/acessibilidade>> Acesso em 30 de abr. de 2022.

PENSER. **Linguagem corporal**: o que ela é e a importância de saber utilizá-la. Disponível em: <<https://penser.com.br/linguagem-corporal/>> Acesso em 05 de jul. de 2022.

PFIZER. **Como apoiar pessoas com distúrbios mentais**. Disponível em: < <https://www.pfizer.com.br/noticias/ultimas-noticias/como-apoiar-pessoas-com-os-disturbios-mentais>> Acesso em 07 de jul. de 2022.

PÓS PUCPR DIGITAL. **Transtornos de saúde mental**: como identificar as principais causas? Disponível em: < <https://posdigital.pucpr.br/blog/transtornos-de-saude-mental>> Acesso em 07 de jul. de 2022.

PSICANÁLISE CLÍNICA. **Loucura**: história e significado na Psicologia. Disponível em: <<https://www.psicanaliseclinica.com/loucura/>> Acesso em 06 de jul. de 2022.

SBIE. **Linguagem corporal e a Psicologia.** Disponível em: <<https://www.sbie.com.br/blog/linguagem-corporal-e-a-psicologia/>> Acesso em 05 de jul. de 2022.

SCHAEFFER, Olmiro Cristiano Lara. Fundação Universidade de Passo Fundo. **DA Plano de Ensino 22-1.** Passo Fundo, 2022.

SCHAEFFER, Olmiro Cristiano Lara. Fundação Universidade de Passo Fundo. **DA Direção de Arte Multimídia.** Passo Fundo, 2022.

SCHAEFFER, Olmiro Cristiano Lara. Fundação Universidade de Passo Fundo. **Imagem acessível.** Passo Fundo, 2021.

SEGURANÇA DO TRABALHO LTDA. **Psicofobia é crime previsto em lei e dá cadeia!** Disponível em: < <https://ehsseguranca.com.br/psicofobia-e-crime-previsto-em-lei-e-da-cadeia/>> Acesso em 07 de jul. de 2022.

TIME DE SAÚDE. **Rede de apoio:** como ajudar alguém com depressão e outros transtornos mentais. Disponível em: < <https://timedesaude.com.br/mente/rede-de-apoio-como-ajudar-alguem/>> Acesso em 07 de jul. de 2022.

XERPAY. **O que é linguagem corporal:** conheça alguns truques e como interpretá-los. Disponível em: < <https://xerpay.com.br/blog/o-que-e-linguagem-corporal/>> Acesso em 05 de jul. de 2022.

ZENDESK. **O que é linguagem corporal e quais são os principais tipos?** Disponível em: <<https://www.zendesk.com.br/blog/o-que-e-linguagem-corporal/>> Acesso em 05 de jul. de 2022.

Capítulo 9
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A INTERFACE COM A
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A INSERÇÃO DE
GRUPOS DE SAÚDE MENTAL COMO PRÁTICA
POSSÍVEL

Marta Libanório Sette
William Ávila de Oliveira Silva
Cosme Rezende Laurindo

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A INTERFACE COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A INSERÇÃO DE GRUPOS DE SAÚDE MENTAL COMO PRÁTICA POSSÍVEL¹¹

Marta Libanório Sette

Bacharel e licenciada em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). E-mail: mlibanoriosette@gmail.com

William Ávila de Oliveira Silva

Bacharel em Enfermagem pela UFJF. Especialista em Saúde da Família - Modalidade Residência Multiprofissional pela UFJF. E-mail: williamavilajf@gmail.com

Cosme Rezende Laurindo

Especialista em Políticas e Gestão da Saúde na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES MG). Bacharel em Enfermagem pela UFJF. Especialista em Saúde da Família e em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Unyleya (wPós). Especialista em Saúde Mental - Modalidade Residência Multiprofissional pela UFJF. Especialista em Gestão e Auditoria de Serviços da Saúde pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI). Mestre em Saúde Coletiva pela UFJF. E-mail: cosmelaurindo@outlook.com

Resumo: Os grupos são instrumentos de intervenção psicossocial de domínio dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) que possibilitam trocas de experiências e transformações subjetivas. Trata-se de uma modalidade assistencial potente para atender à demanda de uma nova concepção de cuidado proveniente a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que privilegia a atenção psicossocial, o território e a desinstitucionalização. Este estudo objetivou desvelar a inserção dos grupos de Saúde Mental nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, compreendendo as vias de implementação, a partir do apontamento da interface entre a APS e a Saúde Mental. Trata-se de uma revisão bibliográfica, não sistematizada, com subsequente

¹¹ Artigo adaptado para publicação proveniente do material publicado nos anais do IX Congresso Virtual de Gestão, Educação e Promoção da Saúde, em 2020. Disponível em: <https://convibra.org/publicacao/21696/>. Acesso em: 05 jul. 2022.

discussão das referências lidas para elaboração do texto final. O texto foi dividido nos seguintes eixos temáticos: Reforma Psiquiátrica Brasileira e Atenção Psicossocial; Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde; e Grupos de Saúde Mental e Unidades de Atenção Primária à Saúde. Percebe-se que a prática grupal atende à dinamicidade das demandas da comunidade, bem como é prática possível de se aquedar à infraestrutura dos serviços, podendo ser realizada de maneiras distintas. Os profissionais podem procurar pela metodologia que melhor se adequa ao seu processo de trabalho, o que favorece a sua aplicabilidade. Pôde-se perceber a potência que os grupos têm para romper com a lógica curativa, possibilitando um cuidado libertador.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Centros de Saúde. Saúde Mental. Sistemas de Apoio Psicossocial. Grupos.

Abstract: The groups are instruments of psychosocial intervention in the domain of professionals in Primary Health Care (PHC) that enable the exchange of experiences and subjective transformations. It is a potent care modality to meet the demand for a new conception of care from the Brazilian Psychiatric Reform, which privileges psychosocial care, territory and deinstitutionalization. This study aimed to reveal the insertion of Mental Health groups in Primary Health Care Units, understanding the implementation routes, from the point of view of the interface between PHC and mental health care. It is a bibliographic review, not systematized, with subsequent discussion of the references read for the preparation of the final text. The text was divided into the following thematic axes: Brazilian Psychiatric Reform and Psychosocial Care; Mental Health and Primary Health Care; and Mental Health Groups and Primary Health Care Units. It is noticed that the group practice meets the dynamics of the demands of the community, as well as it is possible to maintain the infrastructure of the services, and can be performed in different ways. It is noticed that the group practice meets the dynamics of the demands of the community, as well as it is a possible practice to adapt to the infrastructure of the services, and can be performed in different modalities. can look for the methodology that best suits their work process, which favors its applicability. It was possible to perceive the power that the groups have to break with the curative logic, enabling a liberating care.

Keywords: Primary Health Care. Health Centers. Mental Health. Psychosocial Support Systems. Groups.

INTRODUÇÃO

Atualmente a lógica em saúde mental defendida pela Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001) baseia-se numa assistência de base comunitária, de abordagem psicossocial, que deve ser prestada seguindo-se os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990), que preconiza, entre outros, a integralidade, equidade, universalidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento.

A concepção atual é resultado do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) iniciado em meados da década de 70, estendendo-se até os dias atuais, sendo

que dentro desta lógica, a atenção em saúde mental deve ser realizada sempre o mais próximo possível da realidade de quem necessita o cuidado, buscando inserção social deste, independente da gravidade do transtorno mental apresentado.

Quando analisados os dados epidemiológicos, no Brasil, em 2016, obteve-se quase 11 mil mortes por transtornos mentais ou uso de substâncias e uma prevalência de 18,71% da população (GBD, 2017). Cerca de uma em cada quatro pessoas que procuram a Atenção Primária à Saúde (APS) tem algum transtorno mental (OMS, 1997), demonstrando assim a importância da realização de ações específicas neste nível de atenção, para que se alcance principalmente a integralidade do cuidado, mesmo não sendo um serviço especializado.

O Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2017a) reconhece essa importância quando estabelece que os usuários com transtornos mentais devem ser atendidos por este nível de atenção prioritariamente, sendo que para os casos de referência ao serviços especializado, a assistência deve ser prestada com corresponsabilidade, exigindo ainda ações da APS frente a usuários com transtornos mentais graves e persistentes, visto que é este serviço que apresenta maior proximidade e maiores chances de acompanhamento do território no qual se insere o usuário.

Tem-se enquanto instrumento de intervenção psicossocial e de domínio dos profissionais da APS a realização de grupos, visto que é uma proposta de assistência que, desde que bem pensada “em sua finalidade, estrutura e manejo, permite uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seria alcançável em um atendimento de tipo individualizado” (BRASIL, 2013, p.121).

Atendendo à indicação de trabalhos que rompam com a lógica curativa e passiva de assistência, os grupos de saúde mental apresentam-se enquanto metodologia acolhedora com foco na sociabilidade e cuidado (BERNARDO; GARBIN, 2011). Possibilitam a atuação interdisciplinar, de forma a tornarem-se essenciais para um cuidado equânime, resolutivo e integral, sendo ação relevante no processo de cuidado, com resultados positivos e que deve ganhar espaço nos serviços e instituições da rede de atenção à saúde (BENEVIDES *et al.*, 2010).

Faz-se importante estudos que desvelem de que forma que esse modelo assistencial pode ser efetivado na prática, compreendendo as concepções de cuidados provenientes do movimento da RPB, a interface entre a saúde mental e a APS, além da compreensão de grupos enquanto estratégias de cuidado, sendo este o objetivo deste trabalho.

A partir de uma revisão bibliográfica, não sistematizada, com subsequente discussão das referências lidas para elaboração do texto final. Este estudo traz na primeira parte os principais marcos da RPB, buscando elucidar a mudança nas concepções de cuidado em Saúde Mental, com redirecionamento das ações assistenciais para atender a essa nova perspectiva. Na segunda parte é discutida a interface entre a Saúde Mental e a APS, apontando as potencialidades e dificuldades da efetivação da assistência a partir das concepções provenientes do período primeiramente apresentado. Na terceira parte há então a compreensão da viabilidade da assistência em modalidade grupal em um dos principais equipamentos da APS, as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), percorrendo as modalidades grupais.

REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Em meados da década de 70, dois movimentos alteraram a realidade da assistência em saúde, a partir da reivindicação popular por melhoria na qualidade da assistência prestada: Reforma Sanitária e a RPB.

O primeiro buscou melhorias em relação ao acesso, a gestão e prestação de serviços na área da saúde, já o segundo, inspirado pela experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria cunhada por Franco Basaglia, procurou melhoria nas condições de assistência à pacientes que sofriam com transtornos mentais, bem como reivindicar um novo modelo assistencial que contornasse os maus tratos sofridos pelos pacientes nas instituições psiquiátricas (BRASIL, 2005).

Estes movimentos foram bases para a implementação de um novo modelo de assistência iniciado a partir da década de 90, sendo este realizado a partir do SUS, trazendo princípios idealizados pelos movimentos destacadas, entre eles, universalidade, integralidade, equidade, assistência de base comunitária e psicossocial. Dentro desta lógica, foi implementada o Programa Saúde da Família (PSF), que futuramente viria a se tornar a Estratégia Saúde da Família (ESF), implementada nos dispositivos UAPS.

A RPB traz avanços importante quanto ao tratamento de pessoas com transtorno mental vide que no momento de seu início, o contexto era de tratamento realizado em espaços de enclausuramento. A partir das críticas que foram tecidas a essa forma de assistência, transformações foram compondo o cenário da luta a favor da saúde mental em espaços abertos, em detrimento das medidas estritamente manicomiais (RIBEIRO, 2007).

Surgiu num contexto em que, a partir da organização de protagonistas de diversos setores, foram feitas denúncias quanto à violência dos manicômios, à mercantilização da loucura e à hegemonia de uma rede privada de assistência, necessitando de uma reorganização nacional da assistência desta área que atendia, na época, ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2005).

Um marco histórico para o setor de saúde mental, que veio a possibilitar mudanças a nível nacional, foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. Deste, saiu o documento final intitulado “Declaração de Caracas”, no qual os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometeram-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica de forma a rever criticamente o papel hegemônico e centralizador da assistência hospitalocêntrica, lutar pelos direitos civis, pela dignidade pessoa e pelos direitos humanos dos usuários, além de prestar assistência com base territorial, comunitária (OMS/OPAS, 1990).

Essa reestruturação envolveu um conjunto de transformações marcadas por saberes, práticas e valores socioculturais contrapostos aos presentes no dia a dia das instituições da época (BRASIL, 2005), requerendo o desenvolvimento de novas práticas, que foram institucionalizadas e firmadas com a Lei 10.2016/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

Amarante (1999) estabeleceu quatro campos de intervenção vide complexidade do projeto que se iniciara: o campo teórico-conceitual, relacionado ao processo de desconstrução e reconstrução de conceitos básicos da psiquiatria; o campo técnico-assistencial, voltado para a construção de uma rede de serviços substitutiva ao modelo anterior; o campo sócio-cultural, com o objetivo de transformar o imaginário social relacionado à loucura/doença mental; e o campo jurídico-político, vinculado ao processo de revisão das legislações civil, penal e sanitária.

Nesse contexto, tomando-se as práticas substitutivas, tem-se enquanto foco a atenção psicossocial, que preconiza sempre considerar as dimensões biológica, psíquica e social dos indivíduos, vide que não há produção de saúde sem produção de saúde mental, com a principal abordagem sendo a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2014). Esta, é compreendida como uma estratégia de atenção ao paciente no desenvolvimento de sua autonomia, no gerenciamento de sua própria vida, em

num “processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania [...]” (SARACENO, 2001, p. 16).

Hirdes (2001) descreve as várias etapas que devem ser seguidas para alcançar a reabilitação psicossocial, dentre elas: a redução da sintomatologia e iatrogenia; redução da discriminação e estigma do doente mental; apoio familiar e social; reabilitação profissional e emprego; e aumento das habilidades sociais dos indivíduos

Para a efetivação da reabilitação psicossocial esbarra-se em dificultadores, necessitando principalmente que haja superação do paradigma tradicional de saúde/doença mental, que norteia conceitos e práticas terapêuticas, de maneira que os profissionais compreendam a real capacidade dos usuários de transitar como cidadão nos mais variados segmentos da vida social, sem que haja uma normose (JORGE *et al.*, 2006).

A atenção psicossocial preconiza um cuidado produzido pela relação entre equipe e usuário, não se restringindo à administração de psicofármacos nem à realização de psicoterapias; construindo novas possibilidades de vida (BENEVIDES *et al.*, 2010), configurando-se enquanto um conjunto amplo de transformações práticas e de proposições teóricas, éticas e política (COSTA-ROSA, 2013).

Entende-se que esse cuidado só se efetivará quando se avaliado o território ao qual pertence e permeia o sujeito, sendo esta lógica norteadora das ações a serem postas em prática pelos serviços, de forma intrinsecamente associada ao tempo e ao lugar em que as ações são elaboradas e realizadas, considerando para além do espaço geográfico (LIMA; YASUI, 2014).

A ênfase das ações de saúde mental no território constitui-se, ainda, na própria essência da desinstitucionalização da psiquiatria (HIRDES, 2009), sendo que para que sejam alcançadas desta forma, é necessária assistência pautada sobre uma rede que vise atender integralmente o sujeito.

Mais recentemente, em 2011, com a Portaria nº 3.088, ficou instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas. Essa portaria institui uma atenção à saúde mental integrada, efetiva e articulada em seus diferentes pontos, que são: UAPS; Centros de Atenção Psicossocial; Unidades de Urgência e Emergência; atenção residencial transitória; atenção hospitalar; residências terapêuticas e estratégias sociais de geração de trabalho e renda (BRASIL, 2011).

De acordo com a legislação, a RAPS nesse modelo tem como diretrizes: a defesa dos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania; a promoção da equidade; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços; a ênfase nos serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado com controle social dos usuários e de seus familiares; as organizações de serviços em rede e de ações intersetoriais; e desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2011).

SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS é definida como o nível do sistema de saúde responsável por ofertar cuidados necessários para os seus problemas de saúde mais prevalentes, investindo intensamente em medidas preventivas, mas também provendo de ações curativas, de reabilitação e promoção de saúde, com capacidade resolutiva para cerca de 80% destes problemas (STARFIELD, 1994; STARFIELD, 2004).

É tida como porta de entrada prioritária do SUS, primeiro contato na rede assistencial, caracterizando-se, sobretudo, pela continuidade e integralidade da atenção, sendo coordenadora do cuidado, com assistência centrada na família e orientada a participação comunitária, demandando competência cultural dos profissionais (STARFIELD, 1994; STARFIELD, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2008), juntamente a diversos profissionais e cientistas que se reuniram no *Movement of Global Mental Health*, têm ressaltado a importância da atuação frente à saúde mental na grande área da saúde pública, apontando para a lacuna de cuidado existente não só a nível nacional, mas também a nível mundial, reforçando a necessidade de ampliar o acesso e de se transformar o modelo de atendimento para que se torne de fato integral.

Em todo o mundo, busca-se desenvolver novos modelos e promover a integração de saúde mental na APS, visto que esta deve prover assistência resolutiva, tendo como maior benefício a proximidade com o território em que atua, detendo conhecimentos sobre os sujeitos do cuidado (indivíduo, família ou comunidade) (BRASIL, 2017a).

A ESF vem como forma de expandir, qualificar e consolidar a APS, reorientando o processo de trabalho, contando com uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista

ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017b).

Tanto a Saúde Mental como a ESF têm apresentado novas modalidades de cuidado do processo de adoecimento, fazendo uso de tecnologias inovadoras que favoreçam esse processo. Pautando-se nos princípios e diretrizes do SUS e atendendo ao que é defendido pela RPB, ambos compreendem que o cuidado requer envolvimento com o outro, demanda co-responsabilização pelo outro, envolvimento com o sofrimento do outro, solidarizando-se com sua situação, para então atuar sobre ela em conjunto e não apenas de maneira prescritiva, nem como se obtivesse já todas as respostas (HIRDES, 2009).

Souza e Rivera (2010) apontam ainda as seguintes semelhanças: a articulação de conhecimentos e práticas; o acolhimento dos usuários; a responsabilização pela clientela atendida no território; o estabelecimento de vínculos entre os sujeitos envolvidos; e a integralidade do cuidado.

A partir da Política Nacional de Saúde Mental, instituída pela Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, a aproximação da saúde mental e da APS faz-se necessária (BRASIL, 2001), devendo-se obedecer ao modelo de base territorial e de atuação transversal com outras políticas específicas, buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento (BARONI; FONTANA, 2009).

O próprio MS reconhece a necessidade do diálogo da APS e da saúde mental, como pode-se constatar no trecho:

O Ministério da Saúde estimulou ativamente nos últimos anos a inclusão, nas políticas de expansão, formulação, formação e avaliação da Atenção Básica, de diretrizes que remetessem à dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas mais graves de saúde mental. Essas diretrizes têm enfatizado a formação das equipes da atenção básica e o apoio matricial de profissionais de saúde mental junto a essas equipes (BRASIL, 2007, p. 21).

A APS, enquanto integrante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tem responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL,

2011), ações estas “concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades” (BRASIL, 2013, p. 22), potencializadas pelo modelo assistencial empregado pela ESF.

Estas ações precisam estar onde as pessoas estão para que haja inversão a o paradigma asilar, compreendendo que o foco da atuação é no conjunto de vínculos, de relações compartilhadas, não mais no sujeito em sua especificidade individual. Desta forma, a acessibilidade geográfica determinará uma maior facilidade de ser atendido, propiciando maior capacidade de planejar e decidir de modo participativo (HIRDES, 2009).

Elas podem ser realizadas a partir dos seguintes arranjos e dispositivos de atenção em saúde mental (PORTO, 2012; BRASIL, 2013): acolhimento/avaliação de risco/análise da demanda; intervenções breves na crise; projetos terapêuticos singulares (PTs); responsabilização do sujeito; referência e contra referência; estratégias de redução de danos; ações educativas (salas de espera, grupos educativos, educação em serviço, ações comunitárias); práticas integrativas e complementares; visitas domiciliares; clínica ampliada.

Rocha *et al.* (2018, p. 1), ao estudar os itens do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica que melhor avaliam a capacidade de oferta de cuidados em saúde mental, apontam que são aspectos relevantes na discriminação da capacidade de ofertar cuidados em saúde mental pelas equipes de atenção básica: “a estratificação do risco para gestão do cuidado, o acompanhamento dos casos mais graves, o atendimento em grupo e as ações preventivas e de promoção da saúde”.

A OMS (2008) traz que para que as ações de saúde mental possam ser integradas à APS é necessário que sejam pontuais e factíveis, intersetoriais, sendo necessário, como preconizado (BRASIL, 2011), um serviço responsável pela coordenação da saúde mental (geralmente o Centro de Atenção Psicossocial de referência, quando ausente, a própria UAPS encarrega-se do serviço), propiciando suporte às UAPS, bem como capacitação em serviço (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

Aponta, ainda, as seguintes justificativas para a integração entre as ações de Saúde Mental e a APS: a elevada carga de doença dos transtornos mentais; a conexão entre problemas de saúde física e mental; o enorme gap terapêutico dos transtornos mentais. Além disso, a APS oferece para a SM (WHO, 2008) aumento do

acesso, promoção dos direitos humanos neste campo; disponibilidade e custo-efetividade; e bons resultados clínicos.

A partir do exposto, APS é o nível de atenção com maior potencial para poder realizar a inclusão do sujeito com transtorno mental em seu meio social, promovendo novos meios de relacionamento com a loucura, a partir da compreensão de seu território social e familiar (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011). Desta forma, a integração entre saúde mental e atenção primária pode cumprir um papel importante na redução do estigma (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Por mais que haja referências que explicitem esta importância, ainda se verifica dificuldade da implementação das ações de saúde mental, sendo constantemente necessário reavaliar como está a relação entre o serviço de referência e o serviço da APS, através das UAPS, para garantia da efetividade da assistência prestada a partir do desenvolvimento adequado das ações (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011; WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Identifica-se, a partir de estudos realizados, que ainda há uma lacuna quanto a formação dos profissionais que atuam na atenção primária, explicitada por eles mesmos, sendo que sem que haja uma qualificação, a assistência permanecerá defasada (MYKLETUN *et al.*, 2010; JENKINS *et al.*, 2013; HALON *et al.*, 2016).

GRUPOS DE SAÚDE MENTAL E UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Enquanto proposta potente de intervenção psicossocial na APS, tem-se o trabalho por meio de grupos, com condução estimulada a ser multidisciplinar, visando enriquecimento da ação. O processo grupal, desde que bem pensado em sua finalidade, estrutura e manejo, permite uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seria alcançável em um atendimento de tipo individualizado (BRASIL, 2013).

Contudo, há dificultadores da implementação deste tipo de processo de trabalho, visto que as evidências apontam ainda enquanto necessário a superação, por parte dos profissionais, da concepção limitada frente ao sofrimento psíquico, o que impede que seja desenvolvida um cuidado que amplie as condições do sujeito enquanto protagonista (BENEVIDES *et al.*, 2010; BERNARDO; GARBIN, 2011).

Defende-se a utilização das estratégias grupais a partir da avaliação de dados internacionais de prevalência adotados pelo MS (BRASIL, 2009) que apontam que 3% da população apresenta transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de

cuidados contínuos. Em relação aos que possuem transtornos mentais leves, demandando cuidados eventuais, sendo indicação para abordagem da APS, tem-se de 9% a 12%.

O grupo deve ser conduzido de maneira a potencializar a autonomia dos usuários, permitindo que cada um tenha voz, estando de corpo presente, de maneira a implicar-se cada vez mais ativamente em seu processo de cuidado (BENEVIDES *et al.*, 2010; BRASIL, 2013). Para além da sociabilidade trabalhada no espaço do grupo, Minozzo *et al.* (2012) acreditam na capacidade desinstitucionalizante e de ampliação da autonomia, trazendo que a interação grupal inspira a criação de novos laços sociais nos espaços pelos quais os sujeitos perpassam.

O espaço-grupo deve ser entendido não só pelos participantes, mas também pelos facilitadores, enquanto produtor de saúde, com impacto nos determinantes sociais da saúde, bem como compromisso social com finalidade de impacto na determinação social da saúde de sujeitos e coletividades (BENEVIDES *et al.*, 2010; BERNARDO; GARBIN, 2011; BRASIL, 2013).

Minozzo *et al.* (2012) refletem acerca da relação entre a singularidade e os grupos, compreendendo que a participação faz com que os sujeitos se voltem a si, percebendo-se de uma forma integral, e não apenas como portadores de um diagnóstico médico e dependentes de drogas utilizadas para o tratamento. Desperta o insight quanto ao macro que os envolve e a complexidade que são.

Os grupos podem (MUNARI; FUREGATO, 2003; MINOZZO *et al.*, 2012):

- a) oferecer suporte, que são aqueles focados em ajudar em pessoas períodos de adaptação a mudanças, períodos de crises e manutenção à novas situações, através de trocas de experiências;
- b) realizar tarefas, valorizando a contribuição de cada indivíduo e do respeito através da realização de atividades, sejam simples ou complexas;
- c) socializar, ajudando pessoas em processo de perda ou que interromperam seus vínculos sociais, através da oportunidade de ressocializar;
- d) aprender mudanças de comportamentos, promovendo hábitos mais saudáveis, fornecendo informações e motivação pela troca de experiência;
- e) treinar relações humanas, estimulando o autoconhecimento e melhorando os relacionamentos interpessoais, na vivência do aqui e agora para que sejam realizadas atividades que promovam feedback;
- f) oferecer psicoterapia: promover insight ou mudança de comportamentos, através do uso de várias teorias de psicoterapia, requerendo que os indivíduos possuam certo grau de entendimento de si e de seus problemas.

Além disso, outros elementos estruturais precisarão ser estabelecidos para que a atividade alcance o objetivo proposto e para que se direcione o preparo do profissional, como que tipo de linguagem, técnicas, dinâmicas e recursos materiais

serão utilizados. A definição de clientela poderá informar o nível de contribuição que os membros darão ao grupo, por exemplo, definindo-se a idade, o sexo e o problema que estes apresentam, formando grupos homogêneos ou heterogêneos (MUNARI; FUREGATO, 2003).

O nível de prevenção, correlacionado com os usuários, poderá nortear quais serão os tipos de atividades propostas e a conduta profissional de acordo com as necessidades. O grau de estrutura é importante para que se visualize o quanto um grupo será organizado ou não, tendo como exemplo o uso de agenda aberta ou fechada para a inclusão de membros. A partir desses fatores, define-se a orientação teórica, que será o tipo de condução que o grupo terá a partir de uma linha de abordagem (MUNARI; FUREGATO, 2003; TRES, 2015)

O planejamento segue na adequação das condições físicas para que as atividades aconteçam, ou seja, na delimitação da duração, da quantidade de encontros, local, número de coordenadores da atividade e número de participantes, lembrando-se de promover um local produtivo, que ofereça conforto e privacidade a todos (MUNARI; FUREGATO, 2003)

Além de se definir os grupos a partir dos fatores já expostos, pode-se defini-los também com base nos seus fatores curativos. Esses fatores são características que o grupo apresenta, atribuindo a ele valor terapêutico. Ou seja, essas condições vão regular tanto a postura do coordenador, quanto o nível das relações interpessoais naquele meio (MUNARI; FUREGATO, 2003; SANTOS *et al.*, 2010)

É importante estar aberto a compartilhar de si com os outros, para que o sentimento de troca seja genuíno, além de oferecer um espaço para que todos se sintam confortáveis em socializar, através de técnicas e dinâmicas que auxiliem na ressignificação dos sentimentos e experiências expostas (MUNARI; FOREGATO, 2003; TRES, 2015). A partir deste momento, começa-se a visualizar uma mudança de comportamentos que torna tanto os coordenadores, quanto os participantes, espelhos uns dos outros, evidenciando novas perspectivas e mudanças individuais, ainda que pequenas (MUNARI; FOREGATO, 2003; SANTOS *et al.*, 2010).

Algo comum nos grupos é a verificação das possibilidades de estar vivenciando situações semelhantes dentro e fora do grupo, já que um dos processos mais complexos e o primeiro fator curativo de um grupo, é o aprendizado pessoal e o grupo aonde a atividade educativa está sendo proposta, nada mais é que um micro complexo social da comunidade. Contudo, o aprendizado pessoal só é evidenciado a partir do

momento que existe a coesão grupal, isto é, a manutenção dos objetivos, abordagem e vínculos criados dentro do grupo, do início ao fim do mesmo (MUNARI; FOREGATO, 2003; FRIEDRICH *et al.*, 2017).

Quando a coesão grupal é conquistada, pode-se observar a catarse, que é um fenômeno onde sentimentos com valor terapêutico são expressos e induzem melhorias no grupo, ajudando na sua condução para o objetivo proposto, caso sejam bem canalizados e os membros consigam lidar com eles (LOOMIS, 1979 apud MUNARI; FOREGATO, 2003).

Após o planejamento e execução da atividade grupal, outro importante momento é a avaliação. Nela, serão considerados os objetivos predefinidos, as necessidades apresentadas pelos membros, a coesão grupal e a avaliação constante dos encontros (MUNARI; FOREGATO, 2003), resultando na avaliação final: as necessidades foram supridas? Os membros conseguiram atingir o objetivo proposto? O grupo foi bem conduzido para que o objetivo fosse conquistado? Os limites foram superados? As possibilidades foram exploradas para que o grupo alcançasse o sucesso?

O trabalho com grupos na APS relacionado a temáticas de saúde mental deve sempre visar superar o aspecto da normalização do cuidado de pessoas que estejam em sofrimento mental significativo ou mesmo que convivam com algum transtorno mental (BRASIL, 2013). Dentro deste contexto, o MS (BRASIL, 2013) faz duas sugestões quanto que deve ser evitado: a formação de grupos por tipologia de agravos ou sofrimento psíquico, uma vez que o grupo seja espaço para reconhecimento de si para além da doença, mas sim enquanto sujeito pertencente a um território; e a utilização do grupo como lugar de abordagem, visto que o espaço do grupo é para constante construção de subjetividade e relação, não de realização de intervenções individuais.

Os grupos de saúde mental desenvolvidos na APS vêm a se constituir um dispositivo da reforma psiquiátrica quando promovem rupturas nas suas formas de cuidado com a vida com base em moldes biomédicos e possibilitando o reconhecimento da importância de que cada sujeito se corresponsabilize pelo seu processo de cuidado, sendo que sem que isso ocorra, os avanços serão mais lentos ou mesmos não serão efetivos, à medida em que ocorrerão retrocessos.

Minozzo *et al.* (2012, p.336) trazem que: “o grupo de saúde mental, na perspectiva da atenção psicossocial, institui mudanças na relação dos usuários

consigo mesmos, com o tratamento e com a lógica dos especialismos na saúde mental”. Tres (2015) em seu estudo conclui a importância do trabalho em grupo na saúde mental devido não só à boa aceitação dos participantes, mas também à sua efetividade para além das demandas psíquicas, influenciando também nas demandas clínicas que podem ser apresentadas, visto o caráter de assistência integral.

Enquanto proposta de grupo indicada pelo MS (BRASIL, 2009), tem-se o grupo operativo, que ocorre a partir da mobilização de pessoas que compartilhem necessidades semelhantes, reunindo-se para desenvolver uma tarefa ou mesmo atuar frente a um objetivo comum. Cada um, dentro de sua singularidade, participa de maneira a defender suas opiniões ou mesmo manter-se apenas observando (FREIRE, 2000 apud BRASIL, 2013).

Osório (2003), a partir do que é citado pelo MS (BRASIL, 2013, p. 124), aponta enquanto objetivo dos grupos operativos: “solução de situações estereotipadas, dificuldades de aprendizagem e comunicação, considerando a ansiedade vivenciada diante da perspectiva de mudança que se opera”. Desta forma, há grande potencial para despertar mudança, uma vez que tensiona conflitos, inseguranças e medos.

O MS (2013) traz que os grupos operativos abrangem quatro campos de atuação:

- 1) Ensino-aprendizagem: cuja tarefa essencial é refletir sobre temas e discutir questões de interesse comum;
- 2) Institucionais: grupos formados em escolas, igrejas, sindicatos, promovendo reuniões com vistas ao debate sobre questões de seus interesses;
- 3) Comunitário: pode ser utilizado nos programas de Saúde em que profissionais são treinados para a tarefa de integração e incentivo a capacidades grupais;
- 4) Terapêutico: objetiva a melhoria da situação de sofrimento.

Pichon-Rivière (1998), a partir do que é citado pelo MS (2013), estabelece cinco papéis que constituem um grupo: líder de mudança, aquele que contribuirá para a condução do grupo de forma ativa; líder de resistência, que por vezes será quem irá tentar desandar com o grupo, interferir negativamente nas discussões realizadas, contrapondo as ações do líder de mudança; bode expiatório, que busca evitar a problematização de temas que causem desconforto e, desta forma, desfavorece o tensionamento; representantes do silêncio, que permanecem em constante observação e, por não expressarem-se verbalmente tal como os demais, obrigam que os outros interajam; porta-voz, aquele que traz para o foco a angústia do que está sendo lidado ou apresenta o problema que perpassa o grupo.

Outra proposta de intervenção em grupo é a Terapia Comunitária (TC), criada em 1987 pelo professor médico, doutor em Psiquiatria e em Antropologia (também, licenciado em Filosofia e em Teologia) Adalberto de Paula Barreto, da Universidade Federal do Ceará, com base em conhecimentos acumulados em sua formação.

A TC é um espaço que proporciona a fala e expressão do sofrimento e das situações de crise, sendo importante instrumento de resgate cultural e da autoestima. Apresenta-se enquanto exercício de inclusão e de valorização das diferenças e dos referenciais positivos de cada sujeito (BARRETO, 2008). Faz-se uma proposta interessante para a área de saúde mental visto que está relacionado a propostas de inclusão e reabilitação psicossocial de seus participantes (CARVALHO *et al.*, 2013).

Ela é destinada a pessoas que estejam em sofrimento ou que demonstrem interesse em participar, não havendo limitação quanto a faixa etária ou mesmo origem do sofrimento (BARRETO, 2008). Esta metodologia propõe, de maneira prática e eficiente, abordar e acolher o sofrimento humano consequente a uma sociedade moderna, estimulando o fortalecimento de redes sociais, pautando a prevenção de evolução de problemas familiares e sociais para doenças (MOURÃO *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2017; ARAÚJO *et al.*, 2018).

De acordo com Carvalho *et al.* (2013, p.2030), a TC permite “trabalhar com grupos distintos e característicos de maneira dinâmica, participativa e reflexiva, que oportuniza um espaço aberto para exposição de problemas e inquietações que repercutirão no diálogo em favor da busca de soluções para os conflitos emanados”.

A partir da publicação da Portaria nº. 771/2006 que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas (PNPIC), a TC passa ser reconhecida pelo MS como Prática de Saúde Integrativa e Complementar especialmente em relação à Saúde Mental das pessoas da comunidade.

A TC ocorre a partir do respeito ao princípio da circularidade e horizontalidade da comunicação, com problematização enquanto princípio pedagógico, buscando valorizar sempre os recursos pessoais e as raízes culturais (BARRETO, 2008).

Na elaboração da metodologia da TC, Adalberto Barreto se apoiou em, basicamente, cinco pilares teóricos (BARRETO, 2008):

- a) Pensamento Sistêmico: que parte do princípio de que grande parte dos objetos da física, biologia, sociologia, organismos, sociedades, entre outros, constituem sistemas. A partir disso, compreende-se que as crises e os problemas pessoais só podem ser solucionados se percebidos também enquanto componentes de um sistema complexo demandando intervenções a nível biopsicossocial;

- b) Teoria da Comunicação: utilizada por Adalberto Barreto a partir de sua compreensão de que a comunicação, seja ela verbal, não verbal e paraverbal, permeia todos os âmbitos da sociabilidade, seja individual ou em grupo;
- c) Antropologia Cultural: que valoriza as diferentes culturas em que as pessoas estão inseridas, entendendo que não há construção do sujeito que não a partir do ambiente em que se encontra, e que é a partir deste contexto que há possibilidade de se reconhecer, identificar, aceitar e assumir;
- d) Pedagogia de Paulo Freire: visto que Adalberto Barreto compreende que cada sujeito possui conhecimento e que este é construído em conjunto, de maneira dialógica, com base na reciprocidade;
- e) Resiliência: construção de saber através do enfrentamento das dificuldades.

A TC é desenvolvida em cinco etapas (BARRETO, 2008): acolhimento, no qual se pode utilizar de dinâmicas para recepção e integração das pessoas participantes; escolha do tema, a partir do interesse comum do grupo; contextualização, com breve discurso sobre o tema escolhido; problematização, em que se discute de que forma aquele tema escolhido permeia a todos que estão participando; encerramento, sempre com viés positivo, resgatando o que foi dialogado e fortalecendo quem tiver participado do grupo; avaliação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se pensar sobre o modelo assistencial vigente para as pessoas portadoras de transtornos mentais, de acordo com a Lei 10.216/2001, tem-se a atenção psicossocial como foco. Desta forma, deve-se sempre visar a autonomia da pessoa atendida, num processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania.

Os grupos são importantes ferramentas para a conscientização crítica dos indivíduos a respeito de seu meio social e suas condições de vida e saúde. Apresentam potencial latente enquanto intervenção psicossocial, necessitando valorização das ações nesta metodologia.

Percebe-se que a prática grupal não só não é estanque, atendendo à dinamicidade das demandas da comunidade, como também pode se apresentar de maneiras distintas, de tal forma que os profissionais podem procurar pela metodologia que melhor se adequar ao processo de trabalho, favorecendo a aplicabilidade. Destaca-se ainda que estas práticas são estimuladas por se compreender que, mesmo quando há necessidade de formação específica, todos os profissionais do serviço são capazes de contribuir e prestar assistência por elas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.D.C. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. *In*: Fernandes, M.I.A.; SCARCELLI, I.R.; COSTA, E.S. **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo, Instituto de Psicologia USP, 1999. p.47-53

ARAÚJO, M. *et al.* A Terapia Comunitária: criando redes solidárias em um Centro de Saúde da Família. **RPESM**, [on-line], n. 19, p.71-76, jun. 2018.

BARONI, D. P. M.; FONTANA, L. M.. Ações em saúde mental na atenção primária no município de Florianópolis, Santa Catarina. **Mental**, [on-line], v. 7, n. 12, p.15-37, jan./jun. 2009.

BARRETO, A. P. **Terapia comunitária: passo a passo**. 3. ed. Fortaleza: LCR; 2008.

BENEVIDES, D.S. *et al.* Mental healthcare through therapeutic groups in a day hospital: the healthcare workers' point of view. **Interface - Comunic, Saude, Educ**, [on-line], v.14, n.32, p.127-138, jan./mar. 2010.

BERNARDO, M. H.; GARBIN, A. C.. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. **Rev Bras Saúde Ocup**, [on-line], v. 36, n. 123, p.103-117, jan./jun. 2011.

BRASIL. Lei nº 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. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, janeiro de 2007, 85p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS**: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPES. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 19 slides, color.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017b.

CARVALHO, M. A. P. *et al.* Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. **Cad Saúde Pública**, [on-line], v. 29, n. 10, p.2028-2038, out. 2013.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A.. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, [on-line], v. 45, n. 6, p.1501-1506, dez. 2011.

COSTA-ROSA, A.. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

FRIEDRICH, T. L. *et al.* Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. **Interface (botucatu)**, [on-line], v. 22, n. 65, p.373-385, 7 ago. 2017.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE COLLABORATIVE NETWORK (GBD). **Global Burden of Disease Study 2016 Results**. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017.

HANLON, C. *et al.* District mental healthcare plans for five low-and middle-income countries: Commonalities, variations and evidence gaps. **Br J Psychiatry**, [on-line], v. 208, suppl. 56, p.s47-s54, jan. 2016. Royal College of Psychiatrists.

HIRDES, A. **Reabilitação Psicossocial**: dimensões teórico-práticas do processo. Brasil: EDIFAPES, 2001. 208p.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc Saúde Coletiva**, [on-line], v. 14, n. 1, p.297-305, jan./fev. 2009.

JENKINS, R. *et al.* Health system challenges to integration of mental health delivery in primary care in Kenya- perspectives of primary care health workers. **BMC Health Serv Res**, [on-line], v. 13, n. 1, 30 set. 2013.

JORGE, M. S. B. *et al.* Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev Bras Enferm**, [on-line], v. 59, n. 6, p.734-739, nov./dez. 2006.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S.. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, [on-line], v. 38, n. 102, p.593-606, jul./set. 2014.

MARTINS, A. A.. **Abordagem de saúde mental na atenção primária**: revisão de literatura. 2011. 31 f. Monografia (Especialização) - Curso de Pós Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2011.

MINOZZO, F. *et al.* Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. **Fractal: Rev Psicol**, [on-line], v. 24, n. 2, p.323-340, ago. 2012.

MOURÃO, L. F. *et al.* Terapia Comunitária como novo recurso da prática do cuidado: revisão integrativa. **SANARE**, [on-line], v. 15, n. 2, p.129-135, jun./dez. 2016.

MUNARI, D. B.; FUREGATO, A. R. F.. **Enfermagem e Grupos**. 2. ed. Goiânia: Ab, 2003. 96 p. Coleção Curso de Enfermagem.

MYKLETUN, A. *et al.* General practitioners' opinions on how to improve treatment of mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred Norwegian general practitioners. **BMC Health Serv Res**, [on-line], v. 10, n. 1, 9 fev. 2010.

OLIVEIRA, S. M. *et al.* Rodas de terapia comunitária: construindo espaços terapêuticos para idosos em comunidades quilombolas. **Rev Enferm UFSM**, [on-line], v. 7, n. 4, p.712-724, out./dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OMS/OPAS). **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). 1990 nov. 14; Caracas, Venezuela. Caracas: OMS/OPAS; 1990.

PORTO, K. F.. **Elementos para uma política de avaliação das ações de saúde mental na atenção primária**: contribuições de uma pesquisa qualitativa avaliativa. 2012. 257 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-sp, 2012.

RIBEIRO, S. F. R.. Grupo de expressão: uma prática em saúde mental. **Rev SPAGESP**, [on-line], v. 8, n. 1, p.25-35, jan./jun. 2007.

ROCHA, H. A. *et al.* Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. **Rev. Saude Publica**, [on-line], v. 52, p. 17, 2018.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. *In*: Pitta, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 13-18.

SOUZA, A. C.; RIVERA, F.J.. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Tempus Actas Saude Colet.**, [on-line], v. 4, n. 1, p. 105-114, 2010.

STARFIELD, B.. Is primary care essential? **Lancet**, [on-line], v. 344, n. 8930, p.1129-1133, 1994.

STARFIELD, B.. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco Brasil, Ministério da Saúde; 2004.

TRES, R.. **Grupos de saúde mental na atenção básica**: a importância do cuidado para o paciente. 2015. 17 f. Monografia (Especialização) - Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Estratégia de Saúde da Família, Universidade do Oeste de Santa Catarina, Santa Catarina, 2015.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F.. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface (botucatu)**, [on-line], v. 19, n. 55, p.1121-1132, dez. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Integrating mental health into primary care**: A global perspective. WHO, 2008. 224 p. 224 f.

Capítulo 10

O CORPO ATRAVÉS DE UMA PROPOSTA EPISTEMOLÓGICA OUTRA: CORPOS FRONTEIRIÇOS PARA UMA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO NA EDUCAÇÃO FÍSICA

Marcio Rogerio Bresolin

O CORPO ATRAVÉS DE UMA PROPOSTA EPISTEMOLÓGICA OUTRA: CORPOS FRONTEIRIÇOS PARA UMA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO NA EDUCAÇÃO FÍSICA

Marcio Rogerio Bresolin

*Mestrando no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Educação
PROFEDUC e do NAV(r)E – Núcleo de Artes Visuais em (re)Verificações
Epistemológicas – UEMS/CNPq; Campo Grande, Mato Grosso do Sul; Brasil;
marcio.bresor9@gmail.com.*

Resumo

Este trabalho oferece um caminho *outro* de ensino e aprendizagem por meio da disciplina de Educação Física sendo capaz de proporcionar saberes e cultura, tanto na escola, como em outros espaços sociais, com uma ciência de saber cultural. Os referenciais teóricos utilizados para a execução desta proposta serão: Bessa-Oliveira (2018), Faria; Bessa-Oliveira (2019), Mignolo (2003), entre outros. Com isso, permite-se integrar temas, assuntos, conteúdos disciplinares e da realidade dos discentes proporcionando uma renovação da prática pedagógica, por meio da formação integral que relaciona o corpo, conhecimentos e culturas, podendo desvincula-la do modelo tecnicista para também se livrar de padrões. Gerando um “método” de ensino aprendizagem, transportando consigo possibilidades outras e descoloniais que vislumbram os corpos/sujeitos enquanto produtores de conhecimentos/saberes libertadores e contra-hegemônicos. Pois, entende-se que o profissional de Educação Física tem a responsabilidade de tirar esse discente do entre muros da escola, intensificando estudos, reflexões desse corpo/aluno no seu local de interação, a partir de suas experiências, atrelados a práticas ativas na disciplina de Educação Física como produtora epistêmica de valores e conhecimento.

Palavras-Chave: Aprendizagem; Cultura; Educação Física.

Abstract

This work offers another way of teaching and learning through the discipline of Physical Education, being able to provide knowledge and culture, both at school and in other social spaces, with a science of cultural knowledge. The theoretical references used for the execution of this proposal will be: Bessa-Oliveira (2018), Faria; Bessa-Oliveira (2019), Mignolo (2003), among others. With this, it is possible to integrate themes, subjects, disciplinary contents and the reality of the students, providing a renewal of the pedagogical practice, through the integral formation that relates the body, knowledge and cultures, being able to detach it from the technical model to also get rid of of patterns. Generating a “method” of teaching and learning, carrying with it other and decolonial possibilities that envision bodies/subjects as producers of liberating and counter-hegemonic knowledge/knowledge. Therefore, it is understood that the Physical Education professional has the responsibility of taking this student out of the

school walls, intensifying studies, reflections of this body/student in their place of interaction, based on their experiences, linked to active practices in the discipline of Physical Education as an epistemic producer of values and knowledge.

Keywords: Learning; Culture; Physical education.

Introdução

A proposta deste artigo é fazer reflexões *outras* através da disciplina de Educação Física por meio das experiências no meio escolar. Reflexões que permitam ir além das metodologias e livros didáticos formatados e implantados pela lógica da modernização, progresso e racionalização capitalista que na sua maior parte silencia corpos/sujeitos. Pensando no cotidiano escolar, que deve ser atravessado por uma perspectiva descolonial e constituindo (re)construções, discussões e transformações, intenta-se restaurar vozes, experiências, memórias, identidades e histórias dos subalternos que por vezes são negligenciados na construção de saberes.

Carmem Lúcia Soares (2009) atribui e concebe a importância a área da Educação Física, pois a esta “será necessário se desvincular do paradigma de tecnicistas a ela atribuída”, avançar de modo a focar em horizontes do saber perpetrar, aos educandos e educandas a emergencial reflexão no que fazer, no que experimenta e no que sente, o que mais uma vez indica a possibilidade de saberes multiculturais como apresentada pelo crítico cultural Stuart Hall (2016, p. 21):

Em parte, nós damos significados a objetos, pessoas e eventos por meio de paradigmas de interpretação que levamos a eles. Em parte, damos sentido às coisas pelo modo que as utilizamos ou as integramos em nossas práticas cotidianas. É o uso que fazemos de uma pilha de tijolos com argamassa que faz disso uma “casa”; e o que sentimos pensamos ou dizemos a respeito dela é o que faz dessa “casa” um lar (HALL, 2016, p. 21).

Ao se referir ao paradigma de interpretação através de práticas cotidianas, podemos ver a capacidade do corpo/aluno/indivíduo(a), de poder se (re)inventar, de construir valores culturais, de constante mudança e desenvolvendo conhecimento e aprendizagem através do processo multidisciplinar e descolonial numa forma diferenciada que transpassa as práticas tradicionais de ensino. Ao relatar sobre o conhecimento *outro* pós-colonial/descoloniais se faz necessário também lembrar que nos Estudos Culturais se constituem a evolução e uma compreensão de conjunto de conhecimentos.

Conservando esses esforços em mente, podemos começar dizendo que os Estudos Culturais constituem um campo interdisciplinar, transdisciplinar e algumas vezes contra-disciplinar que atua na tensão entre suas tendências para abranger tanto uma concepção ampla, antropológica, de cultura, quanto uma concepção estreitamente humanística de cultura. (NELSON, TREICHLER & GROSSBERG, 1992, p.13).

Diante desse discurso é possível justificar que o caminho epistêmico de descolonizar o corpo/aluno/a vai além de inter, trans e contra-disciplinar, e sim uma concepção ampla de conhecimento, e não conhecimento do livro didático ou reproduções mecânicas. São capacidades autênticas desse corpo/aluno produzir conhecimento e cultura a partir do seu lugar, trazer para si qual a significância das emoções da prática de uma modalidade esportiva, ser *anthropos* humano, real e valorizando a corporeidade humana.

A proposta epistemológica de produção de conhecimentos beira o antidisciplinar, exatamente porque pensar descolonialmente a Educação Física é privilegiar uma abordagem inter, multi e trans, mas essencialmente culturais. Quer dizer, raciocinar a Educação descolonialmente é priorizar um conjunto de saberes e conhecimentos que estão na ordem das diferenças culturais: intercultural, multicultural ou transcultural quando se quer, no caso desses últimos, esses saberes e conhecimentos, os corpos e as sensibilidades *biogeográficas* dessas e desses sujeitos culturais em diálogos e convivialidades.

Para Maria Augusta Salin Gonçalves (1994) a corporeidade humana é fruto de uma construção social que difere tanto entre sociedades distintas, quanto na mesma sociedade devido a fatores como sexo, idade, religião e classes sociais. Essa compreensão fez com que o homem e a mulher (sujeitos) obtivessem concepções variadas de maneiras como o corpo deveria ser tratado. Ora, se o corpo é o principal instrumento de comunicação entre o indivíduo e o ambiente social que se insere, porque limitamos suas experiências apenas as práticas esportivas e muitas vezes voltadas ao rendimento e com ênfase na aptidão física?

Problematizar questões como essas são essenciais para uma prática *outra* da/na Educação Física Escolar ser pensada, formulada e praticada. Pois, apesar do aspecto “livre” que a disciplina carrega consigo, pode facilmente ser questionado quando nos deparamos com uma prática totalmente tecnicista e reducionista que em sua maioria são as modalidades esportivas importadas.

Construindo caminhos na perspectiva descolonial através da Educação Física

Na América do Sul, na América Central e no Caribe, o pensamento descolonial vive nas mentes e corpos de indígenas bem como nas de afro-descendentes. As memórias gravadas em seus corpos por gerações e a marginalização sócio-política a qual foram sujeitos por instituições imperiais diretas, bem como por instituições republicanas controladas pela população crioula dos descendentes europeus, alimentaram uma mudança na geo e na política de Estado de conhecimento (MIGNOLO, 2008, p. 291).

Iniciamos com a epígrafe do autor Walter Mignolo que examina o pensamento descolonial constante nas mentes dos corpos dos indígenas e dos afrodescendentes, etnias literalmente marginalizadas pelos descendentes europeus. Infelizmente esses corpos de negros, índios, mulheres, gays, lésbicas, obesos, dentre tantos outros, acabam sendo negados e excluídos dos padrões de beleza mundial (corpos brancos, altos, magros e cabelos loiros, falantes das seis línguas oficiais e de crenças religiosas de matrizes cristãs), que institui o menino usando azul e *short* e a menina vestindo rosa e saia.

Contraditoriamente à lógica da razão moderna, os corpos de indígenas, negros, mulheres, pessoas de sexos não binários, entre muitas outras “categorias” de corpos descategorizados pelos padrões euros-estadunidenses, sequer têm consideradas suas especificidades para serem legitimados como corpos viventes. A saber: os corpos indígenas que sequer estão preocupados, por exemplo, com as vestimentas do suposto homem brando; o corpo negro que, por sua vez, tem nas cores de origens africanas as características e peculiaridades do pertencimento às diferentes e diversas sociedades. Do mesmo modo, as pessoas que não estão restritos às classificações binárias de gênero sequer têm de-limitadas suas atuações e desejos sexuais. Esses, por suas vezes, em muitos casos, não se preocupam em pertencer às religiões de matrizes cristãs que, na sua grande maioria, impõem padrões até para as crenças e fés.

Talvez essas imposições encontrem correspondência em diversas situações: nas modalidades esportivas, em que somente o menino joga futebol e a menina apenas o vôlei. E quando isso se dá ao contrário, o menino é taxado como “viado”¹² e

¹² Termo usado para se referir ao homem homossexual que tem trejeitos afeminados.

a menina “sapatão”¹³, já que os valores impostos pela sociedade, dizem que meninas são frágeis e meninos são fortes. Este segundo capítulo intitulado como “O CORPO ATRAVÉS DE UMA PROPOSTA EPISTEMOLOGICA OUTRA: corpos fronteiriços para uma produção de conhecimento na Educação Física”, nos convida a falar desse corpo “negado” e “rotulado”, para a construção de um novo caminho, através de uma proposta epistemológica outra, com corpos que produzem conhecimento.

Através desses discursos, esses sistemas de pensamento compostos de atitudes crenças, ideias, padrões de práticas e ação que permitem ou restringem o que pode ser dito ou feito em um determinado momento e lugar. Assim, ao contrário do discurso pedagógico tradicional, o discurso somático¹⁴, é concebido para facilitar procedimentos que permitam aos seus praticantes entrar em estados físicos de atenção e escuta, ao invés de buscar o corpo ideal, que não existe. Os sentidos do corpo, o corpo vivo, o corpo sensível, na experiência, segundo Foucault (apud FORTIN; VIEIRA; TREMBLAY, 2010).

Esse corpo está em constante desenvolvimento e aprendizagem. Permitir ou impedir o movimento (...); proporcionar ou não oportunidades de explorar e criar com o corpo; despertar ou inibir o interesse pela dança (...), modelo ou não... de alguma forma, estamos educando o corpo. Nós somos nosso corpo. Toda educação é a educação do corpo. A inatividade física também é uma forma de educação: educação da inatividade - educação da repressão. Em ambos os casos, está ocorrendo a educação do corpo. (...). Agora cabe a cada um de nós refletir. (STRAZZACAPPA, 2001, p. 79).

Por meio do processo de aprofundamento do autoconhecimento por meio do estudo do esporte, a técnica de Klauss Vianna,¹⁵ se aproxima da perspectiva de descolonial, pois a mesma, propõe algumas desconstruções pedagógicas para reafirmar seus princípios de cuidado aos envolvidos no processo educativo

¹³ Termo usado para se referir à menina homossexual que, por sua vez, carrega estigmas masculinizados.

¹⁴ Significado de Somático: adjetivo Físico ou corporal; que tem em conta o aspecto físico do corpo humano; não psíquico: sistema nervoso somático. Que se refere ao corpo com exceção das vísceras. Etimologia (origem da palavra somático).

¹⁵ É uma técnica de dança contemporânea e educação somática que propõe instruções e procedimentos que partem das questões do corpo e não de formas codificadas. Seu objetivo é o de provocar movimentos baseados nos referenciais sensoriais de quem a pratica, valorizando a experiência do sujeito. Trata-se, portanto, de um processo de investigação que provoca e proporciona, a partir de procedimentos específicos, um caminho que disponibiliza um corpo que dança (MILLER, 2012).

(professores/orientadores e alunos), seja no que se refere à saúde, ao respeito e à valorização no esporte. Singularidade, estimula a autonomia de cada aluno e proporciona atenção/escuta.

Com base nesse entendimento, observa que a TKV endossa o desrespeito à dicotomia mente-corpo, teoria e prática, e aponta para novas possibilidades de ver o corpo dançante como um organizador de ideias em movimento e não apenas um executor. Diretamente ligado a uma abordagem da prática somática que enfatiza o corpo percebido na primeira pessoa.

Por certo, o desejo é fazer evidenciar as necessidades da Educação, por exemplo, levar em consideração as diferenças corpóreas para pensar, não fugindo à regra desta pesquisa, as práticas esportivas e socioculturais de movimentos da Educação Física. Logo, a partir da epistemologia que estou buscando construir, para tratar desses corpos das diferenças, ancora-se, portanto, na ideia desse corpo que se autorreconhece como um corpo capaz de movimentar-se nas aulas, nas academias e na sociedade por meio das suas situações (educacionais) físicas. Logo, se por um lado a disciplina de Educação Física ainda hoje insistente nas escolas é uma prática de repetição ou de lazer e descanso para muitos. Minha pesquisa, por sua vez, visa a transformação desses olhares rotulares fazendo evidenciar que sim, a Educação Física, por meio de pensamentos descoloniais (docentes, dirigentes e discentes), pode ser/propor ao corpo construções de conhecimentos a partir de suas práticas culturais.

Existe também a epistemologia imperial que inventou tais classificações e categorias. Percebe-se que a inferioridade, por isso, também é um tipo de “ficção”, criada para a dominação denominada como “má sorte”, aplicada àqueles nascidos nesse contexto inferior de vida: lugares múltiplos que ocupam a exterioridade à geopolítica moderna que alija corpos das diferenças às exterioridades dos projetos hegemônicos. O conceito de desprender-se (MIGNOLO, 2015) significa não aceitar esse tipo de opção (que é considerado como má opção). Desprender-se está para a autociência do corpo que tem, logo, um corpo que se autorreconhece como é. Não se pode evitá-las, as agruras da colonialidade, mas não se precisa obedecê-las. Estamos num processo de desprendimento e para isso precisamos ser desobedientes epistemologicamente a fim de conseguir falar de conhecimentos outros. Este é o lugar que esta pesquisa tem buscado fazer evidenciar.

Tal vislumbamento, por uma epistemologia *outra* para compreende esses corpos das diferenças, quer poder pensar que todos os corpos são capazes, e o fazem, de produzir conhecimentos por meio de suas práticas (esportivas) culturais. Nesse sentido, um olhar outro, certamente, é demandado na prática docente em qualquer disciplina. Haja vista que todos os corpos são moventes e que todas as disciplinas formam sujeitos. Logo, com a Educação Física não o pode ser diferente. Pois, sem sombra de dúvidas, assim como outras Áreas de Conhecimentos específicas, já listadas aqui em nota de rodapé (p. 16), a Educação Física também tem o seu corpo específico como “objeto de estudo”. Entretanto, para mim, este corpo da Educação Física, na contemporaneidade em que as diferenças estão situadas *biogeograficamente* (BESSA-OLIVEIRA), cada vez mais, em evidência, por mais que discursos de ódio (moderno e pós-moderno) não queiram, em hipótese alguma esse corpo físico não pode estar restrito às práticas esportivas específicas, a padrões estéticos musculares de acadêmicas/estúdios de ginásticas ou a corpos de pessoas que não correspondem, por exemplo, aos corpos das pessoas comuns que desenvolvem suas atividades cotidianas.

O docente ou profissional de Educação Física capaz de re(construir) caminhos já percorridos em várias áreas de atuação

[...] é impossível formar uma nação laboriosa e produtiva sem que a educação higiênica do corpo acompanhe *pari passu*, desde o primeiro ensino até o limiar do ensino superior, o desenvolvimento do espírito. Assim, nessa quadra da vida, estará arraigado o bom hábito, firmada a necessidade, e o indivíduo, entregue a si mesmo, não faltará mais a esse dever primário da existência humana. Acredita-se, em geral, que o exercício da musculatura não aproveita senão à robustez da parte impensante da nossa natureza, à formação de membros vigorosos, à aquisição de forças estranhas à inteligência. Grosseiro erro! O cérebro, a sede do pensamento, envolve o organismo; e o organismo depende vitalmente da higiene, que fortalece os vigorosos e reconstitui os débeis (LOURENÇO FILHO, 1954, p. 109).

A Educação Física tem sido apontada, segundo aponta António Moreira (2013), por muitas modificações que têm entusiasmado sua direção conceitual e de metodologia, com reflexos evidentes em suas práticas pedagógicas adaptadas pelo professor de Educação Física. Para incluir estas alterações no nível dos métodos e práticas, recorreremos à necessidade de considerar o professor de Educação Física na

sua prática habitual, nas distintas áreas de atuação, podendo ser na área da profissão, sendo na área de formação (inicial e contínua) ou pessoal, esse corpo/sujeito que influenciará outros a partir dos seus conhecimentos pessoais e profissionais (LAHIRE, 2002; BORGES, 2003; REZER, 2007).

Pensando nessas distintas áreas de atuação que o meu subtítulo retrata, poderemos (re)construir esses caminhos percorridos de uma forma *outra*. Nesse sentido, na Educação Física como forma de produzir cultura e conhecimento na escola, na academia e no meio social, tirando o formato de uma disciplina somente para a formação do corpo modelo, de uma modalidade esportiva que seja delineada necessariamente para os torneios e competições esportivos e uma academia que seja para adoração do corpo musculoso/forte. Pois esse é o discurso ditado, na sua grande maioria sobre a educação corporal por meio da Educação Física, por um pensamento hegemônico, eurocêntrico e dualista. Assim, desconstruímos esse discurso que busca um corpo perfeito, que veja no esporte um caminho para competir e na academia a busca pela estética corporal.

A Educação Física, proposta neste artigo, não pretende desenvolver um trabalho para, ou somente, criar esse corpo perfeito dito no modelo eurocêntrico (magro, alto, “malhado” ou definido) ou fazer esse indivíduo aceitar a ideia de que tem um não-corpo. Ser livre de regras e disciplina significa dissociar esse corpo do imaginário ocidental, ou seja, está para além da dualidade entre razão x emoção, reconhecendo seus saberes e fazeres por meio de autoconsciência, como nos remete Bessa-Oliveira:

Os pensamentos aqui em exposição estão em uma fase, ainda, pode-se até dizer, primária em relação à ideia desse “não-corpo” (um corpo sem padrão externo). Isso, pois o “não-corpo” aqui está para a tentativa de pensar um corpo que se consolida livre de disciplina, normas, regras e técnicas. Quero dizer: um pensamento de um “não-corpo” está em formulação porque o corpo que reconhecemos no imaginário Ocidental como tal, ainda o é, da perspectiva que se vislumbra aqui, razão e emoção dissociados. Somos corpos ancorados por um modelo de macrossujeito histórico e geográficos específicos – um Eu que se vê como superior e maior em todos os sentidos. Ou sempre somos coração e razão sem nenhum cérebro e vísceras para constituição de seus saberes e fazeres com arte. Corpos tratados unilateralmente por áreas do conhecimento que atuamos nas academias – universidades e escolas – brasileiras que visam especificidades postas na cultura latino-americana por culturas que detêm o poder de decidir que corpo Ocidental deve estar em evidência (BESSA-OLIVEIRA, 2019, p. 92-93).

Na cidade de Maracaju, Mato Grosso do Sul, é onde sou proprietário de um *Studio*¹⁶ de treinamento funcional. Há casos de pessoas que estão naquele local para viver seu momento emoção, estar ali têm um significado enorme, definido como “sair do mundo que a sufoca”. Pois a maioria, por incrível que pareça, não está preocupada em ter aquele corpo ocidental que está em evidência (“abdômen trincado” e “bumbum na nuca”), querem somente dissociar a emoção da razão colonizadora eurocêntrica. Esse caminho de descolonizar, (re)pensar e (re)construir, fornece meios de prazeres e emoções, desconstruindo o clichê de que academias servem somente para a definição de um corpo físico bonito. Dessa forma, atendemos pessoas que gostam de estar neste local, não somente para a atividade física, mas para ter seu momento de lazer e prazer, de reconhecimento e também encontros entre seus pares.

Esse sujeito social, corpo social, o corpo subalterno, carregado de histórias e produtor de conhecimento, o mesmo não tem valor pela ciência moderna: pensar em justificar esses conhecimentos é quase uma miragem. Essa responsabilidade de proporcionar valores para o corpo/sujeito/academia/lazer estará sempre vinculada ao educador/professor/treinador na troca entre/de saberes *outros*. Muitas vezes, esse corpo, que se vê exclusivamente como transmissor de saber e valores, está dominado e emancipado por uma cultura corporal eurocêntrica:

A emancipação ou a subversão corpórea torna-se impossível, mesmo quando o corpo fala de emancipação e subversão. De fato, especialmente nas sociedades capitalistas centrais (e em todas as “pequenas Europas” deste mundo), o que predomina hoje em dia é uma emancipação perversa do corpo. É o corpo que é cuidado de forma obsessiva a fim de maximizar a sua vitalidade e o seu desempenho. O culturismo, a medicação preventiva, o jogging, os esportes radicais, as grandes maratonas e a indústria das academias são algumas das formas dominantes da emancipação do corpo (SANTOS, 2019, p. 138).

Boaventura de Souza Santos nos relata, sobre o destaque que as pessoas estão dando ao corpo físico, atlético, malhado, desfigurando a lógica da sua grandeza/natureza humana e vital, beneficiando exclusivamente a grandeza do corpo

¹⁶ *Studio* de treinamento funcional se localiza na cidade de Maracaju M.S. na Avenida 11 de Junho no Centro. Há dois anos que desenvolvo atividades direcionadas tanto para o público feminino quanto para o masculino, com o objetivo de proporcionar qualidade de vida, fortalecimento muscular e também estética corporal, com o desenvolvimento das Habilidades Biomotoras Fundamentais: o treinamento funcional potencializando habilidades biomotoras: força, equilíbrio, resistência, coordenação, flexibilidade e velocidade.

físico, com base no surgimento de um corpo em sua totalidade e padronizada: um novo humanismo do corpo. Esse processo de um novo humanismo do corpo faz a reprodução da barbárie dos nossos antepassados, com objetivo de atribuir a capacidade em decidir o que é somente corpo.

Esse novo humanismo do corpo, altamente processado, enquanto sujeita o corpo ao monopólio do conhecimento técnico-corporal e a lógica do valor acrescentado (a produção capitalista de corpos capitalistas), permite que os corpos sejam hierarquizados no trabalho e no lazer segundo o maior ou menor grau em que se distanciam da equação corpo/mente. Aí reside um anticartesianismo perverso: em vez da mente ser corporizada, o corpo torna-se o abandonar da mente. (SANTOS, 2019, p. 138).

Segundo o autor, ao verificar que o corpo está se tornando um processo de monopolização do corpo técnico-corporal-atlético-estético e o surgimento de um corpo capitalista, esse corpo se submete e sempre será submetido à hierarquia por essa divisão hierárquica, tanto no lazer ou no trabalho, com distanciamento de uniformidade/igualdade corpo/mente.

Os corpos que não se encaixam na massa são chamados de discordantes, caracterizados por rotundidade, velhice ou deficiência física e interna. Na história, corpos discordantes eram motivo de vergonha, sendo escondidos ou abandonados por suas famílias, considerados como correções piedosas. Atualmente, busca-se a aceitação e adição social desses corpos, através de sistemas, programas, rolos compressores, enfim, a consciência de que são seres mortais que fazem parte da sociedade, capazes de realizar condicionamentos dentro de suas possibilidades e com algumas aclimações.

A sociedade comercial também vê nessas pessoas com algumas limitações um meio de obter ganhos, investindo em novas roupas para que se sintam aclimatadas à realidade que as cerca. Apesar dos avanços científicos-especializados, a sociedade consumista, em geral, continua a rejeitar essas pessoas, tendo como razão o fato de não se enquadrarem no perfil estético afixado, não valorizando o ser mortal como deveria cada indivíduo com suas diferenças. e eventualidade.

Numa sociedade em que as relações sociais são antes de tudo utilitárias, a conformidade com o ideal de beleza é um valor de mercado como outro qualquer, e encontramos aqui mais uma vez a metáfora do corpo como moeda, um fetiche que se vende, se constrói e se dá como um sinal que circula tanto no consenso dos brasileiros

quanto nas retóricas repetidas pela mídia, tanto nos bastidores da vida social quanto nos palcos (Goldenberg, 2002: 120).

Percebe-se que o corpo é essencial para o ciclo do capitalismo, pois a busca pela inserção na demanda laboral e aceitação no terreno social depende da boa aparência física, e aqueles que não se enquadram nas normas são barrados e rejeitados, ficando à margem da sociedade. Portanto, com o passar do tempo, a concepção se converte, modificando a visão do ser mortal no terreno biofísico-sócio-cultural.

Porquanto, em vez da mente ser materializada, o corpo recorre a repudiar da mente, como se o corpo fosse independente, e assume sua particularidade como protagonista dessa corporeidade. Por detrás desses corpos perfeitos presentes neste mundo moderno, surge uma gama de indústria que enriquece a cada ano, com exclusividade para formar essa tal *corpo-ração* com modelo padrão do mundo moderno. O corpo é tratado como se, na minha lógica, fosse mais uma instituição comercial-mercantilista do que emoção.

Marcos Bessa-Oliveira (2020) já havia tratado das *situAções* e *reAções* das coisas em relação ao Sistema das Artes, por exemplo. Mas aqui, aproveitando suas argumentações sobre aquelas, contempladas também na sua lógica de *corpo-ração*, quero pleitear que ambos – *situAções*, *reAções* e *corpo-ração*, como pensam-nas o autor – servem-me, nesta pesquisa, para associar *corpo-studio-escola-sociedade* atuais. Pois, à medida que esses corpos (discente, atlético e da dona de casa) vinculam-se às modalidades específicas das suas categorias firmadas pelo capitalismo-patriarcado-mercantilismo, históricos e contemporâneos, esses estão atribuindo a seus corpos apenas funções programadas pelos próprios sistemas. Quer dizer: na esteira de Bessa-Oliveira, se cada *situAção* provoca *reAções* em *corpo-rações*, igualmente essa *corpo-ração* é resultado daquelas diretamente. Neste caso, posso afirmar que esse corpo de-formado por sistemas institucionais limitados é um corpo no mínimo comercial-mercantil.¹⁷

¹⁷ “A priori, as argumentações de *situAção* e *reAções* (também não gosto do termo conceituação porque ele já vem carregado/impregnado de pré-definições modernizantes), que muitos leitores insistem em compreender apenas como puros neologismos, quando na verdade são construções de linguagens de fronteiras epistêmicas, ancoram-se na ideia que este texto argumenta de um pensamento *outro* para compreender a articulação que se apresenta. As coisas em ação nas suas situações que provocam reações com essas ações (institucional, política, cultura, econômica e socialmente falando). Mas, é importante dizer, a fim de uma vez por todas retirar as lógicas e primárias compreensões de que são puros neologismos, que na falta de termos/argumentações que contemplariam um pensamento *outro*, na leitura dessas reflexões, necessita-se também de um pensamento que não seja subalternista

Portanto, este pormenor – que nem é tão pequeno assim – em relação aos corpos das escolas, dos estúdios/academias e da dona de casa preocupada com a perfeição, acabam por ser corpos-razão. Nunca corpos de emoções que devem, antes de tudo, do conhecimento transmitido na escola, da esculturação dos corpos nas academias ou da incapacidade naturalmente atribuída aos corpos de sujeitos comuns (por serem donas de casa, operários, gordos, magros, baixos ou altos demais), terem-lhes proporcionados pelos professores, educadores físicos e políticas públicas para corpos seus direitos de vivenciarem suas emoções. Logo, esses corpos deixarão de ser corpo-rações e passam a ser corpos com emoções e, por conseguinte, contemplando a minha lógica, corpos com/das diferenças coloniais e culturais. Nesse último tocante, portanto, é que a defesa do autorreconhecimento desta pesquisa fortifica-se: à medida que os sujeitos se compreendem capazes de ser, sentir e saber para fazer qualquer coisa.

Considerações

Podemos então a partir das *experivivências* enquanto professor/a de Educação Física concluir que o processo ensino aprendizagem carrega consigo possibilidades *outras* e descoloniais que essencialmente vislumbram os sujeitos enquanto produtores de conhecimentos/saberes libertadores e contra hegemônicos. Inclusive nas salas e quadras de aula da Educação Básica, em formação de professores que contribuem para uma sociedade mais empática e menos excludente de corpos das diferenças. De modo que impreterivelmente sejam fornecidas aos educandos formas *outras* de experienciar o fazer científico do/no corpo com a capacidade de interpretar diversificados fatos cotidianos sobre perspectivas *outras*.

Em síntese é urgente a ruptura das demarcações da colonialidade de/nos corpos para um fazer pedagógico *contramoderno* que tire das relações ensino/aprendizado a centralidade dos aspectos biológicos e físicos. É necessário propor um corpo em movimento, pois é através destes que os sujeitos conseguem introduzir modos *outros* de compreensão de mundo atravessados por uma ação

inconsciente e que leia tais reflexões apenas com a consciência moderna/pós-moderna. Mas que seja/tenha um pensamento *outro* que tenha consciência da nossa situação de sujeitos excluídos/exteriorizados, da *periferia como natureza*, dos projetos moderno e pós-moderno de Arte, Cultura e Produção de Conhecimentos.” (BESSA-OLIVEIRA, 2021, p. 12, texto no prelo).

onde se percebam e realizem sentidos/significados em e para o seu meio sociocultural.

Referências

BESSA-OLIVEIRA, Marcos Antônio, COMIDA É ARTE, CULTURA É ARTE, CONHECIMENTO TAMBÉM É ARTE: PRIMEIROS PASSOS PARA UM ESBOÇO DE ARTE, GASTRONOMIA E EDUCAÇÃO PARA ALÉM DA ALMA, **Revista Latino-Americana de História**, vol. 08, nº. 22 – ago./dez. de 2019 ISSN 2238-0620. p. 5. Disponível

em http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:l_8AAGQKjoQJ:revistas.unisinos.br/rla/index.php/rla/article/download/1016/386544/387209+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso: 20 de maio de 2022.

BESSA-OLIVEIRA, Marcos Antônio. Arte-Educação Descolonial: formação de professor de Arte para um trabalho docente mediador. **Acervo do autor**. 2019, p. 1-36, texto no prelo.

BESSA-OLIVEIRA, Marcos Antonio, ARTE-EDUCAÇÃO DESCOLONIAL: FORMAÇÃO DE PROFESSOR DE ARTE PARA UM TRABALHO DOCENTE MEDIADOR MORTARI, Claudia, WITTMANN, Luisa Tombini, Organizadoras DIÁLOGOS SENSÍVEIS: PRODUÇÃO E CIRCULAÇÃO DE SABERES DIVERSOS, Florianópolis, SC Rocha Gráfica e Editora Ltda. 2020, p. 242, 243, 248

GOLDENBERG, M. (Org.) **Nu & vestido**: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002.

LAHIRE, B. **O homem plural: os determinantes da ação**. Petrópolis: Vozes, 2002.

LOURENÇO FILHO, M. B. **A pedagogia de Rui Barbosa**. São Paulo: Melhoramentos, 1954.

MIGNOLO, Walter D. Desobediência epistêmica: a opção descolonial e o significado de identidade em política. Traduzido por: Ângela Lopes Norte. **Cadernos de Letras da UFF**: Dossiê: Literatura, língua e identidade, n. 34, p. 287-324, 1o sem, 2007, 2008. Disponível em: <www.uff.br/cadernosdeletrasuff/34/traducao.pdf>. Acesso em: 08 maio 2022.

SANTOS, Boaventura, **O fim do império cognitivo: a afirmação da epistemologia do Sul** – 1ª edição – Belo Horizonte : Autêntica Editora. 2019, p.138-139.

SOARES, Carmem Lúcia... [et al.]. **Metodologia do ensino de educação física**. 2ª ed. Revisada , São Paulo : Cortez, 2009 .p. 173.

ISBN 978-659985123-0



9

786599

851230