



# Saúde da mulher: *múltiplos olhares*

V1

Organizadores

Fernanda Castro Manhães  
Rosalee Santos Crespo Istoe  
Ademir Hilário de Souza

encontrografia



# Saúde da mulher: *múltiplos olhares*

V1

Organizadores

Fernanda Castro Manhães  
Rosalee Santos Crespo Istoe  
Ademir Hilário de Souza

encontrografia

Copyright © 2021 Encontrografia Editora. Todos os direitos reservados.

É proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem a expressa autorização dos autores e/ou organizadores.

**Editor científico**

Décio Nascimento Guimarães

**Editora adjunta**

Gisele Pessin

**Coordenadoria técnica**

Gisele Pessin

Fernanda Castro Manhães

**Design**

Carolina Caldas

Foto de capa: Carolina Caldas

**Gestão administrativa**

Ana Laura dos Santos Silva

**Bibliotecária**

Juliana Farias Motta – CRB 7/5880

**Revisão**

José Carlos Alves de Azeredo Júnior

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

---

M277s Manhães, Fernanda Castro  
Saúde da mulher: múltiplos olhares, volume 1 / Organizadores Fernanda  
Castro Manhães, Rosalee Santos Crespo Istoe, Ademir Hilário de Souza. —  
Campos dos Goytacazes (RJ): Encontrografia, 2021.

192 p.

ISBN: 978-65-88977-06-4

1. Mulheres – Saúde e higiene. 2. Qualidade de vida. I. Istoe, Rosalee  
Santos Crespo. II. Souza, Ademir Hilário de. III. Título: múltiplos olhares

CDD 613.0424

---

# Comitê científico/editorial

Prof. Dr. Antonio Hernández Fernández – UNIVERSIDAD DE JAÉN (ESPANHA)

Prof. Dr. Carlos Henrique Medeiros de Souza – UENF (BRASIL)

Prof. Dr. Casimiro M. Marques Balsa – UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA (PORTUGAL)

Prof. Dr. Cássius Guimarães Chai – MPMA (BRASIL)

Prof. Dr. Daniel González – UNIVERSIDAD DE GRANADA – (ESPANHA)

Prof. Dr. Douglas Christian Ferrari de Melo – UFES (BRASIL)

Prof. Dr. Eduardo Shimoda – UCAM (BRASIL)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fabiana Alvarenga Rangel – UFES (BRASIL)

Prof. Dr. Fabrício Moraes de Almeida – UNIR (BRASIL)

Prof. Dr. Francisco Antonio Pereira Fialho – UFSC (BRASIL)

Prof. Dr. Francisco Elias Simão Merçon – FAFIA (BRASIL)

Prof. Dr. Iêdo de Oliveira Paes – UFRPE (BRASIL)

Prof. Dr. Javier Vergara Núñez – UNIVERSIDAD DE PLAYA ANCHA (CHILE)

Prof. Dr. José Antonio Torres González – UNIVERSIDAD DE JAÉN (ESPANHA)

Prof. Dr. José Pereira da Silva – UERJ (BRASIL)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Magda Bahia Schlee – UERJ (BRASIL)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Margareth Vetis Zaganelli – UFES (BRASIL)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marília Gouvea de Miranda – UFG (BRASIL)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Martha Vergara Fregoso – UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA (MÉXICO)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Patrícia Teles Alvaro – IFRJ (BRASIL)

Prof. Dr. Rogério Drago – UFES (BRASIL)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Shirlena Campos de Souza Amaral – UENF (BRASIL)

Prof. Dr. Wilson Madeira Filho – UFF (BRASIL)





# Sumário

<b>Apresentação .....</b>	<b>11</b>
<b>1. A mídia como referencial de análise: características comuns aos crimes passionais a partir de casos veiculados em plataformas digitais.....</b>	<b>13</b>
Rosa Cristina da Costa Vasconcelos	
Andréa Soutto Mayor	
<b>2. Mercado de trabalho e saúde da mulher: a importância da responsabilidade social empresarial na luta contra a desigualdade de gênero.....</b>	<b>27</b>
Edimara Bizerra da Silva	
Edyala de Oliveira Brandão Veiga	
Bianca Magnelli Mangiavacchi	
<b>3. Psicoterapia: uma proposta para promoção da saúde mental das mulheres .....</b>	<b>40</b>
Andreza de Souza Almeida	

<b>4. Estigmas, invisibilidades e esquecimento: a saúde da mulher trans sob análise.....</b>	<b>52</b>
Bianca Magnelli Mangiavacchi	
Fernanda Santos Curcio	
Tauã Lima Verdan Rangel	
<b>5. A (in)felicidade feminina no cenário da hipermodernidade: um estudo a partir da psicologia positiva.....</b>	<b>68</b>
Poliana Campos Côrtes Luna	
Cristiana Barcelos da Silva	
Rackel Peralva Menezes Vasconcellos	
<b>6. Saúde da mulher no município de Campos dos Goytacazes, em tempos de coronavírus.....</b>	<b>80</b>
Tamara Cecília Rangel Gomes	
Lívia Vasconcelos de Andrade	
José Alexandre	
<b>7. Climatério e menopausa: o começo de uma nova etapa na vida....</b>	<b>89</b>
Isabella Picanço Ramos Lopes	
Luciano Neves Reis	
Fernanda Castro Manhães	
<b>8. Envelhecimento da mulher: impactos na voz e na deglutição.....</b>	<b>100</b>
Moniki Aguiar Mozzer Denucci	
Carlos Henrique Medeiros de Souza	
Joane Marieli Pereira Caetano	
<b>9. Núcleos de apoio à saúde da família: a importância da equipe interdisciplinar na assistência pré-natal à mulher gestante.....</b>	<b>113</b>
Roberta Silva Nascimento	
Bianca Magnelli Mangiavacchi	
Fernanda Santos Curcio	

<b>10. As danças terapêuticas e o fortalecimento da autoestima da mulher.....</b>	<b>128</b>
Priscilla Gonçalves de Azevedo	
Lea Sandra Risse	
Manuella Félix Boa Morte	
<b>11. Terapias medicamentosas hormonais e não hormonais: opções à mulher no climatério .....</b>	<b>142</b>
Thais Pacheco Soares	
Márcia Regina Pacheco Soares	
Rosalee Santos Crespo Istoe	
<b>12. Mídia e padrões da imagem corporal feminina na busca do corpo perfeito como potenciais desencadeadores da gerascofobia.....</b>	<b>155</b>
Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos	
Fernanda Castro Manhães	
Carlos Henrique Medeiros de Souza	
<b>13. Panorama da produção científica a respeito do câncer de colo do útero: caracterização do conteúdo indexado à base Scopus no período de 2015 a 2019 .....</b>	<b>169</b>
Lucas Capita Quarto	
Luciana Ximenes Bonani Alvim Brito	
Rogério Martins de Castro	
<b>14. O processo de envelhecimento da mulher: principais transformações do corpo feminino .....</b>	<b>181</b>
Ana Paula Borges de Souza	
Ademir Hilário de Souza	
Rosalee Santos Crespo Istoe	
<b>Índice remissivo .....</b>	<b>192</b>



# Apresentação

A obra *Saúde da mulher: múltiplos olhares*, organizada em dois volumes, totalizando vinte e seis capítulos, reúne elementos teóricos e práticos sobre o papel da mulher no contexto social, midiático, educacional, familiar e da saúde nas diversas áreas do conhecimento, a partir de ações e teorias voltadas para a proteção e promoção à saúde da mulher e, sobretudo, da articulação frente aos desafios interpostos, considerando a pluralidade dos diferentes segmentos sociais do país.

O movimento de escrita foi coletivo, e cada autor(a) foi responsável por elaborar, direcionar e agrupar as informações por capítulo. Devido à amplitude relacionada à interdisciplinaridade na área da saúde, sobretudo no âmbito das patologias relacionadas à mulher e à gestante; assim como saúde mental; pandemia; estigmas; violência doméstica e obstétrica; direito a saúde; política de atenção integral; maternidade; assim como padrões de imagem corporal; atividade física e envelhecimento, a iniciativa da obra torna-se relevante à medida que viabiliza um conjunto de informes provenientes e implementados a partir de ampla pesquisa bibliográfica, contribuindo para direcionar o estudo acadêmico e profissional atualizado.

Trata-se, portanto, dos principais conceitos da temática em tela que, certamente, serão de grande valia a você e aos demais profissionais das diversas áreas que atuam como ativadores do processo educacional, social, de organização da assistência integral à saúde da mulher em suas equipes, unidades de saúde, instrumentalizados por linhas de cuidados e protocolos.

Nesse sentido, de um modo ou de outro, os pesquisadores desta obra, sob diferentes perspectivas, apontam o papel da mulher dado às diferentes dimensões

que direta e indiretamente reconhecem o direito, a educação e a saúde como estratégicas na construção de um Brasil mais humano.

Cumprimentar e agradecer aos autores é o que nos resta fazer, pela iniciativa de uma abordagem tão profícua e pela publicação tão importante a todos os profissionais que atuam na área da saúde e afins, encorajando-nos a perseverar nos esforços, como uma ferramenta indispensável à construção de um futuro melhor.

Que este trabalho compartilhado possa trazer outras ideias, pesquisas e ações.

Boa leitura a todos.

**Os organizadores**

# 1. A mídia como referencial de análise: características comuns aos crimes passionais a partir de casos veiculados em plataformas digitais

Rosa Cristina da Costa Vasconcelos<sup>1</sup>  
Andréa Soutto Mayor<sup>2</sup>

## Considerações iniciais

Os crimes passionais são delitos cometidos na esfera de relacionamentos amorosos ou sexuais, em que o agressor comete o crime tendo como principal justificativa a paixão, existindo, entretanto, diversas outras motivações relacionadas a sentimentos negativos (ELUF, 2017). A utilização desse termo, segundo a autora, contribui para a falsa ideia de que o homicídio tenha sido realizado por

- 
1. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF); graduada em Psicologia, pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0745485956595699>
  2. Professora-Adjunta do Curso de Psicologia da UFF (Departamento de Psicologia, Campos dos Goytacazes). Possui Doutorado em Psicologia Experimental, pela Universidade de São Paulo (USP); Mestrado em Sexologia, pela Universidade Gama Filho; Especialização em Educação Especial: Deficiência Mental, pela UFF; e Graduação e Bacharelado em Psicologia, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6129863558242126>



um sentimento nobre e devido à impossibilidade de que o agressor viva sem o amor de sua parceira. A paixão, no entanto, não pode ser utilizada como justificativa nos crimes passionais, tampouco para amenizar a gravidade do crime, mas sim para compreender os impulsos e motivações envolvidas (GAIA, 2010).

Leis e Cavalcante (2016) afirmam que a violência contra a mulher é inerente ao comportamento humano, visto que perpassa gerações e se atualiza de diversas formas. Desde a infância, homens e mulheres desenvolvem diferentes crenças acerca da sua representação de papéis. Algumas das crenças são transgeracionais, visto que são aprendidas a partir da observação de modelos familiares. Na vida adulta, essas crenças são incorporadas pelos indivíduos em seus próprios relacionamentos. Quando as crenças não são compartilhadas pelos parceiros, é possível que surjam conflitos em seu relacionamento amoroso (DATILLIO, 2011).

Ainda tratando de definições de papéis, Lins (2015) aponta que as questões relacionadas ao sexo e ao prazer permanecem relacionadas à masculinidade, enquanto as questões afetivas e a sexualidade privada estão relacionadas ao feminino. Dessa forma, espera-se que a mulher viva sua sexualidade com resguardo e pudor, enquanto o homem é legitimado a expor suas fantasias e aventuras sexuais. Quando a mulher transgredir o modelo previsto, é alvo de comentários preconceituosos e de ataques pessoais, como se não possuísse os mesmos direitos que indivíduos do sexo masculino. As construções acerca de papéis de gênero tendem a limitar a potencialidade dos indivíduos, contribuindo para a criação de rótulos e limitando as potencialidades dos indivíduos no meio social (LELIS; CAVALCANTI, 2016).

Uma das explicações para a violência contra a mulher seria a naturalização da desigualdade entre os sexos, estando ligada a uma falsa hierarquização na qual o homem está sempre acima da mulher. Além disso, é a construção de papéis ditos específicos para a mulher e para o homem que legitima diversos tipos de violência, desde a exclusão das mulheres dos espaços na sociedade até o ato explícito, seja físico ou psicológico (CONCEIÇÃO; BOLSONI; LINDNER, 2018). A partir da análise das interações estabelecidas por indivíduos com disposição a cometer atos agressivos, é possível perceber que afrontas humilhantes e ameaças à reputação e ao status surgem como principais determinantes da violência (COSTA, 2008). As justificativas utilizadas pelos agressores acerca do crime passionais tendem a culpar e a responsabilizar as mulheres pela violência sofrida, questionando seu caráter e a conduta considerada transgressora.

Os meios de comunicação são dispositivos de representação social e contribuem para a manifestação de ideologias de determinado momento histórico

(SOUZA; SOUZA; AMARAL, 2017), portanto também possuem influência na forma como o comportamento agressivo é tolerado na sociedade. Por vezes, a veiculação de notícias acerca da violência contra a mulher tende a neutralizar a gravidade do ato a partir de questionamentos sobre a conduta da mulher, assim como tende a romantizar a situação, colocando o homicida em uma posição de vítima tomada por sentimentos muito intensos (MIRANDA, 2017). Este trabalho realiza a análise de notícias sobre os casos de Edna Amaralina da Silveira e Joana Mendes com o objetivo de apresentar aspectos específicos dos crimes passionais e de sua veiculação na mídia. A manutenção de ideias e construções sociais a respeito de qual é o papel da mulher contribui para que a violência cometida seja justificada e naturalizada, contribuindo para a constante inversão de papéis entre agressor e vítima.

## **Materiais e métodos**

Inicialmente foi realizado o levantamento de literatura relacionado à temática dos crimes passionais e ao modo como a mídia veicula notícias acerca de casos de violência contra a mulher.

A fim de analisar os aspectos relevantes e comuns aos crimes passionais e de discorrer sobre eles, foi realizado um levantamento on-line sobre casos de crimes passionais contra mulheres ocorridos no Brasil, entre 2016 e 2018. O primeiro critério para a seleção dos casos foi a adequação e a definição de crimes passionais propostas por Eluf (2017), citada anteriormente neste trabalho. Em seguida, foram selecionados casos de duas regiões distintas do Brasil, buscando observar se existiriam diferenças significativas quanto ao histórico do relacionamento e da execução do crime. Por fim, os casos deveriam ter iniciado o processo de julgamento, a fim de analisar discursos proferidos por acusação, defesa, júri e testemunhas envolvidas.

As buscas foram realizadas na plataforma de pesquisa Google Notícias®, com as palavras-chave “feminicídio”, “violência contra a mulher” e “crimes passionais”. A partir disso, foram encontradas notícias veiculadas em diversos sites de notícias nacionais e regionais, sendo eles: G1, Globo.com, Folha de São Paulo, Jornal Cada Minuto e Gazeta de Alagoas.

Dois casos atendiam a todos esses critérios. O primeiro é o de Edna Amaralina da Silveira, 28 anos, que foi assassinada por seu ex-companheiro, Hugo Gabrich, no ano de 2016, no estado de São Paulo. O segundo é o caso de Joana de

Oliveira Mendes, 34 anos, também assassinada por seu ex-companheiro, Arnóbio Henrique, também em 2016, no estado de Maceió.

## A motivação para o crime

Por meio da análise das notícias, foi possível verificar que os casos de Edna Amaralina e de Joana Mendes têm algumas motivações para o crime como fator comum. Tanto Edna quanto seu parceiro na época foram alvos de Hugo. A partir de imagens da câmera de segurança foi observado que, no dia do crime, Hugo entrou no prédio utilizando sua chave, portando duas armas de fogo. Ao chegar ao andar de Edna, rendeu um entregador para que tocasse a campainha. Quando o atual parceiro de Edna abriu a porta, Hugo fez o entregador, Edna e seu companheiro de reféns e então realizou os disparos. Edna foi encontrada viva pela Polícia Militar, foi levada ao hospital, mas não resistiu aos ferimentos (JORNAL NACIONAL, 2016). No caso de Joana, Arnóbio marcou um encontro com Joana com o pretexto de assinar os papéis do divórcio de maneira amigável. Ao encontrá-la, Arnóbio utilizou uma faca e golpeou a ex-companheira por 30 vezes, deixando o corpo no local do crime. Desaparecida desde o início do dia, o corpo de Joana foi encontrado, ao fim do dia, pela polícia (GAZETA DE ALAGOAS, 2016).

Conforme o material analisado, os ex-parceiros apresentavam comportamentos possessivos direcionados às mulheres e estavam inconformados com o término dos respectivos relacionamentos. Segundo o Ministério da Justiça (MACHADO, 2015), os feminicídios íntimos são o último estágio de um histórico de violência no âmbito das relações estabelecidas entre vítima e agressor. Os casos aqui trabalhados corroboram essa informação. Júlia Mendes, irmã de Joana, relatou que a irmã apareceu, por diversas vezes, com hematomas em seu corpo. “Ela (irmã) sempre usava a mesma desculpa: ‘eu cai’, ‘eu me machuquei’, ‘eu escorreguei’” (JORNAL CADA MINUTO, 2017). No caso de Edna Amaralina, seu ex-parceiro praticava violência psicológica. Segundo sua mãe, Zuleide da Silveira, a filha estava sendo ameaçada por seu ex-marido. “Edna resolveu vir para São Paulo, onde tinha amigos. Mas, dias depois, ela me ligou e falou: ‘Mãe, ele já me descobriu, ele pôs detetive, ele sabe tudo, ele sabe onde eu moro, onde eu vou trabalhar ele sabe de tudo’” (JORNAL NACIONAL, 2016).

Nota-se que passionalidade que envolve as ações do agressor não é um produto de sentimentos positivos, mas sim de sentimentos de frustração associados à ideia de posse sobre a vida da mulher (ELUF, 2017). Homens que cometem crimes dessa natureza, conforme a autora, possuem uma necessidade de au-

toafirmação e desejam provar que estão no controle do relacionamento, desconsiderando o direito de escolha da mulher. Nos processos analisados pelo Ministério da Justiça (MACHADO, 2015), alguns agressores, em processo de julgamento, utilizaram a frase “Se não for minha, não vai ser de mais ninguém”, muito comum nos casos de crime passionais. O sentimento de posse é tamanho que, mesmo sabendo que o homicídio impossibilitará definitivamente a retomada do relacionamento, o agressor prefere isso a conviver com a frustração de não mais ter a mulher sob seu domínio.

Quando a relação não corresponde às expectativas, alguns homens enfrentam dificuldade em manter o equilíbrio emocional. Além disso, a organização patriarcal em que a sociedade está constituída, de certo modo, legitima a conversão do sentimento de agressividade na prática da agressão por parte desses homens (SAFFIOTI, 2002).

Ao observar as diversas configurações de relacionamento amoroso, é possível notar que existem diferentes graus de intensidade de ciúme na dinâmica da relação. O indivíduo que apresenta sentimentos de ciúme em grande intensidade tende a sentir-se ameaçado e desconfiado, mesmo que não existam evidências para isso, e considera que sua vida não fará sentido se o relacionamento chegar ao fim (GAIA, 2010). É por isso que, em muitos casos de crimes passionais, o agressor comete suicídio logo após assassinar a mulher – nesses casos, não consegue imaginar a vida sem ela e, portanto, prefere morrer. Esse, no entanto, não foi o desfecho dos casos aqui analisados.

## **Fatores associados à articulação e planejamento dos crimes**

Segundo Waiselfisz (2015), o meio utilizado para a realização dos homicídios pode ser um indicativo do grau de premeditação do crime. Em sua pesquisa, no ano de 2013, o principal meio utilizado para a realização de homicídios contra mulheres foi a arma de fogo, correspondendo a 48,8% dos homicídios e, em seguida, objetos cortantes e penetrantes foram utilizados em 25,3% dos casos. Esses meios também foram utilizados nos crimes passionais analisados neste capítulo: no caso de Joana Mendes, o meio utilizado foi uma faca e, no caso de Edna Amaralina, uma arma de fogo.

Os crimes passionais, em sua maioria, são premeditados e articulados por parte do agressor, que age de maneira fria na realização do crime. Dessa forma, não poderia considerar que o agressor teria agido por forte emoção, mas sim calculado suas ações a fim de deixar sua vítima em posição desfavorável, tendo

condições de concluir seu plano de eliminar a mulher (ELUF, 2017). Em ambos os casos aqui analisados, o planejamento do crime pode ser observado por meio de informações veiculadas pela mídia. Segundo o irmão de Edna, Altamiro da Silva, dias antes do crime, ele e Hugo encontraram-se para tratar de negócios, e Hugo pediu as chaves do apartamento de Edna com o pretexto de pegar os quatro cães que eram do casal. “Pra gente não estragar o que a gente iniciou (negócios), vê com ela lá. É problema de vocês dois”, disse Altamiro. Hugo, então, disse que iria procurar Edna (JORNAL NACIONAL, 2016). No caso de Joana, Arnóbio marcou o encontro com a vítima antes que ela realizasse a mudança de cidade, utilizando os papéis do divórcio como pretexto para encontrá-la (JORNAL CADA MINUTO, 2017). A partir desses relatos, é possível perceber que Hugo e Arnóbio buscaram a confiança das mulheres ou dos familiares para facilitar a execução do crime.

Por meio da análise de feminicídios íntimos, foi observado pelo Ministério da Justiça (MACHADO, 2015) que os meios selecionados para a realização do assassinato tinham o objetivo provocar sofrimento às mulheres antes de concretizar a execução. A análise dos casos também confirmou que os crimes foram premeditados e que a escolha do meio utilizado fazia parte do processo de planejamento.

No caso de Joana Mendes, o objeto utilizado para realizar o crime foi uma faca de 30 centímetros, e foram proferidos 30 golpes contra o corpo da vítima. Conforme a advogada Andrea Alfama, assistente de acusação do caso, as informações explicitadas na audiência não corroboram os detalhes do crime:

Na audiência, disseram que os cortes dados na Joana eram superficiais e que foi utilizada uma faca de mesa. Se você faz a análise, a faca tinha 30 cm. Quando a faca foi encontrada, a lâmina estava com a ponta quebrada, então foi um empenho de tanta força, violência e brutalidade que a própria faca quebrou e o velório precisou ser de caixão fechado. (...) A Joana ficou desfigurada, então não me venha falar que foram cortes superficiais, o lado direito da cabeça dela foi solto e uma das facadas atingiu o olho que ficou pendurado. Como pode alguém dizer que foram cortes superficiais? (JORNAL CADA MINUTO, 2017).

A especificidade da mutilação dos corpos das mulheres, nos homicídios femininos, além de revelar um comportamento misógino por parte dos agressores, explicita também a vulnerabilidade das mulheres nas relações afetivas em que estavam envolvidas, assim como a tentativa de controle e de posse dos corpos

femininos até o último momento, além de envolver maior contato interpessoal entre agressor e vítima (CAMPOS, 2015; WAISELFISZ, 2015).

## Crimes passionais e relações de gênero

As questões de gênero perpassam as relações afetivas e, conseqüentemente, os crimes passionais. Albert Ellis (1979), criador da Terapia Racional Emotivo Comportamental, postula que o desconforto emocional experienciado de maneira muito intensa pelos indivíduos é proveniente das crenças absolutistas por eles desenvolvidas. Segundo o autor, um tipo de imposição absolutista que contribui para o desconforto emocional é a imposição direcionada a outras pessoas, expressa na forma de “deverias” – por exemplo, “Ela não deveria ter me abandonado”, “Ela deveria ter se dedicado a mim” – e a consequência de tais pensamentos absolutistas envolve sentimentos de raiva, de fúria, de agressividade e de violência. Além disso, a ordem socialmente estabelecida faz com que todas as mulheres tenham, em seu imaginário, a possibilidade de sofrer agressões masculinas, contribuindo para que essas se sujeitem nas relações de gênero, ainda que cada mulher desempenhe essa sujeição de maneiras distintas (SAFFIOTTI, 1999). Na literatura, há um consenso de que a quebra nas expectativas quanto aos papéis que mulheres deveriam executar nas relações afetivas colaboram para que o parceiro apresente comportamento violento (BARROS; SCHRAIBER, 2017; GAIA, 2010; KRUCZEWSKI; PEREIRA, 2016; MACHADO, 2015; SAFFIOTTI, 1999).

A violência observada nas relações afetivas entre parceiros reflete as relações de subordinação e de dominação expressas por eles. Essa violência, portanto, ocorre devido a uma distribuição desigual de privilégios, direitos e deveres no âmbito doméstico, local em que as assimetrias de poder, baseadas em questões de gênero, são definidas (ACOSTA; FONSECA; GOMES, 2015). Nos casos de Joana e Edna, ainda que de maneira sutil, são observadas expectativas, por parte de seus ex-companheiros, quanto aos papéis que essas mulheres deveriam desempenhar na relação. A irmã de Joana, Júlia Mendes, afirmou que, desde o início do relacionamento, Arnóbio apresentava comportamentos possessivos direcionados a Joana:

Joana não se assustava com as atitudes de Arnóbio, ela achava que isso era um cuidado, algo como um encantamento. Aos poucos, Joana não fazia mais nada sem ele. Não fazia atividade física se ele não estivesse, mudou a forma de se vestir, de falar, o comportamento,

os locais que frequentava, se afastou das amigas e, por fim, até de mim (JORNAL CADA MINUTO, 2016).

No caso de Edna, após uma das idas e vindas do casal, a jovem começou a trabalhar numa boate de classe alta, em São Paulo, trabalho desaprovado por Hugo. A fim de evitar que a jovem continuasse a frequentar o local, Hugo passou a arcar com seus gastos, realizando, então, uma espécie de controle sobre a vida de Edna (FOLHA DE SÃO PAULO, 2017).

Com relação à validação social, percebe-se que os fundamentos patriarcais que estruturam a sociedade contribuem com uma autorização ou tolerância para que os homens exerçam o poder e dominação relativos ao seu papel para punir os comportamentos por eles considerados como desviantes em suas relações amorosas. Dessa forma, o homem é, de certa maneira, incentivado a demonstrar sua dominação por meio de ações violentas contra a vida de suas parceiras. O temor que perpassa o imaginário feminino, quanto a essa ameaça, entretanto, não é suficiente para que as mulheres pratiquem a submissão, em detrimento do exercício de sua liberdade, ainda que limitada (SAFIOTTI, 2001).

Consoante Pajares e Olaz (2008), na perspectiva da Teoria Social Cognitiva, os indivíduos possuem crenças pessoais que contribuem para que exerçam certo grau de controle sobre seus pensamentos, sentimentos e ações, sendo, portanto, produtos e produtores de seus ambientes e sistemas sociais. Bandura (2017) postulou o conceito de autoeficácia, que são percepções desenvolvidas pelos indivíduos sobre suas próprias capacidades. Essas crenças de competência pessoal proporcionam a base para a motivação humana, o bem estar e as realizações pessoais. Caso não possuam essa crença acerca do próprio comportamento, as pessoas terão pouca motivação para enfrentar as dificuldades e buscar realizar seus objetivos. Para Jenkins (2017), muitas mulheres vítimas de violência por seus parceiros acreditam que não possuem habilidades ou recursos para desenvolver planos de ação efetivos para proteger a si mesmas da violência. Além disso, essas mulheres também experimentam sentimentos de insegurança e medo em suas relações, e isso pode limitar a capacidade de executar ações a fim de sair da situação de violência. Nessa perspectiva, a autoeficácia, nos casos de violência doméstica, poderia ser compreendida como a crença pessoal cultivada pelas mulheres violentadas de que poderiam executar, de forma bem sucedida, o comportamento necessário para redirecionar sua vida com segurança e sem o medo de sofrer novos abusos.

Ainda que não se possa avaliar, de forma objetiva, os níveis de autoeficácia de Edna e Joana, as duas mulheres executaram estratégias para sair do ciclo de

violência em que se encontravam. Primeiramente, deve-se considerar o fato de que ambas haviam prestado queixa contra seus ex-parceiros devido a comportamentos violentos apresentados por eles. Percebe-se, portanto, que as mulheres buscaram auxílio na justiça para a garantia de seus direitos. Edna havia dado entrada em um processo de medida protetiva contra seu ex-marido, e Joana havia registrado um Boletim de Ocorrência por conta de uma agressão sofrida. No caso de Joana, seu ex-companheiro possuía 20 registros de agressão realizados por diversas pessoas, sendo quatro deles enquadrados na Lei Maria da Penha (FOLHA DE SÃO PAULO, 2017; GAZETA WEB, 2017). Essas denúncias, entretanto, não surtiram efeito em longo prazo, em nenhum dos casos. Além das medidas legais buscadas pelas mulheres, Edna e Joana tinham projetos após o término dos relacionamentos, apesar das ameaças. Edna buscou reestruturar sua vida em outro estado; Joana também desejava encerrar o processo de divórcio e reconstruir sua vida em outro estado (JORNAL NACIONAL, 2016; GAZETA DE ALAGOAS, 2017).

De acordo com o Ministério da Justiça (MACHADO, 2015), nos processos de feminicídio íntimo, é comum observar lavraturas de boletins de ocorrência antes do assassinato, mas as denúncias nem sempre geram ações efetivas e fiscalização por parte da justiça para evitar a perpetuação de agressões contra as mulheres. A impunidade contribui para que crimes relacionados à violência de gênero continuem ocorrendo em grande escala (WASELFSZ, 2015). Além disso, a determinação de papéis masculinos e femininos também exerce influência no âmbito jurídico. Existe uma diferença na condução dos julgamentos a partir dos papéis exercidos pelas mulheres. Enquanto mulheres cuja reputação seria considerada adequada para as normas sociais – aquelas que executam, de forma exemplar, os papéis de esposa, mãe e trabalhadora – são defendidas, mulheres consideradas transgressoras tendem a ser culpabilizadas pela violência sofrida. Em contrapartida, o esforço direcionado aos homens que cometem homicídios é de torná-los vítimas, salientando o estereótipo de homem trabalhador, provedor e vítima dos problemas existentes no relacionamento, dissociando-o de sua responsabilidade pela execução do crime (MACHADO, 2015). Nos processos relacionados aos crimes passionais, existe a tendência de que o júri crie um clima complacente, tendo em vista que esse pode sentir uma espécie de identificação com o réu, pois, se estivessem em seu lugar, possivelmente também teriam o desejo de vingar-se de uma parceira que tenha desprezado a relação amorosa (ARREGUY, 2011).

Na audiência de instrução realizada em junho de 2017, para ouvir testemunhas do caso de Joana Mendes, Cristiano Beltrão, amigo de Arnóbio, alegou,



em seu depoimento, que possuía conhecimento das brigas frequentes entre o casal. Apesar disso, descreveu seu amigo como uma pessoa que não era violenta e que desempenhava o papel de pai de forma exemplar. A advogada assistente de acusação, entretanto, afirmou que Arnóbio era uma pessoa violenta, possuindo 20 denúncias de agressão registradas contra ele (G1, 2017). Hugo Gabrich, ex-companheiro de Edna Amaralina, foi descrito, de forma positiva, por diversos entrevistados:

*Era uma maravilha, tratava minha filha como rainha. Flores todos os dias. Ele era um marido que qualquer mulher queria* (Hélio Pereira em entrevista para o Jornal Nacional, 2016).

A sexta-feira (11 de novembro) foi o último dia de serviço de Gabrich na imobiliária Itaplan, na Rua Estados Unidos, nos Jardins, onde atuava desde agosto como superintendente de equipe. Lá, era visto pelos colegas como cordial e bem humorado (JORNAL NACIONAL, 2016).

As informações veiculadas pela mídia também explicitam questões relacionadas ao gênero, não apenas reproduzindo ideias perpetuadas no âmbito social, mas também sendo capaz de formar novas opiniões. Os discursos propagados na mídia, em seus programas e campanhas publicitárias, apresentam uma tendência de reproduzir clichês acerca de papéis femininos e masculinos que contribuem para a perpetuação do desequilíbrio entre as partes (PAIVA, 1998). O discurso veiculado pela mídia é uma prática social de caráter ideológico que pode contribuir para a reprodução ou para a transformação dentro de um momento histórico (OLIVEIRA, 2010). Apesar das conquistas e dos avanços obtidos pelas mulheres, os estereótipos ainda possuem muita força em diversos âmbitos sociais.

No caso de Edna Amaralina, uma notícia veiculada em 2017 apresenta, ainda que de maneira sutil, a culpabilização da vítima e a vitimização de seu ex-parceiro. O título da notícia é *Esquemas, depressão e ciúmes foram enredo de corretor até matar a mulher* (FOLHA DE SÃO PAULO, 2017). Desde o início da reportagem, são explicitados bens materiais que Hugo havia proporcionado a ela, ressaltando o papel de provedor que o homem exercia na relação. Posteriormente, ao falar sobre os problemas que o casal começou a enfrentar, a reportagem fala sobre um vídeo postado por Hugo, que revela que a jovem havia sido garota de programa. É importante salientar que, no levantamento de dados, essa foi a única notícia em que tal informação foi veiculada. Além disso, o possível quadro

de depressão em que Hugo se encontrava e o uso de medicamentos controlados também foram explorados pela reportagem, reforçando o estigma de que existe uma associação entre doença mental e periculosidade.

Ainda que estejam subentendidos, os argumentos utilizados, ao longo da reportagem, colocam Hugo no papel de um homem apaixonado, dedicado e vítima dos problemas psicológicos e dos problemas na relação. Edna, entretanto, é apresentada como uma mulher interesseira, que exigia um alto padrão de vida, e com uma conduta reprovável – as informações sobre o trabalho em uma boate e como garota de programa não condizem com as expectativas da sociedade sobre o papel que uma mulher deve desempenhar (FOLHA DE SÃO PAULO, 2017). Essas informações contribuem para que Edna seja avaliada pelos leitores como uma mulher que possa ter merecido, ou, pelo menos, contribuído, para o próprio assassinato.

## Considerações finais

Ainda que o papel feminino tenha evoluído na sociedade e que as mulheres ocupem novos espaços e tenham direitos garantidos pela Constituição, a cultura em que a sociedade brasileira está constituída ainda reproduz estereótipos acerca dos papéis masculinos e femininos. No âmbito doméstico, ainda é reforçado o pensamento de que o homem deve demonstrar sua virilidade e força, enquanto a mulher deve desempenhar o papel de submissão.

Os casos de Edna Amaralina e Joana Mendes, apesar das diferenças geográficas, puderam ser classificados na categoria de crimes passionais por corroborar a definição encontrada na literatura, assim como por apresentarem características comuns como a motivação, a premeditação do ato e os meios utilizados para execução do crime. Por meio das informações veiculadas na mídia, foi possível observar que, mesmo durante o relacionamento, outros comportamentos de violência, como violência psicológica (perseguição, tentativa de controle) e violência física, foram direcionados às mulheres ao longo do relacionamento. Também foi possível observar diferenças entre a forma como as testemunhas do crime descreviam os agressores: por vezes, os homens eram descritos como pessoas de boa conduta, enquanto, por familiares das vítimas, foram relatados históricos de agressividade.

A única diferença observada com relação aos crimes é que a conduta de apenas uma das mulheres foi questionada. Edna Amaralina sofreu exposição midiática mesmo após sua morte, pois algumas notícias, ainda que indiretamente,

apresentavam aspectos de sua vida que poderiam fomentar a ideia de que era uma mulher transgressora (estava envolvida em outro relacionamento amoroso, havia trabalhado em boate, uso do termo “garota de programa”). Joana, por sua vez, foi retratada de forma mais neutra, talvez por não terem sido encontrados comportamentos que pudessem ser associados a uma possível justificativa para o seu assassinato.

Em síntese, os dados coletados neste trabalho sugerem que o discurso midiático pode reforçar estereótipos relacionados a gênero, a sexualidade e a divisões de papéis. A mídia, associada a outras instituições como a família, a escola e a religião, pode ser capaz de contribuir para a construção e para a manutenção de concepções equivocadas e da naturalização de práticas de violência nas relações conjugais, além de revitimizar as mulheres violentadas, podendo causar sofrimento aos familiares e amigos das vítimas. Para que tal situação seja revertida, é necessário que os responsáveis pelos veículos de comunicação possam ressignificar suas concepções e práticas discursivas. Além disso, os leitores e telespectadores também devem fiscalizar tais práticas e questionar a manifestação de discursos que possam ser considerados preconceituosos, a fim de que tenham sua frequência diminuída e passem a apresentar um caráter mais neutro e menos moralista.

## Referências

- ACOSTA, D. F., GOMES, V. L. O., FONSECA, A. D., E GOMES, G. C. Violência contra a mulher por parceiro íntimo: (in)visibilidade do problema. **Texto & contexto enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 121-127, 2015.
- ARREGUY, M. E. **Os crimes no triângulo amoroso**: violenta emoção e paixão na interface da Psicanálise com o Direito Penal. Curitiba: Juruá, 2011.
- BANDURA, A. Teoria social cognitiva no contexto cultural. *In*: BANDURA, A., AZZI, R. G. (Orgs.). **Teoria social cognitiva**: diversos enfoques. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2017.
- BARROS, C. R. S.; SCHRAIBER, L. B. Violência por parceiro íntimo no relato de mulheres e de homens usuários de unidades básicas. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 7, 2017.
- CAMPOS, C. H. Feminicídio no Brasil: Uma análise crítico-feminista. **Sistema Penal & Violência**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 103-115, 2015.
- CONCEIÇÃO, T. B.; BOLSONI, C. C.; LINDNER, S. R.; COELHO, E. B. S. Assimetria e simetria de gênero na violência por parceiro íntimo em pesquisas realizadas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3597-3607, 2018.

- COSTA, A. E. B. Modelação. In: BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S. **Teoria social cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 123-148.
- DATILLO, F. M. **Manual de terapia cognitivo-comportamental para casais e famílias**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- ELLIS, A. The theory of rational-emotive therapy. In: ELLIS, A.; WHITELEY, J. M. (Orgs.). **Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy**. Monterey: Brooks-Cole, 1979.
- ELUF, L. N. **A paixão no banco dos réus**. 9. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2017.
- ESQUEMAS, DEPRESSÃO E CIÚMES FORAM ENREDO DE EMPRESÁRIO ATÉ MATAR A EX-MULHER. **Folha de São Paulo**, 18 de janeiro de 2017. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/paywall/login.shtml?https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/01/1849963-esquema-ilegal-e-ciumes-foram-enredo-de-empresario-ate-matar-a-ex-mulher.shtml>. Acesso em: 1 abr. 2020.
- GAIA, L. G. **Homicídios passionais: a paixão e sua motivação para o crime**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Fundação de Ensino Eurípedes Soares da Rocha, Centro Universitário Eurípedes de Marília (Univem), São Paulo, 2010.
- IRMÃ DE JOANA MENDEZ DIZ QUE AUTOR DE CRIME DEMONSTRAVA OBSESSÃO: “ELA FICOU DESFIGURADA”. **Jornal Cada Minuto**, 4 de agosto de 2017. Disponível em: <https://www.cadaminuto.com.br/noticia/306308/2017/07/04/irma-de-joana-mendes-diz-que-autor-de-crime-demonstrava-obsessao-ela-ficou-desfigurada>. Acesso em: 27 mar. 2020.
- JUÍZA OUVI TESTEMUNHAS SOBRE MORTE DE MULHER ACHADA EM CARRO NO POÇO. **G1**, 19 de junho de 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/juiza-ouve-testemunhas-sobre-morte-de-mulher-achada-em-carro-no-poco.ghtml>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- JENKINS, E. N. **Interpersonal dependency and self-efficacy on intention to return to a domestically violent relationship among low-income women**. Tese (doutorado) – Western Michigan University, Michigan, USA, 2017. Disponível em: <https://scholarworks.wmich.edu/dissertations/3107>. Acesso em: 2 abr. 2020.
- MULHER É ASSASSINADA A FACADAS POR EX-MARIDO. **Gazeta de Alagoas**, 7 de outubro de 2016. Disponível em: <http://gazetaweb.globo.com/gazetadealagoas/noticia.php?c=295317>. Acesso em: 2 abr. 2020.
- KRUCZEWSKI, B.; PEREIRA, R. W. Perfil da violência contra a mulher em Santa Catarina. **Anais de Medicina**, 2016.
- LELIS, A. G. S.; CAVALCANTE, V. A. P. Revengeporn: a nova modalidade de diferença de gênero. **Derecho y Cambio Social**, v. 45, n. 1, p. 1-23, 2016.
- LINS, B. A. A internet não gosta de mulheres? Gênero, sexualidade e violência nos debates sobre “pornografia de vingança”. 2015. Disponível em: [http://www.egov.ufsc.br/porta/sites/default/files/a\\_internet\\_nao\\_gosta\\_de\\_mulheres.pdf](http://www.egov.ufsc.br/porta/sites/default/files/a_internet_nao_gosta_de_mulheres.pdf). Acesso em: 18 mar. 2018.

- MACHADO, M. R. de A. (Org.). **A violência doméstica fatal**: o problema do feminicídio íntimo no Brasil. Diálogos sobre Justiça. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2015. Disponível em: [https://www.justica.gov.br/seus-direitos/politicas-de-justica/publicacoes/Biblioteca/publicacao\\_femicidio.pdf/](https://www.justica.gov.br/seus-direitos/politicas-de-justica/publicacoes/Biblioteca/publicacao_femicidio.pdf/). Acesso em: 01 abr. 2020.
- MIRANDA, C. M. Violência contra a mulher na mídia e os descaminhos da igualdade entre os gêneros. **Revista Observatório**, v. 3, n. 6, p. 445-464, 2017.
- OLIVEIRA, E. C. **O discurso da notícia e a representação da identidade de gênero feminino nos crimes passionais**. Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2010.
- PAIVA, Cláudio Cardoso de. Quem ama não mata... ou mata? Identidade da mulher na mídia: família, trabalho e sexualidade. **Universidade Federal da Paraíba**, 1998. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/cardoso-claudio-identidades-mulher.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2006.
- RÉU TEM MAIS DE 20 OCORRÊNCIAS. **Gazeta de Alagoas**, 20 de junho de 2017. Disponível em: <http://gazetaweb.globo.com/gazetadealagoas/noticia.php?c=307902>. Acesso em: 05 abr. 2020.
- SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *CADERNOS Pagu*, Campinas, n. 16, 2011.
- SOUZA, P. S.; SOUZA, C. H. M.; AMARAL, S. C. S. Etnografia online: nem toda nudez será castigada. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA*, 18., 2017, Brasília, DF. **Anais [...]**, v. 1. p. 1-13, Brasília: Adaltech, 2017.
- VÍDEO MOSTRA SUSPEITO DE MATAR EX-COMPANHEIRA FAZENDO DISPAROS: EMPRESÁRIO HUGO GABRICH É SUSPEITO DE MATAR EDNA SILVEIRA. NOVAS IMAGENS INDICAM AINDA QUE SUSPEITO TINHA DUAS ARMAS. **Jornal Nacional**, 16 de novembro de 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2016/11/video-mostra-suspeito-de-matar-ex-companheira-fazendo-disparos.html>. Acesso em: 30 mar. 2020.
- WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015**: homicídio de mulheres no Brasil. Brasília: Opas, 2015. 83 p.

## 2. Mercado de trabalho e saúde da mulher: a importância da responsabilidade social empresarial na luta contra a desigualdade de gênero

Edimara Bizerra da Silva<sup>1</sup>  
Edyala de Oliveira Brandão Veiga<sup>2</sup>  
Bianca Magnelli Mangiavacchi<sup>3</sup>

- 
1. Mestranda em Cognição e Linguagem, pela Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF); pós-graduada em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC); pós-graduanda em Engenharia de Segurança do Trabalho, pela Faculdade Redentor; graduada em Engenharia de Produção, pela Universidade Candido Mendes (UCAM); e tecnóloga em Gestão de Negócios em Petróleo e Gás, pela Universidade Iguazu (UNIG). Atualmente é responsável pelo setor administrativo e professora da FAMESC. Também é professora do Prisma Colégio. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2968896690050468>
  2. Mestra em Cognição e Linguagem, pela UENF; pós-graduada em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas e Segurança do Trabalho; graduada em Ciência e Tecnologia de Alimentos, pelo Instituto Federal Fluminense; e em Gestão de Recursos Humanos, pela FAMESC. Assessora Acadêmica da FAMESC. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0220822378226903>
  3. Doutora e mestra em Biociências e Biotecnologia, pela UENF; graduada em Complementação Pedagógica com Habilitação em Biologia, pelo Instituto Federal do Espírito Santo; graduada em Ciências Biológicas, pela UENF. E-mail: [bmagnelli@gmail.com](mailto:bmagnelli@gmail.com)

## Considerações iniciais

À medida que mais mulheres participam e lideram organizações de trabalho, a saúde e o bem-estar das mulheres têm implicações importantes para a eficácia organizacional. Embora exista pouca evidência direta sobre a saúde das mulheres executivas, podemos extrapolar informações úteis de estudos de mulheres gerenciais e trabalhadoras em geral. Embora compartilhem muitas das preocupações com a saúde de seus colegas homens, elas também enfrentam problemas de saúde únicos.

Este capítulo explora o contexto da saúde da mulher executiva, em termos de seu progresso nas organizações, e os obstáculos que enfrentam ao subir para as principais posições de liderança. Apresentamos os estressores enfrentados pelas mulheres executivas, a maneira como eles lidam e os problemas de saúde relacionados ao trabalho que enfrentam, fornecendo diretrizes específicas para elas e para as suas organizações que ajudarão a gerenciar os riscos e melhorar a sua qualidade de saúde.

As relações de gênero constituem-se um marcador social cujas desigualdades são estabelecidas pelas relações de poder existentes entre homens e mulheres, desde o início do século XX (BRITZMAN, 1999). Esse suposto binômio de dominação e de submissão pode ser espaço para resistência e transformação. Ela só pode ter conotação de poder, pois pressupõe sujeitos livres e possibilidades de resistência, de reação e de transformação a fim de escapar da sujeição do outro. Essas correlações de força e poder não são estáticas, são dinâmicas, interagem entre si, reorganizam-se, separam-se, contradizem-se ou formam sistemas mais abrangentes (FOUCAULT, 1988).

Juntos, o aumento da escolaridade feminina e a participação da mulher no mercado de trabalho fizeram com que as mulheres passassem a ser menos dependentes financeiramente de seus cônjuges. Mas, além do aspecto financeiro proporcionado pelo trabalho remunerado, a ocupação, como a escolaridade, também puderam possibilitar às mulheres maior autonomia e poder de decisão, que cooperam com a autoestima e com a confiança e conseqüentemente a melhora da satisfação com a vida, bem como de sua qualidade de vida (CAPUTO *et al.*, 2020).

A metodologia empregada pautou-se na utilização dos métodos historiográfico e dedutivo. O método dedutivo justifica-se na abordagem da problemática eleita como proposta condutora da temática. Ainda sob o ponto de vista da abordagem, a pesquisa é descrita como qualitativa. Nela foram empregadas a revisão

sistemática da literatura e a pesquisa documental com a busca por materiais sob critério de pertinência e adequação ao tema central estabelecido. Já em referência à pesquisa documental, foram empregados os materiais produzidos por centros de estudos e setores de referência para o embasamento de dados.

## O espaço da mulher no mercado de trabalho e suas implicações

Considera-se *mercado de trabalho* o espaço onde ocorrem relações fundamentadas no trabalho, sustentando relações entre trabalhadores e empregadores, de modo que o trabalho se apresenta como um produto vendido pelo trabalhador ao empregador, cujo preço é o salário (PICCININI, 2011).

O mercado de trabalho é elemento essencial para o desempenho da economia no mundo. Nele estão envolvidos vários fatores, abrangendo

[...] níveis salariais, taxas de emprego/desemprego, distribuição de renda, incrementos de produtividade, investimentos em qualificação, bem como o grau de conflito entre seus diversos atores (OLIVEIRA; PICCININI, 2011, p. 1520).

Os personagens compreendem homens e mulheres e, sendo o mercado de trabalho composto por esses, esbarra com questões de gênero. O homem sempre foi visto com a figura central, detendo a autoridade na esfera familiar, na produção, na política, nos relacionamentos sociais e em qualquer que fosse o espaço inserido (ZAULI *et al.*, 2013).

Ao ser provedor da casa, deixava exposto que a mulher não precisava e nem deveria trabalhar. As mulheres que necessitavam ter ganho monetário, seja porque ficavam viúvas ou porque eram de classes mais baixas, acabavam por fazer doces e bordados para o sustento, entre outras atividades pouco valorizadas e mal vistas pela comunidade (PROBST, 2003).

Elencados como desvantagens ao gênero feminino, diante da sua atuação econômica, apresentam-se na conjuntura de atividade (operação menor e desemprego maior) e no afastamento ocupacional, que se mostra na participação elevada nos piores episódios do trabalho informal, sendo este basicamente caracterizados pelo trabalho sem remuneração e/ou pela atividade doméstica em grande parte sem carteira de trabalho; nos empregos formalizados, apresentam-se com remuneração inferior; e seus rendimentos médios são menores aos dos trabalhadores



do gênero masculino, independentemente do nível de escolaridade, sendo essa diferença mais agravante no nível superior de instrução escolar.

Segundo dados do IBGE (2019),

O recorte por sexo nas atividades econômicas revelou que as taxas mais elevadas de informalidade no mercado de trabalho entre as mulheres ocorram nas atividades de Serviços domésticos (73,1%) e na Agropecuária (74,6%), em 2018. Já os homens se encontraram em maior proporção também na Agropecuária (65,0%) e na Construção (64,8%), atividades caracterizadas por uma elevada informalidade devido à dinâmica de contratações (sazonalidade, trabalho por empreitada, maior sensibilidade a fatores conjunturais etc.).

O distanciamento ocupacional por gênero se apresenta também através das aglomerações de mulheres em um limitado conjunto de atividades ocupacionais, conhecidas e principalmente determinadas pela sociedade, como particularmente femininas. Pode-se perceber essa situação inclusivamente no setor público e em atividades que necessitem, como grau de instrução, o nível superior completo para execução de tal ocupação. As taxas de atuação feminina, na conjuntura de atividade, são notadamente menores em relação às masculinas, enquanto as taxas de desemprego são mais expressivas, conforme presentes na Tabela 1. (CENTRO DE ESTUDOS SINDICAIS E ECONOMIA DO TRABALHO, 2017).

Tabela 1 – Condição de atividade por sexo no Brasil, em 2013

<i>Indicadores de Atividade</i>	<i>HOMEM</i>	<i>MULHER</i>
<i>Taxa de participação</i>	77,3	54,6
<i>Taxa de desemprego</i>	5,0	8,5

Fonte: Centro de Estudos Sindicais e Economia do Trabalho (2017).

As desvantagens relacionadas ao gênero também são perceptíveis na alta proporção de mulheres desempregadas no Brasil. Na Tabela 2, percebemos que, em 2013, do montante de desempregados relatados, as mulheres representaram mais da metade, sendo responsáveis por 56,8% do índice. Elas estavam também representadas nas atividades para o próprio consumo, com 55,6% e 65,1% nas atividades sem remuneração, e estavam sub-representadas no trabalho formal e

sem registro na carteira de trabalho, porém assalariado e na atuação por conta própria e de empregador (CENTRO DE ESTUDOS SINDICAIS E ECONOMIA DO TRABALHO, 2017).

Tabela 2 – Desvantagem da mulher no mercado de trabalho, no Brasil, em 2013

	<i>% MULHERES</i>
<i>Desemprego</i>	56,8
<i>Emprego formal (estabelecimento)</i>	41,8
<i>Emprego sem carteira</i>	34,8
<i>Empregador</i>	28,7
<i>Conta-própria</i>	31,6
<i>Autoconsumo</i>	55,5
<i>Não remunerado</i>	65,1

Fonte: Centro de Estudos Sindicais e Economia do Trabalho, (2017).

A Relação Anual de Informações Sociais (Rais) concede salientar relevante desigualdade de salário entre mulheres e homens na ocupação formal, conforme se pode compreender através da Tabela 3, onde podemos notar os dez grandes grupos ocupacionais conforme a Relação Anual de Informações Sociais. Os grupos ocupacionais retratam uma combinação de grau educacional e âmbito de atividade (CENTRO DE ESTUDOS SINDICAIS E ECONOMIA DO TRABALHO, 2017).

Tabela 3 – Distribuição do emprego formal conforme grupo ocupacional, proporção de mulheres em cada grupo ocupacional e razão entre os rendimentos médios por hora de mulheres (RMM) e de homens (RMH)

<b>Grupos Ocupacionais</b>	<b>Homem</b>	<b>Mulher</b>	<b>% Mulheres</b>	<b>RMM/RMH</b>
<b>Serviços administrativos</b>	13,5	27,6	60,4	76,2
<b>Vendas do comércio em lojas e mercados</b>	20,8	26,9	49,1	76,4
<b>Profissionais das ciências e das artes</b>	7,0	15,1	61,6	65,2
<b>Técnicos de nível médio</b>	8,4	13,9	55,4	78,0
<b>Produção de bens e serviços industriais (discretos)</b>	30,2	7,6	15,9	66,5

<b>Dirigentes em geral</b>	4,6	5,1	45,5	67,2
<b>Produção de bens e serviços industriais (contínuos)</b>	4,5	1,9	23,6	62,7
<b>Agropecuários, Florestais e pesca</b>	4,7	1,0	13,1	78,1
<b>Serviços reparação e manutenção</b>	3,8	0,6	9,7	52,2
<b>Outras atividades</b>	2,5	0,4	-	-
<b>TOTAL</b>	100	100	42,8	87,1

Fonte: Centro de Estudos Sindicais e Economia do Trabalho, (2017).

No entanto, nos últimos anos, relevantes mudanças têm acontecido na atuação das mulheres no mercado de trabalho. Esse desenvolvimento se fortifica, dia a dia, deixando de ser meramente uma mudança contingente, tornando o processo de inclusão do gênero feminino uma ocorrência social incessante e permanente (BAYLÃO; SCHETTINO, 2014).

Com a chegada do século XXI, as evoluções tecnológicas, o mundo capitalista, assim como o crescimento global, percebemos o impulsionamento e o aperfeiçoamento das mulheres para o mercado de trabalho. Atualmente conseguimos notar progressivamente, nas lideranças de imponentes corporações e em atividades técnicas mulheres adquirindo notoriedade (BAYLÃO; SCHETTINO, 2014).

Os ensejos de colocação cresceram e, nessas últimas décadas, a parcela da sociedade tradicionalmente suprimida desse mercado, sobretudo as mulheres negras, foram assim incorporadas e ganharam notoriedade: a presença feminina que, em 2004, era de 45,0% passa para 50,9%, em 2014 (CENTRO DE ESTUDOS SINDICAIS E ECONOMIA DO TRABALHO, 2017).

No Brasil, o declínio da taxa de fecundidade e o crescimento no nível de instrução da população feminina são fatores que têm marcado a história da mulher no mercado de trabalho e acompanham a elevada inserção dessa nesse ambiente (PROBST, 2003).

Outro item que vem a contribuir com a elevação da participação da mulher é a maior valorização associada ao feminino, que têm recebido no mundo do trabalho, tais como: o trabalho em equipe, a cooperação e a persuasão. Assim novos valores afloram na sociedade pós-moderna, fundados nas alterações de conceitos, arranjos familiares e sociais, estilos de vida e outros, ainda que permaneçam contornos culturais de discriminação à mulher (KANAN, 2010).

As disparidades apresentadas pelos gêneros, dentre outros fatores, têm atribuídos à discriminação no mercado de trabalho, segundo as atividades relativizadas como ligadas ao gênero, como atividades domésticas e cuidados, acentuando-se em regiões onde se encontram ausentes políticas públicas e leis específicas que atenuem essas discrepâncias.

Segundo uma análise de dados do IBGE (2019):

Conforme os resultados para 2018 do módulo da PNAD Contínua sobre outras formas de trabalho, a taxa de realização de afazeres domésticos no domicílio ou em domicílio de parente era 92,2% para as mulheres e 78,2% para os homens e a de cuidados de moradores ou de parentes não moradores, 37,0 e 26,1%, respectivamente. Nesse contexto, as mulheres dedicavam, em média, 21,3 horas por semana a esse conjunto de atividades, enquanto os homens, 10,9 horas.

Desse feito, a desigualdade acaba por refletir tanto na maior presença da figura masculina, como na força de trabalho, bem como nos maiores obstáculos para as mulheres enfrentarem diante do seu ingresso e conseqüentemente permanência no mercado. Com isso, grande parte das mulheres encontram-se, em sua grande maioria, na informalidade, tendo menores rendimentos quando comparada aos homens.

## **Desigualdade de gênero e a importância da responsabilidade empresarial**

Cabe salientar o que efetivamente significa a igualdade de gênero. Segundo a ONU Mulheres Brasil (2017), a igualdade de gênero pressupõe que tanto homens, quanto mulheres terão seus comportamentos, desejos e necessidades respeitados, valorizados e contemplados equitativamente. Isso não sugere que homens e mulheres têm que se tornar idênticos, mas que o gênero, de forma alguma, defina seus direitos, oportunidades e responsabilidades.

Mulheres e homens frequentemente ocupam profissões diferentes, realizam tarefas diferentes dentro da mesma profissão (segregação horizontal) e ocupam diferentes posições hierárquicas com poder desigual, dentro de suas organizações (segregação vertical).

A submissão feminina, conforme analisada por Teixeira (2012), faz-se presente desde o início dos tempos, haja vista que livros bíblicos relatam a história colocando a mulher repetidamente na posição de pecadora, tendo de viver su-

bordinada ao homem. Segundo a autora, dessa forma, a história começa a ser construída com a supervalorização do homem e com a inferioridade da mulher.

O papel da mulher, na sociedade brasileira, de modo geral, tem sido ampliado à medida que vai sendo questionada a “divisão sexual do trabalho” (HIRATA; KERGOAT, 2007). As mulheres estão inseridas em quase todas as profissões, inclusive em atividades antes estereotipadas apenas aos homens, como na engenharia mecânica, no transporte público, na carreira militar, na docência, dentre outras. A imagem social da mulher que constrói uma carreira profissional passou a ser mais vista e valorizada na atualidade (SGARBIERI, 2006).

Apesar da nova imagem social e da legislação trabalhista em vigor, muitas mulheres sofrem discriminação no mercado de trabalho, uma vez que algumas ocupações ainda são vistas como tipicamente masculinas ou femininas, em razão da prevalência de uma cultura machista, herança de uma sociedade patriarcal (MACHADO, 2000). Muitas mulheres são discriminadas devido à dificuldade em conciliar a atividade profissional com a vida familiar (BLOFIELD; MARTÍNEZ, 2014).

Segundo Teixeira (2012), as desigualdades salariais têm origem na construção ideológica de que as mulheres possuem necessidades de subsistência menores por não possuírem obrigações monetárias com relação à família. Nesse viés, a mulher é considerada força de trabalho secundária e complementar ao papel do homem, principal ou único provedor familiar. Essa afirmação de que o homem é o único responsável por garantir o sustento da família é, de acordo com a autora, o principal obstáculo para a igualdade de gênero salarial.

As empresas com a forte presença masculina conseguem estabelecer e reproduzir diferenciações entre o masculino e feminino, de forma, muitas vezes, imperceptível, porém significativa, por meio de discursos, procedimentos e políticas que direcionam a vida organizacional das organizações e social (CAPPELLE; MELO; SOUZA, 2013). Conforme afirma Kanan (2010), nas organizações, atos discriminatórios ou sexistas habitualmente são encobertos e negados nas entrelinhas do que é feito e falado. De acordo com Lima *et al.* (2013), uma manifestação do preconceito e da discriminação de gênero que impede ou dificulta a ascensão e a manutenção da mulher em cargos executivos e que diz respeito ao comportamento feminino. A mulher é vista como um indivíduo delicado, dócil, guiado por sentimentos e por intuições.

## A saúde da mulher e o mercado de trabalho: quais fatores relevantes?

As mães trabalhadoras enfrentam diferentes conjuntos de desafios com relação à identidade social, à estigmatização e à discriminação, em cada estágio do ciclo de emprego, desde práticas diferenciais de contratação, oportunidades desiguais de progressão na carreira, esforços ineficazes de retenção e políticas inacessíveis de apoio à família profissional. Essas desigualdades não apenas têm efeitos negativos sobre as mulheres, mas também podem ter um impacto negativo sobre as organizações como um todo.

Dada a antecipação dos empregadores de que os funcionários investem a maior parte de seu tempo físico e psicológico e de energia em seu trabalho (GREENBERG *et al.*, 2009), os desvios dessas expectativas geralmente resultam em percepções negativas dos funcionários masculinos e femininos, mas a estigmatização em relação às mulheres em idade fértil não é reservada apenas para as grávidas.

Mulheres grávidas que, por várias razões, por exemplo, optam por não o fazer não podem ter fisicamente, não têm filhos, também enfrentam estigmatização. Da mesma forma, evidências recentes sugerem que as mulheres trabalhadoras que optam por ter apenas um filho também enfrentam uma enxurrada de perguntas inadequadas e estigmatização associada (ZAMORA, 2012).

Segundo um programa apresentado pela Organização Internacional do Trabalho (2015):

Entre as mulheres na força de trabalho potencial que estavam disponíveis para trabalhar, mas que não procuraram trabalho, 19,7% afirmam não ter tomado providência para conseguir uma ocupação por ter que cuidar de afazeres domésticos, de filho ou de outro parente. O mesmo motivo representou apenas 2,2% das respostas dos homens, corroborando os dados apresentados anteriormente sobre a desigualdade de gênero na realização de atividades domésticas. Tais resultados fundamentam a importância que é atribuída à expansão da rede de cuidados para crianças, idosos e pessoas com deficiência para ampliar a participação das mulheres no mercado de trabalho.

As mulheres enfrentam conflitos no local de trabalho, a partir do efeito combinado de expectativas sociais, pressões e aspirações de papel na carreira. A entrada da maternidade, em suas carreiras, cria dilemas e ansiedades decorrentes

de disposições e vieses gerenciais da organização. No entanto, estudos demonstram resultados significados socialmente construídos e atribuídos pelos arranjos sociais patriarcais às aspirações de papéis no trabalho, quando as mulheres trabalhadoras entram no estágio da maternidade (MAHESHWARI; JOSEPH, 2018).

Tais pressões são experimentadas mais por mulheres em papéis profissionais, e papéis maternos são percebidos como barreiras atender às expectativas organizacionais (MAHESHWARI; JOSEPH, 2018). Como resultado, muitas delas são incapazes de alcançar, no papel no trabalho, aspirações que comprometem a busca de carreiras.

Um estudo sugeriu que mulheres que têm mais anos de educação e uma experiência de trabalho mais longa, no momento do casamento, atrasam mais a maternidade. Por outro lado, mulheres com maior renda do trabalho e maior contribuição para o rendimento familiar atrasam menos a maternidade (ARENA *et al.*, 2019). Essas questões são fundamentais nos estágios iniciais da maternidade. Algumas outras organizações criaram mecanismos mais diretos para lidar com o problema de “interrupções” relacionadas à maternidade – evitam o recrutamento de mulheres.

Dado o papel socialmente determinado para homens e mulheres, apesar das mudanças discerníveis, é evidente que a principal responsabilidade dos filhos incide sobre as mulheres, afetando assim suas aspirações de trabalho e a continuidade de carreira. Essa construção socialmente determinada da realidade do local de trabalho leva a um ambiente organizacional que é sistematicamente vantajoso para um gênero e manifestamente discriminatório para o outro. Segundo Senicato, Barros, Azeredo (2018):

As mulheres com até 8 anos de estudos apresentaram prevalência de transtorno mental 2,67 vezes mais elevada do que aquelas com 13 anos ou mais. Mas, o que faz com que a educação se destaque na associação com a saúde mental diante dos outros indicadores socioeconômicos? Segundo estudos, o acesso à educação gera habilidades cognitivas, assertividade e capacitação para tomar decisões, que contribuem com a independência, o controle da fertilidade, a qualidade da alimentação e o bem-estar econômico, fatores que influenciam na saúde física e mental.

Por exemplo, a revisão de Kivimäki e Kawachi (2015) mostrou que indivíduos com estresse no trabalho tinham até 40% maior risco de um incidente

cardíaco ou derrame. Pavalko, Gong e Long (2007) descobriram que mulheres com alto comprometimento no trabalho tinham menos limitações funcionais. Apesar dessas descobertas, não está claro se essas experiências e avaliações subjetivas também afetam a relação saúde-trabalho a longo prazo. Prevê-se que a depressão passe a ser a primeira causa de morbidade em mulheres em países em desenvolvimento, na frente dos problemas de saúde diretamente relacionados ao gênero, como a gestação, o parto e o puerpério.

Os prejuízos dos transtornos mentais na qualidade de vida decorrem do comprometimento funcional com perda de produtividade no trabalho e com isolamento social e conduzem ao aumento da utilização de serviços de saúde, que produz custos elevados para o sistema de saúde e para os indivíduos e suas famílias, e custos menos mensuráveis, como o sofrimento individual e do grupo familiar.

## Considerações finais

Dessarte, observa-se que a mulher está, a cada dia, mais inserida no mercado de trabalho, mesmo com as discriminações e as desigualdades sociais presentes no ambiente empresarial. Com a elevação da escolaridade entre as mulheres, a sua inserção no mercado de trabalho acabou ficando mais perceptível e mais respeitada pelo cônjuge e pela sociedade.

A mulher acaba sendo mais acometida por problemas de doenças relacionadas à personalidade, pois mantém uma rotina altamente estressante e com uma sobrecarga elevadíssima, dessa forma a está mais sujeita a esses problemas e a uma qualidade de vida comprometida.

As desigualdades profissionais frente aos homens continuam marcadas por direitos e por deveres não consolidados de forma igualitária. As mudanças nas relações sociais e nos processos produtivos incentivam formas inovadoras de apropriação da força de trabalho dando à mulher um maior espaço e um novo significado de vida. Dar voz à mulher significa atribuir-lhe a possibilidade de resgatar sua verdadeira identidade e de alterar os traços de sua cultura, sem a qual o sentido social não existe.



## Referências

- ARENA, David F. *et al.* The intrapersonal experience of pregnancy at work: an Exploratory Study. **Journal of Business and Psychology**, p. 1-18, 2019.
- BAYLÃO, A. L. S.; SCHETTINO, E. M. O. A inserção da mulher no mercado de trabalho brasileiro. *In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA*, 11., 2014, Resende. **Gestão do conhecimento para a sociedade**. Resende: Aedb, 2014.
- BLOFIELD, Merike; MARTÍNEZ, Juliana. Trabajo, familia y cambios en la política pública en América Latina: equidad, maternalismo y corresponsabilidad. **Revista Cepal**, n. 114, p. 107-125, 2014.
- CAPPELLE, M. C. A.; MELO, M. C. O. L.; SOUZA, N. L. Mulheres, trabalho e administração. **Revista Interdisciplinar de Gestão Social**, v. 2, n. 2, p. 161-191, 2013.
- CAPUTO, Jennifer; PAVALKO, Eliza K.; HARDY, Melissa A. Midlife Work and Women's Long-Term Health and Mortality. **Demography**, v. 57, n. 1, p. 373-402, 2020.
- CENTRO DE ESTUDOS SINDICAIS E ECONOMIA DO TRABALHO. **Mulheres: mundo do trabalho e autonomia econômica**. São Paulo: 2017. Caderno 3.
- FOUCAULT, M. **The history of sexuality**. London: Penguin, 1988.
- HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. “Novas configurações da divisão sexual do trabalho”. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 595-609, 2007.
- IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.
- KANAN, L. A. Poder e liderança de mulheres nas organizações de trabalho. **Revista Organizações & Sociedade**, Salvador, v. 17, n. 53, p.243-257, 2010.
- KIVIMÄKI, Mika; KAWACHI, Ichiro. Work stress as a risk factor for cardiovascular disease. **Current cardiology reports**, v. 17, n. 9, p. 74, 2015.
- LIMA, G. S. *et al.* O teto de vidro das executivas brasileiras. **Pretexto**, Belo Horizonte, v. 14, n. 4, p.65-80, 2013.
- MACHADO, Lia Zanotta. **Perspectivas em confronto: relações de gênero ou patriarcado contemporâneo?** Brasília: UnB, 2000. (Série Antropologia n. 284).
- MAHESHWARI, Mridul; JOSEPH, Jerome. Work Role-Motherhood Role Constructions & Conflicts in Workplace Interactions. **Indian Journal of Industrial Relations**, v. 54, n. 1, 2018.
- MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO (MPT). **Assédio Sexual no Trabalho: perguntas e respostas**. MPT, 2017. Disponível em: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-brasilia/documents/publication/wcms\\_559572.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-brasilia/documents/publication/wcms_559572.pdf). Acesso em: 2 maio 2020.
- OLIVEIRA, S. R.; PICCININI, V. C. Mercado de trabalho: múltiplos (des)entendimentos. **Revista de Administração Pública**, v. 45, n. 5, p. 1517-1538, 2011.

- ONU MULHERES BRASIL (Brasil). **Princípios de empoderamento das mulheres**. Brasil: ONU, 2017.
- PAVALKO, Eliza K.; GONG, Fang; LONG, J. Scott. Women's work, cohort change, and health. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 48, n. 4, p. 352-368, 2007.
- PROBST, E. R. A evolução da mulher no mercado de trabalho. **Instituto Catarinense de Pós-graduação**, Itajaí, v. 2, n. 1, p.1-8, 2003.
- SENICATO, Caroline; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2543-2554, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>. Acesso em: 1 maio. 2020.
- SGARBIERI, Astrid Nilsson. Representações do gênero feminino na mídia impressa. **Estudos Linguísticos**, Campinas, v. XXXV, p. 386-371, 2006.
- TEIXEIRA, M. S. Perfil da mulher no mercado de trabalho. **Revista de Psicologia**, v. 6, n. 17, p. 95-123, 2012.
- ZAULI, A. *et al.* **Reflexos sobre diversidade e gênero**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2013.

# 3. Psicoterapia: uma proposta para promoção da saúde mental das mulheres

Andreza de Souza Almeida<sup>1</sup>

## Considerações iniciais

Na atualidade as mulheres têm alcançado posições privilegiadas na área profissional, ao mesmo tempo em que ocupam vários papéis na sociedade. A sua participação social pode ser vista em diversos segmentos, como na política, nas empresas, na religião etc., mas, apesar das importantes conquistas, quando se trata de saúde mental, a população feminina ainda faz parte do grupo de risco.

A maioria das mulheres desdobra-se para conseguir realizar as tarefas domésticas e os trabalhos formais e, com o desejo de cumprir, da melhor forma possível, a jornada dupla de trabalho, entra num estado de muita ansiedade. Esse estado, quando não tratado, pode provocar uma intensa carga emocional, que, se não aliviada, poderá afetar negativamente a sua qualidade de vida, gerando adoecimento físico e mental.

---

1. Psicóloga, graduada pela Universidade Federal Fluminense; pós-graduada em Avaliação, Saúde e Trabalho, pela Faculdade Santo André; mestra em Cognição e Linguagem, pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. E-mail: andreza\_com@yahoo.com.br

Dessa forma, com o anseio de ser bem-sucedida na vida pessoal e profissional, a mulher quase não encontra tempo para cuidar de si. A busca constante por mais qualificação para conquista de um emprego melhor pode ser um fator estressante, que, juntamente com a autonegligência, poderá contribuir para o declínio de sua saúde mental.

Sendo assim, a partir de um olhar focado nas peculiaridades femininas e em sua relação com o bem-estar psicossocial, foi realizada uma minuciosa revisão literária por meio de artigos nacionais e internacionais que versam sobre o tema *saúde mental da mulher*, utilizando-se as bases de dados Google Scholar®, Pepsic e Scielo.

A fim de promover uma reflexão acerca dos fatores que podem colaborar para o adoecimento psíquico relacionado à subjetividade feminina, o objetivo deste trabalho é apresentar a psicoterapia como uma proposta para promoção da saúde mental de mulheres, ressaltando a importância do vínculo terapêutico como elemento fundamental nesse processo.

## A psicoterapia

Quando as pessoas enfrentam alguma dificuldade ou sentimentos que as tornam insatisfeitas consigo ou com os outros, tendem a procurar um ambiente de apoio para que consigam resolver seus conflitos. Há determinadas situações nas quais não encontram um espaço adequado onde se possam apoiar e nem soluções satisfatórias para suas questões, pelo fato de haver algum conflito interno ou externo implicado. Então, na tentativa de encontrar soluções consideradas mais adequadas, elas procuram a psicoterapia para tentar resolver os problemas.

Na maioria das vezes, as pessoas chegam aos consultórios com intenso sofrimento psíquico, de forma que falar sobre suas dores, muitas vezes dilacerantes, pode ser algo difícil pelo fato de, em alguns casos, sentirem vergonha e culpa. É nesse contexto que o psicoterapeuta “[...] precisa se preparar para lidar com os desafios de cada encontro, trabalhando a partir dos fenômenos que forem surgindo e, assim desenvolver seu trabalho da melhor forma possível” (QUEIROZ, 2017, p. 111).

No âmbito da saúde mental, o suporte emocional tão desejado pode ser alcançado por meio das psicoterapias que “[...] têm como principal foco ajudar as pessoas a se adaptarem de forma mais eficaz e obter alívio para seu sofrimento psíquico” (HONDA *et al.*, 2017, p. 513).

Para melhor compreender o sofrimento em que a paciente se encontra, o psicoterapeuta faz uso de um instrumento considerado como o seu mais importante dispositivo de cuidado, a escuta clínica, que “[...] na prática psicológica não se caracteriza como uma escuta comum, mas como um ouvir diferenciado” (MACÊDO; SOUZA; LIMA., 2018, p. 124).

Acerca desse assunto, Farinha e Souza (2016) esclarecem que a diferença da escuta do psicólogo para uma escuta comum ocorre porque a audição do profissional exige que ele tenha uma postura empática e respeitosa diante da situação vivenciada, das experiências dolorosas e do contexto sociocultural no qual a paciente está inserida.

A partir do entendimento de que o psicólogo é o profissional da saúde mental que possui uma escuta diferenciada, a psicoterapia pode ser considerada pelas mulheres como um instrumento identificador de suas angústias, necessidades, medos e sofrimentos (RAMADA *et al.*, 2010), uma vez que, mediante uma escuta qualificada, o psicoterapeuta busca entender as questões emocionais, empoderando a paciente para que tenha condições de enfrentar os momentos difíceis.

Algumas mulheres insistem em se mostrarem sempre fortes para a família e amigos, com o intuito de poupá-los do sofrimento de vê-las deprimidas, tristes e chorosas e, a fim de não os preocupar, fingem estar tudo bem. No entanto, agindo assim, a mulher esconde inúmeros sentimentos e angústias que podem aumentar devido à tensão que internaliza (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007). O fato de não saber lidar com uma situação pode afetar o seu bem-estar emocional e até mesmo frustrar as suas expectativas de vida.

Segundo Rodrigues *et al.* (2017), quando a mulher fala sobre o que sente pode “liberar” o afeto sufocado, aliviando a tensão psíquica. Mesmo em casos nos quais consegue expressar seu sofrimento às pessoas do seu convívio, e essas lhe ofereçam algum suporte, ainda pode precisar de uma escuta qualificada para ajudá-la.

Sabendo que a saúde mental feminina pode ser afetada por fatores internos ou externos, como aspectos socioculturais, econômicos, legais, ambientais ou de infraestrutura (RAMADA *et al.*, 2010), torna-se importante que uma análise mais profunda, com um olhar diferenciado acerca das suas diferenças e peculiaridades, seja realizada por um profissional da saúde mental.

Nesse sentido, o acolhimento psicológico vai além do apoio que amigos e familiares podem disponibilizar, pois se fundamenta na competência (técnica e

ética) do profissional e se estabelece no vínculo que possui com a paciente, já que pode acontecer de a mulher apresentar tantas respostas emocionais negativas, que apenas o suporte oferecido pelas pessoas de sua convivência não seja suficiente para encorajá-la a lidar com as suas demandas (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Contudo o apoio social pode contribuir positivamente com o processo psicoterapêutico da paciente, pois, enquanto está sendo acompanhada pelo profissional, esse apoio não deve ser dispensado (RAMOS; LUSTOSA, 2009).

Mas, ainda que o auxílio prestado pelos familiares e amigos seja capaz de gerar benefícios, esse apoio se pode tornar limitado na medida em que essas pessoas sofrem junto com a paciente (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Diante do risco de se sobrecarregarem com a dor do outro, o psiquiatra Dalgalarrondo (2008) esclarece que pode acontecer que, na tentativa de ajudarem, as pessoas do convívio social misturem o próprio sofrimento ao da paciente, pelo fato de também estarem precisando de apoio devido a alguma circunstância difícil que estejam enfrentando.

Entretanto apresentar a escuta do psicólogo como apoio para a mulher não significa afirmar que ele irá “apagar” a dor que ela sente, mas que poderá ajudá-la de forma mais coerente, uma vez que tem capacidade (técnica e teórica) para impedir que o sofrimento dela lhe gere maiores prejuízos (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Como suporte psicoterapêutico, Farinha e Souza (2016) entendem que o acolhimento psicológico pode ser o lugar de amparo mais conveniente para a pessoa que procura por alívio, pois, além de ser bem apropriado para ressignificação de experiências, promove a reflexão antes de se tomar quaisquer decisões.

Por vivenciarem um sofrimento profundo, muitas mulheres evitam de encararem a sua realidade e, por conseguinte, tendem a reprimir os afetos que experimentam. Em tal situação, “[...] o psicólogo aparece nesse cenário como figura de apoio para que o sofrimento psíquico experimentado pela paciente possa ser expresso” (RODRIGUES *et al.*, 2017, p. 165).

Esse profissional oferece suporte psicológico para quem procura a escuta clínica, a fim de que se consigam organizar psiquicamente para enfrentarem as situações de conflito. Dessa forma, ele busca contribuir para o fortalecimento emocional com o intuito de auxiliar no processo de enfrentamento dessas situações (FARINHA; SOUZA, 2016).

Para que o tratamento psicoterápico tenha êxito, além da cooperação dos pacientes, o psicoterapeuta deve ter uma postura acolhedora, procurando compreender o contexto em que as pessoas vivem, evitando fazer juízo de valor, preconceitos e julgamentos perante as escolhas do outro, pois precisa saber respeitar o ritmo de cada um (QUEIROZ, 2017).

Quando a mulher apresenta dificuldades de se expressar e a falta de comunicação prejudica as suas relações ou faz com que se isole socialmente, o acompanhamento psicoterapêutico pode auxiliá-la a romper, aos poucos, com esse silêncio, evitando que outros problemas possam surgir (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Utilizando o dispositivo da escuta, Farinha e Souza (2016) explicam que o psicólogo encontra possibilidades de fazer comentários, questionamentos e intervenções verbais, abrindo assim espaço para o diálogo, em que novos sentidos e conceitos podem ser criados. Essa comunicação pode favorecer a resignificação das emoções e dos sentimentos vivenciados pela paciente. Além disso, o profissional pode, a partir das entrevistas, abrir espaço para reflexões e tentar criar o vínculo.

Para que a mulher se consiga reestruturar psicologicamente e alcançar um estágio de aceitação, é preciso que seus sentimentos sejam acolhidos, uma vez que, devido a retenção do sofrimento, ela pode desenvolver psicopatologias, como depressão, crises de ansiedade, fobias ou outros transtornos psicológicos (MALUF; MORI; BARROS, 2005).

Sendo assim, o tratamento psicoterapêutico torna-se necessário quando as pessoas não conseguem expressar suas emoções e as guardam para si (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007). Dessa forma,

[...] o psicólogo é indicado para assessorar esse processo, ao conduzir sua intervenção de maneira a fazer com que a paciente expresse seus medos, e fazê-la trabalhar questões que estão fundamentalmente por trás ou mantenedoras de seus temores (RODRIGUES *et al.*, 2017, p. 169).

Então admitir os medos, confrontar as fantasias com a realidade e enfrentar as próprias ansiedades podem ser tarefas muito difíceis e dolorosas para a mulher (ALMEIDA, 2006), pois a prática psicoterapêutica envolve o processo de autoconhecimento, que, muitas vezes, pode ser bastante desconfortável para pessoa. Nesse contexto, como um facilitador no processo, o psicólogo pode

contribuir para organização psíquica e para o amparo emocional das pessoas (FARINHA; SOUZA, 2016).

Os autores Rodrigues *et al.* (2017, p. 168) acreditam que o psicoterapeuta “[...] tende a se tornar uma figura de referência que simbolize amparo, auxílio e, por vezes, socorro à mulher”. Desse modo, esse profissional deve inspirar confiança e empatia à paciente para que consiga falar sobre si e revelar suas queixas e fragilidades, já que um dos objetivos do atendimento psicológico é mostrar que há possibilidades de desenvolver estratégias para o enfrentamento de situações aparentemente difíceis.

A partir do tratamento psicoterapêutico, espera-se que a pessoa tenha novas perspectivas sobre a vida, que seja capaz de rever a percepção que tem de si mesma e de ressignificar até mesmo a queixa central que a trouxe à psicoterapia. A mudança ocasionada por esse processo pode trazer à paciente possibilidades de rever os seus conceitos e as relações que mantém com o seu ambiente (FERNÁNDEZ *et al.*, 2015).

Como se pode ver, a psicoterapia é um processo desafiador. Para enfrentá-lo, o psicoterapeuta deve estar preparado teórica e tecnicamente e, ao mesmo tempo, conscientizar-se de que cada sessão se transforma em uma nova experiência, em que muitas possibilidades, riscos e imprevisibilidade poderão surgir, pois a prática psicoterápica é muito mais que um saber teórico ou um conjunto de técnicas (QUEIROZ, 2017).

Portanto o serviço de atendimento psicoterapêutico pode ser apresentado como uma possibilidade de ressignificação para as pessoas que vivenciam um sofrimento emocional intenso, no qual a mulher deve ser compreendida conforme as suas particularidades. Dessa forma, espera-se que, ao longo do processo psicoterápico, mudanças ocorram durante as sessões, de modo que a paciente consiga responder adequadamente às vicissitudes da vida (HONDA *et al.*, 2017).

## O Vínculo Terapêutico

Geralmente, no primeiro atendimento, acontece a entrevista psicológica, que se diferencia dos demais tipos de entrevistas, devido a seu foco estar nos aspectos psicológicos (estado emocional, funções psíquicas, personalidade etc.). A anamnese psicológica permite que o psicoterapeuta conheça a história de vida do paciente, bem como suas crenças, seus valores, seus conflitos, seus traumas, seus



desejos, dentre outros fatores que podem estar envolvidos com os seus aspectos afetivos e cognitivos.

Para Queiroz (2017, p. 114), “[...] a primeira entrevista marca o início da psicoterapia”. Nela a preparação para construção do vínculo começa a ser estabelecida, isso é fundamental para o desenvolvimento do tratamento, pois o seu sucesso só será possível a partir da formação do vínculo terapêutico, que não ocorre de repente, faz parte de um processo.

A vinculação ou a aliança terapêutica consiste num trabalho conjunto construído a partir da relação entre psicoterapeuta e paciente, no qual novas perspectivas e sentidos são refletidos nas mudanças que ocorrem durante o processo psicoterápico.

Nas psicoterapias, pode-se observar a aliança terapêutica como fator importante para o progresso no tratamento. Ela é construída a partir do grau de confiança, de intimidade e de segurança, que, ao longo do processo, são compartilhados entre psicólogo e paciente (HONDA *et al.*, 2017).

A expectativa criada pela paciente quanto aos benefícios que poderá obter na psicoterapia, a participação ativa nesse processo, a motivação para enfrentar seus problemas e a sua permanência no tratamento são fortalecidos mediante ao vínculo terapêutico (CONSTANTINO *et al.*, 2016; JUNG *et al.*, 2015; WAMPOLD, 2015).

Para Peixoto *et al.* (2016), dentre os fatores que contribuem para o sucesso no tratamento psicoterápico, está a qualidade da relação estabelecida entre paciente e psicoterapeuta. Eles acreditam que a vinculação entre ambos pode ser expressa pela aliança de trabalho, também conhecida como laço terapêutico, visto que, uma vez firmado, pode gerar resultados positivos no processo interpessoal.

Porém o cuidado com o vínculo deve ser constante pois, caso seja enfraquecido, pode não haver condições para a continuidade do tratamento:

Sem o estabelecimento do vínculo terapêutico, a relação cliente/psicólogo fica muito vulnerável, o que, provavelmente, levará à desistência por parte do cliente. Entretanto, a construção do vínculo não é tarefa simples e, embora o mesmo seja construído na relação cliente/psicólogo, cabe a este, como profissional conduzir este processo (QUEIROZ, 2017, p. 115).

Todavia a construção do vínculo não depende exclusivamente do psicoterapeuta. Ainda que, nessa relação, o profissional ocupe a posição de facilitador do processo psicoterapêutico, a paciente deve estar à vontade para compartilhar fatos de sua vida nunca revelados. Sendo assim, o psicólogo precisa estar consciente de sua responsabilidade de inspirar confiança, mantendo a sua postura empática enquanto durar o tratamento.

A relação entre o psicoterapeuta e a paciente é diferente de amizade, pois o vínculo feito entre ambos permite que ele mantenha neutralidade e o resguarda de sofrer juntamente com ela, porém não o impede de ser tocado pelo sofrimento dela (RODRIGUES *et al.*, 2017). Logo, torna-se importante ressaltar que o psicólogo está envolvido nessa relação para acolher e orientar a paciente acerca dos possíveis caminhos de solução para as suas demandas.

## Resultado e discussão

A busca por ajuda psicológica, por parte das mulheres, tem aumentado, pois foi previsto que, dentre os transtornos mentais, a depressão seria a principal causa de adoecimento em 2020 (STEINER, 2005). Sendo assim, uma maior procura por psicoterapia pode estar ocorrendo, porque o grupo feminino possui peculiaridades fisiológicas e socioculturais que poderão interferir diretamente na sua saúde, dado que um dos “[...] principais fatores que levam a mulher a precisar de uma assistência no campo da Saúde Mental está relacionado a sintomas ansiosos e depressivos” (RAMADA *et al.*, 2010, p. 618).

Ao tratar sobre o assunto que concerne ao transtorno depressivo, Steiner (2005, p. 541) relata que “[...] não somente o dobro de mulheres sofre desse transtorno em comparação aos homens”, como também apresentam um índice mais alto de condições comórbidas, físicas e mentais. Ele ainda alega que as mulheres sofrem mais de transtornos alimentares, transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e transtorno de estresse pós-traumático (Tept).

Corroborando esses dados, no artigo *Saúde mental na atenção à mulher*, fica exposto que, “[...] do ponto de vista epidemiológico, as mulheres apresentam índices mais elevados de depressão, distímia, desordens afetivas e distúrbios de ansiedade generalizada, além de ataques de pânico, fobias e desordens alimentares” (RAMADA *et al.*, 2010, p. 617).

Devido a essa demanda, as pesquisas em Psicoterapia têm avançado nas últimas décadas, visto que a prática psicoterápica vem sendo tema de pesquisas com

objetivo de comprovar a sua eficácia (CASSEL; CAMPEZATTO; NUNES, 2015; ZANATTA; BENETTI, 2012).

Sendo assim, a partir da discussão que se forma sobre a efetividade da psicoterapia para saúde mental, Yoshida (2012) relata que estudos revelam que o tratamento psicoterápico, independentemente de abordagem teórica e de modalidade de atendimento, contribuem significativamente para promoção de mudanças nos pacientes.

Segundo Honda *et al.* (2017), o surgimento de novos comportamentos e emoções indicam que houve mudanças durante as sessões de psicoterapias. Por meio da autopercepção, os pacientes descrevem o tratamento psicoterápico como eficiente, efetivo e duradouro e alegam perceber mais mudanças em si mesmos do que os próprios psicoterapeutas e as pessoas do seu convívio.

Entretanto Kazdin (2007) informa que ainda não há explicações baseadas em evidências consideradas consistentes, que sejam capazes de esclarecer como as intervenções psicoterápicas podem gerar mudança no paciente. Apoiados nessas informações, Serralta, Nunes e Eizirik (2011) sugerem que as pesquisas em psicoterapia devem ter o foco nas mudanças que acontecem durante o processo psicoterápico, a fim de que seja possível obter melhores explicações a respeito dos fenômenos que se apresentam nesse processo.

Diante das considerações anteriores, é importante frisar que, em pesquisa realizada por Honda *et al.* (2017), ficou constatado que o tratamento psicoterápico apresentou resultados positivos, evidenciando mudanças na vida da paciente. Corroborando a mesma tese, no estudo realizado por Petersen *et al.* (2019), os dados obtidos também apontam níveis de melhora dos sintomas-alvos durante as psicoterapias oferecidas às mulheres.

## Considerações finais

Ao longo do capítulo, foi observado que a psicoterapia é um ambiente de apoio e acolhimento onde o psicólogo trabalha de forma colaborativa, para o bem-estar psíquico de quem busca por melhoria na qualidade de vida. Tendo como foco a população feminina, durante o presente trabalho, foi apresentado o processo psicoterapêutico como uma proposta para promoção de saúde mental das mulheres, ressaltando a importância do vínculo terapêutico como elemento fundamental nesse processo.

Sendo assim, a partir da literatura, compreende-se que o estabelecimento do vínculo é crucial para o desenvolvimento e para o sucesso no tratamento. Caso essa relação não seja fortalecida, o paciente pode desistir em qualquer momento, durante as sessões de psicoterapia.

Com base na revisão literária, entende-se que o tratamento psicoterapêutico pode ajudar o público feminino a superar os momentos difíceis, visto que os resultados encontrados nos estudos constataram que as intervenções psicoterápicas podem contribuir para gerar mudanças favoráveis nas pessoas. Logo, a psicoterapia pode promover benefícios para saúde mental das mulheres, evitando que preocupações específicas comprometam, de forma negativa, a sua qualidade de vida.

## Referências

- ALMEIDA, R. Impacto da mastectomia na vida da mulher. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, dez. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v9n2/v9n2a07.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.
- CASSEL, P.; CAMPEZATTO, L.; NUNES, M. Processo psicoterapêutico: compreensão de momentos de mudança psicológica em uma sessão de psicoterapia psicanalítica. **Contexto Clínicos**, v. 8, n. 1, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v8n1/v8n1a04.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.
- CONSTANTINO, M. *et al.* Looking forward: Correlates of posttreatment outcome expectation among depressed outpatients / Pensamiento prospectivo: correlatos de las expectativas de resultados post-tratamiento de pacientes ambulatorios que sufren depresión. **Studies in Psychology**, v. 37, n. 2-3, p. 282-310, 2016.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2008.
- FARINHA, M; SOUZA, T. Plantão psicológico na delegacia da mulher: experiência de atendimento socioclínico. **Revista Spagesp**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v17n1/v17n1a07.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.
- FERNÁNDEZ, O. *et al.* Importância de los Cambios Iniciales en la Psicoterapia com Adolescentes. **Ter. Psicol.**, Santiago, v. 33, n. 3, 2015. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n3/art08.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.
- HONDA, G. *et al.* Eficácia adaptativa e indicadores genéricos de mudança em psicoterapia: um estudo exploratório. **Estudos Psicol.**, Campinas, v. 34, n. 4, p. 512-522, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v34n4/1982-0275-estpsi-34-04-00512.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.

- JUNG, S. *et al.* Desistência e conclusão em psicoterapia psicanalítica, um estudo qualitativo de pacientes em Porto Alegre, Brasil. **Revista Bras. Psicoterapia**, v. 17, n.1, p. 25-40, 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/303693320\\_Desistencia\\_e\\_Conclusao\\_em\\_Psicoterapia\\_Psicanalitica\\_um\\_estudo\\_qualitativo\\_de\\_pacientes\\_de\\_Porto\\_Alegre\\_Brasil](https://www.researchgate.net/publication/303693320_Desistencia_e_Conclusao_em_Psicoterapia_Psicanalitica_um_estudo_qualitativo_de_pacientes_de_Porto_Alegre_Brasil). Acesso em: 10 abr. 2020.
- KAZDIN, A. Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 3, n. 1, p. 1-27, 2007.
- MACÊDO, S.; SOUZA, G.; LIMA, M. Oficina de desenvolvimento da escuta: prática clínica na formação em psicologia. *Revista Abordagem Gestalt.*, Goiânia, v. 24, n. 2, maio/ago. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v24n2/v24n2a02.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.
- MALUF, M.; MORI, L.; BARROS, A. O impacto psicológico do câncer de mama. **Revista Bras. Cancerologia**, v. 51, n. 2, p. 149-154, 2005. Disponível em: [https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n\\_51/v02/pdf/revisa01.pdf](https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_51/v02/pdf/revisa01.pdf). Acesso em: 10 abr. de 2020.
- PEIXOTO, E. *et al.* Caso Vera: Intervenções psicoterapeuta e aliança terapêutica. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 4, dez. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n4/v24n4a02.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.
- PETERSEN, M. *et al.* Psicoterapia cognitivo-comportamental para mulheres em situação de violência doméstica: revisão sistemática. **Psicol. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, jan./abr. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v31n1/08.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.
- QUEIROZ, E. A Construção do Vínculo Terapêutico: Uma reflexão sob a perspectiva gestáltica. **IGT rede**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 26, jan./jun. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/igt/v14n26/v14n26a07.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.
- RAMADA, K. *et al.* Saúde mental na atenção à mulher. **Revista pesq.: cuid. fundam.** v. 2, p. 616-619, out./dez. 2010. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1066/pdf\\_237](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1066/pdf_237). Acesso em: 10 mar. 2020.
- RAMOS, B.; LUSTOSA, M. Câncer de mama feminino e psicologia. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, 10 jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsb-ph/v12n1/v12n1a07.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.
- RODRIGUES, N. *et al.* A importância do acompanhamento psicológico em mulher mastectomizada: artigo de revisão. **Assoc. Catar. Medicina**, v. 46, n. 1, 2017. Disponível em: <http://acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/261/148>. Acesso em: 10 abr. 2020.
- SERRALTA, F.; NUNES, M.; EIZIRIK, C. Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 28, n. 4, p. 501-510, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n4/10.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.
- STEINER, M. Saúde mental da mulher: o que não sabemos? **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, suppl. 2, out. 2005. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt\\_a02v27s2.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt_a02v27s2.pdf). Acesso em: 10 abr. 2020.
- VIEIRA, C.; LOPES, M.; SHIMO, A. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista Escola Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, jun. 2007.

Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/19.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.

WAMPOLD, B. How important are the common factors in psychotherapy? An update. **World Psychiatry**, v. 14, n. 3, p. 270-277, 2015.

YOSHIDA, E. Psicoterapias psicodinâmicas. In: M. E.; E. M. Yoshida (Eds.). **Psicoterapias breves nos diferentes estágios evolutivos**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2012. p. 1-17.

ZANATTA, D.; BENETTI, S. Representação mental e mudança terapêutica: uma contribuição da perspectiva da teoria das relações objetais. **Psicol.: Teor. e Pesq.**, v. 28, n. 1, p. 93-100, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n1/12.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.

## 4. Estigmas, invisibilidades e esquecimento: a saúde da mulher trans sob análise

Bianca Magnelli Mangiavacchi<sup>1</sup>

Fernanda Santos Curcio<sup>2</sup>

Tauã Lima Verdan Rangel<sup>3</sup>

### Considerações iniciais

O escopo estabelecido debruça-se em analisar a Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, com enfoque específico direcionado para a figura da mulher trans. Em uma primeira análise, é fato que a discussão em torno das minorias sexuais se apresenta como dotada de

- 
1. Doutora e mestra em Biociências e Biotecnologia, pela UENF; graduada em Complementação Pedagógica com Habilitação em Biologia, pelo Instituto Federal do Espírito Santo; graduada em Ciências Biológicas, pela UENF. E-mail: bmagnelli@gmail.com
  2. Doutora e mestra em Memória Social, pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO); graduada em Serviço Social, pela Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: fernandasantosciurcio@gmail.com
  3. Doutor e Mestre em Ciências Jurídicas e Sociais, pela UFF; especialista em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas, pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC); especialista em Direito Administrativo, pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)/Instituto Alfa; especialista em Direito Ambiental, pela FAVENI/Instituto Alfa; especialista em Direito de Família, pela FAVENI/Instituto Alfa; especialista em Práticas Processuais Civil, Penal e Trabalhista, pelo Centro Universitário São Camilo, ES. E-mail: taua\_verdan2@hotmail.com

grande relevância e pertinência, sobretudo em razão do embate entre os aspectos culturais e tradicionais que institucionalizaram um “padrão” e, por outro prisma, estigmatizaram os grupos sociais divergentes.

Em complemento, travestis e transexuais sempre, no Brasil, figuraram como maiores vítimas de preconceitos e de discriminações envolvendo a sexualidade, no âmbito da comunidade LGBTT. Ora, tal fato decorre da premissa mencionada de que a população possui uma identidade de gênero destoante da imposta pelos padrões heteronormativos e pela cultura cisheteropatriarcal, em que homem é homem e mulher é mulher, logo, qualquer padrão que fuja dessa norma é encarada com forte estranhamento e combatida pelos aparelhos sociais instituídos e reconhecidos.

Ao se pensar na temática sob um aspecto mais crítico, é possível refletir sobre a escalada que envolve a violência praticada contra as denominadas minorias sexuais, que, anualmente, registra um aumento robusto, pois, no caso de trans, o estranhamento se manifesta com o assassinato e com a violência. Neste sentido, o direito à vida e, por extensão, os demais direitos a ele vinculados encontram-se em risco constante.

No Brasil, a condição de minorias sexuais coloca os indivíduos em um contínuo cenário de estigmatização e de invisibilização, inclusive no âmbito do Poder Público, com escassez de políticas implementadas em favor de tais grupos, o que, por conseguinte, implica comprometimento de acesso a direitos fundamentais, tal como o direito à saúde. Nessa perspectiva, ser integrante das minorias sexuais, no território nacional, implica vivenciar a constante fragilidade de acesso a políticas públicas, sobremaneira no campo da saúde.

A metodologia empregada pautou-se na utilização dos métodos científicos historiográfico e dedutivo. O primeiro foi utilizado no processo de abordagem da cultura *cisheteropatriarcal* e das consequências na institucionalização da estigmatização dos transexuais. Já o método dedutivo se justifica na abordagem da problemática eleita como pergunta condutora do tratamento da temática. Ainda sob o ponto de vista da abordagem, a pesquisa é descrita como qualitativa.

No que se relaciona às técnicas de pesquisa, empregou-se a revisão de literatura, sob o formato sistemático, e a pesquisa documental. No que se relaciona à primeira técnica de pesquisa, a busca por materiais observou o critério de pertinência e de adequação ao tema central estabelecido. Já em referência à pesquisa documental, foram empregados os materiais produzidos pelo Ministério da Saúde e vinculados à Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas,



Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. De maneira auxiliar, foi empregada a pesquisa bibliográfica com aportes e discussões relativas à transexualidade e ao reconhecimento de direitos.

## **Ser trans em uma cultura cisheteropatriarcal estigmatizante: a marginalização institucional**

Muitos são os embates enfrentados por diferentes segmentos populacionais no que tange o acesso aos direitos sociais. Os indivíduos, em suas subjetividades e particularidades, solicitam o atendimento de suas necessidades, requerendo ao Estado e aos serviços públicos direcionamentos e ações que atendam às suas demandas, para que assim tenham a sua existência reconhecida.

As políticas públicas, nesse horizonte, podem ser entendidas como um conjunto de programas, intervenções e ações empreendido pelo poder estatal, no sentido de afiançar os direitos constitucionais imanentes a todos os cidadãos. Assim, a partir da intervenção do Estado, abrangendo diferentes atores sociais dos âmbitos governamentais e não-governamentais, prioridades, recursos, estimativa de impactos e planos são estabelecidos.

Longe de indicar uma linearidade e benevolência do Estado, naquele campo, intensas correlações de forças, contradições e estratégias de implementação de decisões e de impacto fazem-se presentes. Mais do que isso, a política pública, envolvendo ações e não-ações deliberadas da autoridade pública, diante de uma questão ou necessidade (FACEIRA, 2009), traz possíveis omissões, que fazem parte de um plano que não presume certas escolhas públicas. Para tanto, intervenções, atuações, respostas, omissões e indiferenças, nessa seara, produzem efeitos sobre a vida e o exercício da cidadania das pessoas por eles tratadas, mas, também, daquelas por eles esquecidas.

A partir dessas questões e dos direcionamentos deste trabalho, sabe-se que a população transgênera<sup>4</sup>, em sua maioria, encontra-se marginalizada e inserida em processos de exclusão social que cerceiam e limitam o acesso aos direitos sociais, incluindo o acesso à saúde (OLIVEIRA; ROMANINI, 2020). No Brasil historicamente há uma dificuldade no reconhecimento e na institucionalização

---

4. Compreendendo a multiplicidade das formas de viver e de experienciar o gênero e os dois aspectos que cabem na dimensão *transgênero* (JESUS, 2012), para este trabalho, tomaremos a sua utilização como as vivências de gênero identitárias, reportando-se às/aos transexuais e às travestis.

de ações estatais voltados às mulheres. Essa realidade se torna ainda mais hostil quando se trata das mulheres trans. Nesse ensejo, as políticas, constituídas em espaços sociais eivados de vieses discriminatórios, excludentes e estigmatizantes, têm fundamentado racionalidades binárias e cisgêneras<sup>5</sup>.

Na cultura heterocentrada, como entende Preciado (2014), as performatividades normativas são inscritas no corpo como verdades biológicas. Aquele assim é “submetido às assimetrias e desigualdades sociais enquadrantes que separam, e excluem, aquilo classificado como abjeto daquilo classificado como normal” (PRECIADO, 2017, p. 3). A partir desses “enquadramentos”, olhares são orientados; destinos, estabelecidos; corpos, determinados; vidas, estimadas (ou não).

Tais inferências atravessam as diversas instâncias da vida social, em que as relações, instituições e prerrogativas reiteram, cada qual à sua medida, lógicas classificatórias, categorizadoras e normalizadores de gênero e de sexualidade. Diante desses mecanismos, ao se direcionar as discussões para o âmbito da saúde, tratando-as a partir de um prisma amplo, complexo e multifacetado, é possível depreender que múltiplos são os seus condicionantes, em que as desigualdades que atravessam a sociedade interferem decididamente, na prevenção, na promoção e na recuperação em saúde.

Esse direito – inalienável, de acesso integral e universal (BRASIL, 1988) – então, carece de uma luta contínua e árdua para que as linhas de cuidado observem as especificidades e as vulnerabilidades dos grupos sociais. Sobre o assunto, sabe-se que as pessoas trans, homens e mulheres enfrentam diversos obstáculos no acesso à saúde e a outras garantias cidadãs, como o direito à educação, ao trabalho e à assistência social, por exemplo.

Aquelas assimetrias podem ser observadas nas diferentes condições de saúde dos grupos, nos graus de riscos à saúde e no acesso desigual aos recursos existentes no sistema de saúde. Como destacam Monteiro, Brigeiro e Barbosa (2019), nesse campo, a vulnerabilidade das pessoas trans pode ser demonstrada nas altas taxas de violência e de assassinatos sofridos; nos agravos concernentes

---

5. Cisgênero é uma palavra cunhada na década de 1990, servindo para designar as pessoas que se identificam com o sexo/gênero que lhes foi atribuído ao nascimento (BONASSI, 2017). O uso do termo assume uma “estratégica para enfatizar a perspectiva binarista vigente e, dessa forma: 1) expor que o gênero não é da ordem do natural; 2) que é um constructo a partir das convenções morais e sociais; e 3) que não está condicionado à existência de uma determinada genitália/órgãos reprodutivos” (SILVA; SOUZA; BEZERRA, 2019, p. 3).

à saúde mental, em que os casos de depressão e tentativas de suicídio são recorrentes; e na elevada prevalência do vírus da imunodeficiência humana (VIH).

Além disso, os autores salientam que, além destes fatores, a estigmatização e a discriminação sexual são entraves que dificultam o acesso desses grupos aos serviços e ações de prevenção e cuidado. Oliveira e Romanini (2020), a partir de pesquisa qualitativa realizada em uma cidade do estado do Rio Grande do Sul, destacam ainda outros aspectos que podem ratificar as iniquidades em saúde das mulheres trans: a ausência de preparo dos profissionais de saúde; a patologização da vivência transexual; e, sobretudo, a deficiência no acolhimento.

O *cisheteropatriarcado*, como um sistema sociopolítico em que a heterossexualidade cisgênera e o gênero masculino assumem a supremacia sobre os demais gêneros e orientações sexuais (AKOTIRENE, 2019)<sup>6</sup>, traz implicações nas desigualdades sociais, no cuidado em saúde, marginalizando os corpos que não se enquadram no discurso hegemônico de sexualidade e de gênero.

Nesse terreno de adversidades e descasos, lutas e reivindicações por uma atenção integral em saúde e acesso aos serviços sem discriminação têm ganhado força, principalmente nas diligências pelo fortalecimento e pela consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Para Rocon *et al.*,

[...] a vida de homens e mulheres trans, com suas singularidades e particularidades, solicita ao Estado e aos serviços públicos de saúde um tratamento diferenciado, com atendimentos especializados que compreendam suas necessidades de transformação corporal como necessidade em saúde, bem como os demais desdobramentos políticos, estéticos, sociais, econômicos e culturais de seus processos de transição no gênero como componentes de seus processos de saúde e doença (ROCON *et al.*, 2018, p. 44).

É necessário destacar que, desde 1988, com a implantação do SUS, há um avanço na política de saúde direcionada à população LGBT, movimento esse fortalecido com normativas que serão apresentadas posteriormente, neste trabalho. Conquanto, torna-se impreterível promover ações e estratégias consistentes e continuadas no campo da saúde, atreladas às demais políticas, que atuem no en-

---

6. Em que as decorrências das desigualdades estruturais não se colocam, apenas, como aditivas, mas conversacionais e multiplicativas no meio marcado pelas desigualdades relacionadas à raça, à classe, ao gênero, à idade, à identidade e à orientação sexual.

frentamento dos estigmas e das vulnerabilidades das mulheres trans, bem como na superação dos impasses de ordem estrutural da rede pública de saúde. Ademais, a ampliação do debate sobre as questões de gênero e de sexualidade, nesse âmbito, é crucial, na medida em que possibilita colocar o cuidado para além do modelo biomédico e transpor o imperativo da *cis* e da heteronormatividade, ainda existente e habitual nos serviços de saúde.

## **Autodeterminação sexual e acesso à saúde em convergência: o direito de ser quem é**

A Constituição Federal de 1988, quando da sua promulgação, estabeleceu, em seu Artigo 1º, inciso III, como um dos fundamentos principais para a sustentação do Estado Democrático de Direito, o reconhecimento do princípio da dignidade da pessoa humana. É uma concepção indeterminada que permite a convergência de uma série de elementos indissociáveis do desenvolvimento humano, perpassando desde a vedação a determinados comportamento por parte do Estado e da coletividade, até mesmo ao reconhecimento de uma série de direitos fundamentais que são responsáveis pela formação e pela constituição individual. Sarlet, ainda, ao dispor sobre o núcleo sensível da dignidade da pessoa humana, aponta que:

[...] a dignidade da pessoa humana é] qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos, mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida (SARLET, 2011, p. 73).

Ao considerar a origem jusfilosófica do princípio em análise, verifica-se que a própria locução traz consigo uma perspectiva de proteção, no primeiro plano, da individualidade e dos direitos vinculados, incluindo-se aqui uma acepção contramajoritária em relação à coletividade. Em complemento, Amartya Sen traz

algumas ponderações acerca das minorias sociais, existentes inclusive em países considerados desenvolvidos:

É importante notar que a opulência econômica e a liberdade substantiva, embora não sejam desconectadas, frequentemente podem divergir. Mesmo com relação a ser livre para viver vidas razoavelmente longas (livre de doenças evitáveis e outras causas de morte prematura), **é notável que o grau de privação de determinados grupos socialmente desfavorecidos, mesmo em países muito ricos, pode ser comparável ao das economias em desenvolvimento.** Por exemplo, nos Estados Unidos, os afro-americanos dos centros urbanos deteriorados não têm como grupo maiores chances — na verdade, elas são substancialmente menores — de chegar a uma idade avançada do que as pessoas nascidas em muitas regiões mais pobres, como Costa Rica, Jamaica, Sri Lanka ou grande parte da China e da Índia. A liberdade de poder evitar a morte prematura é, evidentemente, em grande parte incrementada por uma renda mais elevada (isso não se discute), mas ela também depende de muitos outros fatores, em particular da organização social, incluindo a saúde pública, a garantia de assistência médica, a natureza da escolarização e da educação, o grau de coesão e harmonia sociais, e assim por diante. Faz diferença se olharmos apenas para os meios de vida, em vez de considerarmos diretamente as vidas que as pessoas conseguem levar (SEN, 2011, p. 260, grifo nosso).

Em arremate ao exposto, Bobbio (2002) aponta que o tratamento diferenciado, em relação aos grupos minoritários, dentre de uma realidade fático-jurídica, produz a emergência da discriminação, cujo fundamento é uma realidade sócio-cultural-historicamente produzida, em que há uma dualidade constante alicerçada no juízo discriminante. Assim, para o autor, tal juízo apresenta uma valoração em que há a qualificação de um grupo em detrimento de outro, impedindo inclusive o acesso a direitos básicos e a políticas públicas (BOBBIO, 2002). Especificamente a respeito da realidade brasileira, Jayme Weingartner aponta que:

[...] os cidadãos brasileiros estão imersos nas questões de minorias, reconhecimento, diferença, identidade, direitos especiais. Há clara e forte demanda por saúde, educação e segurança pública, toda uma expectativa

social de combate à corrupção e à [sic] organizações criminosas. O rol de competências e atribuições, de funções, e instâncias, mormente num quadro naturalmente complexo em face da Federação, hoje é tão extenso e variado que é preciso fazer escolhas, eleger prioridades (...) (WEINGARTNER NETO, 2014, p. 30).

Dessa feita, a escolha de prioridade é, de fato, uma tarefa árdua e dotada de elevada complexidade para o poder público, em especial quando são consideradas as realidades dos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil. Assim, a edição de legislações específicas tenta promover uma amenização da realidade e conferir o reconhecimento e a proteção da dignidade dos segmentos sociais, como se pode verificar com o Estatuto do Idoso, com o Estatuto da Criança e do Adolescente, com o Estatuto da Juventude, com a Lei Maria da Penha, dentre outros (WEINGARTNER NETO, 2014).

Contudo, analisar a temática a partir da perspectiva das minorias sexuais, sobretudo no que concerne ao reconhecimento de direitos e ao estabelecimento de políticas públicas, torna-se mais complexo. A perspectiva asseguradora e protecionista encartada no princípio da dignidade da pessoa humana encontra uma série de obstáculos para a efetivação implantação, notadamente ao se pensar em um discurso institucionalizado no âmbito sócio-cultural-histórico acerca do estranhamento envolvendo as sexualidades destoantes dos padrões reconhecidos de que homem é homem e mulher é mulher, obviamente numa perspectiva cis de alinhamento e de harmonização entre sexo biológico e a identidade de gênero socialmente estabelecida.

De outro modo, as identidades trans foram objeto de marginalização e de negação de direitos, inclusive fundamentais, além de uma invisibilização no campo institucional e laboral, renegando quantitativo expressivo de tais indivíduos a uma subcondição humana, o que implica o cerceamento de acesso a uma gama de elementos que constituem um mínimo existencial indispensável para se viver com dignidade. Sob o viés do campo jurídico, Nancy Andrighi, Ministra do Superior Tribunal de Justiça, já se manifestou no sentido de que:

— A afirmação da identidade sexual, compreendida pela identidade humana, encerra a realização da dignidade, no que tange à possibilidade de expressar todos os atributos e características do gênero imanente a cada pessoa. Para o transexual, ter uma vida digna importa em ver reconhecida a sua identidade sexual, sob a ótica psicossocial, a refletir a verdade real por

ele vivenciada e que se reflete na sociedade. A falta de fôlego do Direito em acompanhar o fato social exige, pois, a invocação dos princípios que funcionam como fontes de oxigenação do ordenamento jurídico, marcadamente a dignidade da pessoa humana – cláusula geral que permite a tutela integral e unitária da pessoa, na solução das questões de interesse existencial humano. Em última análise, afirmar a dignidade humana significa para cada um manifestar sua verdadeira identidade, o que inclui o reconhecimento da real identidade sexual, em respeito à pessoa humana como valor absoluto (BRASIL, 2009).

Dessa feita, a dignidade da pessoa humana constitui, em especial na realidade brasileira, um paradigma filosófico responsável pelo reconhecimento de direitos associados às minorias sexuais, com enfoque especial para as mulheres trans. Sem embargos, assegurar o reconhecimento da autodeterminação sexual como elemento constituinte e indissociável da dignidade da pessoa humana permite um avanço qualitativo expressivo no que concerne à realização individual. Ademais, a autodeterminação sexual assegura a promoção de todos os aspectos peculiares e inerentes à sua integridade psicofísica (BRASIL, 2009).

Ora, em um contexto de estigmas e invisibilidades, a exemplo do vivenciado no Brasil, o reconhecimento da autodeterminação sexual implica necessariamente, no exercício dos direitos civis, sem restrições de cunho discriminatório ou práticas intolerantes, o que, por decorrência, permite que seja alcançada a autonomia privada em patamar de isonomia em relação aos demais integrantes da vida civil. Afora disso, a liberdade se refletirá nos mais diversos campos de trânsito das mulheres trans, incluindo-se doméstico, profissional recorrente, bem como permitirá a exigibilidade de direitos fundamentais e indissociáveis, a exemplo da saúde.

## **A saúde da mulher trans: em risco?**

O contexto histórico da população trans, no Brasil, sempre foi marcada por exclusão, discriminação e violência, como descrito na literatura (CARVALHO; CARRARA, 2013; SANTOS *et al.*, 2015). No entanto, observa-se a existência de políticas públicas e de legislações no País que, mesmo assim, não garantem a efetividade dos direitos humanos e sexuais da população LGBTT.

Desde o início do século XXI, como resultado do diálogo e da colaboração entre o Estado e representantes da sociedade civil organizada, algumas mudanças positivas foram alcançadas em relação às normas institucionais que envolvem o setor da saúde. Assim, levando em consideração a concepção ampla de saúde preconizada no SUS e, dessa forma, fazendo relação com a saúde da população LGTT, tem-se que,

Compreender a determinação social no dinâmico processo saúde-doença das pessoas e coletividades requer admitir que a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde. Requer também o reconhecimento de que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias que compreendem lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença (BRASIL, 2013, p. 13).

Nessa perspectiva, ao longo de duas décadas, as mudanças propostas caracterizaram a elaboração do Plano Nacional de Combate à Violência e Discriminação contra Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis, em 2004 (BRASIL, 2004); a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, em 2006 (BRASIL, 2006); o plano de enfrentamento da Aids entre gays e travestis, em 2007 (BRASIL, 2007); os regulamentos de 2008 e 2013 sobre o processo e os procedimentos para adaptação da apresentação de gênero alinhado à identidade, conhecida como transição de gênero, no SUS, que inclui a cirurgia de reatribuição de gênero e o tratamento e atendimento a transexuais; e a Política Nacional de Saúde Integral da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis e Transexuais, em 2010 (BRASIL, 2010).

Com isso, nós temos, na criação da Política Nacional de Saúde LGTT, um marco em que as demandas dessa parcela da população passam a representar uma responsabilidade do Estado por si e precisam ser atendidas segundo a legislação nacional, garantindo o seu acesso à saúde viabilizado. Dessa forma, essa política acaba por representar um divisor de águas no que tange as políticas de saúde brasileiras, e que, assim como previsto na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), legitima o atendimento dessas demandas a partir da equidade.

Depois de algumas considerações, o documento destaca a existência de dados que revelam a desigualdade de acesso aos serviços de saúde pelas lésbicas e pelas mulheres bissexuais:



Art. 1º Esta Portaria institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS, com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2013, p. 20).

Diversos estudos, no Brasil, relatam as implicações presentes na marginalização social, no acesso dessa população aos cuidados de saúde, em todos os níveis de atenção, relatando inclusive situações de discriminação e de hostilidade durante as prestações dos serviços.

Embora essas regulamentações e portarias tenham grande potencial para realmente promover a inclusão social desse segmento populacional aos acessos de saúde, sua aplicabilidade efetiva passa por grandes desafios que abrangem desde o contexto do subfinanciamento do sistema, que interfere na implementação de sua política, até e a resistência por parte de setores específicos conservacionistas da sociedade sobre os direitos sexuais e reprodutivos dessa população, que ameaçam a concepção de equidade e justiça social para todos, na sociedade brasileira, conforme preconiza das diretrizes do SUS.

As desigualdades presentes diante do atendimento dessa população tornam-se mais evidentes na comparação entre diferentes grupos sociais. Assim, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2013) prevê, no decorrer de seu documento, o atendimento real da população LGBTT, uma vez que

Esta Política reafirma o compromisso do SUS com a universalidade, a integralidade e com a efetiva participação da comunidade. Por isso, ela contempla ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular. O respeito sem preconceito e sem discriminação é valorizado nesta Política como fundamento para a humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde. Para que isso se efetive, a Política LGBTT articula um conjunto de ações e programas, que constituem medidas concretas a serem implementadas, em todas as

esferas de gestão do SUS, particularmente nas secretarias estaduais e municipais de saúde. Este processo de implementação deve ser acompanhado, cotidianamente, pelos respectivos conselhos de saúde e apoiado, de forma permanente, pela sociedade civil. Dessa forma, enfrentar toda a discriminação e exclusão social implica em promover a democracia social, a laicidade do Estado e, ao mesmo tempo, exige ampliar a consciência sanitária com mobilização em torno da defesa, do direito à saúde e dos direitos sexuais como componente fundamental da saúde (BRASIL, 2013, p. 8).

Em suma, as relações entre mulheres trans e serviços de saúde devem considerar o panorama legal e programático que regula o atendimento a essa população na saúde e em seus direitos como um todo. Um processo de medicalização das experiências de transição de gênero surgiu, nesse contexto, na sociedade brasileira, nos últimos anos, apoiando os serviços de saúde. Em termos programáticos, essas novidades são vistas como um progresso para a população trans, como um reconhecimento pelo governo e pela sociedade em geral.

No entanto, na prática, alguns limites e tensões surgem dessa medicalização. Os serviços de saúde se consolidaram como um cenário legítimo para o acesso da população trans a procedimentos de transição de gênero. Entretanto sua implementação depende de melhorias no funcionamento do SUS, de treinamento profissional e de reconhecimento das especificidades de cada tecnologia de gênero e de como elas competem entre si, sem julgar moralmente as tecnologias gerenciadas pelos próprios transexuais.

## Considerações finais

Historicamente, ao se analisar a herança cultural formacional da sociedade brasileira, alguns pontos ganham especial relevo, legitimados, inclusive, a partir de posições e práticas adotadas pelo poder público e na edição de diplomas normativos. Entre tais questões, pode-se fazer expressa alusão à cultura cisheteropatriarcal, pautada no fortalecimento de padrões binários e cis. em que a perspectiva era limitada ao masculino e feminino, reforçada pela máxima “homem é homem, e mulher é mulher”.

As manifestações de sexualidade que fossem destoantes do padrão sócio-histórico-cultural sofreram com a estigmatização e a invisibilidade. Nesse aspecto, ao se pensar especificamente as minorias sexuais, a consequência se operou

nos mais diversos campos, desde o emudecimento representativo nos poderes instituídos (Executivo, Legislativo e Judiciário), até uma crescente escalada de violência. Nesse passo, a concepção de políticas públicas, por uma perspectiva tradicional de vigência, esteve, durante muito tempo, centrada no aspecto heteronormativo social.

Contudo, nos últimos anos, com a emergência de um debate em que o princípio fundamental do Estado Democrático de Direito Brasileiro é questionado acerca do reconhecimento dos direitos de tais grupos, avanços significativos foram presenciados. A legitimação do debate pelo viés jurídico permite o reconhecimento de um novo segmento de direitos fundamentais, vinculados essencialmente à autodeterminação sexual e à identidade de gênero.

O reconhecimento à identidade pessoal passa, num viés de combate a uma perspectiva majoritária e excludente, a reconhecer a identidade sexual e a identidade de gênero, as quais são alçadas ao patamar de fundamentalidade na constituição e na formação do indivíduo. Assim, o reconhecimento da identidade de um indivíduo permite que o seu desenvolvimento se dê de forma plena, encampanando a personalidade, a autonomia e lugar na comunidade em que se encontra inserido.

Assim, o direito à autodeterminação sexual materializa um direito individual que advém diretamente do princípio da dignidade da pessoa humana, notadamente ao desempenhar o papel de valor-fonte que informa e conforma o ordenamento constitucional e suas implicações para as demais normas que constituem o aparato legislativo brasileiro. A identidade sexual assim substancializa um direito fundamental de personalidade, cujo elemento mínimo de concretização é a adequação da concepção individual da sexualidade nos mais diversos campos.

A identidade de gênero, por sua vez, enfatiza a conexão como o indivíduo se manifesta e se reconhece, de maneira que não possui correspondência necessária e consequente com a expectativa social do sexo biológico. O exercício da sexualidade não pode mais ser encarado, na atual condição em que a sociedade e seus valores se apresentam, como um aspecto anatômico-biológico, mas, antes de tudo, deve partir do aspecto psicossocial.

Sendo assim, ao se pensar na Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, com enfoque especial para a população trans, traz-se e à baila elementos mínimos de dignidade e de desenvolvimento humano. O Estado, como agente planejador, implementador e executor de políticas públicas, deve assegurar que as estruturas de acessibilidade aos direitos

fundamentais, a exemplo da saúde, tenham condições para cumprir o escopo a que devem atender.

Portanto, ao se analisar as relações entre mulheres, trans e serviços de saúde, é imprescindível considerar o panorama legal e programático que estabelece a regulamentação de atendimento para tal população, bem como os direitos a serem garantidos. Os processos de medicalização das experiências de transição de gênero, como instrumento de concretização do direito à identidade de gênero, materializa um progresso para a população trans, incluindo-se uma minoria que foi tradicionalmente emudecida e invisibilizada.

## Referências

- AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen, 2019.
- BOBBIO, Norberto. **Elogio da serenidade**: e outros escritos morais. Traduzido por Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: UNESP, 2002.
- BONASSI, Brune. **Cisnorma**: acordos societários sobre o sexo binário e cisgênero. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 675/GM/2006. Revogada pela Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 mar. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Texto-Base da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: SEDH, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Atenção integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. Acórdão proferido no Recurso Especial nº 1.008.398-SP. Direito civil. Recurso especial. Transexual submetido à cirurgia de redesignação sexual. Alteração do prenome e designativo de sexo. Princípio da dignidade da pessoa humana. Relator: Ministra Nancy Andrichi. Órgão Julgador: Terceira Turma. Publicado no Diário Justiça (DJe) em 18 nov. 2009. Disponível em: <http://www.stj.jus.br>. Acesso em: 02 maio 2020.

CARVALHO, Mário; CARRARA, Sérgio. Em direito a um futuro trans: contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. *In: Sexualidade, Saúde e Sociologia (Rio de Janeiro)*, Rio de Janeiro, v. 8, p. 319-351, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-64872013000200015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-64872013000200015&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 02 maio 2020.

FACEIRA, Lobelia. **O ProUni como política pública em suas instâncias macro-estruturais, meso-institucionais e microssociais**: pesquisa sobre a sua implementação pelo MEC e por duas Universidades na Região Metropolitana do Rio. Rio de Janeiro, 2009. Tese (Doutorado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

JESUS, Jaqueline Gomes. **Orientações sobre identidade de gênero**: conceitos e termos. 2. ed. Brasília: 2012. Disponível em: <http://www.diversidadesexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>. Acesso em: 02 maio 2020.

MONTEIRO, Simone; BRIGEIRO, Mauro; BARBOSA, Regina Maria. Saúde e direitos da população trans. *In: Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 4, p. 1-4, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019000400201](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000400201). Acesso em: 02 maio 2020.

OLIVEIRA, Itauane de; ROMANINI, Moises. (Re)escrevendo roteiros (in)visíveis: a trajetória de mulheres transgênero nas políticas públicas de saúde. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 29, n.1, p. 1-14, fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020170961>. Acesso em: 27 abr. 2020.

PRECIADO, Beatriz. **Manifesto contrassexual**. São Paulo: n-1 edições, 2014.

ROCON, Pablo Cardozo *et al.* O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 43-53, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0712>. Acesso em: 25 abr. 2020.

SANTOS, Adilson Ribeiro dos *et al.* Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTQBT. **Rev. Bioética**, v. 23, n. 2, p. 400-408, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n2/1983-8034-bioet-23-2-0400.pdf>. Acesso em: 02 maio 2020.

SEN, Amartya Kumar. **A ideia de justiça**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SILVA, Felipe; SOUZA, Emily; BEZERRA, Marlos. (Trans)tornando a norma cisgênera e seus derivados. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 27, n. 2, p. 1-12, ago. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584-2019v27n254397>. Acesso em: 15 abr. 2020.

WEINGARTNER NETO, Jayme. Direito e efetividade: a boa governança no sistema de justiça. *In*: MEDEIROS, Fernanda Luiza Fontoura de; SCHWARTZ, Germano André Doederlein (Orgs.). **O direito da sociedade**: anuário. v. 1. Canoas: Unilasalle, 2014.

## 5. A (in)felicidade feminina no cenário da hipermodernidade: um estudo a partir da psicologia positiva

Poliana Campos Côrtes Luna<sup>1</sup>

Cristiana Barcelos da Silva<sup>2</sup>

Rackel Peralva Menezes Vasconcellos<sup>3</sup>

- 
1. Mestra em Cognição e Linguagem, pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF); especialista em Neuropsicopedagogia Clínica, pelo Centro Sul Brasileiro de Pesquisa Extensão e Pós-Graduação (CENSUPEG); especialista em Logística Portuária, pela Universidade Candido Mendes (UCAM); cursando Licenciatura em Pedagogia, pela Universidade Santo Amaro (UNISA); bacharel em Direito, pela Faculdade de Direito de Campos (FDC). Terapeuta clínica. Examinadora de provas internacionais na língua inglesa. Docente. E-mail: polianaccortes@hotmail.com
  2. Pós-doutora, Doutora e Mestra em Cognição e Linguagem, pela UENF, com estágio no exterior, na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (FCSH) da Universidade Nova de Lisboa (UNL), via Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (CAPES/PSDE); especialista em Educação Especial, pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI), e em Programa Nacional de Integração da Educação Profissional com a Educação Básica, na Modalidade de Educação de Jovens e Adultos (PROEJA), pelo Instituto Federal Fluminense (IFFluminense); licenciada em Pedagogia, pela UENF, e em Língua Portuguesa, pela Rede Claretiano de Ensino (RCE-Brasil). Avaliadora e revisora. E-mail: cristianabarcelos@gmail.com
  3. Pós-Graduação em Psicopedagogia Clínica e Pedagogia Empresarial; graduação em Letras - Português/Inglês, pela Universidade Salgado de Oliveira. É professora de Inglês/Português, na Secretaria de Educação do Estado do Rio de Janeiro, e professora de inglês da Prefeitura Municipal de São João da Barra. E-mail: pmvrackel@gmail.com

## Considerações iniciais

As mulheres vêm, a cada dia, assumindo papéis inimagináveis ao longo da sua história, sendo esses no âmbito profissional e pessoal. Porém, progressivamente, o que as pesquisas contemporâneas demonstram é que tais avanços, ao invés de serem traduzidos em aumento da sensação de bem-estar, satisfação e felicidade, pelas conquistas desses novos espaços, ao contrário, vêm aumentando a sensação de infelicidade, e o surgimento ou manutenção de quadros de ansiedade, estresse, depressão, dentre outras formas orgânicas de expressão desse paradoxo feminino.

Indaga-se, portanto, sobre quais seriam os caminhos e possibilidades de aumento da felicidade das mulheres contemporâneas, nesse contexto de infelicidade e de queda do bem-estar, de modo que possam iniciar uma resposta positiva a essas questões. Surge assim, de forma cada vez mais crescente, um movimento científico em busca do funcionamento humano ótimo, a partir de uma ciência conhecida como Psicologia Positiva (PP), com suas teorias e formas de aplicação metodológica.

Assim, considera-se a presente pesquisa descrita nesse capítulo, do ponto de vista da classificação dos elementos metodológicos, como uma pesquisa básica pura, quanto à finalidade, por ser teórica. No tocante aos objetivos, classifica-se como descritiva, por retratar o assunto em questão: a felicidade feminina. No que diz respeito à abordagem, é qualitativa, por ser tratar de uma análise subjetiva dos dados. Quanto ao método, é hipotético-dedutivo, porque identificamos a (in) felicidade feminina como uma questão a ser discutida, e, como hipótese, a PP como uma das possibilidades de lidar com tal questionamento. O procedimento escolhido para o desenvolvimento da pesquisa foi predominantemente o bibliográfico, e a técnica de investigação foi a Análise de Conteúdo.

Assim, ao longo do presente capítulo, considerando o crescente aporte científico da PP, visou-se evidenciar os aspectos que poderiam influenciar no bem-estar das mulheres diante da vida hipermoderna.

## O cenário da malabarista bem-sucedida

Entender a questão da felicidade é de suma importância para a compreensão da qualidade de vida e do alcance de como os modelos societários lidam com as demandas das pessoas, conforme afirma Yang Yang, professora-assistente de Sociologia da Universidade de Chicago, Estados Unidos. Considerando a pesquisa



realizada em tal universidade (Pesquisa Social Geral, do Centro Nacional de Pesquisa de Opinião dos Estados Unidos), de modo geral, os americanos ficam mais felizes à medida que envelhecem. Os dados dessa pesquisa começaram a ser compilados em 1972 e, por 33 anos, foi possível detectar que o maior nível de felicidade se encontrava entre os que estavam acima dos 80 anos (BBC BRASIL, 2008).

Porém, referindo-se ainda a tal pesquisa, Buckingham (2014) manifesta-se sobre o nível geral da felicidade das mulheres em comparação com os homens, afirmando que há um declínio evidente dessa. Maiores oportunidades educacionais, profissionais e políticas não estão favorecendo numa relação direta, como era o esperado, a elevação do nível geral de felicidade feminina. As mulheres, ao longo dos anos, estão menos felizes. À medida que ocorre o avanço na idade, ao contrário dos homens, vão demonstrando um estado de infelicidade, mesmo obtendo conquistas significativas na área profissional, maior reconhecimento, mais dinheiro e oportunidades.

A questão da conquista dos direitos em relação à igualdade de gênero poderia significar um aumento do bem-estar feminino, porém não é isso que se verifica com o passar do tempo, desde 1970. Pesquisas afirmam que o declínio do bem-estar subjetivo das mulheres não está associado a um fenômeno social específico e independe do seu nível de educação, status civil e trabalho (STEVENSON; WOLFERS, 2009).

Já no Brasil, não há estudos que demonstrem pesquisas realizadas sobre os padrões de felicidade femininos ao longo desse período de tempo. Porém, em 2006, foi realizada a pesquisa *Os determinantes empíricos da felicidade no Brasil*, na qual foi possível observar que a probabilidade de os homens serem muito felizes era de 17%, enquanto, no caso das mulheres, era apenas de 13%. Além disso, eles tinham 1,5% de chance de serem infelizes, ao passo que as mulheres, quase 3%, conforme demonstrou o estudo (CORBI; MENEZES-FILHO, 2006).

Em outra pesquisa, as mulheres demonstraram, até os 36 anos de idade, índices superiores de bem-estar em relação aos homens, apresentando queda, após essa idade, conforme afirma Natividade (2014) ao delinear os níveis de Satisfação de Vida nos brasileiros, encontrando diferentes padrões para homens e mulheres.

À medida que a temática da felicidade e suas questões no universo feminino apresentam-se em ascensão, demais reflexões surgem com o intuito de trazer dados e de encontrar caminhos que desenvolvam essas ideias. Dessa forma, Freire Filho e Leal (2015) trabalham nas concepções de felicidade destacadas em duas importantes reportagens nacionais, a saber: a matéria *O paradoxo da tristeza fe-*

*minina* (2010), da revista Veja Edição Especial Mulher; e *10 segredos para ser feliz* (2012), da revista Época.

Enfatizando o tema na primeira revista, os autores investigam causas possíveis que subsidiam uma questão intrigante: mesmo havendo mais empregos, melhores salários e mais respeito por parte dos homens, por que, afinal, as mulheres não sorriem? Uma reportagem de quatro páginas, assinada pela jornalista Dwyer Gunn, editora do blog *Freakonomics*, do The New York Times, e pelos economistas Betsey Stevenson e Justin Wolfers, professores da Universidade da Pensilvânia, abordam a questão. A matéria inicia com uma comparação entre as mulheres de hoje e as da década de 1950, ressaltando os mais variados tipos de avanços na vida feminina e sua maior liberdade. Os fatos são fundamentados por dados que demonstram maior escolaridade, menor discrepância salariais entre os sexos e menor taxa de fecundidade em países como Inglaterra, Estados Unidos e Brasil. Porém os avanços encobrem o seguinte ponto, de acordo com a revista: mesmo com tudo isso, com o passar do tempo, as mulheres tornaram-se menos felizes. Analisando as causas do problema, os autores, ao compararem dados quantitativos dos grupos de mulheres que poderiam ser mais infelizes que outras, chegaram à conclusão de que esse é um problema do gênero feminino, visto que, de forma geral, a infelicidade atinge mulheres com nível educacional, idade, renda e estado civil diferentes (FREIRE FILHO; LEAL, 2015).

Diante desse cenário, Renata Abreu (2017) traz à tona a inquietação da possibilidade de o estereótipo da hipermodernidade feminina estar encobrendo a infelicidade dessas mulheres, ou seja, de a mulher do século XXI, conhecida como malabarista, bem-sucedida, performática em seus diversos papéis, estar abafando uma infelicidade cada vez maior e sigilosa. Nesse contexto, estamos envolvidos na era do *hiper*, da hipermodernidade, hiperconsumismo e hipernarcisismo. É a modernização da própria modernidade. O filósofo francês Gilles Lipovetsky (2004) descreve esse momento como o de uma sociedade hipermoderna com grandes avanços tecnológicos, na qual não há escolhas, apenas evoluir para não ser engolido pela própria “evolução”. Assim, tem-se sempre o *mais*, sendo este o mais rápido, o mais produtivo, o mais competente, o mais eficiente, ou seja, exige-se sempre mais dos indivíduos.

Entende-se, portanto que, em meio ao aumento de facilidades e possibilidades, as mulheres acabaram adicionando, somando e incorporando atividades em diferentes domínios da vida humana. Em um contexto hipermoderno de velocidade e excesso, hoje se encontram com questões a serem resolvidas, dificuldades de escolhas em como gerenciar diferentes aspectos, elevar seu bem-estar e com a

sensação de infelicidade ao longo da trajetória em domínios importantes de suas vidas. A armadilha da malabarista bem-sucedida.

## Quando os pratos caem e as causas à infelicidade aparecem

Nutrindo-se desse cenário no qual vivemos em uma sociedade móvel, interconectada 24 horas, alcançando objetivos antes apenas sonhados pelas mulheres, essas se deparam não com escolhas saudáveis e sim com os excessos. A dupla jornada, o adicionar atividades ao dia a dia, fazendo tudo ao mesmo tempo e o preconceito velado são exemplos de vilões apontados à felicidade feminina na atualidade pela Renata Abreu (2017).

Seguindo essa linha, a autora ainda levanta outras causas, afirmando que não são exclusivas das mulheres, porém potencializadoras das questões enfrentadas por essa classe. As mulheres vêm atuando na vida seguindo as hipóteses: a) influenciadas pela ditadura de serem multitarefas, exercendo suas atividades em diferentes domínios com o piloto automático ligado; b) sucumbindo às cobranças de perfeição, vivendo no limite das suas capacidades físicas e mentais; c) experimentam a sensação constante de falta de tempo, se sentindo em *overwork* (excesso de trabalho) como correlação de sucesso; d) em constante sentimento de culpa, principalmente relacionado à escolha ou não da maternidade; e) relatam estar infelizes nos seus relacionamentos, enumerando mitos quanto ao prazer e à felicidade; f) com falta de autoestima e autoconfiança, muitas vezes sucumbindo a uma utopia de beleza perfeita; g) com desacompanhamento hormonal, e, portanto, tornando-se vítimas do próprio corpo na ausência de um bom profissional que possa regular o seu organismo da forma devida; e h) com elevados sintomas de aumento de estresse, Burnout, depressão, ansiedade, e aumento progressivo de uso de medicamento controlados (ABREU, 2017).

Estudos apontam, em Buckingham (2014), algumas causas para o aumento da infelicidade feminina e consequentes sintomas na mulher contemporânea: a) o excesso de escolhas provoca um aumento das expectativas devido à procura por uma perfeição inatingível; b) a relação com os homens, uma vez que a maioria das mulheres relata alguma dificuldade em lidar com o universo masculino, seja com seus chefes ou em seus relacionamentos amorosos; c) a dupla jornada, mesmo com o crescente número de parceiros envolvidos no tempo dedicado a divisão de tarefas com filhos e organização do lar; d) a atenção diversificada e exigência psicológica da mulher multitarefa (fazer várias atividades simultâneas), uma vez que já é comprovada que há uma queda no QI, em 10 pontos, e

aumento do nível de cortisol, prejudicando o metabolismo e elevando o estresse nesses casos. Essas causas vêm aumentando a sensação de infelicidade, e o surgimento ou manutenção de quadros de ansiedade, estresse, depressão, entre outras formas orgânicas.

Já para os pesquisadores mencionados anteriormente, que trabalharam nas concepções de felicidade destacadas em reportagens nacionais, Freire Filho e Leal (2015), as possíveis causas que tentam explicar a questão da desigualdade de gêneros na felicidade podem estar relacionadas a questões diretamente femininas, porém variantes de acordo com o tempo. Nos anos 50, as mulheres preocupavam-se com as tarefas domésticas e as questões de beleza, já hoje as questões estão relacionadas a ter sucesso no trabalho, contribuir com a sociedade e assumir papéis de liderança, sem que as demais demandas sejam apagadas. Para esses autores, possíveis causas dessa infelicidade feminina podem residir no fato de que: “[...] obter e agregar felicidade em todos esses diferentes domínios pode ser mais difícil do que era quando os esforços das mulheres tinham um foco mais fechado” (GUNN *et al.*, 2010, p. 48).

Diante das hipóteses apresentadas, é possível verificar que o equilíbrio entre a temática da relação de domínios importantes da vida das mulheres como o trabalho e os ajustes à multiplicidade de papéis femininos, são temas importantes e contemporâneos para observar como agregar mais felicidade e bem-estar às suas vidas.

## **Equilibrando os pratos com práticas da Psicologia Positiva**

Visando a potencialização do bem-estar, é possível identificar a Psicologia Positiva (PP) como favorecedora para responder as questões femininas iminentes, uma vez que estuda cientificamente fatores e processos que conduzem à otimização do funcionamento humano, foca a atenção nas forças pessoais, pode ajudar a construir o que de melhor a vida tem a oferecer, não objetivando reparar danos ou se debruçar sobre as fraquezas humanas. De acordo com Corrêa (2018, p. 33),

[...] a Psicologia Positiva é a ciência da felicidade que contempla o estudo das características, aspectos e emoções humanas, com foco em teoria, medição, intervenções e práticas que potencializem, no âmbito individual e coletivo, o bem-estar.

Considerando tal ciência, a renomada pesquisadora dessa área, Sonja Lyubomirsky (2008), em seu livro *A Ciência da felicidade: como atingir a felicidade real e duradoura*, apresenta uma teoria cujo objeto é o aumento da felicidade. A autora expõe que o ser humano, em sua maioria, entende como felicidade a posse de bens materiais, não conseguindo alcançar o bem-estar e deixando de perceber as reais fontes de felicidade.

Inicialmente, Lyubomirsky (2008) afirma que o primeiro passo para a felicidade é entender que essa busca deve ser uma meta vital. Ela explica que a real felicidade é formada por três elementos: 50% de genética – herança genética dos pais; 40 % de atividades intencionais – ações desenvolvidas pelo indivíduo com o intuito direcionado ao aumento da sua felicidade; e, em menor proporção, 10% de circunstâncias da vida – fatos e situações vividas. A representação visual fracionária das porcentagens indicou o nome dessa teoria: Torta/Pizza da felicidade. Segundo Lyubomirsky (2007),

A felicidade, portanto, está nas nossas mãos, por intermédio da realização das atividades intencionais, recaindo sobre a nossa forma de pensar e agir. Assim sendo, a chave da felicidade não está na busca pela mudança genética ou das nossas circunstâncias de vida, e sim nas nossas atividades intencionais inerentes ao dia a dia (LYUBOMIRSKY, 2007).

A pesquisadora supracitada verificou, por meio de estudos, que existem práticas mais coerentes com o aumento da felicidade e sugere estratégias, por meio de 12 atividades, para o alcance dessa meta. Em seu livro, é explicado que, para cada indivíduo, as estratégias devem ser aplicadas visando suas necessidades e perfis. Seriam elas:

1. Demonstrar gratidão;
2. Desenvolver o otimismo;
3. Buscar não cismar e tecer comparações sociais;
4. Praticar atos de cortesia;
5. Desenvolver as relações sociais;
6. Superar dificuldades através de estratégias;
7. Desenvolver o perdão;
8. Praticar momentos de *Flow*;
9. Experienciar as alegrias da vida;

10. Desenvolver e estar comprometido com seus objetivos;
11. Praticar a espiritualidade;
12. Cuidar do físico, do mental e da alma.

Recentemente, essa porcentagem foi refutada no artigo *Easy as (happiness) pie? a critical evaluation of a popular model of the determinants of well-being*, escrito por Nicholas J. L. Brown e Julia M. Rohrer (2019). Os autores levantam alguns questionamentos sobre a teoria da Pizza da Felicidade de Lyubomirsky (2008). Um dos pontos contestados refere-se ao fato de que cada fatia analisada pela autora foi retirada de um estudo diferente com público-alvo também distinto. Segundo os pesquisadores,

O percentual a ser avaliado em qualquer estudo, pesquisa, é sempre específico a uma determinada população. Assim, é necessário dizer que é desaconselhável combinar estimativas através de estudos sem garantir que tais comparações se referem as mesmas populações (BROWN; ROHRER, 2019, p. 7).

Independentemente da mudança em relação à porcentagem, faz-se necessário reafirmar que grande parte da construção da felicidade de um indivíduo depende das ações intencionais praticadas pelo próprio. Coadunando com esse pensamento, é possível lembrar a seguinte frase: “[...] a felicidade pode ser perseguida com sucesso, mas não é fácil” (SHELDON; LYUBOMIRSKY, 2019, p.11).

As autoras, em seu recente artigo no qual responde ao estudo de Brown e Rohrer (2019), explanam sobre a crítica da porcentagem dos 40%:

Com base na nossa investigação dos últimos 15 anos, concordamos que este valor era provavelmente uma superestimação. Embora as intervenções psicológicas positivas (também conhecidas como intervenções de atividade positiva) tenham demonstrado ter efeitos reais, um recente estudo, autorizado, revelou que estes efeitos são bastante pequenos (WHITE; UTTL; HOLDER, 2019)<sup>4</sup>.

Afirmam ainda que poderia ser mais exato dizer que as pessoas têm uma gama de bem-estar potencial e não um ponto determinado, exato de bem-estar.

---

4. Cf. BOLIER *et al.* (2013) e SIN; LYUBOMIRSKY (2009).

Em consonância a esse constructo, podemos dizer que a sensação de felicidade não será causada por apenas um determinante e sim por diversas possibilidades que podem, inclusive, mudar ao longo do tempo (SHELDON; LYUBOMIRSKY, 2019, p. 6).

Os estudos demonstram que a busca da felicidade requer uma seleção de atividades que causam um prazer não hedônico (somente factual), mas eudaimônico, ou seja, é preciso investir um esforço sustentado nessas atividades e também praticá-las de uma forma variada e mutável (em vez de as fazer da mesma forma de cada vez). As autoras afirmam:

[...] dessa forma, as pessoas podem criar para si próprias um fluxo constante de experiências positivas envolventes, gratificantes, conectantes e edificantes, aumentando assim a probabilidade de se manterem na gama superior dos seus potenciais de felicidade (SHELDON; LYUBOMIRSKY, 2019, p. 11).

E ainda completam:

Os perseguidores da felicidade podem extrair maiores benefícios ao engajar atividades positivas uma vez que eles estão verdadeiramente motivados a se tornarem pessoas mais felizes quando colocam maior esforço na sua busca (SHELDON; LYUBOMIRSKY, 2019, p.10).

Ao tratarem, em seu artigo sobre a terceira sessão do gráfico da “Pizza da Felicidade”, afirmam Brown e Roher (2019, p. 6) que essa deve logicamente ser rotulada como “[...] qualquer coisa que não seja circunstâncias e ponto definido da vida, incluindo atividades volitivas”. Segundo os pesquisadores, isso resultaria numa experiência de pensamento muito menos convincente, uma vez que não nos permite inferir quão promissoras são, por si só, as atividades volitivas.

Os autores apontam ainda que um dos principais pontos abordados na PP é que a maioria dos indivíduos é capaz de exercer um controle substancial sobre os seus níveis de felicidade. De acordo com Brown e Roher (2019, p. 2), as pessoas podem-se tornar mais felizes de forma duradoura, adotando uma variedade de estratégias, [...] tais como a expressão de gratidão (EMMONS; MCCULLOUGH, 2003), aplicando os seus pontos fortes de carácter de forma inovadora (SELIGMAN *et al.*, 2005), escrevendo sobre experiências positivas (BURTON; KING, 2004), ou praticando a meditação da bondade amorosa (FREDRICKSON, 2013).

Diante de toda argumentação, resta demonstrado que os indivíduos podem aumentar o seu bem-estar através dos seus comportamentos intencionais e manter esse aumento em longo prazo, o que implica dizer que as ações intencionais podem ser consideradas meios de equilibrar os danos nesse cenário vivido pelas mulheres atualmente.

## Considerações finais

Considerando o nível geral de felicidade das pessoas, mas, em especial, o das mulheres, em comparação com o dos homens, fez-se necessário refletir sobre o declínio evidente delas. Mesmo com maiores oportunidades, se comparado aos anos anteriores, não há um favorecimento do nível geral de felicidade feminina. Elas, ao longo dos anos, estão menos felizes. Os avanços adquiridos na vida, em geral, das mulheres, maior igualdade de direitos, opções de vida, deveriam estar proporcionando sentimentos de realização e de felicidade, uma vida mais autêntica. Isso não vem acontecendo nessa proporção direta. Embora hoje as mulheres tenham muito mais escolhas para definirem como querem levar suas vidas, elas estão enfrentando dificuldades na busca por uma vida feliz. Dessa forma, buscou-se apontar o cenário no qual as mulheres estão inseridas na atualidade.

Ao levarmos em consideração as especificidades desse cenário, foi possível pontuar as hipóteses que tentam explicar as questões da desigualdade de gêneros na felicidade. Identificou-se, então, que as mulheres podem começar a desenvolver um caminho com alternativas de elevação do bem-estar e felicidade, visto que a proposta da Psicologia Positiva é ampliar o campo de visão, buscando um estado de bem-estar, de autossatisfação e de plenitude. Essa ciência foca na vida presente, concentrando-se em levar a mente para um estado de otimismo.

Considerando o conceito de Psicologia Positiva apresentado, bem como uma de suas teorias e práticas, concluímos que se trata de uma área em ascensão, a qual apresenta benefícios práticos e que pode contribuir de forma significativa no contexto da mulher hipermoderna. As mulheres tornam-se mais resilientes e mais capazes de enfrentar as adversidades da vida, começam a entender como desenvolver e criar a felicidade na trajetória de seus principais domínios da vida. Em sua grande maioria, elas relatam aumento na capacidade de encontrar bem-estar na rotina diária, sentem-se mais felizes e mais dispostas a colocarem em ação os seus objetivos pessoais e profissionais alinhados aos valores. Ao verem melhoria e resultados positivos, aprendem a celebrar tais conquistas e a se tornarem mais gratas.



Se perguntarmos às mulheres o que é felicidade para elas, teremos infinitas respostas, mas uma certeza: a de que procuram por ações, comportamentos, projetos e atitudes que as elevem à sensação de estar efetivamente vivendo uma vida mais feliz<sup>5</sup>.

## Referências

- ABREU, R. **Felicidade Feminina**: uma escolha possível com práticas da Psicologia Positiva. São Paulo: Leader, 2017.
- AMERICANOS FICAM MAIS FELIZES COM A IDADE. **BBC Brasil**. Disponível em: [https://www.bbc.com/portuguese/reporterbbc/story/2008/04/080417\\_pesquisafelicidadefn.shtml](https://www.bbc.com/portuguese/reporterbbc/story/2008/04/080417_pesquisafelicidadefn.shtml). Acesso em: 04 maio 2020.
- BOLIER, L.; HAVERMAN, M.; KRAMER, J.; WESTERHOF, G. J.; RIPER, H.; WALBURG, J. A.; BOHLMMEIJER, E. An Internet-based intervention to promote mental fitness for mildly depressed adults: Randomized controlled trial. **Journal of Medical Internet Research**, v. 15, n. 9, p. 209-226, 2013.
- BROWN, N. J. L; ROHRER, J. M. Easy as (Happiness) Pie? A Critical Evaluation of a Popular Model of the Determinants of Well-Being. **Journal of Happiness Studies**, 2019.
- BUCKINGHAM, M. **O poder das mulheres fortes**. Rio de Janeiro: Sextante, 2014.
- BURTON, C. M.; KING, L. A. The health benefits of writing about intensely positive experiences. **Journal of research in personality**, v. 38, n. 2, p. 150-163, 2004.
- CORBI, R. B.; MENEZES-FILHO, N. A. Os determinantes empíricos da felicidade no Brasil. **Brazilian Journal of Political Economy**, v. 26, n. 4, p. 518-536, 2006.
- CORRÊA, A. P. O que é Psicologia Positiva. In: BITTENCOURT, A. C. G.; CORRÊA, A. P.; LIVRAMENTO, R. **Psicologia Positiva aplicada à Psicologia Clínica**. São Paulo: Leader, 2018.
- EMMONS, R. A.; MCCULLOUGH, M. E. Counting blessings versus burdens: an experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 84, p. 377-389, 2003.
- FREDRICKSON, B. L. **Love 2.0**: finding happiness and health in moments of connection. New York, NY: Hudson Street Press, 2013.
- FREIRE FILHO, J; LEAL, T. “Mas por que, afinal, as mulheres não sorriem?”: Jornalismo e as razões da (in)felicidade feminina. **C-Legenda-Revista do Programa de Pós-graduação em Cinema e Audiovisual**, n. 33, p. 8, 2015.

---

5. **Agradecimentos**: a presente pesquisa foi financiada pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj) e pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF).

- GUNN, D.; STEVENSON, B.; WOLFERS, J. O paradoxo da tristeza feminina. **Veja Edição Especial Mulher**, São Paulo, p. 44-48, jun. 2010.
- LIPOVETSKY, G.; CHARLES, S. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Barcarolla, 2004.
- LYUBOMIRSKY, S. **A ciência da felicidade**. São Paulo: Elsevier Brasil, 2008.
- LYUBOMIRSKY, S. **The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want**. New York, NY: Penguin Press, 2007.
- NATIVIDADE, J. C. Bem-estar subjetivo ao longo da vida adulta e relações com os cinco grandes fatores de personalidade. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO*, 4., 2014, São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo: Fenpb, 2014.
- SELIGMAN, M. E. P.; STEEN, T. A.; PARK, N.; PETERSON, C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. **American Psychologist**, v. 60, p. 410-421, 2005.
- SHELDON, K. M.; LYUBOMIRSKY, S. Revisiting the sustainable happiness model and pie chart: can happiness be successfully pursued? **The Journal of Positive Psychology**, 2019.
- SIN, N. L.; LYUBOMIRSKY, S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice friendly meta-analysis. **Journal of Clinical Psychology**, v. 65, p. 467-487, 2009.
- STEVENSON, B.; WOLFERS, J. The Paradox of Declining Female Happiness. *In: American Economic Journal*, v.1, n. 2, p. 190-225, ago. 2009.
- WHITE, C. A.; UTTL, B.; HOLDER, M.D. Meta-analyses of positive psychology interventions: The effects are much smaller than previously reported. **PLoS one**, v. 14, n. 5, 2019.

# 6. Saúde da mulher no município de Campos dos Goytacazes, em tempos de coronavírus

Tamara Cecília Rangel Gomes<sup>1</sup>

Lívia Vasconcelos de Andrade<sup>2</sup>

José Alexandre<sup>3</sup>

## Introdução

Historicamente, quando pensamos em epidemias e pandemias, recordamo-nos da provavelmente mais célebre delas, a Peste Bubônica, que tornou-se conhecida como um dos fatores conjunturais da crise do mundo feudal, no século XIV, por ter sido responsável pelo declínio populacional europeu. O desconhecimento da origem da doença acrescida da velocidade do agravamento e óbito dos infectados causaram impactos socioeconômicos, políticos, perseguições religiosas e conflitos de ordem psicológica.

Para completar o panorama desolador, esta crise estrutural era determinada por mais uma catástrofe conjun-

- 
1. Professora, mestre em Gestão e Avaliação da Educação Pública, pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). E-mail: tamaracangelgomes@gmail.com
  2. Psicóloga, mestre e doutoranda em Cognição e Linguagem, pela Universidade Estadual Darcy Ribeiro (UENF). E-mail: vasconcelos87@yahoo.com
  3. Psicólogo, mestre e doutorando em Cognição e Linguagem pela UENF. E-mail: alexandre482@yahoo.com.br

tural: a invasão da Peste Negra, vinda da Ásia em 1348. (...) Com a resistência demográfica já enfraquecida, a Peste Negra cortou uma faixa da população talvez em torno de um quarto dos habitantes do continente. Depois disto, eclosões de pestilência tornaram-se endêmicas em muitas regiões (ANDERSON, 1994, p. 194-195).

Em nossa contemporaneidade, o coronavírus – pandemia em curso da Covid-19 – foi inicialmente identificado em Wuhan, China, em dezembro de 2019. Caracterizou-se rapidamente como uma pandemia, com quadros devastadores em diversos países, levando à adoção de práticas de *lockdown* (isolamento) vertical ou horizontal como estratégias de contenção da propagação do vírus.

O anúncio que o Covid-19 tornara-se uma pandemia se deu no dia 11 de março de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cinco dias depois, foi anunciado no Brasil. Tal anúncio modificaria significativamente a vida dos brasileiros, visto que, por um lado havia a necessidade do isolamento social, e por outro, profissionais da saúde teriam que lidar com uma doença invisível (SBP, 2020).

Esse cenário instaurou um clima de incertezas. Ao mesmo tempo em que se multiplicavam as mortes, a economias entravam em declínio, e a saúde ficava em colapso. Essa conjuntura de acontecimentos, até então sem precedentes, culminou em instabilidade e insegurança da população mundial. Inicia-se assim uma crise psicológica. Os profissionais de saúde mental tentam-se reinventar e criar estratégias de manejo terapêutico apropriado para uma situação de crise.

As redes sociais transformaram-se em facilitadores de divulgação de orientações sobre a doença, com a utilização de hashtags que cumprissem o papel de entendimento mais rápido e fácil da relevância do *lockdown* e da quarentena. No Brasil, popularizou-se a expressão *fique em casa*, como tradução do *stay for home*, para entendimento da implementação da quarentena.

Com a quarentena, serviços considerados não essenciais pararam seu funcionamento. Dentre eles, serviços no âmbito de saúde da mulher, atendimentos relacionados a consultas para prosseguimento de tratamentos em curso ou novos tratamentos.

O presente artigo propõe uma revisão das políticas públicas acerca da saúde da mulher implementadas no município de Campos dos Goytacazes, em vigência durante os Decretos nº 46.970, de 13 de março de 2020 e 46.973, de 16 de março de 2020, que dispõem sobre medidas temporárias de prevenção ao contágio e de enfrentamento da propagação do novo coronavírus e de seus desdobramentos

na saúde mental/emocional feminina. Seu objetivo geral é identificar a execução dessas políticas públicas.

Por objetivos específicos, busca-se analisar as alternativas encontradas para manutenção da execução das ações que decorrem dessas políticas, bem como identificar a adoção de providências para atendimento à mulher. Um segundo objetivo específico versa sobre os efeitos na saúde mental/emocional dessas mulheres perante a pandemia.

## **Coronavírus e saúde feminina**

No estado do Rio de Janeiro, tais práticas contaram com o respaldo legal da publicação de decretos estaduais (nº 46.970, de 13 de março de 2020; 46.973, de 16 de março de 2020; e 47.006, de 27 de março de 2020) que versavam sobre as medidas temporárias de prevenção ao contágio e de enfrentamento ao novo coronavírus, disciplinando determinações de suspensão de ofertas de alguns serviços e restrições na oferta de outros que pudessem promover aglomerações. Tais decretos imputam, ainda, a determinação de funcionamento irrestrito de serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios e estabelecimentos congêneres).

Os municípios fluminenses reverberaram as orientações desses documentos. Em Campos dos Goytacazes, município localizado ao norte do estado, vislumbrou-se a adoção de medidas complementares no enfrentamento à Covid-19, através da publicação de decretos (nº 27/2020 e 30/2020) que disciplinam essas questões.

Dentre tais medidas, encontra-se a autorização para que o secretário municipal de Saúde e o presidente da Fundação Municipal de Saúde realizem a relocação dos profissionais de saúde para o atendimento das demandas de combate ao coronavírus. A lotação de um servidor público diz respeito ao órgão de exercício onde está, efetivamente, desempenhando suas funções laborativas e corresponde a um ato discricionário do poder público, isto é, cumpre ao administrador a decisão de onde o servidor exercerá suas atividades.

Autorizar que um secretário da Administração ou um presidente de uma Fundação realizem relocações de servidores implica o estabelecimento de onde os profissionais passarão a, efetivamente, desempenhar suas funções. Para operacionalizar a vigência do mencionado Decreto Municipal, foram suspensas as cirurgias eletivas, salvo exceção das cirurgias oncológicas e cardiológicas. Também foi suspenso o funcionamento dos ambulatórios da rede da Secretaria de Saúde

e da Fundação Municipal de Saúde, resguardadas a manutenção de atendimento para pacientes de oncologia, hemodiálise e cateterismo.

Apesar da execução de políticas de enfrentamento à doença, como o Centro de Controle e Combate ao Coronavírus, em funcionamento no Hospital da Beneficência Portuguesa, o Decreto Municipal retira da agenda pública as ações necessárias de acesso aos atendimentos relacionados à saúde da mulher, cientes de que o município possui um Centro de Referência e Tratamento da Mulher, com oferta de diferentes especialidades médicas, marcações e realização de exames e acompanhamento fisioterápico e psicológico.

Cientes também da execução de programa de prevenção de DSTs, Aids e Hepatites Virais – através do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), compreendendo que alguns pacientes são de gênero feminino e tendo o Decreto Municipal suspenso funcionamento de ambulatórios, resta-nos pontuar a ausência de continuidade nos atendimentos à mulher, quaisquer que sejam as questões envolvidas, ficando a excepcionalidade do atendimento de urgência e de emergência.

A supressão do atendimento ambulatorial pode, fortemente, dificultar o acesso – inclusive – a métodos e procedimentos contraceptivos e preservativos femininos e/ou masculinos. De igual forma, suprimiu-se também o acesso a procedimentos preventivos ou procedimentos de intervenção ginecológica. Mulheres, em idade fértil ou não, não encontraram atenção médica para dirimir ou suprimir suas enfermidades ou realizar a retirada de medicamentos para continuidade e/ou início de tratamento.

Relevante reiterar a interrupção de atendimentos de ginecologia em postos de saúde e seu conseqüente redimensionamento à emergência hospitalar em decorrência de situações de exceção com o agravamento de algum sintoma sentido. Ressalte-se ainda a exposição a situações de abuso e de violência à mulher em isolamento social, com parceiros agressores e comprometimento na saúde física e mental.

Concomitantemente a isso, em cenário nacional, em diferentes meios de comunicação, prestaram-se orientações relacionadas à Covid-19 que implicavam medidas sanitárias para evitar contágio/transmissão (recomendações relacionadas sobretudo à assepsia das mãos com sabão e álcool em gel), uso de máscaras cirúrgicas e de explanação da caracterização de quais pessoas estariam mais suscetíveis ao vírus por se encontrar a um grupo de risco e, inicialmente,

encontravam-se os idosos e portadores de doenças crônicas (como as doenças autoimunes, cardiopatias e diabetes).

Data-se de 08 de março de 2020 a inclusão de mulheres grávidas ou puérperas no Grupo de Risco da Covid-19 pelo Ministério da Saúde. Essa inclusão fomentou o retorno do atendimento para pré-natal, em Campos dos Goytacazes, visto que anteriormente somente as mulheres com gravidez de alto risco poderiam contar com esse suporte. Mulheres grávidas ou puérperas deveriam intensificar as orientações de prevenção, como higienização e isolamento domiciliar. Importante perceber o impacto emocional nas puérperas, sem contar com rede de apoio e visitas domiciliares ao recém-nascido.

Em Campos dos Goytacazes, a orientação de inclusão de gestantes no grupo de risco do Covid-19 promoveu a implementação do Disk Gestante, com disponibilização de números de telefone celular para, posteriormente a uma triagem realizada por uma enfermeira, realizar agendamento de atendimento médico de pré-natal.

Considerando-se as condições de quarentena e de isolamento social impostas em tempos de Covid-19, resalte-se ainda o desempenho de tarefas múltiplas pela mulher e nos possíveis impactos para sua saúde. Conciliar atividades laborais de *home office* com atividades relacionadas à dinâmica de funcionamento da casa (limpeza, alimentação, cuidado com os filhos e/ou idosos); aquisição de gêneros alimentícios, materiais de limpeza, medicamentos; acompanhar o desenvolvimento das atividades pedagógicas dos filhos em ensino a distância, promovendo o complemento das orientações e finalização das atividades de ordem prática; o desempenho de todas essas atividades configuram sobrecarga e podem gerar o surgimento de doenças psicossomáticas ou não.

Seria minimamente curioso observar as narrativas das redes sociais quanto ao que fazer, em tempos de quarentena, com sugestões de práticas de atividades físicas, compartilhamento de receitas culinárias, *lives* de diferentes artistas, como se houvesse uma ausência tediosa de atividades a serem cumpridas. Mulheres, diariamente, cronometram seus dias para cumprir todas as ações de *home office* e da casa. O papel da mulher e sua saúde física e mental deveriam ter-se tornado pontos de atenção.

Para dirimir um possível clichê da mulher trabalhadora com multitarefas, ressaltamos que o papel da mulher que carece de atenção não exclui situações de vulnerabilidade social, mulheres em situação de rua, em situação de prostituição, em situação prisional, adolescentes sob medidas socioeducativas ou em privação

de liberdade, usuárias de entorpecentes. Essas considerações sobre a mulher não são excludentes e nem desmerecem mulheres que ao contrário, encontram-se em condição social favorável e contam, neste momento, com toda sorte de *delivery* que possa tornar o cotidiano mais razoável. Mulheres, independentemente de seu pertencimento sociocultural, encontram-se numa mesma vulnerabilidade: a ausência de sua saúde com o entendimento de atenção básica.

Exatamente nesse período, adotou-se, por estratégia, a exposição de relatório diário (em nível municipal, estadual e nacional) de casos confirmados de Covid-19, óbitos, casos descartados, casos de síndrome gripal ou síndrome respiratória aguda grave. Nesses relatórios, não são disponibilizados dados por gênero, isso posto, não se obtém acesso a quantos casos confirmados correspondem a mulheres, em qual faixa etária, com ou sem demais morbidades.

Em Boletim Epidemiológico disponibilizado em site do Ministério da Saúde, não constam dados consolidados e estratificados por gênero. A consolidação trata do número de casos, por faixa etária e de grávidas e puérperas nas situações de confirmação de Covid-19 ou de síndromes.

A saúde da mulher, em tempos de coronavírus, restringiu-se à atenção médica a grávidas e a puérperas. Não foram contempladas quaisquer outras situações de saúde física ou mental, nem em situações de continuidade de tratamentos iniciados.

## **Proposta para saúde da mulher em tempos de coronavírus**

Perante exposto acima, que objetivou, dentre outras coisas, expor a negligência à saúde da mulher, em tempos de Covid-19, no município de Campos dos Goytacazes, acredita-se que seja necessário apresentar algumas possibilidades de solução para tal problemática.

Pacientes em tratamento referentes a DSTs que estavam em andamento, bem como pacientes em tratamento de miomas, cistos, ou quaisquer patologias com indicação médica de continuidade de tratamento, deveriam ser assistidas de forma organizada, sem aglomerações e com devidos cuidados higiênicos mesmo perante pandemia. Tais atendimentos poderiam ser realizados no Centro de Referência de Saúde da Mulher do município citado. De forma ordenada e organizada, o acompanhamento e o tratamento poderiam ser realizados.

A falta de assistência à saúde, no Brasil, é assunto relevante e de extensa bibliografia. Perante pandemia, os serviços de saúde para mulher estão suspensos.



Tal fato poderá ocasionar óbitos, agravamento de patologias, sofrimento físico e emocional da mulher, dentre outros resultados ainda não previstos.

Os autores compreendem a urgência pelo tratamento e pela prevenção de Covid-19. Todavia colocar a saúde da mulher fora da prioridade da nação gera preocupações e motiva a trazer tal temática ao cerne. Entende-se que, como autores, existe a responsabilidade para além do técnico de cada função. Existe um compromisso social e humanitário.

## Conclusão

Durante a quarentena, observaram-se lacunas do sistema de saúde em face ao atendimento de mulheres. A ausência de planejamento e de execução de políticas públicas de atenção médica a mulheres, em tempos de Covid-19 configuram, praticamente, agravamento de uma crise na saúde pública. Dessa forma, importante reiterar necessidade de planejamento de retomada do manejo de agenda com a saúde da mulher, que podem ser contempladas com a adoção de ações que otimizem tempo de permanência em ambientes e zelo no atendimento como forma de evitar contágio e propagação do vírus.

Mulheres grávidas constam em agenda dada à caracterização do risco de contágio e à ausência de resultados efetivos de estudos relacionados à transmissão ou não da Covid-19 ao feto. O acompanhamento às grávidas tende a reduzir índices de mortalidade materna e fetal, no entanto e apesar disso há uma lacuna na investigação relacionada ao estudo de possíveis impactos da quarentena na gravidez e possíveis reflexões sobre quanto isolamento social ou solidão sofridas repercutem no cotidiano. Mulheres puérperas adicionam aos seus questionamentos pessoais a adaptação ao novo cenário de sua trajetória de vida, amamentação ou preparo de fórmulas para a alimentação dos bebês e, até mesmo, desmame.

Outrossim, a ausência de dados discriminados quanto às mulheres com Covid-19, nos boletins diários do município, com detalhamento de casos confirmados, óbitos, confirmações de síndrome gripal ou síndrome respiratória aguda grave, corroboram a retirada da mulher da agenda da saúde pública. Tais dados seriam imprescindíveis para o fomento de ações focadas também no pós-recuperação da Covid-19, sobretudo no que tange o acompanhamento de questões físicas e mentais, a reintegração à família, se há ou não rede de apoio à mulher pós-internação hospitalar (auxílio na preparação de refeições, cuidado com o lar e cuidado com o outro) e reinserção no trabalho.

Há de se demandar, com urgência, o cruzamento de dados sobre índices relacionados à violência física e/ou mental da mulher, buscas em aplicativos de telefone móvel de rede de relacionamentos e objetificação da mulher, buscas em sites de prostituição de mulheres e meninas, buscas em sites de pornografia e a construção da imagem feminina em tempos de coronavírus, com o declínio da oferta de serviços em clínicas de estética facial/corporal, salões de cabeleireiro e afins. Todo feminino e suas questões que se correspondem à saúde da mulher se apresentam como pontos de atenção.

A Covid-19 requer efetivamente planejamento e execução de muitas demandas e discussão de como poderemos categorizar como *novo normal* um futuro que não se sabe próximo ou distante. Não há como prematuramente pontuar padrões que se enquadrarão como normalidade no comportamento das pessoas e nas relações estabelecidas pela sociedade e pelas empresas privadas ou públicas, como serão as novas regras de negócio, prestações de serviços e o papel que as redes sociais terão doravante. Espera-se que, nas discussões sobre o novo que há de vir, seja retirada da invisibilidade a agenda da saúde da mulher e efetivamente ponderados os impactos que a negligência causou.

## Referências

- ANDERSON, Perry. **Passagens da antiguidade ao feudalismo**. São Paulo: Brasiliense, 1994. 359 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial - 14 COE – COVID19**. Brasília: MS, 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/27/2020-04-27-18-05h-BEE14-Boletim-do-COE.pdf>. Acesso em: 1 maio 2020.
- CAMPOS DOS GOYTACAZES. **Decreto nº 30, de 20 de março de 2020**. Altera Decreto 027/2020 que dispõe sobre as ações necessárias à redução do contágio pelo Covid-19 - coronavírus, e dá outras providências. Campos dos Goytacazes: Prefeitura Municipal, [2020]. Disponível em: <https://www.campos.rj.gov.br/arquivos/DO/2020/Mar/SuplementoDiarioOficialEletronicoEdicao-552.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2020.
- CAMPOS DOS GOYTACAZES. **Portaria PR 01, de 20 de março de 2020**. Campos dos Goytacazes: Prefeitura Municipal, [2020]. Disponível em: <https://www.campos.rj.gov.br/arquivos/DO/2020/Mar/SuplementoDiarioOficialEletronicoEdicao-550.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2020.
- CORONAVÍRUS COVID-19. Ministérios da Saúde, 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>. Acesso em: 18 abr. 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Women and health: today's evidence tomorrow's**. Geneva: OMS, 2011. 112p. Disponível em: [https://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres\\_Saude.pdf?ua=1](https://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf?ua=1). Acesso em: 18 abr. 2020.

RIO DE JANEIRO. **Decreto nº 46.970, de 13 de março de 2020.** Adota medidas temporárias de prevenção ao Coronavírus. Rio de Janeiro: Governo do Estado, [2020]. Disponível em: [http://www.fazenda.rj.gov.br/sefaz/content/conn/UCMServer/path/Contribution%20Folders/site\\_fazenda/Subportais/PortalGestaoPessoas/Legisla%c3%a7%c3%b5es%20SILEP/Legisla%c3%a7%c3%b5es/2020/Decretos/DECRETO%20N%c2%ba%2046.970%20DE%2013%20DE%20MAR%c3%87O%20DE%202020\\_MEDI-DAS%20TEMPOR%c3%81RIAS%20PREVEN%c3%87%c3%83O%20CORONAV%-c3%8dRUS.pdf?lve](http://www.fazenda.rj.gov.br/sefaz/content/conn/UCMServer/path/Contribution%20Folders/site_fazenda/Subportais/PortalGestaoPessoas/Legisla%c3%a7%c3%b5es%20SILEP/Legisla%c3%a7%c3%b5es/2020/Decretos/DECRETO%20N%c2%ba%2046.970%20DE%2013%20DE%20MAR%c3%87O%20DE%202020_MEDI-DAS%20TEMPOR%c3%81RIAS%20PREVEN%c3%87%c3%83O%20CORONAV%-c3%8dRUS.pdf?lve). Acesso em: 19 abr. 2020.

RIO DE JANEIRO. **Decreto nº 46.973, de 16 de março de 2020.** Adota medidas temporárias de prevenção ao coronavírus. Rio de Janeiro: Governo do Estado, [2020]. Disponível em: [http://www.fazenda.rj.gov.br/sefaz/content/conn/UCMServer/path/Contribution%20Folders/site\\_fazenda/Subportais/PortalGestaoPessoas/Legisla%c3%a7%c3%b5es%20SILEP/Legisla%c3%a7%c3%b5es/2020/Decretos/Republica%20DE-CRETO%20N%c2%ba%2046.973%20DE%2016%20DE%20MAR%c3%87O%20DE%202020\\_RECONHECE%20A%20EMERG%c3%8aNCIA%20NA%20SA%c3%9aDE%20P%c3%9aBLICA.pdf?lve](http://www.fazenda.rj.gov.br/sefaz/content/conn/UCMServer/path/Contribution%20Folders/site_fazenda/Subportais/PortalGestaoPessoas/Legisla%c3%a7%c3%b5es%20SILEP/Legisla%c3%a7%c3%b5es/2020/Decretos/Republica%20DE-CRETO%20N%c2%ba%2046.973%20DE%2016%20DE%20MAR%c3%87O%20DE%202020_RECONHECE%20A%20EMERG%c3%8aNCIA%20NA%20SA%c3%9aDE%20P%c3%9aBLICA.pdf?lve). Acesso em: 19 abr. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA (SBP). **Orientações técnicas para o trabalho de psicólogas e psicólogos no contexto da crise de COVID-19.** Ribeirão Preto: SBP, 2020. Disponível em: <https://www.sbponline.org.br/2020/03/grupo-de-trabalho-gt-de-enfrentamento-da-pandemia-sbp-covid-19>. Acesso em: 10 maio 2020.

## 7. Climatério e menopausa: o começo de uma nova etapa na vida

Isabella Picanço Ramos Lopes<sup>1</sup>

Luciano Neves Reis<sup>2</sup>

Fernanda Castro Manhães<sup>3</sup>

### Considerações iniciais

A visão reducionista de que a mulher, exceto no tocante às atividades domésticas, deve assumir papel de coadjuvante tem perdido força e progressivamente dado lugar à valoração de suas habilidades e de suas demandas como indivíduo na sociedade. De acordo com dados do IBGE (2018), a população feminina corresponde a 51,7% dos brasileiros. Em se tratando de saúde pública, apenas no início do século XX, criou-se uma política nacional a fim de atender

- 
1. Universidade Iguazu (UNIG), Itaperuna, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: isbellapropes@gmail.com
  2. Mestre em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF), Médico, Diretor Técnico do Instituto do Sono de Itaperuna, Rio de Janeiro, Brasil. Docente da Universidade Iguazu e da Faculdade de Medicina de Campos. E-mail: lucianonevesreis@uol.com.br
  3. Pós-doutora e mestra em Cognição e Linguagem, pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro UENF, doutora em Educação pela UAA, revalidação pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Graduada em Pedagogia e Educação Física. Avaliadora Institucional de Cursos INEP/MEC. Diretora Acadêmica da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC). E-mail: castromanhaes@gmail.com

a esse grupo específico. No entanto, o atendimento seguia restrito, voltando-se somente a acompanhamentos concernentes à gestação e ao parto.

Em meados da década de 1980, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), visando oferecer suporte a todas as mulheres. Contudo, de modo prático, os esforços continuavam insuficientes e excludentes, tais que questões de gênero, saúde mental, puberdade, climatério e menopausa, por exemplo, não eram adequadamente assistidas ou nem sequer eram levadas em consideração. Nesse viés, tem-se ainda um fator interessante a ser analisado: o envelhecimento da população brasileira. A OMS estima que, até 2032, o Brasil seja considerado um país velho, tendo cerca de 32 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERONTOLOGIA, 2019).

Em se tratando da saúde da mulher, com enfoque no seu envelhecimento, é mister atentar-se ao climatério e à menopausa como fatores capazes de provocar importantes alterações em sua vida. Por volta dos 45 anos, a mulher começa a apresentar mudanças em seu ciclo menstrual devido à diminuição de folículos primordiais. Com isso, a produção de estrogênio diminui consideravelmente, bem como a produção de progesterona. A queda dos hormônios ovarianos, sobretudo de estrogênio, é responsável pela apresentação de sintomas como fogaço, dispneia, estresse, fadiga e ansiedade (GUYTON; HALL, 2011).

Climatério é o estágio de transição entre o período fértil e o período infértil, caracterizando-se pela irregularidade no ciclo menstrual. É comum que a mulher tenha intervalos cada vez mais longos de uma menstruação para a outra. A menopausa é o momento em que esse ciclo definitivamente se encerra. Tanto no climatério, quanto na menopausa, as mulheres têm comprometimento de sua qualidade de vida. Além dos sintomas supracitados, que são os mais comuns, as mulheres tendem à depressão, ao ganho de peso, à insônia, à tensão muscular, à taquicardia e à sudorese. Outrossim, deve-se salientar que o hipoestrogenismo não é o único responsável pela sintomatologia clínica das pacientes. Aspectos étnicos, culturais, sociais e psicológicos, bem como afetivos e profissionais, são altamente relevantes na intensidade dos sintomas (PEIXOTO *et al.*, 2015).

Dessarte, haja vista o fato de que a menopausa é caracterizada por mudanças hormonais, fisiológicas e sociais, urge a necessidade de oferecer atendimento integral e igualitário. Fisiologicamente, o declínio da concentração de hormônios esteroides gonadais afeta a elasticidade da mucosa vaginal assim como a secreção vaginal, fazendo com que haja atrofia do órgão e, por fim,

dispareunia. No âmbito social, condições de vida ou determinados estressores, tais como divórcio e perda do emprego, exercem importante influência sobre a qualidade de vida das mulheres climatéricas e menopausadas (THORNTON; CHERVENAK; NEAL-PERRY, 2015). Assim como as mudanças afetam múltiplas áreas da vida da mulher, o atendimento às suas demandas deve, de igual forma, ser multidisciplinar. A integração de diversos profissionais é crucial para aprimorar a qualidade de vida dessas pacientes, assegurando o bem-estar físico, psíquico e social. A prática de atividades físicas, de exercícios que estimulem o raciocínio, de psicoterapia e de dieta equilibrada, por exemplo, é aliada à manutenção de uma boa saúde (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2017).

## **Objetivo geral**

Analisar as transformações vividas pela mulher nos âmbitos fisiológico, sexual e psicológico durante o climatério e a menopausa.

## **Objetivos específicos**

Investigar as mudanças que ocorrem no sono, na libido e no funcionamento do corpo da mulher climatérica e menopausada. As doenças relacionadas e a predisposição a outras comorbidades também serão exploradas, a fim de que se promova às mulheres maior qualidade de vida e bem-estar nessa fase da vida.

## **Justificativa**

As mulheres compõem cerca de 52% da população brasileira, e o estudo de aspectos relacionados à sua saúde e ao seu bem-estar é relevante para assegurar-lhes qualidade de vida. Ademais, projeções do IBGE estimam que, até 2042, os idosos corresponderão a 24,5% da nação brasileira. Haja vista o conceito de saúde preconizado pela OMS desde 1946, deve-se promover a todos os cidadãos bem-estar físico, mental e social. Com enfoque no climatério e na menopausa, podem-se promover táticas de saúde efetivas, cooperando para a diminuição da morbimortalidade e propiciando melhor qualidade de vida às mulheres (SILVA; MAMEDE, 2020).

## Materiais e métodos

Foi realizada revisão de literatura bibliográfica, de artigos encontrados nas bases de dados Lilacs e Pubmed, majoritariamente, a partir do ano de 2015, nos idiomas português, espanhol e inglês. Também se utilizou o Tratado de Fisiologia Médica Guyton e Hall.

## Desenvolvimento

### Aspectos fisiológicos

Em torno dos 45 anos de idade, o corpo da mulher começa a passar por transformações que culminarão na menopausa. Esse período é denominado climatério, caracterizado pelo hipoestrogenismo. Devido à gradual diminuição de oócitos ao longo da vida, a secreção de inibina B é reduzida e, sem o feedback negativo na hipófise, a produção de FSH torna-se mais intensa. Desse modo, ocorre maior recrutamento folicular e, conseqüentemente, acelera-se sua perda, enquanto os níveis de estradiol mantêm-se preservados na fase inicial. Com o esgotamento dos folículos, a resposta ovariana modifica-se, os níveis de estrogênio flutuam e, por fim, encerra-se o ciclo reprodutivo normal, evidenciando a menopausa. No período pós-menopausa, as mulheres apresentarão elevadas concentrações de FSH e diminuição dos níveis de estradiol (TAKAHASHI; JOHNSON, 2015).

As alterações fisiológicas que ocorrem na menopausa acarretam uma série de sinais e sintomas que comprometem, significativamente, a qualidade de vida da mulher. A redução crítica dos níveis de estrogênio associada à ação de LH promove diminuição na temperatura corporal (SARDUY *et al.*, 2019). Desse modo, as mulheres passam a apresentar sintomas vasomotores, sendo prevalentes o fogacho e o suor noturno. As regiões do peito, do pescoço e da face são as principais acometidas pela sensação de calor e pela vermelhidão. Reiteradamente, esses sintomas correlacionam-se com transpiração, calafrio e, às vezes, com palpitação e ansiedade. Os episódios têm duração entre 5 e 30 minutos, podendo ser acionados por ambientes de temperatura elevada, estresse e alimentos ou bebidas quentes. Acredita-se que a zona termorregulatória normal no hipotálamo seja estreitada na menopausa, justificando a vasodilatação e o suor disparados em temperaturas mais baixas do que o habitual. Ademais, problemas no sono podem também ser encontrados em mulheres na menopausa, haja vista que as ondas de

calor que ocorrem durante a noite podem interferir, ocasionando despertares e, até mesmo, insônia (TAKAHASHI; JOHNSON, 2015).

## Alterações sexuais

A sexualidade, a despeito da idade, é um fator importante na determinação da qualidade de vida da mulher. Durante a menopausa, é comum que outras questões, como divórcio ou perda do parceiro, perda do emprego e declínio da saúde, estejam sendo vivenciadas. Essas condições afetam, consideravelmente, o desejo sexual. Além disso, o hipoestrogenismo relaciona-se com a atrofia vulvovaginal, tipificada pela diminuição da elasticidade da mucosa e da secreção vaginal. Nessa condição, a mulher também apresenta diminuição das glândulas sebáceas e diminuição da lubrificação durante a estimulação sexual. Diante desse cenário, é comum que apresentem dispareunia (THORTON; CHERVENAK; NEAL-PERRY, 2015).

Outra condição comum na menopausa que afeta a função sexual é o prolapso do órgão pélvico (POP). Trata-se da descida da parede vaginal anterior, da parede vaginal posterior, do útero e/ou do ápice da vagina devido ao enfraquecimento do assoalho pélvico. Esse enfraquecimento pode decorrer da associação entre degradação do tecido conjuntivo, desnervação e desvascularização pélvica (MANNELLA *et al.*, 2013). A multiparidade, aumento da pressão intra-abdominal devido à obesidade ou a doenças como constipação e doença pulmonar obstrutiva crônica, e espinha bífida oculta também são fatores de risco ao desenvolvimento de POP (BRITO; CASTRO; JULIATO, 2019). Essas alterações no órgão pélvico podem cursar com abaulamento vaginal e sangramento vaginal, dor nas regiões lombar e sacral e maior chance de infecções. Outrossim, as mulheres, comumente, apresentam incontinência urinária e constipação intestinal crônica. Todos esses aspectos impactam a função sexual, uma vez que afetam a visão que a mulher tem de si mesma, diminuindo sua autoestima, além de serem responsáveis por dor crônica e dispareunia (MANNELLA *et al.*, 2013).

A desordem do desejo sexual hipoativo é outro problema frequentemente experienciado no climatério e na pós-menopausa. Essa desordem é definida pela persistente ou recorrente ausência de fantasias e desejo sexuais, bem como pela menor receptividade ao ato. A etiologia para o problema pode ser iatrogênica, orgânica e, até mesmo, psicossocial. Sendo assim, histórico de abuso sexual, fatores culturais e religiosos e conflitos com o parceiro sexual também devem ser minuciosamente investigados para o diagnóstico (KINSBERG; REZAEI, 2013).



## Alterações psicológicas

Diante das alterações climatéricas e menopáusicas, é comum que as mulheres apresentem sintomas psicológicos que se entrelaçam aos demais sintomas supracitados. O hipoestrogenismo contribui com ansiedade, irritabilidade e inquietação, por exemplo (NOGUEIRA *et al.*, 2019). A depressão, marcada pela presença de humor e comportamento negativos que variam de intensidade, também é bastante frequente entre as mulheres, nessa fase da vida (BROMBERGER; EPPERSON, 2018). Devido às mudanças hormonais que ocorrem na fase lútea de seus ciclos, durante a menopausa, ocorre aumento da sensibilidade experienciada pelas pacientes, associando-se com janelas de vulnerabilidade para a depressão (SOARES, 2017).

Mulheres viúvas, divorciadas ou que nunca se casaram, de baixa escolaridade e que vivenciam problemas financeiros são predispostas a sintomas depressivos durante a transição para a menopausa. Além disso, relacionamentos íntimos e de amizade, assim como necessidade de cuidar dos pais idosos, de lidar com a transição de seus filhos para a vida adulta, problemas no trabalho e conflitos com o parceiro são estressores que contribuem para a depressão (BROMBERGER; EPPERSON, 2018).

A presença e a intensidade dos sintomas vasomotores, saúde debilitada e comprometida por condições médicas crônicas são fatores de risco associados à depressão na mulher de meia-idade. Ansiedade e distúrbios do sono também contribuem para maior morbidade psiquiátrica entre as mulheres (SOARES, 2017).

## Alterações no sono

Os esteroides sexuais são importantes para funções como comportamento, cognição e memória, sono, humor e dor, por exemplo. Os estrogênios possuem efeito neuroprotetor, promovendo melhora na plasticidade sináptica, crescimento de neurites e neurogênese do hipocampo, atuando contra lesões neurais e apoptose (MORGAN; DERBY; GLEASON, 2018). Os problemas do sono são muito comuns desde o climatério até a pós-menopausa e exercem grande impacto sobre a qualidade de vida das mulheres, sendo um relevante problema de saúde pública (ANDENÆS *et al.*, 2020). Ordinariamente, durante a transição para menopausa, as mulheres queixam-se de dificuldade para adormecer, frequentes despertares durante a noite e/ou acordar mais cedo do que gostariam sem conseguir retornar ao sono (HAN *et al.*, 2019).

Os distúrbios do sono são multifatoriais e, portanto, não se restringem apenas ao hipoestrogenismo. Os sintomas vasomotores estão constantemente associados às dificuldades para uma boa noite de sono, uma vez que podem ser muito severos em algumas mulheres, levando-as ao despertar (ANDENÆS *et al.*, 2020).

Desordens do humor também se relacionam intimamente com os problemas de sono, sendo a insônia uma das principais causas da depressão. Além disso, mulheres que apresentam fogachos e depressão têm pior qualidade de sono em comparação com as não depressivas. Sabe-se também que a melatonina tem significativa importância no início e na manutenção do sono. Sua relação com a menopausa ainda não é totalmente esclarecida, porém já se notou que sua concentração se tende a alterar durante o processo de envelhecimento. Sua concentração cai consideravelmente no climatério, mas pode aumentar durante os anos subsequentes (HAN *et al.*, 2019).

Além desses, a síndrome da apneia obstrutiva do sono (Saos) é um fator que pode provocar insônia. As pacientes mais propícias à Saos são as que apresentam índice de massa corporal (IMC) elevado, grande circunferência de pescoço, maior relação entre cintura-quadril e distribuição de gordura que contribui para obesidade central. A síndrome é caracterizada por episódios de apneia e hipopneia durante o sono, que cursa com hipóxia intermitente, excitação e redução do sono, impedindo que a paciente atinja o sono REM. Assim sendo, impacta muito negativamente na propriedade reparadora do sono e a qualidade de vida, pois é comum que as pacientes apresentem excessiva sonolência diurna, ronco, engasgos e, inclusive, comprometimento da memória (GAVA *et al.*, 2019).

A perturbação do sono correlaciona-se, ainda, com doenças cardiovasculares, tabagismo, consumo de álcool e de substâncias ilícitas, diabetes e obesidade. Essa associação gera um tipo de retroalimentação que se potencializa e, nesse aspecto, as mulheres ficam mais suscetíveis a problemas crônicos de saúde (SIMÕES *et al.*, 2019).

## Doenças associadas

No climatério e na menopausa, a mulher encontra-se mais suscetível ao desenvolvimento de osteoporose, de depressão, de ansiedade, de doenças cardiovasculares e de síndrome genitourinária, por exemplo (SILVA; MAMEDE, 2020).

Em se tratando da osteoporose, devido à diminuição de estrógenos, a atividade osteoclástica passa a ser maior do que a atividade osteoblástica. Isso significa que a reabsorção óssea é maior do que a formação óssea (SARDUY *et al.*, 2019).

Nesse caso, as mulheres ficam vulneráveis às fraturas por fragilidade, que, em condições saudáveis, não resultariam em fraturas. Isso faz com que haja aumento da mortalidade, morbidade e dor crônica (MARTINEZ *et al.*, 2017).

A síndrome genitourinária da menopausa é caracterizada pela atrofia vulvovaginal e por sintomas do trato urinário inferior associados com a menopausa e com a idade. A vaginite atrófica é uma condição que cursa com secreção amarelada ou amarelada, e sua incidência justifica-se pela diminuição da quantidade de bacilos produtores de ácido, elevando, então, o pH vaginal e causando disbiose. Os sintomas do trato urinário são disúria, noctúria e incontinência (TAKAHASHI; JOHNSON, 2015).

O hipoestrogenismo estimula a perda de massa corporal magra e sua substituição por tecido adiposo, sobretudo, de distribuição central, causando obesidade. Dessa forma, potencializam-se os riscos para o desenvolvimento de diabetes mellitus, hipertrigliceridemia, resistência insulínica, síndrome metabólica e doenças cardiovasculares, por exemplo (MARTINEZ *et al.*, 2017).

## Tratamento

Tendo em vista as diversas áreas afetadas pelas mudanças decorrentes do climatério e da menopausa, a forma mais completa de tratar as pacientes é multidisciplinar, contemplando suas demandas psicológicas, fisiológicas, sexuais e sociais.

A forma de tratamento mais conhecida para os sintomas da menopausa é a terapia de reposição hormonal (TRH). A TRH pode ser feita via oral, intradérmica ou através de aplicação local de estrogênio. Nas duas primeiras opções, é bastante eficaz para alívio dos sintomas vasomotores, como os fogachos, e dos sintomas genitourinários, como a atrofia vulvovaginal. Além disso, reduz os riscos de osteoporose. No entanto, a longo prazo, tornam-se maiores as possibilidades de stroke, trombose venosa, doença na vesícula biliar, câncer de mama invasivo e doença coronariana. Em se tratando da aplicação local, quando administrada em doses mínimas, tem menor absorção sistêmica e, portanto, menores efeitos colaterais. Essa forma de tratamento é indicada para atrofia vulvovaginal (TAKAHASHI; JOHNSON, 2015).

Para o tratamento da atrofia vulvovaginal (AVV), também são indicados lubrificantes antes da relação sexual, a fim de diminuir atrito e irritações, além do uso regular de hidratantes locais (TAKAHASHI; JOHNSON, 2015). Ospemifeno, um modulador seletivo do receptor de estrogênio, é outra opção no combate

à dispareunia grave e à atrofia vulvovaginal. Esse medicamento possui mínimo efeito sobre o tecido mamário e o endométrio (SHIN *et al.*, 2017).

Antidepressivos também podem ser utilizados para o tratamento da menopausa, amenizando distúrbios do sono, sintomas genitourinários, além de ter efeito, obviamente, sobre os sintomas da depressão. Inibidores de recaptção de serotonina, tais como paroxetina e fluoxetina, e inibidores da recaptção de serotonina-norepinefrina, como a venlafaxina, minimizam a intensidade e a frequência dos fogachos (TAKAHASHI; JOHNSON, 2015).

Psicoterapia, terapia cognitiva comportamental ou terapia focada em trauma são aliadas importantes na promoção de saúde às mulheres, pois podem auxiliar na melhora da autoestima, no tratamento da depressão e na melhora das relações interpessoais, por exemplo (BROMBERGER; NEIL-EPPERSON, 2018). Terapia de casal também é bastante efetiva nesse período, pois, além de ajudar a mulher individualmente, pode promover benefícios para seu relacionamento, fazendo com que seu parceiro também seja ouvido e intermediando possíveis conflitos (THORTON; CHERVENAK; NEAL-PERRY, 2015).

A adoção de hábitos saudáveis, como boa alimentação, meditação e prática de atividade física é excelente no controle dos sintomas da menopausa. O exercício físico, além de auxiliar no controle do peso, parece estar associado ao combate à insônia e à baixa qualidade do sono (WENDT *et al.*, 2019). Evitar bebidas e alimentos quentes ou apimentados e ricos em cafeína também é importante para o aparecimento de sintomas vasomotores (TAKAHASHI; JOHNSON, 2015). Tabaco e álcool também são prejudiciais, pois aceleram a perda de massa óssea, aumentando assim o risco de fraturas, além de contribuírem com o aparecimento de sintomas vasomotores (MARTINEZ *et al.*, 2017).

## Conclusão

Os assuntos concernentes à saúde da mulher e ao seu envelhecimento são de extrema importância para a saúde pública. As alterações vivenciadas na menopausa devem ser vistas além do ponto de vista da infertilidade, e os aspectos psicológicos e sociais também devem ser levados em consideração a fim de que as mulheres tenham maior qualidade de vida. A interação de profissionais da saúde com as pacientes é extremamente necessária a fim de que se investiguem e se tratem corretamente as queixas apresentadas. O tratamento multidisciplinar, integrando ginecologistas, psicólogos e pacientes é de grande importância para

resultados eficazes, vislumbrando sempre a promoção de bem-estar a mulheres climatéricas e menopausadas.

## Referências

- ANDENÆS, R.; SMÅSTUEN, M. C.; MISVÆR, N.; RIBU, L.; VISTAD, I.; HELSETH, S. Associations between menopausal hormone therapy and sleep disturbance in women during the menopausal transition and post-menopause: data from the Norwegian prescription database and the HUNT study. **BMC Women's Health**, v. 20, n. 1, p. 64, 2020.
- BRITO, L. G. O.; CASTRO, E. B.; JULIATO, C. R. T. Prolapso dos órgãos pélvicos. **Femina**, v. 47, n. 1, p. 42-45, 2019.
- BROMBERGER, J. T.; NEIL-EPPERSON, C. Depression during and after the perimenopause: Impact of hormones, genetics, and environmental determinants of disease. **Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.**, v. 45, n. 4, p. 663-678, 2018.
- COMO LIDAR COM A MENOPAUSA DE MANEIRA TRANQUILA. **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**, 23 de maio de 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/43-como-lidar-com-a-menopausa-de-maneira-tranquila?highlight=WytZW5vcGF1c2EiXQ==>. Acesso em: 05 maio 2020.
- GAVA, G.; ORSILI, I.; ALVISI, S.; MANCINI, I.; SERACCHIOLI, R.; MERIGGIOLA, M. C. Cognition, mood and sleep in menopausal transition: the role of menopause hormone therapy. **Medicina (Kaunas)**, v. 55, n. 10, p. 668, 2019.
- GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Guyton & Hall tratado de fisiologia médica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
- HAN, Y.; LEE, J.; CHO, H.H.; KIM, M. R. Sleep disorders and menopause. **J. Menopausal Med.**, v. 25, n. 2, p. 83-87, 2019.
- KINSBERG, S. A.; REZAEI, R. L. Hypoactive sexual desire in woman. **Menopause**, v. 20, n. 12, p. 1234-300, 2013.
- MANELLA, P.; PALLA, G.; BELLINI, M.; SIMONCINI, T. The female pelvic floor through midlife and aging. **Maturitas**, v. 76, n. 3, p. 230-234, 2013.
- MARTINEZ, S. S.; GEA, F. M.; ANDRADES, A. J. R.; ANTEQUERA, E. B.; HERNÁNDEZ, P. N. Prevención de la menopausia en la mujer. **Salud y cuidados durante el desarrollo**, v. 1, p. 239-246, 2017.
- MORGAN, K. N.; DERBY, C.A.; GLEASON, C. E. Cognitive Changes with Reproductive Aging, Perimenopause, and Menopause. **Obstetrics and Gynecology clinics of North America**, v. 45, n. 4, p. 751-763, 2018.
- NOGUEIRA, J. S.; OLIVEIRA, B. S.; MAMEDE, M. V.; SILVA, L. D. C. Sintomas psicológicos em mulheres climatéricas cardiopatas. **Cogitare enferm.**, v. 23, n. 2, 2018.

- QUANTIDADE DE HOMENS EM MULHERES. **IBGE Educa**, 2019. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18320-quantidade-de-homens-e-mulheres.html>. Acesso em: 05 maio 2020.
- SARDUY, M. I. T.; GONZÁLEZ, T. C.; GUIROLA, E. F.; MORA, S. P. Síntomas y enfermedades asociadas al climaterio y la menopausa. **Medicentro electrónica**, v. 23, n. 2, p. 116-124, 2019.
- SHIN, J.J.; KIM, S. K.; LEE, J. R.; SUCH, C. S. Ospemifene: a novel option for the treatment of vulvovaginal atrophy. **J. menopausal. med.**, v. 23, n 2, p. 79-84, 2017.
- SILVA, L. D. C.; MAMEDE, M. V. Prevalência e intensidade de sintomas climatéricos em mulheres com doença arterial coronariana. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J.)**, v. 12, p. 311-318, 2020.
- SIMÕES, N. D.; MONTEIRO, L. H. B.; LUCCHESI, R.; DE AMORIM, T. A.; DENARDI, T. C.; VERA, I.; SILVA, G. C.; SVERZUT, C. Qualidade e duração de sono entre usuários da rede pública de saúde. **Acta paul. enferm.**, v. 32, n. 5, 2019.
- SOARES, C. N. Depression and menopause: current knowledge and clinical recommendations for a critical window. **Psychiatr. Clin. North. Am.**, v. 40, n. 2, p. 239-254, 2017.
- OMS DIVULGA METAS PARA 2019: DESAFIOS IMPACTAM A VIDA DE IDOSOS. **Sociedade Brasileira De Gerontologia**, 27 de janeiro de 2019. Disponível em: <https://sbgg.org.br/oms-divulga-metas-para-2019-desafios-impactam-a-vida-de-idosos/>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- TAKAHASHI, T. A.; JOHNSON, K. M. Menopause. **Medical clinics of North America**, v. 99, n. 3, p. 521-534, 2015.
- THORTON K., CHERVENAK J., NEAL-PERRY G. Menopause and sexuality. **Endocrinol Metab Clin North Am.**, v. 44, n 3, p. 649-661, 2015.
- WENDT, A.; FLORES, T. R.; SILVA, I. C. M.; WEHRMEISTER, F. C. Associação da atividade física com o sono: uma revisão sistemática. **Rev. bras. ativ. fís. Saúde**, v. 23, p. 01-26, 2019.

## 8. Envelhecimento da mulher: impactos na voz e na deglutição

Moniki Aguiar Mozzer Denucci<sup>1</sup>  
Carlos Henrique Medeiros de Souza<sup>2</sup>  
Joane Marieli Pereira Caetano<sup>3</sup>

- 
1. Mestre em Cognição e Linguagem, pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF); especialista em Educação Especial, pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO); especialista em Saúde da Família, pela Universidade Redentor (UNIRENTOR); especializanda em Distúrbios da Fala e da Linguagem Oral e Escrita, pela Universidade Iguazu (UNIG); cursando Extensão em Neurociências, na UNIG. Fonoaudióloga clínica e educacional. Professora Universitária no Centro Universitário Fluminense (UNIFLU), no curso de Fonoaudiologia. Equoterapeuta pela Associação Nacional de Equoterapia (Ande-Brasil). E-mail: moniki\_denucci@hotmail.com
  2. Pós-doutorado em Sociologia Política (PPSP/UENF); Doutorado em Comunicação e Cultura, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Mestrado em Educação; Pós-Graduação em Gerência de Informática e Pós-Graduação em Produção de Software, pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF); bacharel em Direito e licenciado em Pedagogia, pela Universidade Santo Amaro (UNISA); e bacharel em Informática, pela Uniacademia (CES/JF). Professor Associado da UENF. Coordenador da Pós-Graduação em Cognição e Linguagem (PGCL/UENF).
  3. Doutoranda e mestra em Cognição e Linguagem, pela Uenf. Professora e coordenadora do Centro de Iniciação Científica e Extensão (Cenice), no Centro Universitário São José de Itaperuna (UNIFSJ).

## Considerações iniciais

A velhice é um processo que muitas vezes é percebido somente de fora para dentro pelo outro, pois algumas mudanças que ocorrem nessa fase da vida – como os cabelos que ficam brancos, o surgimento de rugas na pele, a diminuição da agilidade nos movimentos diversos, os déficits sensoriais e o tônus muscular com maior flacidez – são as formas mais fáceis de serem identificadas pelos indivíduos como uma modificação na etapa da vida em que eles se encontram (POLIDO; MARTINS; HANAYAMA, 2005).

Assim, o envelhecer é um processo universal resultante da interação dos aspectos funcionais, psicológicos e sociais. A população global, segundo Papalia e Feldman (2013), está envelhecendo e, conseqüentemente, a população de idosos está aumentando. Em diversas partes do mundo, a faixa etária que vem crescendo rapidamente é a de indivíduos com 80 anos ou mais.

Desse modo, o envelhecimento primário é um processo gradual, com uma deterioração física que começa cedo na vida e perdura ao longo dos anos, de modo que não importa o que as pessoas façam, não poderão evitá-lo. Portanto o envelhecimento é uma consequência inelutável de ficar velho, enquanto o envelhecimento secundário resulta de doenças, abusos e maus hábitos, fatores que até podem ser controlados (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

O objetivo deste trabalho é discorrer acerca do processo de envelhecimento na saúde da mulher, no que tange os aspectos da saúde vocal e da laringe, abrangendo juntamente o envelhecimento da deglutição, pois a correlação entre as áreas não se comunica só por proximidade, mas devido às mesmas estruturas executarem funções diversas.

O processo de envelhecimento, definido por muitos como “velhice”, é, portanto, um conjunto de experiências heterogêneas que abarcam possibilidades de ganhos e/ou perdas, implicando diferentes estratégias para a obtenção de bem-estar e qualidade de vida. Sendo assim, são fenômenos multidimensionais e multideterminados (NERI, 2016).

Nesse contexto, portanto, o envelhecimento, segundo aponta Behlau (2015), é um processo progressivo e degenerativo, que se caracteriza por uma redução da eficiência funcional do indivíduo frente ao enfraquecimento dos mecanismos de defesa, estando interligado às variações ambientais a que sofremos e às perdas das reservas funcionais, podendo ser influenciado pelos fatores ambientais, mas não determinados por eles. Podemos ainda distinguir o envelhecimento no que



concerne a doenças e patologias, pois essas não são observadas igualmente em todas as pessoas e se enquadram em um modelo biopsicossocial que carece, assim, de cuidados especiais (SOUZA *et al.*, 2019).

Em síntese, o envelhecimento da população reflete a expectativa de vida. A respeito desse aspecto, as mulheres, no geral, vivem mais tempo e apresentam taxas de mortalidade mais baixas em todas as idades que os homens (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

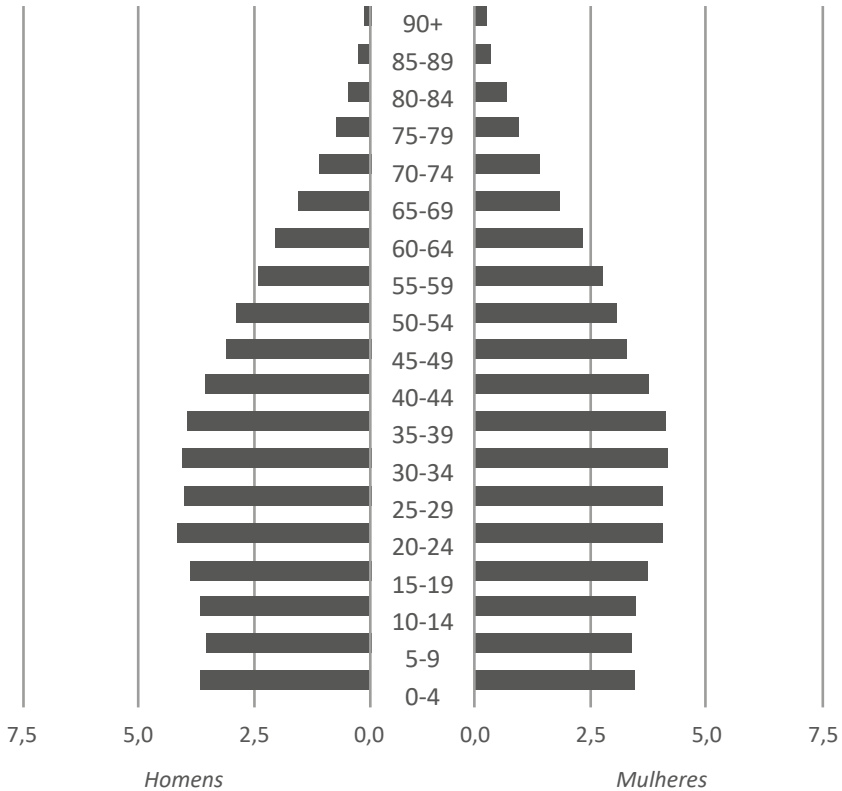
Na perspectiva da distância entre os gêneros e a expectativa de vida, um ponto importante a se mencionar são os estudos demográficos sobre envelhecimento: afirmam que as mulheres constituem a maior parte da população mundial idosa, e isso advém de uma tendência maior a procurar médicos, entre outros especialistas, e não porque estejam em piores condições de saúde que o homem, mas porque são mais conscientes em relação à saúde (ARAÚJO, 2019).

Outrossim, é inevitável que ocorram mudanças estruturais que possam afetar, de forma significativa, o corpo humano, assim como os órgãos fonoarticulatórios e suas funções, em decorrência não somente do envelhecimento, mas do aumento da expectativa de vida (SILVA; FARIA; TEIXEIRA, 2019).

Para melhor exemplificar o cenário descrito, apresentamos a pirâmide etária do Brasil, que atualmente indica redução da sua base e alargamento do corpo até o topo se comparada às pirâmides dos anos anteriores.

De acordo com uma pesquisa realizada no site da UOL, em 04 de maio de 2020 (<https://escolakids.uol.com.br/geografia/piramides-etarias.htm>), isso pode significar que o país tem apresentado mais eficiência nos diversos setores vinculados às políticas públicas, o que, de certa forma, está afetando diretamente na qualidade de vida da população brasileira.

Figura 1 – Pirâmide etária brasileira em 2019



Fonte: IBGE.

Ainda no mesmo site, encontramos uma definição de pirâmides etárias, modelo apresentado anteriormente, que apresenta a explicação de que “Elas possuem uma estruturação comum: são compostas por **barras superpostas**, apresentando base, corpo e topo. As **barras inferiores**”, ou seja, a base e parte do corpo da pirâmide correspondem “[...] à **população jovem**. Já as **barras superiores**, ou seja, parte do corpo até o topo, correspondem à **população mais velha**.” Sempre o lado esquerdo do gráfico será representado pela população masculina; já, no lado direito, a população feminina.

## Materiais e métodos

1. Caracterização da pesquisa – esta pesquisa foi desenvolvida por meio de estudo com formato qualitativo e descritivo, abrangendo a revisão sistemática da literatura que retrata o envelhecimento da mulher e seus impactos na voz e na deglutição.
2. Critérios para seleção de artigos – as buscas foram realizadas em três bases de dados bibliográficos: Scielo, Web of Science e Google Acadêmico®, além do uso de livros-referência nas áreas de fonoaudiologia e de envelhecimento humano.
3. Limite de tempo – foram priorizados artigos publicados entre os anos de 2005 e 2018 e foram utilizados trabalhos, em outra margem de data que fossem relevantes para a temática da pesquisa.

## Resultados e discussão

### Desdobramentos do processo de envelhecimento Laríngeo

Uma das funções afetadas é a vocal, em que podemos correlacionar com a deglutição e o envelhecimento da musculatura da laringe (CARDOSO, 2015). O envelhecimento da voz define-se como presbifonia e da laringe como presbilaringe. As alterações na presbifonia verificam-se como uma perda de força, da estabilidade, da velocidade e de precisão de articular (MEIRELLES; BAK; CRUZ, 2012).

Segundo aponta Behlau (2015), as alterações na qualidade vocal, em mulheres, podem ser notadas a partir dos 60 anos de idade, a saber: voz rouca, soprosa, trêmula e com pouca projeção. Assim, na presbifonia, a qualidade vocal é influenciada por muitas variáveis de condições laríngeas, auditivas e sociais.

Esse processo de deterioração vocal irá depender de indivíduo para indivíduo, diferenciando-se de acordo com seus aspectos biopsicossociais e de sua biografia, ou seja, toda a sua história de vida (PAIVA; HILLESHEIM; HASS, 2019).

Um outro aspecto muito significativo dentro do envelhecimento é o relacionado à deglutição, pois, quando se fala de deglutição, coloca-se em evidência uma problemática que concerne aos aspectos relacionados à alimentação, à saúde, às dinâmicas sociais e emocionais. A deglutição ocorre em um processo sistemático fisiológico que transposta a saliva ou alimento da boca ao estômago; é um processo que ocorre tão naturalmente e sem esforço que muitas vezes as pessoas não conseguem avaliar a complexidade do que ele é (NETTO, 2006).

Por fim, a dificuldade de deglutição aumenta em prevalência com o avançar da idade, sendo um enorme problema para os idosos. Desse modo, conforme há o aumento da idade, a laringe e suas estruturas sofrem alterações anatômicas, e normalmente as fibras elásticas irão diminuir a densidade dentro da prega vocal, o que irá ocasionar uma calcificação das cartilagens, e os músculos laringeos acabam por atrofiar-se, causando uma atrofia muscular da prega vocal (MONTEIRO, 2019).

É interessante correlacionarmos que, como aponta Trench (2003), na vida das mulheres, existem marcos concretos e definitivos que sinalizam diferentes fases ou passagens de suas vidas, como a menarca e a última menstruação. São marcos visíveis no corpo físico, e cada cultura os investe de sua rubrica. Ainda de acordo com Trench (2003), colocam a menopausa, conceituada a partir do trabalho de Robert Wilson e publicado no livro *Eternamente Feminina* (1966), no status doença, com informações relacionado a sua prevenção, tratamento e cura, vinculando-se à terapia de reposição hormonal.

Além de simbolizar um marco na vida da mulher, na menopausa há uma interrupção fisiológica dos ciclos menstruais, o que ocorre devido ao fim da secreção hormonal dos ovários. Esse período é definido como quando uma mulher para de ovular e não pode mais procriar (FELTRIN; VELHO, 2016). Esse marco traz consigo alterações hormonais importantes que reverberam e influenciam significativamente a mulher tanto em seu contexto vocal, quanto social, incluindo, nesse rol, os aspectos alimentares, emocionais e de saúde.

## O envelhecer da voz e a inter-relação com os aspectos sociais e emocionais na mulher

A preocupação com o envelhecimento vem, desde o início da civilização, mas foi durante o século XX que os interesses acerca de estudos nessa área foram aumentando, dentro de uma percepção de que o desenvolvimento humano não poderia ser entendido apenas no que concerne ao desenvolvimento infantil (PA-PALÉO, 2002).

As mudanças físicas costumam estar associadas ao envelhecimento, sendo assim, óbvias para um observador casual, embora afetem mais umas pessoas que outras. As variáveis no processo de envelhecimento são muitas: como a mudança na pele, na cor dos cabelos, as perdas psicomotoras (que estão intimamente ligada à aprendizagem, à memória e à inteligência), entre mudanças orgânicas e sistêmicas. E, mediante essas modificações exteriores tão contrastantes, a voz

acaba ficando um pouco aquém no que diz respeito às impressões causadas e às perspectivas que o idoso traz sobre ela (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Desse modo, até nos programas de saúde pública, como aponta Machado, Aldrighi e Piccolotto (2004), as campanhas de prevenção e os programas educativos, destinados às doenças laringeas e dos distúrbios vocais, recebem pouca aderência, inclusive em grupos profissionais que utilizam a voz como o seu principal instrumento de trabalho. Desse modo, a voz, embora extremamente necessária (visto que se trata não só de uma forma de se comunicar, mas de expressar sentimentos, ideias e de se conectar ao outro), ainda é pouco valorizada tanto em termos preventivos, quanto perceptivos em meio ao grande número de modificações que ocorrem na vida do indivíduo nessa fase.

Portanto, com o envelhecimento, ocorrem modificações no mecanismo da voz, modificações essas que advêm não só do desgaste do uso das estruturas relacionadas à fala, mas também com a menopausa, pois a voz da mulher, nessa fase, apresenta algumas especificidades como rouquidão, compressão do registro, menor flexibilidade das pregas vocais e estabilidade vocal reduzida, relacionando aos problemas de emissão vocal, de controle da voz, efeitos sobre as pregas vocais e a manutenção dos registros agudos (MACHADO; ALDRIGHI; PICCOLOTTO, 2004).

É possível que a voz delate a ausência de saúde durante a juventude, mas, durante a menopausa e no seu envelhecimento, possa se manter sem denunciar as suas condições por um tempo. Os autores supracitados afirmam que há uma tendência da camada superficial da lâmina, própria das pregas vocais, aproximadamente aos 40 anos de idade, tornar-se espessa e edemaciada e, ao chegar aos 50 anos, inicia-se um processo de atrofia das fibras elásticas, o que ocasiona um encurtando na sua porção membranosa, fazendo com que, na camada mais profunda das pregas vocais, ocorra o que chamamos de adensamento das fibras de colágeno, espessando as pregas vocais, enquanto essa musculatura, por ser estriada, estará propensa ao atrofiamento. Logo, esses acontecimentos ocorrem do ponto de vista orgânico do indivíduo, sendo interessante ressaltar o quanto os aspectos emocionais e sociais interferem na sua qualidade vocal e são influenciados pelos orgânicos.

Na presbifonia (envelhecimento da voz), a qualidade vocal é influenciada por todas essas variáveis, podendo citar outras, como as condições laringeas, auditivas e relativas ao estilo de vida (fumante, uso abusivo de álcool, uso profissional da voz etc.).

Contudo, a presbilaringe (o envelhecimento laríngeo inerente a idade) irá apresentar como consequência a presbifonia e, ainda, mudanças tanto nos parâmetros vocais, quanto nos de deglutição, decorrentes da perda de força e tons dessa estrutura e toda sua musculatura adjacente. As alterações estruturais de laringe, em uma mulher, podem ser identificadas com maior ou menor impacto a partir dos 45 anos de idade, e a senilidade vocal poderá manifestar-se tanto na redução da potência vocal, quanto na diminuição da tessitura vocal e na deterioração da voz, sendo esses padrões muito mais nítidos após os 60 anos de idade, juntamente com as deteriorações do controle neuromuscular, das habilidades sensoriais e do nível de energia associados às comorbidades (doenças pulmonares, cardiovasculares e neurológicas), bem como ao uso de medicamentos e os estados psicológicos (FERREIRA; ANNUNCIATO, 2003).

Assim, a voz é definida, por Ferreira e Annunziato (2003), como o acompanhamento musical da fala, sendo através da voz que a fala se torna melodiosa, agradável e audível, qualidades importantes para uma comunicação verbal eficiente. Mais que isso, ela representa a identidade de uma pessoa, uma vez que, por meio da voz, expressamos emoção, motivação, aproximamo-nos do interlocutor e nos inserimos em sociedade.

Há uma correlação entre voz e emoção, pois alteramos a nossa voz, o tempo todo, conforme o contexto e a carga afetiva a que estamos expostos. Ademais, os aspectos envolvidos na fonação, além de psicossociais e ambientais, são anatomo-fisiológicos, sendo influenciados pela redução na capacidade respiratória vital (refletindo em uma fraqueza vocal, manutenção, redução ou aumento da frequência fundamental da voz, extensão e frequências reduzidas e qualidade vocal soprosa, áspera, rouca ou tremula), na função endócrina e a desidratação dos tecidos laríngeos, resultando em uma redução significativa da intensidade da fala e da tessitura vocal, o que torna a voz monótona e com muitas pausas articulatórias (FERREIRA; ANNUNCIATO, 2003).

A fadiga vocal é um fator marcante no idoso, de acordo com Queiroz, Gomes e Lucena (2019). Nesse sentido, a tosse também se apresenta como um outro fator que influencia diretamente no processo comunicativo, o que pode estar associado a uma incoordenação pneumofonoarticulatória que, no uso intensivo da voz, é associada às constantes retomadas do ar, muitas vezes pela boca, podendo ocasionar no ressecamento da laringofaringe, o que aumenta o atrito e desencadeia a tosse por irritação de mucosa. Ainda há de se associar a fadiga vocal às questões hormonais, pois o aumento dos níveis androgênicos pode provocar uma atrofia

da mucosa das pregas vocais, com redução das glândulas laringeas (BRITO; RAMOS; OLIVEIRA, 2018).

Outrossim, as manifestações vocais decorrentes do envelhecimento mais comuns estão diretamente relacionadas à rouquidão, desconforto ao falar, esforço ao falar, secura crônica da garganta, pigarrear constantemente, voz trêmula, voz soprosa, gerando uma fator que, muitas vezes, impede o aspecto comunicacional pleno: a necessidade de repetir o que se fala (LIMA *et al.*, 2015).

Essas manifestações, entre outras, considerando o papel que a voz desempenha nas relações interpessoais, levam o idoso, muitas vezes, ao isolamento social, pois interferem de maneira significativa, na sua qualidade de vida.

## Impactos do envelhecimento da deglutição para a saúde

Ao falarmos de envelhecimento da laringe, dentro do aspecto vocal, torna-se importante que se aborde o tema da deglutição, visto que comumente é uma função do sistema estomatognático e que se encontra muito prejudicada na maioria dos idosos. Assim, o envelhecimento da deglutição pode ser definido como presbifagia, o que poderá provocar uma adaptação do modo de alimentar-se, ocasionando a predisposição de desenvolver disfagia (ACOSTA; CARDOSO, 2012).

É importante ressaltar que o aparelho vocal também participa do processo de deglutição e, assim, acredita-se que a sua senescência possa, de alguma forma, trazer prejuízo não só para a voz, mas para a deglutição. Ao caracterizar esse processo, Marchesan (2005) aponta que decorre de uma ação motora automática, na qual estão envolvidos os músculos da respiração e do trato gastrointestinal, tendo como objetivo o transporte do bolo alimentar e a limpeza do trato respiratório (NETTO, 2003).

Nesse contexto, a presbifagia é uma designação decorrente da deterioração fisiológica desse mecanismo da deglutição, em decorrência do envelhecimento das fibras nervosas e musculares (CARDOSO, 2015).

Muitas alterações na deglutição fisiológica permeiam os indivíduos no envelhecimento normal. São alterações nos estágios oral e faríngeo, demonstrando deglutição mais demorada, bolo alimentar incompleto, escape e incontinência do alimento na cavidade oral, pois há um funcionamento inadequado da língua (decorrente da perda do tônus muscular), movimento anterior do osso hioide atrasado. Com a velocidade total do processamento neurológico atrasada, ocorre também uma demora na deglutição faringiana. Outro fator importante e preocu-

pante é que uma grande porção do bolo alimentar entra na valécula, permitindo que os indivíduos idosos sejam mais propensos ao risco de aspiração (NETTO, 2003; MENEZES, 2019).

O envelhecimento da deglutição, na pessoa idosa, gera transtornos funcionais e relativos à saúde (nutricional, pulmonar), interferindo, de forma significativa, em âmbito social e na autoestima. Os indivíduos com alterações na deglutição, decorrentes ou não de doenças de base relacionadas ao envelhecimento, irá apresentar uma resistência a se alimentar, inclusive em público, podendo até gerar uma recusa alimentar mais séria, o que poderia levá-lo a um processo de desnutrição (SOUZA *et al.*, 2019).

Por fim, a deglutição e o seu envelhecimento estão intimamente ligados, mantendo sua inter-relação com a voz. Muitos idosos que apresentam disfagia têm uma grande percepção das suas dificuldades de deglutição, principalmente aqueles acometidos por uma disfagia de origem neurogênica (que advém de uma doença neurológica, como AVC ou Parkinson), já que esses sintomas normalmente ocorrem de forma abrupta e com severidade variada (CAPELARI; BUDNI, 2019).

## Considerações finais

A voz e a deglutição estão conectadas inicialmente pela proximidade de suas estruturas e por compartilharem, para muitas funções, o mesmo aparelho. Os distúrbios da voz e da deglutição, principalmente quando decorrentes do processo de envelhecimento, trazem consigo consequências muito significativas na vida do idoso. São consequências sociais, afetivas e emocionais no ser humano comunicante.

Essas consequências interferem substancialmente na qualidade de vida desses idosos, modificam comportamentos e acabam por levar o idoso ao isolamento social, a uma baixa na autoestima e a um processo de desnutrição. Voz e deglutição estão intimamente relacionadas, sendo funções que tornam o ser humano apto a uma interação em sociedade, à expressão dos seus sentimentos e afetividade, bem como a ideias e ao prazer, visto que alimentação é uma fonte de prazer e socialização.

A mulher idosa sofre com as atribuições do envelhecimento do seu corpo, principalmente decorrentes da menopausa. Nesse contexto de transformações, a voz parte como uma referencial mudança. Sendo assim, é de grande importância a detecção precoce das alterações de deglutição, a orientação, bem como a



intervenção nos distúrbios de deglutição, com intuito de minimizar os impactos causados por essas alterações.

Por fim, muitas condições médicas gerais podem afetar a saúde da mulher idosa. Faz-se necessário um acompanhamento com uma equipe interdisciplinar e sua inserção em um grupo social que compartilhe com ela as mesmas experiências e vivências, visto que as alterações que podem interferir na qualidade de vida geram travas em toda a extensão do indivíduo.

Assim, saber envelhecer é uma grande sabedoria da vida. E envelhecer com saúde é possível diante da informação, da prevenção e dos cuidados aos idosos.

## Referências

- ACOSTA, B. N.; CARDOSO, F. A. C. M. Presbifagia: estado da arte da deglutição do idoso. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 9, n. 1, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.1504>. Acesso em: 21 jan. 2020.
- ARAÚJO, B. A. Gênero, reciprocidade e mercado no cuidado de idosos. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 27, n. 1, 2019. Disponível em: DOI: 10.1590/1806-9584-2019v27n145553. Acesso em: 21 jan. 2021.
- BEHLAU, M. S. **Voz: o livro do especialista**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2015.
- BRITO, E.; RAMOS, N.; OLIVEIRA, A. Envelhecimento ativo, digno e saudável: voz dos idosos sobre discriminação e violência. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, 12., 2018, Lisboa. **Anais [...]**. Lisboa: Ispa, 2018.
- CAPELARI, S.; BUDNI, J. A disfagia no envelhecimento associada a desnutrição e desencadeamento de transtornos mentais. **Rev. Inova Saúde**, v. 9, n. 1, 2019.
- CARDOSO, M. C. A. F. C. Presbifagia: deglutição no processo do envelhecimento. **State-wide Agricultural Land Use Baseline**, v. 1, p. 917–919, 2015.
- CARDOSO, V. S.; TEIXEIRA, A. R.; BALTEZAN, R. L.; OLCHIK, M. R. O impacto das alterações de deglutição na qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, Fachs/Nepe/PEPGG/PUC-SP, 2014.
- FELTRIN, B. R.; VELHO, L. Representações do corpo feminino na menopausa: estudo etnográfico em um hospital-escola brasileiro. **Sexualidad, salud y sociedad Revista Latinoamericana**, n. 22, 2016.
- FERREIRA, M. L.; ANNUNCIATO, F. N. Envelhecimento vocal e Neuroplasticidade. *In*: PINHO, R. M. S. **Fundamentos em Fonoaudiologia: tratando os distúrbios da voz**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

- LIMA, N. M. K; QUEIROZ, G. R. M; MORAES, T. B.; GOMES, C. O. A.; ARAUJO, B. N. A.; LIRA, S. Z.; LUCENA, A. J. Sintomas vocais em idosos com presbifonia após terapia vocal com uso do lax voice. *In: CONGRESSO BRASILEIRO E CONGRESSO INTERNACIONAL DE FONOAUDIOLOGIA*, 23., 9., 2015, Salvador. **Anais [...]**. Joinville: SBF, 2015.
- MARQUESAN, I. Q. **Fundamentos em Fonoaudiologia**: aspectos clínicos da motricidade Orofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- MACHADO, M. A. M. P.; ALDRIGHIA, J. M.; PICCOLOTTO, L. F. Os sentidos atribuídos à voz por mulheres após a menopausa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 261-269, 2005.
- MONTEIRO, S. A. S. **Políticas de envelhecimento populacional**. Ponta Grossa: Athena, 2019.
- MENEZES, C. E. Disfagia em idosos em instituição de longa permanência – revisão sistemática de literatura. **Rev. Cefac**, n. 21, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216/201921116418re>, 2019. Acesso em: 21 jan. 2021.
- MEIRELLES, R. C.; BAK, R.; CRUZ, F. C. DA. Presbifonia. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ, p. 82, 2012.
- NERI, A. L. O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. *In: NERI, A. L. (Org.). Maturidade e velhice*: trajetórias individuais e socioculturais. Campinas: Papirus, 2016. p. 11-52.
- NETTO, S. R. C. **Deglutição na criança, no adulto e no idoso**: fundamentos para odontologia e fonoaudiologia. São Paulo: Lovise, 2003.
- PAIVA, M. K.; HILLESHEIM, D.; HAAS, P. Atenção ao idoso: percepções e práticas dos agentes comunitários de Saúde em uma capital do sul do Brasil. **CoDAS**, v. 31, n. 1, 2019. Disponível em: DOI: 10.1590/2317-1782/20182018069. Acesso em: 21 jan. 2021.
- POLIDO, M. A.; MARTINS, R. U. S. A. M; HANAYAMA, M. I. Percepção do envelhecimento vocal na terceira. **Revista Cefac**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 241-51, abr./jun. 2005.
- PAPALÉO, M. N. O estudo da velhice no século XX: História, definição do campo e termos básicos. *In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- PAPALIA, E. D.; FELDMAN, D. R. **Desenvolvimento Humano**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- QUEIROZ, G. R. M.; GOMES, C. O. A.; LUCENA, A. J. Perfil de extensão vocal em idosas com e sem sintomas de voz. **Rev. Cefac**, São Paulo, v. 21, n. 4, 2019.
- SILVA, O. A.; FARIA, P. C. R.; TEIXEIRA, P. D. O envelhecimento na percepção de sujeitos quinquagenários. **Oikos: família e sociedade em debate**, v. 30 n. 2, 2019.
- SOUZA *et al.* Envelhecimento, sexualidade e cuidados de enfermagem: o olhar da mulher idosa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, 2019.

SOUZA, F. L.; NASCIMENTO, V. W.; ALVES, T. M. L.; SILVA, V. C. A.; CASSIANI, A. R.; ALVEZ, C. D.; DANTAS, O. R. Dificuldade de deglutição de medicamentos em pessoas sem disfagia. **Rev. Cefac**, São Paulo, v. 21, n. 4, 2019.

TRENCH, B. Projeto Ondas: imagens, falas e gestos de mulheres caiçaras sobre envelhecimento e menopausa. *In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO INTERCULTURAL, GÊNERO E MOVIMENTOS SOCIAIS*, 2., 2003, Florianópolis. **Resumos**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

## 9. Núcleos de apoio à saúde da família: a importância da equipe interdisciplinar na assistência pré-natal à mulher gestante

Roberta Silva Nascimento<sup>1</sup>  
Bianca Magnelli Mangiavacchi<sup>2</sup>  
Fernanda Santos Curcio<sup>3</sup>

- 
1. Mestra em Cognição e Linguagem, pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF); graduada em Enfermagem, pela Universidade Iguazu (UNIG); especialista em Saúde da Família, pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde/ Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UNA-SUS/UERJ); especialista em Saúde da Pessoa Idosa pela, UNA-SUS/UERJ, Universidade Federal do Maranhão (UFMA); pós-graduada em Gestão Acadêmica e Práticas Pedagógicas, pela Faculdade Metropolitana São Carlos. E-mail: robertasnascimento14@gmail.com
  2. Doutora e mestra em Biociências e Biotecnologia, pela UENF; especialista em Gestão em Saúde Pública pela Universidade Federal Fluminense; pós-graduada em Gestão educacional e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos FAMESC; graduada em Complementação Pedagógica com Habilitação em Biologia, pelo Instituto Federal do Espírito Santo; graduada em Ciências Biológicas, pela UENF; graduada em Pedagogia pela Universidade do Pitágoras UNOPAR. E-mail: bmagnelli@gmail.com
  3. Doutora e mestra em Memória Social, pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO); graduada em Serviço Social, pela Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: fernandasantoscurcio@gmail.com

## Considerações iniciais

Nas últimas décadas, desde a sua criação com a Constituição Federal de 1988, o Sistema único de Saúde (SUS) vem apresentando significativos avanços. Dentre as melhorias, é possível indicar a criação, em 1994, das Estratégias de Saúde da Família (ESF), funcionando como um recurso de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica. São empreendidas, assim, formas de trabalho em saúde convergentes aos princípios do SUS, aproximando a saúde das famílias, melhorando, assim, a qualidade de vida dos sujeitos, grupos e comunidades.

Nesse horizonte, no sentido de sustentar e auxiliar a implantação da ESF, na rede de serviços em saúde, e melhorar as práticas em saúde, foram instituídos os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), por meio da Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008, reformulada em 4 de março do referido ano. O Nasf volta-se, assim, à prestação de assistência às demandas populacionais não atingidas pelas equipes do ESF, ao apoio a tais equipes na efetivação da rede de serviços e à ampliação da sua cobertura. Dessa forma, é possível vislumbrar a melhora da qualidade da assistência e o alcance de ações mais efetivas.

Contudo, em meio à intensificação de contrarreformas e ao abalo no financiamento de políticas sociais vivenciados nos últimos anos, os Nasf veem-se investidos. Com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, que congela os gastos públicos por 20 anos, afetando decididamente o orçamento da saúde, e, mais recentemente, com a instituição do Programa Previner Brasil, mediante a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, presencia-se uma possível e consternada extinção do Nasf. Tais medidas, como serão vistas a seguir, impactam, imediatamente, a universalidade, a integralidade e a participação social em saúde.

Diante do exposto, objetiva-se analisar a importância da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na educação em saúde, na assistência pré-natal. Para tanto, a metodologia empregada foi a pesquisa bibliográfica, de base qualitativa, de natureza descritiva do tipo revisão de literatura, sob o formato sistemático, e a pesquisa documental.

## Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a ampliação e fortalecimento das ações de prevenção e promoção da saúde

O direito à saúde no Brasil, como se sabe, ganha novos e propositivos contornos a partir da Carta Magna de 1988. Colocando-a como um direito social,

assumindo um dos pilares da Seguridade Social, ao lado da Previdência Social e Assistência Social, ela é ratificada como um direito de todos e dever do Estado. As ações e políticas, como destaca, devem atuar na redução do risco de doença e dos agravos, bem como na garantia de acesso universal e igualitário aos serviços e ações voltados à promoção, proteção e recuperação em saúde. Esses devem conformar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, pautado nas diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Nesse íterim, com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, tem-se a regulamentação do SUS e o emprego ampliado da concepção de saúde, possibilitando o aumento significativo de possibilidades de trabalho na atenção básica. Nesse panorama, possibilidades de atuação ganham espaço: educação e promoção em saúde; gestão e coordenação; planejamento e orçamento; vigilância em saúde; saúde do trabalhador; controle social, entre outros (KRUGER, 2010).

A partir de tais inflexões, edifica-se um modelo de assistência à saúde, guiado para a sua promoção e para a ultrapassagem do modelo centrado na doença e nas ações curativas. Nesse cenário, como salienta Kruger (2010), desde os anos de 1990, vislumbra-se proposições de serviços de saúde amplos e pautados em ações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais.

Outra questão que entoa os serviços e ações em saúde é a municipalização, colocando os profissionais mais próximos dos usuários e das ações de planejamento e gestão. Decididamente, são trazidos novos influxos e desafios para a atuação conjunta e integrada entre trabalhadores e setores, que integrem a participação dos usuários e que expressem o conceito ampliado de saúde reconhecido pelo SUS.

Esse, reorientando a sua lógica assistencial, organiza um modelo de asserção da atenção básica, tendo como marco o Programa Saúde da Família (PSF) (1994). Nesse, a família é encarada como uma unidade em que deverão ser estabelecidas e empreendidas ações planejadas em saúde, colocando aquela como objeto de atenção no meio ambiente em que habita (VIANA; DAL POZ, 1998).

Seguindo os princípios e diretrizes do SUS, o objetivo do PSF está voltado à melhora do estado de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, por meio da formulação de um modelo assistencial de atenção pautado na promoção, na proteção, no diagnóstico precoce, no tratamento e na recuperação da saúde. O Programa, assim, direciona-se à reorganização da atenção básica, no sentido da vigilância em saúde na promoção da qualidade de vida.

Com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS 96), o PSF é ratificado, sendo colocado como um contraponto àquele modelo tradicional em que se estabelecia uma relação individualizada entre o profissional e o paciente. Desse modo, as ações e serviços desenvolvidos pelo Programa devem assumir um modelo de atenção voltado à qualidade de vida das pessoas e do meio que elas vivem, além de estabelecer uma relação da equipe de saúde com a comunidade, principalmente com as famílias, que são os núcleos sociais primários.

A partir da promulgação da Política Nacional de Atenção Básica, por meio da Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, o PSF assume novos contornos, sendo fortalecida a atenção básica em saúde, colocando-se como porta de entrada preferencial do SUS. No mesmo ano, o Pacto pela Saúde reafirma o PSF como uma estratégia prioritária do Ministério da Saúde, sendo agora denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), devendo o seu desenvolvimento considerar as diversidades locoregionais (BRASIL, 2006).

Em 2011, com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que traz regulamentações para a Lei nº 8.080, a atenção primária é trazida como a principal porta de entrada do SUS. No mesmo ano, com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, é aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, que revisa os princípios, diretrizes e normas para a organização da atenção básica, evidenciando a Saúde da Família como estratégia prioritária para a ampliação e fortalecimento da atenção básica, garantindo, assim, a universalização neste âmbito.

A partir, então, da proposta de descentralização das ações, tendo como prisma a família e a comunidade em suas instâncias físicas, sociais e culturais, a ESF atua no sentido de transpassar a atenção focalizada na figura do médico, direcionando a atenção para toda a equipe de saúde. Essa, formada por diferentes profissionais, direciona suas intervenções para além de práticas curativas, devendo atuar, também, na garantia da intersetorialidade, em que os diferentes direitos sociais (saneamento, educação, habitação e segurança) devem estar articulados ao direito à saúde, para atingi-lo e abarcá-lo em sua concepção ampliada.

Assim, como salientam Anjos *et al.* (2013, p. 673),

Em contraste com os modelos convencionais de prestação de cuidados, que primam pela assistência curativa, especializada, fragmentada e individual, a proposta de trabalho do NASF é a de superar essa lógica em direção à corresponsabilização e à gestão integrada do cuidado por meio de atendimentos compartilhados e projetos

terapêuticos que envolvam os usuários e sejam capazes de considerar a singularidade dos sujeitos assistidos.

A concepção teórica e metodológica que subvenciona o Nasf foi elaborada por Gastão Wagner de Sousa Campos, médico sanitарista e professor titular da Universidade Estadual de Campinas, sendo implantada, inicialmente, em Campina, SP. Pautado na metodologia *Paidea*, que prescreve a reforma das organizações em saúde a partir da cogestão, a proposta baseia-se nos Apoios Institucional e Matricial e na Clínica Ampliada. Como descreve Campos *et al.* (2014, p. 987), “[...] o apoio institucional é um recurso metodológico que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão”, voltando-se à cogestão, que “[...] pressupõe postura interativa, tanto analítica quanto operacional”. Contudo não significa a supressão das funções gerenciais (coordenação, planejamento e direção), mas complementar para empreender tais funções.

O apoio matricial, por sua vez, é “[...] uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra referência, protocolos e centros de regulação” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 399-400). Aquela tem como finalidade garantir a retaguarda especializada às equipes atuantes, a partir de um esteio técnico-pedagógico, em que aquelas participam ativamente dos projetos voltados aos usuários dos serviços de saúde.

Já o conceito da clínica ampliada volta-se ao entendimento de que o saber constituído apresenta limitações e que o cerne deve ser o sujeito e não a doença ou os dispositivos técnicos. Dessarte, o desenvolvimento de

Uma clínica ampliada e compartilhada baseia-se na escuta e reconhece o saber, o desejo e o interesse das pessoas, questionando-as sobre os sentidos daquilo que estão vivendo. É uma prática menos prescritiva e mais negociada, que não desconsidera os avanços tecnológicos, nem a importância da qualificação técnica e das recomendações baseadas em evidências. Mas também assume que as doenças e os riscos, a despeito dos padrões e regularidades, e mesmo sendo influenciados pelos planos cultural e socioeconômico, em última instância, encarnam-se em sujeitos concretos (CAMPOS *et al.*, 2014, p. 991).

Dessa forma, o Núcleo, pautado na integralidade da atenção e na interdisciplinaridade das ações em saúde, possibilita a articulação dos serviços sociais,



equipamentos públicos e serviços de saúde dos territórios, fomentando, assim, a proposição de ações intersetoriais e educativas que oportunizam a promoção da cidadania.

## **A atenção primária em saúde: o papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família**

O Nasf, corroborando as diretrizes e solidificando a inserção da ESF na rede de serviços, amplia a abrangência do programa de atenção básica, atuando na resolutividade dos problemas, bem como amplia as ações da APS. O Núcleo, sendo esse constituído por uma equipe multiprofissional, é capaz de atuar em conjunto, dentro das equipes de ESF.

Santos e Cutolo (2004, p. 37) afirmam que:

A interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, no interior de um projeto específico (...). O espaço interdisciplinar deverá ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares. (...) nos reconhecemos diante de um empreendimento interdisciplinar todas as vezes em que ele conseguir incorporar os resultados de várias especialidades, que tomar de empréstimo a outras disciplinas certos instrumentos e técnicas metodológicas, fazendo uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber, a fim de fazê-los integrarem e convergirem, depois de terem sido comparados e julgados.

O Nasf não se constitui como porta de entrada do sistema para os usuários, mas, sim, de apoio às equipes de ESF. Tal composição de equipe deve ser definida pelos gestores municipais diante de prioridades e de necessidades de profissionais de cada uma das diferentes ocupações existentes dentro do quadro multiprofissional. O Núcleo é composto de nove áreas estratégicas sendo elas: saúde da criança, do jovem e do adolescente; saúde mental; saúde integral da pessoa idosa e sua reabilitação; alimentação e nutrição; saúde da mulher; assistência farmacêutica; serviço social; atividade física, práticas corporais, integrativas e complementares (BRASIL, 2009).

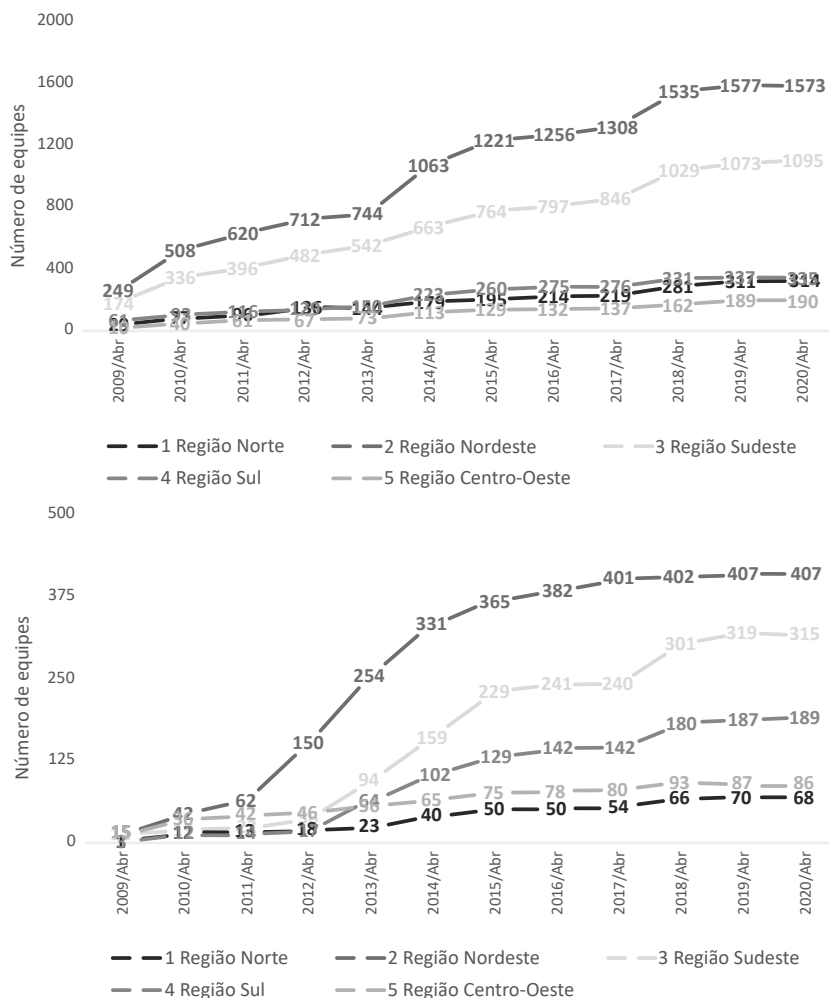
A integralidade pode ser considerada a principal diretriz a ser praticada pelos Nasfs. Ela pode ser compreendida em três sentidos:

[...] (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (BRASIL, 2010, p. 16).

Nos termos da Portaria nº 154, existem duas modalidades de Nasf: o Nasf 1, composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Cada um desses núcleos deve estar vinculado a um mínimo de oito e máximo de 20 equipes de ESF, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco. O Nasf 2 deverá ter no mínimo três profissionais, dentre eles: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional, e se vincular a, no mínimo, três equipes de ESF (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2008b; BRASIL, 2008c; BRASIL, 2008d).

A definição dos profissionais que irão compor cada tipo de Nasf é de responsabilidade do gestor municipal, seguindo, entretanto, critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. A distribuição da Nasf 1 e Nasf 2 no Brasil, de abril de 2009 a abril 2020, segundo mostra os dados apresentados pelo Ministério da Saúde, demonstram uma distribuição numérica gradativa ao longo desse processo de implementação do programa bem como de seus núcleos (gráficos 1A e 1B, respectivamente).

Gráfico 1 – Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Modalidade Nasf 1 (A) e Nasf 2 (B) segundo a região do Brasil, entre os anos de 2009 a 2020



Fonte: Elaborado pelos autores, 2020<sup>4</sup>.

4. Dados obtidos do programa Tabnet/Datasus Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (Cnes). Nota: A partir do processamento de junho de 2012, houve mudança na classificação da natureza e na esfera dos estabelecimentos. Com isso, temos que: até maio de 2012, essas informações estão disponíveis como “Natureza” e “Esfera Administrativa”. De junho de 2012 a outubro de 2015, estão disponíveis tanto como “Natureza” e “Esfera Administrativa”, quanto como “Natureza Jurídica” e “Esfera Jurídica”. A partir de novembro de 2015, estão disponíveis como “Natureza Jurídica” e “Esfera Jurídica”.

Nesse horizonte, compreende-se que as políticas e programas de saúde voltados à atenção básica são fundamentais para a ampliação da universalidade de acesso aos serviços de indivíduos e grupos vulneráveis (COHN, 2005). Nesse sentido, o Nasf vem assumir a finalidade de prestar assistência às necessidades populacionais não atingidas pelas equipes da ESF, efetivando a rede de serviços e aumentando a sua abrangência, trazendo impactos decisivos no campo da saúde da mulher, especialmente no tocante à educação em saúde, como será apresentado a seguir.

## **O Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a importância da educação em saúde na assistência pré-natal**

Compreende-se que a atenção integral, no período do pré-natal, deve ser unificada através de ações de promoção e prevenção, possibilitando diagnósticos precoces das possíveis evoluções das intercorrências. Dessa forma, é importante incluir um planejamento de cuidados apropriados às ocorrências identificadas, minimizando, assim, os danos.

De acordo com o Ministério da Saúde, a gestante, durante a realização do pré-natal, deve ser acompanhada por seis ou mais consultas, que devem acontecer mensalmente até vigésima semana e posteriormente até a trigésima sexta semana de forma quinzenal (BRASIL, 2012). Os exames realizados, durante o pré-natal, são: triagem para sífilis (VDRL), sorologia para sífilis (RPR), sorologia para HIV I e II, teste de Coombs, glicemia de jejum, EAS, urocultura, grupo sanguíneo e fator Rh, Sorologia para Hepatite B, Hemograma completo, parasitológico, se for necessário, bacterioscopia do material coletado da região vaginal, colpocitologia oncótica e ultrassonografia obstétrica, bem como, no que tange a imunização, oferecida à gestante a proteção materno-infantil.

É primordial que o atendimento à gestante seja de caráter humanizado, priorizando um acolhimento digno, evitando o abandono do pré-natal, de maneira a estimular a gestante ao interesse em concretizar as etapas deste período. Dessa forma,

O acolhimento, aspecto essencial da política de humanização, implica recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2006, p. 15).

Estabelecido pelo Ministério da Saúde a Portaria/GM nº 569, de 01 de junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento promove o diagnóstico da imprescindibilidade do binômio mãe-filho e no estágio puerperal, com o intuito de minimizar as morbimortalidades e empregar padrões que proporcione maior cobertura do território, facilitando o acesso ao pré-natal. A implementação de investimento na assistência da mulher grávida e na qualificação dos profissionais no manejo aos cuidados no ciclo gravídico puerperal são fundamentais, uma vez que

A assistência pré-natal adequada (componente pré-natal), com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar (sistema de regulação – “Vaga sempre para gestantes e bebês”, regulação dos leitos obstétricos, plano de vinculação da gestante à maternidade), além da qualificação da assistência ao parto (componente de parto e nascimento – humanização, direito à acompanhante de livre escolha da gestante, ambiência, boas práticas, acolhimento com classificação de risco – ACCR), são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2012, p. 21).

Desse modo, compreendendo que a dimensão educativa é parte fundamental e inovadora na assistência pré-natal, é necessário que a equipe da ESF realize uma captação precoce das gestantes, proporcionando, dessa forma, um acompanhamento de pré-natal eficiente. “O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna” (BRASIL, 2012, p. 33).

Durante os cuidados ofertados à gestante, deve-se assegurar que ela seja encorajada a autonomia do cuidado. Para alcançar essa efetividade, é necessário um atendimento amparado por uma equipe interdisciplinar, um grupo formado por especialistas, articulando seus conhecimentos, experiências e práticas, oportunizando e minimizando, assim, as eventualidades devido à falta de conhecimento e de cuidado. Tais contribuições são desenvolvidas pelo Nasf, por meio do apoio matricial.

Dentre as dez recomendações do Ministério da Saúde (2006), para se ofertar um pré-natal com efetividade na atenção básica, pode-se destacar o quarto passo, que indica a realização da escuta ativa através dos grupos de gestante, família

e/ou pessoa/as que apresentam como acompanhante/es, tendo, como ponto de vista, “[...] aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico” (BRASIL, 2012, p. 38). Acompanhando essas instruções, tem-se a relevância do suporte que a equipe do Nasf pode prestar a essa gestante. O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família [...] (BRASIL, 2006, p. 16).

Escutar uma gestante é algo mobilizador. A presença da grávida remete à condição de poder ou não gerar um filho, seja para um homem, seja para uma mulher. Suscita solidariedade, apreensão. Escutar é um ato de autoconhecimento e reflexão contínua sobre as próprias fantasias, medos, emoções, amores e desamores. Escutar é desprendimento de si. Na escuta, o sujeito dispõe-se a conhecer aquilo que talvez esteja muito distante de sua experiência de vida e, por isso, exige grande esforço para compreender e ser capaz de oferecer ajuda, ou melhor, trocar experiências (BRASIL, 2006, p. 16).

Durante os “encontros das gestantes”, realizado no âmbito da ESF, de forma a implementar a educação em saúde conduzido pela equipe responsável pelo território e pelo Nasf, é possível enriquecer as orientações ofertadas pelas equipes de saúde. Desse modo, será possível propor e implementar ferramentas que aproximem os profissionais e os usuários do sistema de saúde.

Neste contexto, a realização da educação em saúde por meio de grupos de gestantes se configura como um espaço para promover a aprendizagem sobre essa nova condição que a maternidade proporciona e para informá-las dos riscos que podem as acometer. A participação dessa mãe em grupos de apoio faz-se importante para que seja possível enfrentar tal situação, não devendo deixar de lado sua vida social e se afastar das coisas e pessoas que gosta, podendo, desse modo, acarretar em outros problemas que são possíveis de serem evitados (SILVA, 2014, p. 12).

No entanto, mediante a todos esses cuidados ofertados à gestante, para garantir um pré-natal com qualidade, é primordial a identificação precoce dos episódios de patologias ou de descompensação da homeostase. Dessarte, reitera-se que a inserção da oferta da escuta ativa e as orientações geradas por profissionais do

Nasf, por meio da educação em saúde, proporciona o entendimento das fases da gestação, a conduta e a responsabilidade da gestante sob o foco da coparticipação, no período do pré-natal.

Nesse sentido, a gestante poderá seguir todos os passos e recomendações necessários nesse período, proporcionando vínculo entre gestante e profissionais do Nasf. Desse modo, aquela se sentirá confiante em explanar suas dúvidas, necessidades e queixas, cabendo à equipe abarcar essas fragilidades e garantir uma atenção com a riqueza de detalhes fornecidos, promovendo estratégias que provoquem o interesse da mãe em cuidar de si e do bebê após o parto.

## Considerações finais

A humanização gerada no momento do pré-natal, com eficácia, decorre por meio de um acolhimento vinculado ao acesso à promoção e à prevenção de agravos, com a garantia do cuidado ofertado desde a atenção primária até as incumbências ambulatoriais.

Nesse cenário, a relevância da atuação do Nasf é destacada, onde cada profissional é responsável pela abordagem através de educação em saúde. Durante esse processo, é necessária a utilização de uma metodologia que incentive as gestantes a relatar suas experiências e seus conhecimentos. Essa participação ativa das ações proporciona aos profissionais de saúde conhecer as dificuldades de cada mulher e a oportunidade implementar a educação em saúde, com base nas informações coletadas por intermédio em desse intercâmbio.

Compreende-se que os NASFs, a partir do trabalho das suas equipes multiprofissionais, podem atuar de forma integrada com a ESF e a Atenção Básica no desenvolvimento de ações educativas, projetos e propostas de trabalho voltados à ampliação e fortalecimento de ações de prevenção e promoção da saúde. Assim, vislumbra-se o fortalecimento da atenção básica em saúde, guiada a partir das necessidades da comunidade, dos determinantes sócio estruturais do processo saúde-doença e da participação social. Contudo tais núcleos sofrem inflexões, a partir da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que aponta para a sua possível e preocupante extinção.

Os prejuízos, assim, tornam-se uma realidade, provocando incertezas no que se refere à continuidade da ampliação e qualificação do atendimento. A possibilidade de extinção no Núcleo, visto como um modelo essencial para a implementação da política de saúde, direcionada a um modelo assistencial de atenção

integral, aponta para a redução do caráter multiprofissional da equipe e o estreitamento da cobertura e escopo de ações do ESF. Essas inflexões, com a possível extinção dos Nasfs, levam a questionamentos e incertezas sobre o futuro da efetividade, da cobertura da população-alvo da área de abrangência, da continuidade da assistência e do acompanhamento da saúde materno-perinatal. Tais impasses, decididamente, recairão na garantia do direito à saúde.

## Referências

- ANJOS, Karla Ferraz dos *et al.* Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, out./dez. 2013.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- 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. Brasília: Presidência da República, [1990]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 10 maio 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (SUS/NOB SUS 96)**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, [2006]. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br>. Acesso em: 2 mai. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, [2006]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 4 mai. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Brasília: Ministério da Saúde, [2008].
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.150, de 9 de junho de 2008**. Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Brasília: Ministério da Saúde, [2008a].



- BRASIL, 2008. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.616, de 6 de agosto de 2008**. Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Brasília: Ministério da Saúde, [2008b].
- BRASIL, 2008. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.107, de 4 de junho de 2008**. Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-Nasf. Brasília: Ministério da Saúde, [2008c].
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, [2011]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 4 mai. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, [2011]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 4 maio 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, [2016]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 4 maio 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, [2019]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 4 maio 2020.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>. Acesso em: 2 maio 2020.

- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 1, p. 983-995, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>. Acesso em: 1 maio 2020.
- COHN, Amélia. O SUS e o Direito à Saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. *In*: LIMA, Nísia Trindade *et al.* (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- KRUGER, Tânia Regina. Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social & Saúde**, Campinas, UNICAMP, v. 9, n. 10, dez. 2010.
- SANTOS, Marco Antônio; CUTOLO, Luiz Roberto. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 33, n. 3, p. 31-40, 2004.
- SILVA, Edlamar Bandeira da. **Educação em Saúde na Estratégia de Saúde da Família: Gestação Saudável**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Maceió, 2014.
- VIANA, Ana Luiza D’ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

# 10. As danças terapêuticas e o fortalecimento da autoestima da mulher

Priscilla Gonçalves de Azevedo<sup>1</sup>

Lea Sandra Risse<sup>2</sup>

Manuella Félix Boa Morte<sup>3</sup>

## Introdução

No atual cenário brasileiro, no qual estamos enfrentando um caso radical da pandemia global, o Covid-19 mudou totalmente a nossa rotina, o que exige uma série de alterações comportamentais para preservarmos a nossa saúde. Nesse contexto, há um aprofundamento de muitas dificuldades já existentes: o desemprego, a falta de assistência médica, a violência doméstica, a falta de ensino suficiente, atividades domésticas, entre outras. Em tempos sombrios, temos que enfrentar diferentes desafios, e são especialmente as mulheres que assumem grandes responsabilidades, sendo muitas delas profissionais da área de saúde e as principais responsáveis pela administração de suas casas e do cuidado e educação de crianças e idosos. Com isso, elas se tornam mais vulneráveis, porque são mais expostas aos riscos ligados à sua saúde física e mental.

- 
1. Doutoranda em Cognição e Linguagem, na Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF).
  2. Doutoranda em Cognição e Linguagem, na UENF. E-mail: risseleasandra@gmail.com
  3. Especialista em Arteterapia, pela Faculdade Metropolitana São Carlos (Famesc).

Segundo Anna Schulz-Dornburg (2017), as mulheres, na performance do atual contexto da sociedade, tendem a se submeter, cada vez mais, às imagens ideais de mulher e da feminilidade. Como resultado, as mulheres tentam corresponder às expectativas de parceria, família, trabalho, educação, suas próprias aspirações sociais de perfeição, a exaustão total e o abandono próprio. Essa sobrecarga das mulheres traz consigo uma perda de dignidade, acarretando o sofrimento e o adoecimento. Portanto, são urgentemente necessárias a busca de soluções, assistência para a saúde e os direitos da mulher.

Nesse contexto, procuraremos apontar aqui alguns caminhos que poderão contribuir para melhorar a saúde física e mental das mulheres. Nesses dias de distanciamento social, podemos perceber conscientemente o poder curador e redentor que experimentamos por meio da arte. As mais variadas formas de expressão da arte conseguem nos afetar, dando espaço para relaxamento, reflexão, provocação, memórias e gerando emoções. Também facilita a expressão de sentimentos, aqueles que muitas vezes estão guardados dentro de nós em nosso inconsciente, seja por uma música que toca nossas almas e nos acalma, um filme que nos leva a outros mundos, ou os versos de um livro que nos confortam e nos dão esperança.

Nessa perspectiva, este estudo busca compreender a prática de algumas danças terapêuticas como uma forma benéfica que vai além dos aspectos físicos, podendo promover também mudanças comportamentais de aspectos psicológicos, geralmente relacionados a questões de melhoria da autoestima entre as mulheres.

Dessa forma, buscamos por meio das diferentes danças terapêuticas como a dançaterapia, a dança do ventre, as danças circulares, a biodança, o movimento autêntico (dança de *whitehouse*) e a dança arquetípica, exemplificar como esse trabalho poderá ser um exemplo estimulador do autoconhecimento, influenciando na autoimagem e na autoestima das mulheres. O grande motivador do desenvolvimento deste trabalho foi a experiência das autoras sobre a arte e especialmente sobre a dança, procurando fazer uma investigação sobre os métodos e seus prováveis benefícios para as mulheres.

## A dança

De acordo com Nanny (1995), desde o nascimento, os indivíduos usam o movimento como linguagem, comunicando, por meio dele, suas necessidades, emoções e sentimentos. O movimento constitui a parte fundamental da vida hu-

mana, pois necessitamos de um mundo em movimento para nos mantermos orgânica e emocionalmente sadios.

Segundo Rengel, Schaffner e Oliveira (2016), uma das atividades vistas como relaxamento ou recreação é a dança. Portanto a dança é uma área de conhecimento, com suas especificidades e suas características, tendo vários campos de atuação, ou seja, a dança é uma conjunção de saberes. Ela trata de aspectos históricos, tradições, questões contemporâneas, poéticas e políticas. A dança pode trazer questionamentos sobre o meio ambiente ou sobre a urbanidade, fantasias, tecnologias e muito mais. Além da apreciação estética, ou seja, a arte do belo por meio da dança, trata-se de uma ideia, de um conceito, de uma atitude, ou seja, criamos questionamentos, solucionamos, discutimos o que estamos fazendo, narramos, descrevemos, analisamos, podemos ter, por exemplo, a mulher como tema para seu autoconhecimento por meio da dança. Como cita Stewart (2016):

A primeira dança, imagino eu, foi o movimento que subordinou a intenção consciente aos ritmos percebidos, os ritmos mais abrangentes dos quais todos somos parte. A primeira música, imagino eu, foram as vozes das mulheres, fórmulas encantatórias para o nascimento e os cuidados com uma nova vida, para a morte e o luto, e para o renascimento. Os primeiros sons e movimentos deram forma a um ciclo de nascimento, morte e renascimento – a forma humana expressando ritmos da vida percebida conectando o mundo que existe a nossa volta e dentro de nós (STEWART, 2016, p. 54).

O ser humano, segundo Rossini (2008), possui movimentos específicos, exteriorizados de acordo com o ritmo interno individual. Sendo assim, nossos gestos, expressões e outras ações revelam o conteúdo interno que temos enclausurados em nosso inconsciente.

Santos (2016) descreve que algumas atividades físicas relacionadas à expressão corporal, como a dança e a dançaterapia, a ginástica e o alongamento, podem prevenir contra doenças, principalmente aquelas relacionadas ao *stress* e à depressão, por proporcionar melhoria em aspectos físicos de qualidade de vida e o aumento do bem-estar, melhorando também o sono e proporcionando ao organismo ganhos, tais como: ativação da memória (auditiva, corporal, sensorial e espacial); harmonia interior; fortalecimento da musculatura; aumento da flexibilidade no corpo e inclusive nas articulações; estímulo do sistema nervoso; melhora da noção espacial, lateralidade; autoconhecimento (maior conscientização do corpo); desenvolvimento da espontaneidade e criatividade; socialização;

equilíbrio, eixo e harmonia; desenvolvimento e melhora do ritmo; melhora da coordenação motora; aumento da consciência dos três elementos principais do movimento, tais como espaço, tempo e dinâmica; disciplina; ajuda na formação de um indivíduo mais seguro, desperto e equilibrado; torna-o mais independente, calmo, consciente para enfrentar seus medos e inseguranças.

O corpo é o nosso instrumento e, com o estudo dos movimentos, os gestos passam a ser mais observados, sentidos e vividos, através do aprendizado do exercício, da repetição, da consciência deste movimento e da autopercepção. Para Bertazzo (1988, p. 23), “[...] nossos movimentos voluntários são constantemente realizados em decorrência de um desejo, de uma motivação”. Os movimentos que realizamos habitualmente têm sempre uma atmosfera emocional, movemo-nos em decorrência de algum desejo, impulsionados por uma motivação, e a raiz desse fenômeno está em razões primordiais de sobrevivência e na procura do prazer.

## A dançaterapia

A dançaterapia ou terapia pela dança baseia-se precisamente nas características da arte e na comunicação não verbal, que permite encontrar novas formas de expressão por meio do corpo, muitas vezes mais diretas e tangíveis do que a comunicação oral abstrata. Uma vez expressando-se pela linguagem corporal, a pessoa toma consciência de sentimentos e memórias suprimidas. E pode se descobrir por meio dos seus movimentos (SANTOS, 2016).

Segundo o *Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik* (2020) a terapia da dança é uma disciplina psicoterapêutica no campo das terapias artísticas, em que a dança improvisada livremente e outras formas de dança são usadas para expressar, entender e processar sentimentos e relacionamentos. Ela surge com a dança expressiva na década de 1920, desenvolvendo-se na década de 1940, nos Estados Unidos (EUA), e se estabelecendo a partir dos anos de 1980, na Europa. É importante ressaltar que a dança, na terapia, é livre de regras e formas fixas de dança, só assim ela pode proporcionar a expressão individual e comunicação criativa.

Pretende-se, na dançaterapia, promover a integração dos processos físicos, emocionais e cognitivos nos seres humanos, o que reflete suas influências da psicologia profunda e da psicologia humanística. A terapia da dança promove a aquisição de novas habilidades de relacionamento e ação, consciência corporal, autoestima, auto eficácia, o aprimoramento das habilidades de estabilização e regulação e a capacidade de lidar com de conflitos intra e interpsicológicos, bem

como a expressão do movimento pessoal, através do processamento linguístico do movimento. A terapia da dança é baseada no fato de que a atividade física leva a adaptações neurobiológicas ao longo da vida e assim influencia os processos emocionais, sociais e cognitivos. Desde a condição de feto, os movimentos da criança e da mãe, no útero, são cruciais para a formação, para o desenvolvimento e para a criação de redes de células nervosas, sendo um dos estímulos mais importantes para o cérebro. A atividade física tem efeitos positivos na estrutura e na função do cérebro, melhorando o humor, bem como causa efeitos anti agressivos, podendo aliviar a ansiedade.

Marian Chace, dançarina e considerada pioneira na dançaterapia, percebeu que efeitos libertadores e curativos podem ser alcançados por meio da dança. Ela apoiou seu desenvolvimento e foi a primeira presidente da *American Dance Therapy Association*, entre 1966 e 1968 (AMERICAN DANCE THERAPY ASSOCIATION, 2020). Como dançarina e, posteriormente, como diretora de grupos de dança, também ministrou aulas para crianças e jovens que não tinham ambições profissionais. A partir daí, ela descobriu o que levou essas pessoas a dançar e qual o efeito que a dança teve sobre seus alunos: ao observar esses indivíduos mais de perto, suas aulas começaram a mudar para permitir que os movimentos corporais atendessem melhor às suas necessidades. Em vez de técnicas de dança, o objetivo passou a ser dançar com mais liberdade de movimentação. Após isso, Chace ministrou aulas para pessoas com doenças mentais, e o sucesso do seu trabalho se expandiu. Assim, ela se tornou a primeira dançaterapeuta e escreveu trabalhos sobre os efeitos terapêuticos da dança .

Segundo Fontinele e Nascimento (2019), a dançaterapia ou dança movimento terapia (DMT) foi a utilização da dança como recurso terapêutico, surgido em torno de 1965, um movimento desenvolvido pela dançarina e coreógrafa argentina Maria Fux, a partir de vivências pessoais. A coreógrafa potencializou seu método a partir da sua percepção diante de uma depressão vivida e o efeito terapêutico, utilizando a dança como auxílio para as pessoas e para seus processos, estimulando a espontaneidade, a integração, a consciência corporal, a compreensão das tensões e a flexibilização da rigidez através de uma movimentação livre e simples.

Segundo Tavares (2018), Maria Fux considerou a dança uma forma de se doar, de se expressar e de encontrar um ponto de ligação com o ambiente ao redor. Como bailarina clássica, percebeu que, na dança, havia um limite de exploração do espaço. No ballet clássico, há regras sobre as músicas utilizadas e sobre os movimentos do corpo, totalmente estéticos e acadêmicos, padroniza-

dos pela *Académie Royale de Danse*. A técnica de se equilibrar nas sapatilhas de ponta exclui o contato dos pés com o solo e uma consequente impossibilidade de explorar o espaço de dança. Fux conhece, então, um livro de Isadora Duncan, intitulado *Lettere Sulla Danza*. A partir dele, ela começa a traçar, por meio da dança, um simbolismo que a ajuda a sentir o próprio corpo por meio de novos conceitos e imagens.

De acordo com Lima e Raymond (2018), o termo *danzaterapia*, traduzido para a língua portuguesa como *dançaterapia* ou *terapia pela dança*, indica que, por essa designação, as pessoas que se inserem nessa prática sejam pertencentes às artes ou terapeutas. No entanto, revela-se que a falta de compreensão mais clara sobre o método possui várias definições, ou seja, termos como *danza creativa metodo María Fux* (dança criativa método María Fux) e *danza expressiva metodo María Fux* (dança expressiva método María Fux) afastam o termo *terapia* de sua relação com o método. Entretanto uma de suas alunas, a psicóloga Lia Lerner, utiliza o termo *terapêutico* referindo-se à dança criativa, originalmente conferida pela própria María Fux às suas aulas, pois entendia que seus alunos se transformavam por meio de sua prática. A dançaterapia busca desenvolver a criatividade utilizando a dança como instrumento. E assim reconhece María Fux: “Eu transporto os elementos sensíveis da dança na voz e no corpo, e construo uma linguagem independente da fala” (FUX, 2004, p. 18). Conforme as autoras Lima e Raymond:

[...] o rótulo terapêutico atribuído à danzaterapia de María Fux repousa nos possíveis efeitos “terapêuticos” gerados pelo ensino da dança de María Fux, sem que haja nele uma intenção terapêutica no verdadeiro senso da expressão. A prática de ensino da dança dessa artista-pedagoga não responde aos critérios de uma terapia, nem de uma psicoterapia; ela não busca a “cura” de seus alunos, mesmo porque María não vê seus alunos como doentes, tampouco prescreve diretivas de conduta ou utiliza meios intermediários visando obter a remissão de nenhum sintoma (LIMA; RAYMOND, 2018, p. 157).

Painado e Muzel (2018) descrevem que o ritmo, na dançaterapia, manifesta-se com um sentido natural que existe em cada indivíduo, por meio do silêncio, conhecendo seu ritmo interno, marcado pelo pulsar do coração, pela respiração, pela circulação do sangue e pelo metabolismo. As partes do corpo revelam os movimentos, permitindo diferentes processos de criação.



Um trabalho produzido por Karkou *et al.* (2019) revela-nos que a terapia da dança é uma intervenção eficaz no tratamento de adultos com depressão, causando efeitos positivos no controle da pressão arterial e na capacidade de se exercitar. Além disso, um estudo feito por Conceição *et al.* (2016) observou que a dançaterapia está positivamente ligada à integração cognitiva, emocional e social dos participantes, indicando a terapia da dança como um exercício que poderá provocar uma melhora na qualidade de vida de indivíduos com insuficiência cardíaca crônica.

Tavares (2018) afirma que, quando o dançaterapeuta está atendendo um grupo, é necessário perceber e prever o ritmo a provocar, caminhando para um equilíbrio emotivo. No entanto ele deve antes compreender seu processo de autoconhecimento, conhecendo, no seu íntimo, o seu ritmo. Também indica que a música funciona refletindo a complexidade do movimento corporal, possibilitando diferentes vivências e oferecendo a realização de experiências envolvendo sensações.

## A dança do ventre

Cenci (2001) relata que não se sabe, ao certo, quando e onde a dança do ventre surgiu. Existem registros que antigas civilizações, como a Suméria, a Babilônica, a Acádia e a Egípcia, realizavam rituais homenageando divindades femininas em busca de trazer fertilidade às mulheres e à terra. Nessas sociedades primitivas era considerado como poder mais elevado do universo, o poder feminino de gerar a vida. Nesses rituais, eram apresentadas danças que utilizavam movimentos ondulatórios e rítmicos de quadril e ventre, iniciando assim a essência primordial da dança do ventre.

Segundo Angnes (2015), a dança do ventre tem um papel importante para o resgate do feminino, feita para o corpo da mulher. Por meio do autoconhecimento proporcionado, entra-se num processo de autocura, aumenta-se a autoestima, a sensualidade, a sexualidade, além de integrar suas praticantes ao feminino, ao sentimental, ao puro, ao sagrado, ao prazeroso e tudo aquilo que é essencial para a feminilidade. É uma dança que envolve muita magia e elegância, mas, acima disso, está o trabalho corporal e psicológico que ela exerce sobre a mulher que a prática pois, consciente e/ou inconscientemente, ela contribui para a elevação da autoestima, dando-lhe maior confiança. O local do corpo que apresenta mais “segredos da vida” ou um aspecto íntimo de cada mulher é o ventre, pois é onde se guarda uma fonte de energia criativa do corpo feminino.

A dança do ventre trabalha a dissociação e a conscientização do corpo, desperta a sensibilidade e a sensualidade que as mulheres não acreditam ter, lidando com e compreendendo melhor o mundo que as cerca. A mulher, quando dança, deixa que seu corpo responda, por si só, à feminilidade. É uma atividade prazerosa, que proporciona bem-estar e trabalha a região do ventre onde se centraliza a energia e o poder criativo da mulher. Com isso, a mulher percebe que a beleza e a sensualidade estão no corpo como um todo. Por meio da dança, em todo seu contexto cultural e histórico, a mulher aprende a aceitar-se, a lidar com os problemas e a ter força e coragem para superá-los.

## As danças circulares

As danças circulares foram criadas por Bernhard Wosien. Bailarino, coreógrafo, pedagogo e artista plástico, ele percorreu vários países do mundo, principalmente da Europa, para ter contato com as danças tidas como étnicas, ou seja, danças relativas a uma determinada cultura, povo ou comunidade. Wosien ficou encantado com a alegria e com a comunhão que essas danças proporcionavam a essas pessoas (MARTI, 2012).

As danças circulares chegaram ao Brasil, em torno dos anos de 1990, por meio de pessoas que a trouxeram de outros países. No ato de dançar em roda, o indivíduo entra em contato com seu corpo em movimento, com sua essência, com sua expressão e com o grupo formado, possibilitando assim estabelecer e transformar suas relações intra e intersociais. Na roda, forma-se o “nós”, ampliando a consciência individual e grupal. A formação circular nas danças tem um significado importante, pois o círculo é um dos símbolos mais emblemáticos do psiquismo humano e uma das grandes imagens primordiais da humanidade, já que carrega, em si, a máxima de nossa totalidade, considerando-se as variáveis espaço-temporais.

De acordo com Trautmann-Voigt (2006), Marian Chace já usava a formação de círculos no grupo, onde todos os participantes demonstram movimentos simples que os outros participantes imitam. Isso significa que todos lideram o grupo a cada vez e podem incluir os movimentos uns dos outros em seu repertório, até que um ritmo se irradie no grupo, sempre começando e terminando os encontros com todos os alunos, na configuração de círculo. Nesse sentido, a formação circular é especialmente harmônica, pois todas as pessoas voltam-se ao centro na mesma distância e todos podem se ver e ser vistos. Assim, todos os participantes formam uma unidade, ninguém está sozinho no centro do círculo, nutrindo um

efeito de integração e de inclusão. Essa técnica é chamada de Círculo de Chace, provando ser benéfica para grupos de clientes severamente impactados. O chamado espelhamento de movimentos pode ser incorporado de forma criativa e ser expandido, como amplificação, aceleração ou desaceleração dos movimentos (HILDEBRANDT; KOCH; FUCHS, 2016).

Para Barton (2004), as danças circulares são uma excelente ferramenta no trabalho de reconhecimento de nós mesmos como parte do todo, pois, dançando juntos, curamos a nós mesmos e ao nosso planeta e descobrimos que podemos praticar o mesmo em nossa vida diária.

## A biodança

A dança terapêutica conhecida como biodança é um sistema de desenvolvimento interpessoal criado na década de 1960 pelo psicólogo chileno Rolando Toro (1924-2010) e foi difundida em diversos países da América, da Europa, da África e da Ásia. Ela consiste em encontros realizados em grupo, semanalmente, onde são propostas vivências mediadas pela música e pela dança, tendo como finalidade promover a (re)conexão do ser humano consigo próprio e com o outro (REIS, 2012).

Segundo Reis (2013), a biodança, etimologicamente, significa “a dança da vida”, e as vivências praticadas em sua forma de expressão são danças, em geral, espontâneas (não coreografadas), desenvolvidas pelos participantes a partir de temáticas apresentadas pelo facilitador, que é quem planeja e propõe as vivências ao grupo. Entre as quais se incluem exercícios de dançar em roda, caminhar, encontros, dança em pares, entre inúmeras possibilidades. A escolha das vivências depende do que se necessita ou deseja trabalhar no grupo, existindo, na biodança, cinco linhas de vivência: identidade, vitalidade, afetividade, criatividade, sexualidade e transcendência (REIS, 2009).

Segundo Schreiber (2019), a regularidade nas práticas da biodança estimula funções essenciais de ligação com a própria vida humana, operando como uma expansão para um estágio de meditação onde poderá acontecer temporariamente a perda da percepção do tempo presente, levando a praticante a ter maior consciência do seu corpo físico, permitindo que se conecte a si mesmo, elevando sua autoestima e absorvendo os benefícios positivos dessa prática.

## A dança de Whitehouse (movimento autêntico)

De acordo com Farah (2016), por volta de 1930, ex-dançarinos, professores e coreógrafos iniciam investigações sobre os efeitos terapêuticos trazidos pela experiência de dançar. Em suas vivências, constatou-se que o público interessado nesses efeitos era constituído, em sua maioria, por mulheres, muitas delas provenientes da psicanálise que, naquele momento, era a principal forma de tratamento psíquico.

A passagem da dança artística para a dança terapêutica se realiza a partir de alguns elementos importantes: a experiência criativa do movimento com seus diferentes desdobramentos para fins artísticos, iniciada a partir do rompimento com o modelo coreográfico clássico; a improvisação torna-se o componente fundamental da dança criativa; a produção do dançarino na experiência criativa; a alteração de significado da própria dança para aquele que a concretiza; além disso, sobretudo, a ideia de que o experimento expressivo do sujeito que dança não seria dirigido para uma finalidade artística ou para o público em espetáculos, mas para si mesmo. Consiste, por conseguinte, em efeitos do movimento no processo criativo e na expressão psicomotora, tais como os objetos a serem considerados no uso da dança como recurso terapêutico, no momento da relação corpo-mente e seu ponto de sustentação.

Mary Starks Whitehouse foi a pioneira em utilizar os princípios da teoria de Carl Gustav Jung (1875-1961), criador da teoria de funcionamento da psique, por meio da psicologia analítica na dança. No processo terapêutico, a chamada *imaginação-ativa* permite uma junção dos elementos fundamentais do corpo e do movimento nos processos psíquicos, como recurso, na dança. Posteriormente, essa dança ficou conhecida como movimento autêntico. Como mencionado por Whitehouse (1963/1999c):

O corpo é o aspecto físico da personalidade e o movimento é a personalidade que se faz visível. As distorções, tensões e restrições são distorções, tensões e restrições dentro da personalidade. Elas são em algum momento, a condição da psique. E a descoberta de sua factual existência, sua existência física, é o começo do processo que pode ser chamado reconhecimento psicossomático, que para nós são entidades psicossomáticas..., mas nós não estamos acostumados com a ideia de que a experiência consciente do movimento físico produz mudanças na psique...O despertar da consciência, de como se move, de que maneira (lento ou

rápido, pesado ou leve, restritamente ou facilmente) leva-nos a uma percepção que se transfere ao reconhecimento do caráter, mas também, do uso diário e habitual do corpo (WHITEHOUSE, 1963/1999c, p. 52 apud FARAH, 2016).

A relação corpo-movimento-psique foi trabalhada por Whitehouse no contexto terapêutico da dança, inaugurando os conceitos da psicologia analítica de Jung, estimulando uma autodescoberta e o desenvolvimento de um processo chamado de individuação, utilizando especialmente a imaginação-ativa para dar forma ao seu trabalho.

## Considerações finais

Consideramos que as terapias criativas na dança são de extrema importância, uma vez que apontam grande eficácia no auxílio aos métodos de tratamento psicológicos convencionais. As modalidades de dançaterapia brevemente apresentadas nos fornecem informações sobre possíveis campos de atuação, apontando que, entre outros aspectos, os efeitos terapêuticos positivos por meio da prática e dos exercícios de improvisação, na dança, poderão ser capazes de contribuir para o bem-estar, para saúde física e mental das mulheres.

Além disso, é importante que haja a criação de mais espaços para a aplicação de métodos das expressões relacionadas à dançaterapia, possibilitando que mais pessoas, especialmente as mulheres, possam experimentar os efeitos positivos das diferentes expressões da dança, com intuito de conseguir benefícios construtivos e melhoria da sua autoestima por meio dessas formas singulares de expressão corporal.

Igualmente, nota-se a importância dos estudos encontrados mediante sua relevância interdisciplinar no campo de atuação da dança, na performance das danças terapêuticas, bem como na necessidade de novas pesquisas sobre o assunto e de uma posterior retomada de discussão, reconhecendo suas contribuições tanto para a formulação de políticas das suas expressões, quanto para as práticas clínicas por meio das atividades corporais.

## Referências

- ANGNES, Tailine. **Os benefícios da dança do ventre em mulheres com câncer de mama: uma revisão integrativa**. 65 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade do Mato Grosso, Instituto de Ciências da Saúde, Sinop, 2015. Disponível em: <http://bdm.ufmt.br/bitstream/1/1700/1/TCC-2015-TAILINE%20ANGNES.pdf>. Acesso em: 29 maio 2020.
- BARTON, Anna. **Espírito da dança**. Tradução de Renata Carvalho Lima Ramos. 2. ed. São Paulo: Triom, 2004.
- BERTAZZO, Ivaldo. **Cidadão Corpo: Identidade e autonomia do movimento**. São Paulo: Summus, 1998.
- CENCI, Cláudia. **A dança da libertação**. São Paulo: Vitória Regia, 2001.
- CONCEIÇÃO, L. R. S. *et al.* Effect of dance therapy on blood pressure and exercise capacity of individuals with hypertension: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Cardiology**, v. 220, p. 553–557, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27390986/#:~:text=Conclusions%3A%20Our%20meta%2Danalysis%20showed,therapy%20in%20individuals%20with%20hypertension>. Acesso em: 30 maio 2020.
- FARAH, Marisa Helena Silva. A imaginação ativa Junguiana na dança de Whitehouse: noções de corpo e movimento. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 542-552, dez. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103656420160003042&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103656420160003042&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 30 maio 2020.
- FONTINELE, Glenda Gabriely Barroso; NASCIMENTO, Périsson Dantas do. Da arte à terapia: implicações terapêuticas da dança à luz da psicologia corporal. **Revista latino-americana de psicologia corporal**, v. 1, n. 8, p. 20-38, 2019. Disponível em: <https://psicorporal.emnuvens.com.br/rlapc/article/view/82/135>. Acesso em: 22 abr. 2020.
- FUX, M. **Qué es la Danzaterapia: preguntas que tienen respuestas**. Lumen: Buenos Aires, 2004.
- KARKOU, V.; AITHAL, S.; ZUBALA, A.; MEKUMS, B. Effectiveness of dance movement therapy in the treatment of adults with depression: a systematic review with meta-analyses. **Front. Psychol.**, 2019. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00936/full>. Acesso em: 30 maio 2020.
- PAINADO, Marcia Maria; MUZEL, Andrey Alberto. A contribuição da dançaterapia no processo de reabilitação. **Revista Científica Eletrônica de Ciências Aplicadas da Fait**, v. 1, 2018. Disponível em: [http://fait.revista.inf.br/imagens\\_arquivos/arquivos\\_destaque/opqwrRuJSt95tZS\\_2014-4-22-15-12-18.pdf](http://fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/opqwrRuJSt95tZS_2014-4-22-15-12-18.pdf). Acesso em: 10 abr. 2020.
- RENGEL, Lenira Peral; SCHAFFNER, Carmen Paternostro; OLIVEIRA, Eduardo. **Dança, Corpo e Contemporaneidade**. Salvador: UFBA, Escola de Dança, 2016. Disponível em: [https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/174965/4/eBook\\_Danca\\_Corpo\\_e\\_Contemporaneidade-Licenciatura\\_em\\_Danca\\_UFBA.pdf](https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/174965/4/eBook_Danca_Corpo_e_Contemporaneidade-Licenciatura_em_Danca_UFBA.pdf). Acesso em: 12 abr. 2020.

- SANTOS, Kênia Soares Moreira dos. **Dançasaterapia**. 70 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em História) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/20123/1/Dancaterapia-MoreiraSantos.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020.
- LIMA, Déborah Maia de; RAYMOND, Caroline. A danzaterapia de Maria Fux: tecendo encontros com o campo da educação somática. **Repertório Salvador**, ano 21, n. 31, p. 150-164, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revteatro/article/download/26802/17290>. Acesso em: 15 abr. 2020.
- MARIAN CHACE: DANCER & PIONEER DANCE THERAPIST. **American Dance Therapy Association (ADTA)**. Disponível em: <https://adta.org/marian-chace-biography/#>. Acesso em: 31 maio 2020.
- MARTI, Aldair Menezes da Silva. **As danças circulares na arteterapia**: do encontro com o Eu à Transdisciplinaridade. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação Lato Sensu em Abordagem Transdisciplinar Holística) – Faculdade São Judas Tadeu, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://faculdadesjt.com.br/wpcontent/uploads/2016/12/Anexo-24D01.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.
- NANNI, Dionisia. **Dança Educação**: Princípios Métodos e técnicas. Rio de Janeiro: Sprint.1995.
- REIS, Alice Casanova dos. **Biodança**: a dança da vida. Pensamento Biocêntrico, Pelotas, v. 11, p. 70-93, 2009.
- REIS, Alice Casanova dos. A dança do eu: sentidos da experiência da biodança nos movimentos da subjetividade. **Publicado em Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 7, n. 1, jan./jun. 2012. Disponível em: [https://www.ufsj.edu.br/portal2repositorio/File/revistalapip/Volume7\\_n1/Reis.pdf](https://www.ufsj.edu.br/portal2repositorio/File/revistalapip/Volume7_n1/Reis.pdf). Acesso em: 29 maio 2020.
- REIS, Alice Casanova dos. Subjetividade e experiência do corpo na Biodança. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 1103-1123, dez. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S18084281201300300016&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18084281201300300016&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 30 maio 2020.
- ROSSINI, Maria Augusta Sanches. **Alfabeto corporal**. Petrópolis, RJ: Vozes; Florianópolis, SC: Ceitec, 2008.
- SCHREIBER, Anelise Gradovski. **Biodança**: movimento de corpo, saúde e vida. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Biológicas) – Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, 2019. Disponível em: <http://200.19.146.153/bitstream/123456789/27983/1/Biodan%c3%a7aMovimentoCorpo.pdf>. Acesso em: 30 maio 2020.
- SCHULZ-DORNBURG, Anna. **Tanztherapie mit langzeitarbeitslosen Frauen**: Die eigene Würde bewahren. 19 f. Trabalho de Conclusão de Curso (treinamento como terapeuta de dança) – Centro Europeu de Dance Therapy Munique, Munique, 2017. Disponível em: [https://moving-child.com/wp-content/uploads/2017/06/Diplomarbeit\\_fertig\\_2.pdf](https://moving-child.com/wp-content/uploads/2017/06/Diplomarbeit_fertig_2.pdf). Acesso em: 22 maio 2020.
- STEWART, Iris J. A Dança do sagrado feminino: o despertar espiritual da mulher através da dança, dos movimentos e dos rituais. 1. ed. São Paulo: Pensamento, 2016.

TAVARES, Massimo Falleti. **A linguagem da dança no ensino de arte**: vivências de Dançaterapia no método Maria Fux. 46 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Cidade de Goiás, IFG, 2018. Disponível em: [http://repositorio.ifg.edu.br/bitstream/prefix/238/3/tcc\\_Massimo%20Falleti%20Tavares.pdf](http://repositorio.ifg.edu.br/bitstream/prefix/238/3/tcc_Massimo%20Falleti%20Tavares.pdf). Acesso em: 15 maio 2020.

TRAUTMANN-VOIGT, S. Tanztherapie – Bewegung als therapeutische Kommunikation. **Psychotherapie in Dialog**, v. 7, n. 2, p. 151-158, 2006. Disponível em: <https://www.thiemeconnect.com/products/ejournals/html/10.1055/s20069326>. Acesso em: 28 maio 2020.

Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Verbete: **‘Tanztherapie’**. Disponível em: <https://lexikon.stangl.eu/11561/tanztherapie/>. Acesso em: 24 maio 2020.



# 11. Terapias medicamentosas hormonais e não hormonais: opções à mulher no climatério

Thais Pacheco Soares<sup>1</sup>  
Márcia Regina Pacheco Soares<sup>2</sup>  
Rosalee Santos Crespo Istoe<sup>3</sup>

## Introdução

Durante o ciclo de vida, a mulher vivencia diferentes fases fisiológicas que são marcadas por fenômenos naturais como a menarca, o climatério e a menopausa. O climatério é uma fase caracterizada pela diminuição da função ovariana, onde ocorrem mudanças de origens hormonais como a menopausa e o fim da fase reprodutiva. Na maioria das mulheres o climatério é acompanhado por

- 
1. Doutora e mestre em Biotecnologia e Biotecnologia, pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF); bacharel em Biologia, pela UENF; graduanda em Medicina, pela UniRedentor. E-mail: thaispachecosoa@gmail.com
  2. Doutoranda e mestre em Cognição e Linguagem, pela UENF; graduada em Administração, pelos Institutos Superiores de Educação do Centro Educacional Nossa Senhora Auxiliadora (ISECENSA). E-mail: mpachecosoares@gmail.com
  3. Doutora em Saúde da Criança e da Mulher, pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); mestre em Psicologia, pela Universidade Metodista de São Paulo (UMESP); graduada em Psicologia, pela UMEP. Prof<sup>a</sup>. do Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem, pela UENF. E-mail: rosaleeistoe@gmail.com

sintomatologias que interferem nas atividades da vida diária e na qualidade de vida das mulheres. Dessa forma, tratamentos específicos podem ser necessários com a finalidade de atenuar sintomas e desconfortos. Muitas mulheres, no entanto, desconhecem a existência de diferentes terapias disponíveis por falta de informação e de orientação profissional. Entre as terapias, a mais prescrita pelos profissionais de saúde é a terapia de reposição hormonal, que consiste no uso sistemático de hormônios durante o climatério. Contudo, a hormonioterapia, além de oferecer vários riscos, em algumas mulheres, apresenta efeitos adversos ou contra indicação. Para aquelas mulheres que não desejam ou não podem fazer uso da terapia medicamentosa hormonal, há, como alternativas, outras formas de terapias, com medicamentos não hormonais, como por exemplo, a fitoterapia, que, aliada a um estilo de vida saudável, pode apoiar de forma satisfatória a mulher durante o climatério.

Diante disso, este trabalho, a partir de uma revisão bibliográfica e com base nas orientações do Ministério da Saúde para atenção à mulher no climatério, aborda a terapia de reposição hormonal e a fitoterapia, enfatizando a importância de a mulher ser informada e orientada pelos profissionais da saúde, quanto às diferentes possibilidades terapêuticas para alívio dos sintomas e das consequências decorrentes do climatério e da menopausa.

## **Atenção à saúde da mulher**

As mulheres vivem mais do que os homens no Brasil. Esse fato reflete numa maior concentração de mulheres à medida que a população envelhece, caracterizando a “feminização” da velhice. A população brasileira é atualmente composta por 103 milhões de pessoas do sexo masculino e por 108 milhões do sexo feminino. A expectativa de vida para as mulheres brasileiras, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), aproxima-se dos 80 anos. Esse fato assinala que, após a menopausa, que ocorre em torno dos 55 anos, as mulheres brasileiras ainda dispõem de cerca de 1/3 de suas vidas, que podem ser vividos com plenitude.

Durante o seu ciclo de vida, a mulher passa por diferentes fases, como a menarca, a gestação, o climatério e a menopausa, que são episódios que deixam marcas no seu corpo e que fazem parte de sua trajetória de vida. A menarca e a menopausa, por exemplo, são fenômenos naturais da fisiologia feminina que, respectivamente, marcam o início e o fim de sua vida reprodutiva.

Do mesmo modo, a discriminação de gênero, com base na idade cronológica e no envelhecimento, é mais comumente percebida a partir do climatério e da velhice. O mito da eterna juventude, a supervalorização da beleza física padronizada e a relação entre o sucesso e a juventude são fatores que interferem na autoestima e que repercutem na saúde física, mental, emocional e nas relações familiares e sociais. Sentimentos de rejeição e preconceito, principalmente após a menopausa, podem trazer à mulher sensação de incompetência para desempenhar suas atividades ou empreender novos projetos. Muitas mulheres desenvolvem inseguranças ao atingirem a menopausa por associarem a doenças e ao envelhecimento.

Após a menopausa, as mulheres podem apresentar alguns agravantes de saúde, que não necessariamente apresentam relação direta com o climatério ou com a menopausa, mas ao processo natural do envelhecimento associado a fatores hereditários e/ou estilo de vida, como aumento das taxas de colesterol, doenças cardiovasculares, Diabetes Mellitus, neoplasias, obesidade, osteoporose, entre outras de predisposições biológicas, que, associadas a outros problemas subjetivos e sociais, podem evoluir, inclusive, para um processo depressivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Numa visão ampliada de saúde, diversos aspectos da vida estão relacionados a ela. Fatores como alimentação, lazer, condições de trabalho, moradia, educação/informação, renda, relações sociais e familiares, autoestima e meio ambiente, estão diretamente relacionados à qualidade de vida e à saúde. Essa visão corrobora o conceito de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afeções e enfermidades, como é definido pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1948) e universalmente consolidado como normativa.

No Brasil, a atenção à saúde da mulher começou a fazer parte das políticas nacionais no início do século XX. Até a década de 1970, o Ministério da Saúde adotava uma concepção de saúde da mulher que se restringia à saúde materna e reprodutiva. Na década de 1980, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (MS, 1984), apesar de dar ênfase em aspectos da saúde reprodutiva, incorporou propostas de ações dirigidas à atenção integral da população feminina e as suas necessidades prioritárias, contemplando a mulher em todas as fases da vida, da adolescência à velhice, com ações de saúde específicas direcionadas às mulheres no climatério, o que significou uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil até então desenvolvido.

A decisão política de iniciar ações de saúde voltada para as mulheres, no climatério, foi mais especificamente percebida quando, na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2003), foi incorporado um capítulo específico sobre esse tema, que teve, como objetivo, além de implantar e implementar as ações, ampliar o acesso e qualificar a atenção com indicadores definidos.

## Uma fase da vida da mulher: o climatério

Segundo Trench *et al.* (2005), a palavra *climatério* tem origem grega: *Klimacter*, que significa período crítico. A OMS (1996) define o climatério como uma fase biológica da vida feminina, e não como um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher. Esse processo natural feminino pode ser dividido em peri menopausa e pós-menopausa. A peri menopausa é caracterizada pelo surgimento dos ciclos menstruais irregulares ou com os ciclos diferentes daqueles que ocorrem durante a vida reprodutiva normal da mulher. No caso, se houver ausência de menstruação por mais de doze meses, ela passa de peri menopausa para pós-menopausa, quando então os ciclos menstruais cessarão (FERREIRA, 2013).

Nesse sentido, é importante destacar que a palavra menopausa, por sua vez, é a soma de duas palavras gregas que significam mês e fim. Esse termo surge a partir do artigo “Conselho às mulheres que entram na idade crítica”, de Gardanne, publicado em 1816, que descreve a síndrome denominada La menopausie (TRENCHET *et al.*, 2005). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), a menopausa é definida como a parada permanente dos ciclos menstruais, decorrente da perda da função ovulatória, sendo considerada menopausa após 12 meses de amenorreia. É, portanto, a fase da vida da mulher que cessa a capacidade reprodutiva. Os ovários deixam de funcionar, a produção de esteroides e peptídeo hormonal diminui e, conseqüentemente, o organismo passa a sofrer diversas mudanças fisiológicas, algumas resultantes da função ovariana e de fenômenos menopáusicos a ela relacionados e outros devido ao processo natural de envelhecimento. Villar (2017) acrescenta que a menopausa pode ser decorrente de causa natural ou induzida por cirurgia, quimioterapia ou radiação.

O climatério, por não ser uma doença e sim uma fase natural da vida, faz com que muitas mulheres não apresentem sintomas específicos, queixas ou necessidade de medicamentos, nesse período. Contudo, segundo Berek (2014), mais de 75% das mulheres relatam queixas na fase de transição menopausal, quando os principais sintomas variam na intensidade e na diversidade, e estão

relacionados com a deficiência de estrogênio. Por outro lado, estudos relacionados têm evidenciado que o aumento dos sintomas e dos problemas da mulher, no período do climatério, pode estar associado às circunstâncias sociais e pessoais, e não apenas a eventos da menopausa.

De acordo com o MS (2008), o climatério compreende uma fase de transição caracterizada por flutuações hormonais que podem levar a irregularidades menstruais até chegar à amenorreia. Clinicamente, os sinais e sintomas associados a essas mudanças podem manifestar-se na dependência de diversos fatores, desde os níveis hormonais basais individuais à resposta dos receptores, até a forma como a mulher vivencia essas mudanças. Ao mesmo tempo, a adoção de medidas promotoras de qualidade de vida com hábitos saudáveis como alimentação equilibrada, atividade física adequada, postura proativa perante a vida, capacidade de fazer projetos, atividades culturais, sociais, profissionais, lúdicas e de lazer são capazes de proporcionar saúde e bem-estar a qualquer mulher, em qualquer idade.

Os sinais e sintomas clínicos do climatério ainda podem ser divididos em transitórios e não transitórios. Os transitórios, segundo o MS (2008), são representados pelas alterações do ciclo menstrual e pela sintomatologia mais aguda, enquanto aqueles não transitórios são representados pelos fenômenos atrofícos geniturinários, distúrbios no metabolismo lipídico e ósseo. Essas manifestações clínicas refletem a intensa flutuação que os estrogênios apresentam nessa fase, necessitando de uma abordagem clínica e terapêutica específica e individualizada (MS, 2008).

De acordo com o Trench *et al.* (2005), os principais sintomas que identificam a proximidade da menopausa começam a acontecer entre 45 e 55 anos. Os indícios principais da fase peri menopausa são ondas de calor (fogachos), insônia, depressão, variação de humor, falta de memória, ressecamento vaginal, ganho de peso e diminuição da libido, entre outros. Com o tempo, algumas mulheres também começam a perder o cálcio dos ossos, além de se tornarem mais sujeitas a doenças do coração e a doenças degenerativas do sistema nervoso, como o Mal de Alzheimer (ATHAYDE, 2009). Os sintomas vasomotores, representados pelos fogachos, podem persistir por um ou dois anos após a menopausa, mas, em algumas mulheres, podem continuar por 10 anos ou mais. Eles são a principal queixa das mulheres, que as levam a buscar tratamentos, pois atrapalham as atividades profissionais e as atividades diárias, além de perturbar o sono. Queixas como dificuldade de concentração, emocional, atrofia urogenital, responsável

pelo ressecamento e prurido vaginal, e urgência urinária, podem vir associadas (BEREK, 2014).

Os fogachos ou ondas de calor, sintoma mais comum entre as mulheres, podem ocorrer em qualquer fase do climatério. Sua manifestação se dá com uma sensação transitória súbita e intensa de calor na pele, principalmente do tronco, pescoço e face acompanhada, na maioria das vezes, de sudorese. Além disso, pode ocorrer palpitação e, mais raramente, sensação de desfalecimento e de mal-estar. Sua intensidade varia muito, desde sensações leves a intensas, ocorrendo esporadicamente ou várias vezes ao dia. A duração pode variar de alguns segundos até 30 minutos. Estudos abordando a etiologia das ondas de calor as atribui a alterações no centro termorregulador provocadas pelo hipoestrogenismo, levando a um aumento na noradrenalina e a um aumento dos pulsos de GnRH e do LH (MS, 2008). O consumo de bebidas alcoólicas ou de alimentos quentes, ambientes com alta temperatura, estresse, emoções intensas, aglomerações de pessoas, ambientes abafados, uso de roupas quentes também estão associadas com o desencadeamento dos fogachos.

O Ministério da Saúde (MS, 2008) ressalta que outros sintomas relacionados ao climatério e frequentemente encontrados são os calafrios, a insônia ou o sono agitado, vertigens, diminuição da memória e fadiga, que, muitas vezes, são relacionados a etiologias diversas ao climatério. A intensidade dos sintomas e ou dos sinais clínicos é influenciada principalmente por três fatores: ambiente sociocultural em que vive; estado psicológico, conjugal, familiar e profissional; diminuição de estrogênio endógeno.

## Terapia de Reposição Hormonal (TH)

A ciência coloca à disposição das mulheres diversos recursos, opções ou modalidades terapêuticas e tecnologias com enfoque da saúde no climatério, que devem, no entanto, ser utilizadas de modo criterioso e individualizado. Na medicina, tem sido usual a medicalização com o uso sistemático de hormônios durante o climatério, como uma opção terapêutica para os casos em que existam indicações específicas.

A terapia de reposição hormonal, ainda hoje muito prescrita por profissionais da saúde, segundo o MS (2008), surgiu em 1966, quando o Dr. Robert Wilson lançou o livro *“Feminine Forever”*, em que valorizava os benefícios dessa terapia como método para “salvar as mulheres da tragédia da menopausa”. Nele, o autor

conceituou a menopausa como uma deficiência hormonal e defendeu a terapia à base de estrogênio, como forma de retardar o envelhecimento da mulher.

Há consenso entre os cientistas de que a Terapia Hormonal deve ser iniciada para alívio dos sintomas desagradáveis como as alterações menstruais, fogachos/sudorese, ressecamento vaginal e da pele, para preservar a massa óssea, melhorar o sono e estimular a libido. “A dose ministrada deve ser a mínima eficaz para melhorar os sintomas, devendo ser interrompida assim que os benefícios desejados tenham sido alcançados ou os riscos superem os benefícios” (MS, 2008, p. 136). Em geral, a terapia hormonal é realizada com dosagens relativamente baixas de estrogênios, por via oral ou transdérmica (adesivos sobre a pele ou gel) (VILAR, 2017). Outra opção é a aplicação vaginal de baixas doses de estrogênio quando não há sintomas vasomotores, tendo em vista a absorção sistêmica mínima e a maior segurança (BEREK, 2014). Alguns critérios importantes devem ser avaliados para considerar o tratamento: idade da paciente, tempo de menopausa, sintomas, doses, vias de administração e comorbidades. O tratamento deve ser sempre personalizado de acordo com a história clínica, com as necessidades e com as preferências da mulher (VILAR, 2017).

Há consenso, na literatura atual, de que os benefícios da TH são maximizados quando iniciada na peri menopausa, e os riscos são atenuados quando iniciada antes dos 60 anos ou com menos de 10 anos de menopausa. Mulheres acima dos 60 anos de idade, em geral, não devem iniciar a TH (VILAR, 2017).

Nesse sentido, Berek (2014) ressalta que o uso prolongado de terapia hormonal, geralmente definido como mais de cinco anos, é associado a um aumento do risco de câncer de mama, por isso a TH deve ser usada na menor dose eficaz, durante o menor tempo possível para alcançar seus objetivos.

Por outro lado, atualmente, não é recomendada a indicação dessa Terapia na prevenção primária ou secundária de doença cardiovascular e da osteoporose, a não ser que haja, paralelamente, outras indicações. De acordo com Vilar (2017), atualmente, a literatura destaca como contraindicações: pacientes com história pessoal de câncer de mama ou de endométrio; tromboembolismo agudo e recorrente; hepatopatia aguda e/ou grave; cardiopatia grave, e sangramento uterino sem causa diagnosticada. Por isso, toda mulher candidata à TH deve ser avaliada, principalmente quanto aos riscos de doença cardiovascular, de tromboembolismo e do câncer de mama.

## Terapia Fitoterápica (TF)

É importante destacar que nem todas as mulheres vivem a fase do climatério da mesma maneira, e muitas podem não apresentar sintomas. Além disso, entre as que apresentam sintomas, grande parte ignora ou não considera outras opções de tratamento disponíveis para alívio desses. A fitoterapia, por exemplo, é uma terapia tradicional que, aliada a um estilo de vida saudável, com cuidados com a alimentação, com práticas de atividades físicas e com equilíbrio da saúde mental e emocional, pode apoiar, de forma satisfatória, a mulher durante o climatério. Portanto é necessário que, diante dessa possibilidade, as mulheres tenham acesso à informação sobre seus limites, riscos e vantagens.

Vale destacar que a fitoterapia é uma terapêutica caracterizada pelo uso das plantas medicinais e de suas diferentes formas farmacêuticas sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. Do mesmo modo, conceitualmente, fitoterápico é todo medicamento obtido exclusivamente de matérias-primas ativas vegetais (MS, 2016).

Nesse sentido, a OMS, desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais ao considerar que 80% da população mundial faz uso dessas plantas nos seus cuidados básicos com a saúde. Destaca que 67% das espécies vegetais do mundo se encontram nos países em desenvolvimento e ressalta a importância da participação desses países nesse processo. O Brasil possui inúmeras vantagens e oportunidades para o desenvolvimento dessa terapêutica, dispõe da maior diversidade vegetal do mundo e o uso de plantas medicinais associado ao conhecimento tradicional e à tecnologia para validar cientificamente esse conhecimento. Entre os países desenvolvidos, a Alemanha é um exemplo em relação à fitoterapia, onde é reconhecida pelos organismos oficiais de saúde e utilizada há mais de 30 anos, com mais de 50% dos medicamentos prescritos atualmente, sendo fitoterápicos.

Em 2006, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, aprovada por meio do Decreto nº 5.813, estabelece diretrizes e linhas prioritárias para o desenvolvimento de ações voltadas à garantia do acesso seguro e ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos, em nosso país. Segundo o MS (2008), as plantas medicinais e/ou fitoterápicos podem ser utilizadas em um ou mais dos seguintes produtos: planta medicinal, in natura ou seca, muito utilizadas popularmente, principalmente na forma de sucos, de chás, e fitoterápico manipulado ou industrializado.



Atualmente estudos têm evidenciado a fitoterapia como uma importante opção terapêutica no climatério, especialmente, no tratamento da sintomatologia associada. Para o climatério descompensado, particularmente, existem fitoterápicos com propriedades estimulantes sobre os receptores hormonais específicos (receptores beta), melhorando assim as manifestações clínicas, apresentando grande diferencial na sua ação altamente seletiva, sendo considerados Moduladores Seletivos dos Receptores Estrogênicos (SERMs), o que faz com que tais substâncias tenham baixíssimos índices de efeitos colaterais (MS, 2008).

## Principais fitoterápicos utilizados no climatério

De acordo com o MS (2008), os principais fitoterápicos utilizados no climatério são comumente conhecidos como fitoestrogênios por sua ação estrogênio-símile, muito embora possam exercer também ação antiestrogênica dependendo das flutuações hormonais, e picos hiperestrogênicos no pré-menopausa. A atividade biológica extrínseca desses fitoterápicos decorre de sua composição química, que contém anéis fenólicos heterocíclicos, similares aos estrogênios naturais e sintéticos, compatíveis aos receptores beta-estrogênicos.

Entre eles, os mais utilizados para o climatério são o *Glycine max* (Soja), *Trifolium pratense* (Trevó-vermelho) e a *Cimicifuga racemosa* (Erva de São Cristóvão), apesar de existirem muitos outros fitoterápicos com essa finalidade.

O *Glycine max* é um fitoestrogênio encontrado na soja, é a isoflavona e é a substância com maior quantidade de estudos para o climatério e que estão indicadas às mulheres que desejam conduzir essa fase utilizando terapias baseadas em plantas medicinais, em detrimento da terapia hormonal. Esse fitoterápico é indicado como coadjuvante no alívio dos sintomas do climatério, tais como: ondas de calor e sudorese. É considerado um modulador seletivo de receptores estrogênicos (ANVISA, 2016). Estudos relacionados ao uso de plantas medicinais, contendo isoflavonas, vêm sendo desenvolvidos com o objetivo de comprovar alterações significativas nos índices de colesterol, no endométrio e no tecido mamário, inclusive em pacientes submetidas a tratamentos por irradiações. A ação da soja é predominantemente estrogênica-símile para os sintomas do climatério, bem como para a melhora do perfil lipídico. Embora ainda sem suficiente comprovação científica, alguns trabalhos vêm associando a sua utilização na manutenção da massa óssea, ação antioxidante, ação anti-inflamatória e atividade antitumoral, pela inibição de tecido neoplásico (MS, 2008). Como prescrição, é recomendado o uso de 50 a 120 mg por dia, que devem ser de 12 em 12 horas.

Possíveis efeitos colaterais como alergias, interferência com a absorção de certos minerais, constipação, flatulência, náuseas e irritação gástrica, podem ser observados (ANVISA, 2016).

O *Trifolium pratense* é um fitocomplexo que tem, na sua composição, várias isoflavonas, além de outros componentes da planta. Tem indicação terapêutica para alívio dos sintomas da menopausa, principalmente os fogachos, mastalgia e síndrome pré-menstrual. Pesquisas têm mostrado também uma boa perspectiva para a manutenção dos perfis ósseo e lipídico, assim como ação antineoplásica, anti-inflamatória, cicatrizante e anticoagulante (ANVISA, 2016). Para alívios de fogachos, a ANVISA (2016) recomenda dosagem específica de 40 mg a 80 mg por dia com dose única diária. Os possíveis efeitos colaterais são semelhantes a outros produtos à base de isoflavonas. Entretanto existem contraindicações em casos de: hipersensibilidade aos componentes da fórmula e presença de coagulopatias, em mulheres gestantes ou amamentando. Em caso de cirurgias de médio e grande porte, o uso deve ser interrompido 48 horas antes do procedimento.

A *Cimicífuga racemosa* é utilizada para o tratamento dos sintomas do climatério, tendo ação central (hipotalâmica) e periférica, nos receptores. Está indicada principalmente para os sintomas de fogachos do climatério e na atrofia da mucosa vaginal (ação periférica). A prescrição de uso é de 40 a 80 mg/dia. Os efeitos colaterais são raros, porém é possível o surgimento de dor abdominal, diarreia, cefaleia, vertigens, náusea, vômito e dores articulares. Para que os efeitos dos fitoterápicos sejam otimizados, é importante que antes do início do tratamento eventual disbiose, caracterizada por má digestão, má absorção dos alimentos, constipação e gases intestinais sejam observadas. Essas manifestações podem ser resolvidas por meio de modificações alimentares como, por exemplo: restrição de açúcares e farináceos, aumento do consumo de fibras vegetais e introdução de probióticos. É também importante destacar que, no caso de uso dos fitoterápicos *Glycine max*, *Trifolium pratense* e *Cimicífuga racemosa*, a ingestão não ocorra em horários próximos à ingestão de alimentos, para garantir a devida absorção da dose administrada, pois eles têm sua absorção aumentada em meio ácido (MS, 2008).

## Fitoterápicos para sintomas psicoemocionais no climatério

Em casos de sintomas psicoemocionais, como depressão e ansiedade, que podem surgir nessa fase da vida da mulher, eles podem ser atenuados com o uso de fitoterápicos. Entre eles, a literatura destaca o *Hypericum perforatum* (Erva de São João), *Valeriana officinalis* (Erva de gato), *Melissa officinalis* (Erva Cidreira).

O *Hipericum perforatum* é uma planta de reconhecidas propriedades antidepressivas e calmantes, podendo ser indicada para quadros leves a moderados de depressão não endógena. Atua no sistema nervoso central, inibindo a receptação de vários neurotransmissores, entre eles a serotonina relacionada ao equilíbrio emocional e ao humor. A prescrição de consumo varia de 300 a 900 mg ao dia. Entre os efeitos colaterais, estão irritação gástrica, sensibilização cutânea, insônia e ansiedade. Não é recomendado o uso em caso de gravidez ou lactação. Deve-se evitar exposição ao sol ou aos raios ultravioletas quando em uso desse fitoterápico, principalmente sem proteção (ANVISA, 2016).

A *Valeriana officinalis* é uma planta conhecida mundialmente pelo seu efeito sedativo, pelo alívio da ansiedade e no tratamento de distúrbios do sono associados à ansiedade. É encontrada, mais comumente, sob a forma de chá (infusão) ou de comprimidos. Esse fitoterápico pode causar sonolência, não sendo, portanto, recomendável a sua administração antes de dirigir, de operar máquinas ou de realizar qualquer atividade de risco que necessite de atenção. Hipersensibilidade aos componentes da fórmula pode provocar reações adversas. A posologia recomendada como sedativo leve deve ser de 1 a 3 vezes ao dia. Para distúrbios do sono, dose única antes de dormir, mais uma dose no início da noite caso seja necessário. É contraindicado em casos de hipersensibilidade, de gestação e de lactação (ANVISA, 2016).

Na *Melissa officinalis*, o ácido rosmarínico é um dos principais componentes implicado com sua resposta farmacológica. É uma erva muito popular entre os brasileiros, devido a sua grande abrangência no alívio de sintomas. Além de ser indicada para o alívio de ansiedade, insônia, também pode ser utilizada em casos de inapetência, na gastrite, nos espasmos gastrintestinais, nas diarreias, na ansiedade, na hipertensão arterial, na taquicardia, na enxaqueca, na asma, entre outras. Especificações de consumo indicam 80 a 240mg ao dia, em três tomadas. Possíveis efeitos colaterais: entorpecimento e bradicardia em indivíduos sensíveis. É contra indicado o uso durante a gravidez, em portadores de glaucoma e de hipertiroidismo e hipersensibilidade aos constituintes da planta (MS, 2008).

## Considerações finais

É importante destacar que qualquer que seja a opção terapêutica para a fase do climatério pela mulher, ela precisa ser prescrita e acompanhada pelo profissional de saúde. Cabe à mulher procurar informações e esclarecimentos com o médico que faz acompanhamento do seu tratamento sobre a terapia mais indicada.

Para aquelas mulheres que apresentem restrições à Terapia Hormonal ou que não desejam utilizá-la, a fitoterapia vem oferecer uma importante alternativa terapêutica à medida que se apresenta como uma opção de terapia não hormonal.

Em caso de transição da Terapia Hormonal para a Fitoterápica, quando indicada, essa deve ser gradativa, com introdução de doses diárias de fitoterápicos e retiradas gradual de medicamentos hormonais, seguindo as orientações médicas quanto à posologia.

Qualquer que seja a terapia adotada, o acompanhamento médico e os exames clínicos e laboratoriais (Sangue, Mamografia, Papanicolau, entre outros) devem ser realizados com regularidade, cuja periodicidade deve seguir as orientações dos protocolos adotados pelo Ministério da Saúde.

## Referências

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Momento Fitoterápico**: farmacopeia brasileira. Brasília: Anvisa, 2016.
- ATHAYDE, A. Menopausa e Terapia Hormonal na Menopausa (THM). **Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia**, 2009.
- BEREK, J. **Berek & Novak**: tratado de ginecologia. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: MS, 1984.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: MS, 2003.
- BRASIL, Presidência da República. **Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006**. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília: Presidência da República, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/03/ Ato2004-2006/2006/Decreto/D5813.htm>. Acesso em: 24 abr. 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política e programa nacional de plantas medicinais e fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- DECLARAÇÃO DE ALMA ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma Ata. URSS, 1978. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/files/DeclaracaodeAlmaAta.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2020.

FERREIRA, V. N.; CHINELATO, R. S. C.; CASTRO, M. R.; FERREIRA, M. E. C. Menopausa: marco biopsicossocial do envelhecimento feminino. **Revista Psicologia & Sociedade**, 2013.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **O Brasil em Síntese**. IBGE, 2020. Disponível: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>. Acesso em: 21 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Investigaciones sobre la menopausia em los años noventa**. Genebra: WHO, 1996.

TRENCH, B.; SANTOS, C. G. Menopausa ou Menopausas? **Revista Saúde e Sociedade**, v. 14, n.1, 2005.

VILAR, L. **Endocrinologia clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

WHO. World Health Organization. **Constitution of the World Health Organization**. Geneva: World Health Organization, 1948. Disponível em: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf). Acesso em: 20 mar. 2020.

# 12. Mídia e padrões da imagem corporal feminina na busca do corpo perfeito como potenciais desencadeadores da gerascofobia

Maria de Lourdes Ferreira Medeiros de Matos<sup>1</sup>

Fernanda Castro Manhães<sup>2</sup>

Carlos Henrique Medeiros de Souza<sup>3</sup>

## Introdução

A obsessão pela beleza física e a luta contra o envelhecimento se tornaram problemas altamente visíveis na sociedade atual. O foco mudou para o corpo, como um dos principais objetos que permitem a felicidade e o sucesso, levando a um desejo incessante para alcançar o que se considera um corpo perfeito, preocupação que assola a maioria das pessoas na sociedade capitalista. Os indivíduos são levados a acreditar que seus corpos são facilmente alteráveis para se livrar de pro-

- 
1. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF), Centro de Ciência do Homem/Cognição e Linguagem, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: mlourdes.psi2@gmail.com
  2. UENF, Centro de Ciência do Homem, Cognição e Linguagem, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: castromanhaes@gmail.com
  3. UENF, Centro de Ciência do Homem, Cognição e Linguagem, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: chmsouza@mail.com

blemas. Assim, a busca por mudanças no corpo está tão disponível quanto o consumo de qualquer outra mercadoria na sociedade capitalista (BAUMAN, 2008).

Diante dos apelos midiáticos que, em grande parte, garantem fácil acesso aos padrões belos e torneados, o corpo fragiliza-se, afinal, silicones, hormônios, remédios, cirurgias, procedimentos estéticos e alimentos transgênicos representam uma pequena parcela que oferecem às pessoas soluções para o alcance desse corpo esteticamente perfeito. Para Castro (2007, p. 28), tais possibilidades de

[...] esculpir-se ou de desenhar seu próprio corpo é algo que propicia a cada um estar o mais próximo possível de um padrão de beleza estabelecido globalmente; afinal, as medidas do mercado da moda são internacionais.

A mídia oferece recursos que prometem aproximar o indivíduo do ideal de corpo perfeito, pautado na estética corporal que a sociedade define, ressaltando, ocultando ou fingindo determinadas características de sua aparência: dietas, exercícios físicos, procedimentos estéticos e cirúrgicos etc. Assim, as pessoas acreditam estar desenvolvendo a própria vitalidade de sua constituição orgânica e social. A mídia estabelece o culto ao corpo como basicamente uma forma de sobrevivência da sociedade atual, uma vez que busca garantir as melhores soluções para as situações presentes na vida cotidiana.

Os corpos modificados por técnicas gráficas que são apresentados em campanhas comerciais, por sua vez, dão origem à representação de um novo corpo. Nessas representações, aparecem corpos jovens, sem nenhuma imperfeição, magros e definidos, cinturas minúsculas, coxas trabalhadas. Há imagens femininas que, longe do corpo de uma mulher real, revelam um corpo artificial como de uma boneca, levando mulheres a cirurgias dolorosas para retirada de costelas, por exemplo, a fim de apresentar uma cintura finíssima. O discurso publicitário também contribui para a construção dessa imagem, envolvendo o consumidor de forma mágica, em um mundo fantasioso e aparentemente perfeito, mas o que pode ser visto nessas imagens é a falta de conexão com a realidade, com a vida e com a humanidade. E assim a insatisfação e a frustração por não se identificar com o modelo daquele corpo irreal leva o indivíduo a iniciar uma série de ações que possibilitam sua transformação (BAUMAN, 2008).

Essa imagem corporal perfeita, especialmente do corpo feminino, é absorvida pela sociedade. No entanto cria um constante sentimento de frustração ao se buscar incansavelmente o ideal do corpo disseminado. Na sociedade contemporânea, o sujeito está imerso em um jogo de aparências, encorajado a se tornar um

“especialista” em transformar sua imagem corporal. A verdade é que é um corpo irreal e instável, sujeito a modificações, mas nunca deixa de ser apenas uma concha (SASSATELLI, 2010).

Por entender que a imagem corporal está associada à autoestima e à saúde mental, este estudo tem, por objetivo, analisar o papel da mídia na percepção do corpo perfeito como potencial desencadeador da gerascofobia.

## **Material e métodos**

A pesquisa, de cunho bibliográfico, foi realizada através de busca em bancos de dados como SciELO, Pubmed e Lilacs, além de livros, dissertações e teses, utilizando os descritores Gerascofobia, envelhecimento, corpo e saúde mental, considerando, como critérios de inclusão, os estudos disponíveis na íntegra, de forma gratuita, em língua portuguesa e inglesa. Como critérios de exclusão, foram considerados os estudos pagos, disponíveis somente em resumo. Cabe destacar que esse recorte faz parte de uma pesquisa que vem sendo realizada desde 2018, de autoria de Maria de Lourdes Ferreira de Matos, com a participação dos professores doutores Fernanda Castro Manhães e Carlos Henrique Medeiros de Souza.

## **A mídia e a busca do corpo perfeito**

Ao se considerar a publicidade que é constantemente exibida, é possível notar que há um aspecto imanente a quase tudo: o uso do corpo. O emprego do corpo e, especialmente, o corpo sexualizado na mídia, não é novo e tem sido parte da indústria desde o seu início. O que diferencia a publicidade no século XXI daquela anterior não é tanto o uso de imagens do sempre perfeitamente moldado corpo, mas a apresentação desse como algo que inevitavelmente deve ser obtido através do consumo. Assim, a mídia fabrica a noção de que o corpo precisa de melhoria constante (NEGRIN, 2008).

O corpo, na mídia, foi transformado em algo sobre o qual os desejos e esperanças de muitos consumidores são refletidos. Ao lado de uma incontável quantidade de produtos, a manutenção da beleza e do vigor passam a ser as principais tarefas na vida, em um objeto de culto narcísico (BAUDRILLARD, 2018).

Atingir o corpo perfeito apresentado na mídia começou a se tornar algo que foi exigido mais agressivamente dos consumidores a partir das décadas de 1970 e 1980, devido ao surgimento de novas maneiras de modificar o corpo através da



aplicação de maquiagem e do uso de certos tipos de roupas, além de dieta, exercício e cirurgia plástica (NEGRIN, 2008).

Essa conjuntura teve, como aliada, os meios de comunicação de massa: televisão e filmes passaram a apresentar lembretes persistentes de que o corpo ágil e gracioso, o sorriso com covinhas em um rosto atraente seriam as chaves para a felicidade, talvez até a sua essência. O objetivo, para ambos, homens e mulheres, na sociedade contemporânea, seria, portanto, trabalhar em seus corpos para conseguir uma aparência perfeita, o melhor sinal de conquista. O que diferencia as décadas anteriores dos anos de 1970 em diante é, portanto, não uma mudança na forma do corpo, mas o firme estabelecimento na mente dos consumidores da crença de que seus corpos são imperfeitos e que podem ser moldados na imagem idealizada pela mídia. É a organização do corpo como algo que pode ser melhorado através do consumo (NEGRIN, 2008).

As estratégias instrumentais empregadas são ecléticas, passando da maquiagem, cremes rejuvenescedores e roupas, a exercícios físicos e cirurgia plástica. Alguns consumidores esgotam todas essas opções na esperança de que alcançarão a felicidade, sem perceber que o atual confinamento do corpo ao mundo do consumo incansável não traz a satisfação almejada. Ao final, ao se tentar alcançar essa imagem idealizada do corpo, tenta-se vender a si próprios como uma mercadoria (SASSATELLI, 2010).

## Mitos e padrões da cultura do corpo

Imagem corporal é um termo que pode ser usado para descrever como um indivíduo pensa e sente sobre seu corpo. Como esses pensamentos e sentimentos podem ser complexos, as abordagens para definir e entender a imagem corporal são variadas e podem incluir: como o corpo é visto e quão precisa é essa percepção; quão satisfeitos se está com o corpo e com a aparência; quanto se valoriza o que as outras pessoas pensam sobre o próprio corpo e a aparência; e o quanto as opiniões de outras pessoas sobre a aparência afeta os sentimentos sobre o indivíduo (ANDREW; TIGGEMANN; CLARK, 2016).

Frequentemente, quando se fala de má imagem corporal, está-se referindo a um sentimento de insatisfação com o corpo, seja por causa da aparência ou pelo modo como ele funciona, o que é descrito como insatisfação corporal. Por outro lado, a imagem corporal positiva pode ser descrita como satisfação com o corpo, mantendo respeito, valorização e aceitação de suas habilidades e tendo

um equilíbrio saudável entre valorizar o corpo e os outros aspectos que formam a identidade de alguém (ANDREW; TIGGEMANN; CLARK, 2016).

A imagem corporal e a apreciação são relevantes na vida de quase todos, desde a juventude até a vida adulta. Apesar de as mulheres terem maior probabilidade de relatar insatisfação com seus corpos, homens também são afetados por preocupações com a imagem corporal, pois a sociedade tende a dar muita importância à aparência. Portanto, como alguém pensa e sente o seu corpo é algo que pode afetar ao longo da vida e tem implicações de longo alcance para os sentimentos sobre si mesmo e para a sua saúde mental e bem-estar (GRIFFITHS *et al.*, 2016). Há pessoas que vivenciam problemas na relação com o próprio corpo, como transtornos de autoimagem e de autoestima, causados por mitos e padrões decorrentes da cultura do corpo imposta pela sociedade contemporânea, sofrendo com essa questão (SOARES, 2007).

A boa forma passa a ser considerada uma espécie de melhor parte do indivíduo e que, por isso mesmo, tem o direito e o dever de passar por todos os lugares e experimentar diferentes acontecimentos. Mas aquilo que ainda não é boa forma e que o indivíduo considera “apenas” o seu corpo, torna-se uma espécie de mala por vezes incomodamente pesada, que ele necessita carregar, embora muitas vezes ele queira escondê-la, eliminá-la ou aposentá-la. Durante séculos o corpo foi considerado o espelho da alma. Agora ele é chamado a ocupar o seu lugar, mas sob a condição de se converter totalmente em boa forma (SANT’ANNA, 2001, p. 108).

Compreender a forma pela qual a sociedade encara e se relaciona com o corpo é uma questão essencial na medida em que Bauman (2009) sugere que devemos idealizar o corpo como potencialidade formada pela cultura e desenvolvida nas relações sociais. Mas ocorre o contrário, “[...] a luta pela boa forma é uma compulsão que logo se transforma em vício. Cada dose precisa ser seguida de outra maior” (BAUMAN, 2009, p. 122).

É imperioso reconhecer que, em sua maioria, o indivíduo forma, com o corpo, uma relação estética condicionada a padrões de beleza e saúde, o que demonstra que o corpo se apresenta como fenômeno social e cultural ou, como afirma Le Breton (2011), como motivo simbólico, objeto de representações e imaginários. As preocupações com a imagem corporal e com a aparência, apesar de estarem frequentemente associadas a pessoas mais jovens, não são exclusivas da juventude. Embora a aparência e o relacionamento com o corpo mudem à medida que

se envelhece, os indivíduos não deixam de avaliar seus corpos, e as preocupações com a imagem corporal ainda podem permanecer. Pessoas na vida adulta podem sentir-se insatisfeitas com o corpo e ter conceitos errados de tamanho e forma corporal, embora as estimativas do grau de insatisfação corporal entre as pessoas, na vida adulta, variem amplamente na literatura (ROY; PAYETTE, 2012).

Em termos de imagem corporal, os adultos mais velhos tendem a dar uma importância maior ao funcionamento de seus corpos em comparação com os mais jovens, especialmente entre as mulheres, enquanto os homens se voltam para a saúde geral e para a funcionalidade. O grau em que os indivíduos se comparam a um tipo ou aparência corporal “ideal” também pode desempenhar um papel nas preocupações com a imagem corporal em adultos. Nas culturas ocidentais, esse ideal é comumente associado à juventude (por exemplo, pele lisa). Esse pode ser o caso particular das mulheres, que tendem a expressar maiores preocupações com a imagem corporal do que os homens (LIECHTY; YARNAL, 2010).

Para as mulheres, questões como peso, idade e sinais físicos do envelhecimento reforçam a ideia de que a juventude é o padrão ideal de beleza, aumentando e perturbando a imagem corporal. Em alguns casos, as mulheres podem sentir-se desconectadas de seus corpos à medida que envelhecem, pois sua aparência externa não combina mais com suas percepções de si mesmas, de modo que elas não se sentem “velhas”, mas são assim identificadas por outras pessoas (LIECHTY; YARNAL, 2010).

Para Debert (2011), mulheres que buscam práticas de rejuvenescimento, com idade entre 30 e 39 anos, o fazem devido à cobrança social, sendo as próprias mulheres os principais agentes de cobrança em relação ao aspecto rejuvenescido das outras mulheres. Essa cobrança é desigual em relação aos homens, pois, socialmente, as suas rugas e cabelos brancos são associados ao amadurecimento e ao charme, enquanto, nas mulheres, é considerado descuido.

Preocupações com a imagem corporal e com a insatisfação corporal são mais prevalentes entre indivíduos com sobrepeso ou com obesidade. Isso se pode dever, em parte, a não correspondência dos ideais sociais de forma e peso corporal e experiências de vergonha ou estigma relacionados à aparência. De acordo Lewis *et al.* (2011), indivíduos com excesso de peso experimentam discriminação direta (abuso verbal quando em público) e discriminação indireta (como comentários mais sutis e ambientes pouco confortáveis), contribuindo para o sofrimento emocional, causando isolamento social e evitando situações em que podem sofrer discriminação.

Embora frequentemente se associe o bullying e a provocação à infância, aquelas baseadas no peso e na aparência também desempenham um papel na imagem corporal na idade adulta, estando significativamente relacionadas à insatisfação corporal e a comportamentos insalubres de controle de peso entre adultos, embora essa relação permaneça mais forte em crianças e em adolescentes. Além disso, o modo como se fala, de maneira mais geral, sobre corpos com amigos, parceiros e colegas pode afetar a imagem corporal, ao reforçar os ideais corporais tradicionais. Preocupações com a aparência também podem afetar negativamente a participação no local de trabalho (MENZEL *et al.*, 2010).

Segundo Casotti e Campos (2011, p. 117), as mulheres parecem ter uma percepção de que seus corpos não envelhecem quando estão na casa dos 20 anos de idade. Entretanto, quando começam a surgir os primeiros sinais concretos do passar do tempo (celulite, manchas de sol, rugas, cabelos brancos e maior dificuldade para emagrecer), “[...] o envelhecimento começa a ser visto como um destino que também as inclui e contra o qual precisam lutar”. O consumo de produtos de beleza, segundo as autoras, muitas vezes é feito devido à preocupação com o que denominam de fantasma do envelhecimento que, a partir de então, não as abandonará.

## A gerascofobia

O medo do envelhecimento nasce do medo de marginalização e de rejeição, principalmente na sociedade capitalista ocidental, onde a velhice é encarada como a pior fase da vida (SOUZA; MATHIAS; BRETAS, 2010). O processo de amadurecimento psicológico implica diretamente no surgimento e no desenvolvimento da gerascofobia. Freitas *et al.* (2010) destacam acontecimentos da velhice que podem acarretar a fobia, como as doenças, a morte de pessoas próximas, a viuvez, a falta de valorização, a preocupação com o trabalho e a condição financeira. Essas circunstâncias afetam a autoestima do ser humano, que vai desenvolvendo ansiedade, pânico e até mesmo depressão. A cultura moderna coloca tanta ênfase em ser jovem e bonito que envelhecer é algo considerado quase hediondo. Portanto é completamente justificado que alguém possa desenvolver um medo excessivo do envelhecimento, devido às pressões da sociedade. O medo, segundo Rodrigues (2012, p. 49): “[...] é uma reação a uma situação que provoca de alguma forma ameaça a integridade do indivíduo”.

Para Rodrigues (2012, p. 49):

A maioria das pessoas tem algum tipo de medo; embora seja difícil vencê-lo, daríamos tudo para nos ver livres dele. Esses temores abrangem desde o medo infantil da escuridão, o medo de envelhecer, o medo da dor, da doença e da própria morte.

Desde o início dos tempos, o medo ajudou os indivíduos a sobreviverem, a manter-se alertas, a antecipar problemas e a não ser devorados por predadores, mas, enquanto esses ancestrais tinham boas razões para ter medo, o homem, na pós-modernidade, independente da sua orientação política ou religiosa, vive em constante estado de alerta, com medo por sua segurança e pelo futuro, principalmente. É importante notar que o medo é uma resposta natural e normal ao perigo percebido. É a reação de luta/fuga do corpo e pode ser protetor. No entanto um estado constante de medo não é sustentável (ou produtivo). Em relação ao medo do envelhecimento, Rodrigues (2012, p. 49) afirma que:

O envelhecimento é um processo natural do ser humano que pode provocar medos significativos. É de conhecimento comum que o envelhecimento leva o ser humano à meta final da vida, à finitude, pois ninguém é eterno, “pelo menos, fisicamente”. É importante avaliar esta fase da vida porque esta etapa não deve ser vivida no isolamento. Surgem inseguranças, medos e receios que é preciso prevenir, compreender e ajudar. A integração social do Idoso é um dos caminhos a fazer para lhes reduzir os fatores de ansiedade, stress e medos. O medo é inerente a qualquer ser humano. O medo de envelhecer não pode ser ignorado, nem rejeitado só porque se é velho. Ser velho é também ter os mesmos direitos dos jovens ou dos adultos. O importante é minorar os medos de envelhecer. Só se pode minimizar os medos de envelhecer se a gerontologia educativa começar nos bancos de escola (RODRIGUES, 2012, p. 50).

O problema com o envelhecimento não se encontra nele próprio, mas na forma como o indivíduo e os demais se colocam diante dele. Encara-se a velhice como uma fase em que seus planos e sonhos ou já foram realizados ou foram esquecidos. Não se compreende a velhice em sua totalidade, pois não se reconhece o valor de toda uma existência, só se atenta para o que foi realizado e com o que ainda há de ser feito (BEAUVOIR, 1990).

O envelhecimento possui características gerais, compreendidas como estereótipos consolidados sobre a velhice e sobre os idosos, destacando-se a forma

como elas são modificadas e transformadas pela especificidade histórica dos contextos e ambientes. A sociedade encontra-se em vias de aceitar a ideia errônea de que o envelhecimento é igual em todos os casos, seja em suas formas, suas relações com o externo ou em seus fins (HALL, 2019).

No envelhecer, para além dos medos, também existe uma fobia: a gerascofobia, que geralmente começa a se desenvolver por volta dos 30 anos de idade, quando os sinais da passagem do tempo começam a surgir. Seu conceito, para Morais (2005), traduz: “[...] o medo anormal e injustificado de envelhecer e acarreta normalmente grande infelicidade”.

A palavra vem do grego *geraso*, que significa *estou ficando velho*. O medo pode-se basear no pensamento de perder o controle, morar em uma casa de repouso, da morte etc. A gerascofobia é comumente associada à gerontofobia, que é definida como medo irracional e persistente de envelhecer; ódio ou raiva contra os idosos; ou medo dos idosos. O medo faz parte das experiências de todo ser humano, e muitos já experimentaram ou sentem medo de envelhecer e de enfrentar a própria mortalidade, mas apenas pessoas com gerascofobia ficam horrorizadas e obcecadas com a ideia (EBRAHIMI *et al.*, 2019).

Os sintomas físicos são geralmente intensos e graves, embora, em casos raros, acabem constituindo um ataque de pânico. As manifestações no nível físico respondem ao aumento da atividade do sistema nervoso central que é experimentada, podendo causar uma sintomatologia bastante variada, de modo que as alterações físicas da gerascofobia podem ser ligeiramente diferentes em cada caso. De um modo geral, um indivíduo que sofre desse distúrbio experimentará alguns dos seguintes sintomas quando exposto a seus temidos estímulos: pensamentos persistentes sobre morrer; falta de ar, sudorese, ansiedade e ataques de pânico ao pensar em envelhecer; tremores, palpitações e respiração rápida; medo obsessivo de perder a aparência com o tempo; medo obsessivo de perda de independência na terceira idade; e isolamento (DELBONI *et al.*, 2013).

Ter uma leve preocupação com a idade é comum a todos os seres humanos, contudo, conforme Almeida e Azevedo (2010), quando essa preocupação se torna um medo constante, atípico e injustificado, tem-se a gerascofobia. Essa fobia acomete indivíduos com boa saúde, do ponto de vista físico e financeiro. É associada a fatos históricos da vivência pessoal, como preexistência de fobias, falta de realização pessoal e até questões financeiras. Afeta, na maioria das vezes, adultos jovens e não idosos, como se imagina.

Quase todos os seres humanos no mundo moderno têm algum medo da idade. Isso é especialmente verdade em países industrializados, onde a juventude e a beleza são ativos altamente cobiçados. A indústria de cosméticos e antienvhecimento ganha bilhões anualmente daqueles que procuram permanecer jovens. Também surgem modismos alimentares que pretendem aumentar a energia e reduzir a flacidez, a fim de dar ao corpo um brilho mais jovem. A quantidade de medo depende de muitos fatores, mas a maioria não sofre de um medo tão forte que causa problemas na vida cotidiana. Entretanto existem algumas pessoas cujo medo da idade é tão forte que seus relacionamentos pessoais e profissionais sofrem, podendo ficar obcecados com a aparência jovem ou tomando dezenas de vitaminas e suplementos todos os dias, para impedir o processo de envelhecimento. Isso geralmente está em correlação com outra condição, como distúrbio dismórfico corporal ou transtorno obsessivo-compulsivo, e os problemas antienvhecimento surgem como parte da condição subjacente, e esses indivíduos podem fazer esforços excessivos para evitar envelhecer (YOKOMIZO, 2017).

Para catalogar o medo experimentado como patológico e, portanto, relacionado à gerascofobia, uma série de características principais deve ser cumprida: o sujeito com gerascofobia apresenta um medo que não é suportado por pensamentos racionais; esse medo experimentado está além do controle voluntário e totalmente impossível de ser controlado. Por esse motivo, a única alternativa é evitar os elementos que causam desconforto (evitar o envelhecimento). O medo, na gerascofobia, também é caracterizado por sua intensidade, que é sempre excessivamente alta, e o indivíduo responde aos estímulos como se sentisse uma grande ameaça à sua pessoa, quando, na realidade, isso é totalmente inexistente. Esse medo não é temporário, persistindo com o tempo e não ocorrendo apenas em momentos específicos. O medo dessa psicopatologia não permite que o indivíduo que a experimenta se adapte melhor ao seu ambiente, dificultando a adaptação do indivíduo e causando consequências negativas, sendo, portanto, patológico (JESTE; DEEP; VAHIA, 2010).

Postula-se que o mecanismo que melhor explica a aquisição do medo é o condicionamento clássico. Ou seja, o fato de estar exposto a situações que transmitem a ideia do medo. Nesse sentido, coexistir com pessoas idosas que consideram o envelhecimento como algo desagradável ou indivíduos que dão muita importância à permanência da juventude são fatores que podem contribuir para o desenvolvimento da gerascofobia. O condicionamento clássico parece ser especialmente importante durante a infância, pois é quando a maioria dos medos é desenvolvida. No entanto esses fatores podem desempenhar um papel relativamente importante em qualquer idade (CLARKE; KOROTCHENKO, 2016).

O ser humano é dotado de sentimentos e diante de situações que o ameaçam. Araújo, Melo e Leite (2007, p. 165) afirmam que pode haver três reações: “[...] raiva dirigida para fora (o equivalente à cólera), raiva dirigida contra si mesmo (depressão) e ansiedade ou medo”. Essas reações podem ser consideradas normais quando não são prolongadas, mesmo quando ocorrem de forma exacerbada, com descargas elevadas de hormônios. Entretanto, quando perduram e levam o indivíduo à exaustão, passa a desenvolver uma patologia, dentre as quais estão os transtornos de ansiedade (TA) (ARAÚJO; MELO; LEITE, 2007).

A ansiedade, nos idosos, apresenta-se geralmente com prejuízo significativo da atenção, da concentração e da memória, bem como dificuldades de sono, alteração do apetite, sensação de tonteira inespecífica, tensão muscular, faticabilidade, irritabilidade, ideias prevalentes de perda da lucidez, queixas somáticas, exacerbção de sintomas autonômicos. Sensação de taquicardia, opressão torácica e tremores, diversas vezes, resultam em interpretação de que tais sintomas seriam consequência de alguma doença clínica grave (TEIXEIRA, 2017).

## Considerações finais

A interação complexa entre o físico e efeitos psicológicos do envelhecimento, no corpo e na imagem corporal, é um contínuo foco de investigação em vários subcampos da psicologia. Tem havido consenso nas pesquisas de que as mulheres são especialmente vulneráveis a representações da mídia sobre tipos corporais ideais e correm maior risco de desenvolverem problemas psicológicos associados à imagem corporal.

À medida que os indivíduos envelhecem, o corpo físico passa por muitas mudanças, e os impactos podem ter ramificações psicológicas. Certamente, durante o envelhecimento, o corpo físico não é o mesmo como era na idade adulta mais jovem, e a inevitabilidade dessa mudança pode ou pode não coincidir com uma imagem corporal atualizada para corresponder às novas realidades físicas.

À medida que as mulheres envelhecem, seus corpos se afastam do ideal de beleza da mídia e, assim, a insatisfação com sua imagem corporal pode aumentar. Diversos estudos têm mostrado que mulheres de meia idade e mais velhas relatam níveis de insatisfação com a imagem corporal semelhante à das mulheres mais jovens, sugerindo que esse sentimento pode permanecer estável durante toda a vida.

Na sociedade pós-moderna, o envelhecimento é geralmente representado através da gerontofobia, que se traduz na hostilidade para com os idosos, e a



gerascofobia, que é o medo irracional de envelhecer. Vê-se o envelhecimento como um processo inexorável de declínio, e os idosos, como um fardo, um dre-no de recursos. O avançar da idade é tão estigmatizado que o indivíduo não se identifica com os idosos e, conseqüentemente, devido a essa negação, desenvolve medos e ansiedades sobre o seu próprio envelhecimento, que podem se desen-volver em qualquer idade.

Embora a insatisfação corporal, em si, não signifique que um indivíduo tenha ou desenvolverá um distúrbio psicossocial, esse é um fator importante no desen-volvimento e na manutenção de transtornos como a gerascofobia, além de outros problemas, como ansiedade e depressão. Assim, é importante reconhecer os me-dos que surgem no processo de envelhecimento e trabalhá-los para que esses se-jam vencidos, e a mulher possa envelhecer de forma saudável, conseguindo assim desfrutar de bons momentos da vida com um plano ativo de objetivos e desejos.

Observa-se, portanto, que corpo, mídia e consumidor são palavras cada vez mais relacionadas e, diante da pressão exercida principalmente sobre as mulheres na sociedade contemporânea, é essencial que se comece, desde cedo, a pensar na promoção de uma imagem corporal positiva, associada a um maior bem-estar psicológico e a uma melhor saúde mental desde os primeiros estágios da vida, a fim de promover uma imagem corporal positiva no envelhecimento.

## Referências

- ALMEIDA, G; AZEVEDO, M. Medo de envelhecer. **Revista Eclética**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 30, p. 12-16, jun. 2010.
- ANDREW, R.; TIGGEMANN, M.; CLARK, L. Predictors and Health-Related outcomes of positive body image in adolescent girls: a prospective study. **Dev. Psychol.**, v. 52, n. 3, p. 463-474, 2016.
- ARAÚJO, S. R. C.; MELLO, M. T.; LEITE, J. R. Transtornos de ansiedade e exercício físi-co. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 164-71, 2007.
- BAUDRILLARD, J. **A sociedade de consumo**. 3. ed. São Paulo: 70, 2018.
- BAUMAN, Z. **Vida para consumo**: a transformação das pessoas em mercadorias. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- BAUMAN, Z. **Vida líquida**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.
- BEAUVOIR, S. **A velhice**. 2. ed. Rio Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- CASOTTI, L.; CAMPOS, R. Consumo da beleza e envelhecimento: histórias de pesquisa e de tempo. In: GOLDENBERG, M. (Org.). **Corpo, envelhecimento e felicidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

- CASTRO, A. L. **Culto ao corpo e sociedade: mídia, estilos de vida e cultura de consumo**. 2. ed. São Paulo: Annablume/FAPESP, 2007.
- CLARKE, L. H.; KOROTCHENKO, A. I know it exists... but I haven't experienced it personally: older Canadian men's perceptions of ageism as a distant social problem. **Ageing Soc.**, v. 36, n. 3, p. 1757-1773, 2016.
- DEBERT, G. G. Velhice e tecnologias de rejuvenescimento. In: GOLDENBERG, M. (Org.). **Corpo, envelhecimento e felicidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.
- DELBONI, B. S. *et al.* Gerascofobia: o medo de envelhecer na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 10, n. 2, p. 203-214, 2013.
- EBRAHIMI, S. *et al.* Gerascophobia among Student of University of Social Welfare and Rehabilitation Science. **Iranian Journal of Ageing**, v. 1, n. 3, p. 1-17, 2019.
- FREITAS, M. C. *et al.* O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista Escola Enfermagem**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 407-412, 2010.
- GRIFFITHS, S. *et al.* Sex differences in the relationships between body dissatisfaction, quality of life and psychological distress. **Aust. N. Z. J. Public Health**, v. 40, n. 6, p. 518-522, 2016.
- HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 12. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2019.
- JESTE, D. V.; DEPP, C. A.; VAHIA, I. V. Successful cognitive and emotional aging. **Journal of the World Psychiatric Association**, v. 9, n. 2, p. 78-84, 2010.
- LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.
- LEWIS, S. *et al.* How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. **Soc. Sci. Med.**, v. 73, n. 9, p. 1349-1356, 2011.
- LIECHTY, T.; YARNAL, C. The Role of Body Image in Older Women's Leisure. **J Leis Res**, v. 42, n. 3, p. 443-467, 2010.
- MENZEL, J. E. *et al.* Appearance-related teasing, body dissatisfaction, and disordered eating: A meta-analysis. **Body Image**, v. 7, n. 1, p. 261-270, 2010.
- MORAIS, C. **Gerascofobia: o medo de envelhecer**. Disponível em: <http://www.apsicologa.com/2009/04/gerascofobia-o-medo-de-envelhecer.html>. Acesso: 5 mar. 2019.
- NEGRIN, L. **Appearance and Identity: Fashioning the Body in Postmodernity**. New York: Palgrave Macmillan, 2008.
- RODRIGUES, A. M. S. M. **O Medo de Envelhecer (e o papel do Gerontólogo)**. 62 f. Monografia (Gerontologia social) – Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa, 2012.
- ROY, M.; PAYETTE, H. The body image construct among Western seniors: A systematic review of the literature. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 55, n. 1, p. 505-521, 2012.

- SANT'ANNA, D. B. **Corpos de passagem**: ensaios sobre a subjetividade contemporânea. São Paulo: Liberdade, 2001.
- SASSATELLI, R. **Fitness Culture**: Gyms and the Commercialisation of Discipline and Fun. New York: Palgrave Macmillan, 2010.
- SOARES, C. L. **Pesquisas sobre o corpo**: ciências humanas e educação. Campinas: Autores Associados, 2007.
- SOUZA, R. F.; MATIAS, H. A.; BRETAS, A. C. Reflexões sobre envelhecimento e trabalho. **Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, v. 15, n. 6, p. 2835-2843, 2010.
- TEIXEIRA, A. L.; DINIS, B. S.; MALLOY-DINIZ, L. F. **Psicogeriatría na prática clínica**. São Paulo: Pearson Clinical Brasil, 2017.
- YOKOMIZO, P. S. **Envelhecimento, aparência e significados entre idosas do Brasil e da Espanha**. 195 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

# 13. Panorama da produção científica a respeito do câncer de colo do útero: caracterização do conteúdo indexado à base Scopus no período de 2015 a 2019

Lucas Capita Quarto<sup>1</sup>  
Luciana Ximenes Bonani Alvim Brito<sup>2</sup>  
Rogério Martins de Castro<sup>3</sup>

## Considerações iniciais

O Câncer de Colo Uterino, também conhecido como câncer cervical, é um problema de saúde pública que acomete mulheres em nível mundial. A causa necessária para o seu desenvolvimento é a infecção pelo Papilomavírus Humano – *Humanpapilloma* Vírus (HPV), sendo o segundo tumor com maior frequência no sexo feminino, com aproximadamente 530.000 casos registrados anualmente

- 
1. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)/ Centro de Ciência do Homem/Cognição e Linguagem, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: lcapitaiv@gmail.com
  2. Universidade Iguazu (UNIG)/campus V, Itaperuna, Rio de Janeiro, Brasil. Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC), campus Bom Jesus do Itabapoana, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: ximenes\_luciana@icloud.com
  3. Universidade Iguazu (UNIG)/campus V, Itaperuna, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: rmartinsc@uol.com.br

(SANTOS, 2017). Todas as pessoas que iniciaram a sua vida sexual são propícias ao contato com o HPV. No entanto fatores como más condições de higiene, alimentação, imunossupressão, múltiplas parceiros e início precoce da atividade sexual podem favorecer a infecção e, por conseguinte, o surgimento desse câncer. É necessário frisar que, em sua tese, a autora Conde (2017) destaca que o tabagismo e o uso prolongado de anticoncepcionais devem ser evitados, pois são hábitos associados ao desenvolvimento desse tipo de câncer.

Na década de 70 foram publicadas as primeiras pesquisas que associam o HPV com o câncer cervical. Dez anos depois, estudos demonstraram a presença do DNA viral na maioria dos tumores do colo do útero. Devido à alta prevalência da neoplasia maligna de colo do útero, esse tema está ganhando cada vez mais ênfase nas pesquisas acadêmicas (CONDE, 2017).

Frente a esse cenário, a presente pesquisa apresenta um panorama da produção científica mundial a respeito do câncer do colo do útero. Para tanto, foi realizado um levantamento bibliométrico em abril de 2020, discutindo as variáveis: país de origem, ano, tipo da publicação, instituição responsável, área do conhecimento e periódico. O período estudado consiste nos últimos cinco anos completos, ou seja, entre 2015 e 2019. Os objetivos específicos deste trabalho consistiram em: discutir a respeito do conceito, tratamentos e métodos preventivos vinculados à moléstia; mapeamento dos documentos encontrados na base de dados da *Scopus* referentes ao tema no período determinado; bem como análise e discussão dos resultados encontrados.

Diante do significativo volume de publicações, torna-se necessário avaliar a produção intelectual publicada sobre determinado assunto, adotando procedimentos capazes de mensurar e de detalhar a produção científica referente a uma específica área do conhecimento. O mapeamento de publicações científicas permite identificar como determinadas áreas se comportam e mensurar o impacto dessas publicações.

## **Câncer do colo do útero: conceitos, tratamento e prevenção**

O termo *câncer* vem do latim e significa caranguejo, fazendo menção às características desse crustáceo, relacionando a sua capacidade de se infiltrar na areia ao potencial evolutivo da patologia (FERNANDES *et al.*, 2009). Ainda segundo o autor, outras terminologias também são utilizadas para designar a doença. No meio médico, utilizam-se os termos processo polimítico – uma referência à proliferação celular expressiva da patologia – e à terminologia neo-

plasia (*neo* = novo e *plasia* = tecido), podendo ser determinada entre maligna e benigna, ou seja, um termo que descreve a característica biológica dessa lesão (FERNANDES JÚNIOR, 2000).

A literatura existente acerca do câncer demonstra que o desenvolvimento dessa doença é decorrente de influências internas como fatores biológicos e hereditários; e externas as quais são relacionadas a sociedade, cultura e o meio no qual o indivíduo está inserido (BRASIL, 2012). Dessa forma, pode-se associar o desenvolvimento do câncer à predisposição genética do indivíduo em questão, assim como a sua exposição aos fatores de risco e à adoção de estilos de vida que contribuem com o surgimento da patologia (BRASIL, 2006).

Como já mencionado anteriormente, o câncer do colo do útero ocupa o segundo lugar no *ranking* dos tipos de neoplasias que mais acometem mulheres em todo o mundo, entretanto, apresenta cura em quase 100% dos casos quando diagnosticado e tratado precocemente (BRASIL, 2014). A detecção precoce é realizada por meio do exame de colpocitologia oncótica, popularmente conhecido como Papanicolau, ou pelo exame citopatológico do colo uterino. Ambos formam a principal estratégia de rastreamento, devendo abranger mulheres que já iniciaram a sua vida sexual, sobretudo as que se encontram na faixa etária dentre os 25 e 64 anos (BRASIL, 2011).

Em 1998, devido aos dados estatísticos, embasado em consultorias internacionais, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino (PNCC) (BRASIL, 2014). Entretanto, apesar de toda comção a nível internacional da existência de um método de detecção precoce e de altas possibilidades de cura, de acordo com Goulart (2014), a taxa de incidência e de mortalidade decorrente a essa patologia ainda é elevada.

O vírus do HPV inicia o processo de alterações celulares no colo uterino associada à sua infecção persistente, o que interrompe o controle do ciclo celular, promovendo uma multiplicação desordenada de células e um acúmulo de danos genéticos (CROSBIE; COLS, 2013). Segundo Conde (2017), o acesso limitado ao tratamento e rastreamento formam as principais causas de morte por essa infecção. Os subtipos de alto risco do HPV são: 16, 18, 45 e 48 (OPAS, 2019). De acordo com Xavier (2017), 291 milhões de mulheres, em todo o mundo, possuem o vírus HPV, sendo que 32% são portadoras do HPV-16, HPV-18 ou ambos. A autora ainda afirma que o HPV-16 e o HPV-18 são responsáveis por 70% dos cânceres cervicais, e que 80% das mulheres que possuem sua vida sexual ativa irão adquiri-lo no decorrer de suas vidas, entretanto apenas 5% desenvolverão alguma doença.

O câncer de colo do útero tem uma evolução lenta e pode ser assintomático em sua fase inicial, com a possibilidade de progredir com: sangramento vaginal após relações sexuais ou sangramento intermitente, secreção vaginal anormal e dores abdominais associadas a queixas urinárias ou intestinais (OTTO, 2002). Os sintomas e sinais da neoplasia cervical se apresentam tardiamente, o que leva muitas pacientes a procurarem os profissionais de saúde apenas quando o quadro se encontra em estágio avançado, ou seja, não há mais chances de uma terapêutica menos agressiva e, conseqüentemente, de cura (CONDE, 2017). Vale mencionar que o diagnóstico tardio pode desencadear problemas emocionais e psicossociais, além de danos físicos (OTTO, 2002).

De acordo com Favaro (2017), cada caso terá sua forma de tratamento, devendo ser orientado e avaliado pelo médico, sendo os mais comuns a cirurgia e a radioterapia. A escolha da terapêutica vai depender do estágio da doença, tamanho do tumor e fatores pessoais, como a idade e o desejo de ter filhos (BRASIL, 2014). Em 2014, o Ministério da Saúde implementou a vacina tetravalente contra HPV no calendário vacinal, para meninas na faixa etária entre 9 a 13 anos (BRASIL, 2014). A vacinação, somada ao exame preventivo, complementam-se como ações preventivas deste câncer. Mulheres em idade preconizada – a partir dos 25 anos – devem realizar o exame preventivo periodicamente (CONDE, 2017).

## Metodologia

O presente estudo é classificado como descritivo, pois visa explorar, por intermédio de um levantamento bibliográfico, os principais temas relacionados ao câncer do colo do útero. Em relação a abordagem, este trabalho pode ser classificado como qualitativo-quantitativo, uma vez que faz uso de ambos os métodos de análise, com a finalidade de garantir maior conformidade frente aos resultados apresentados e discutidos.

Esta pesquisa pode ser considerada como qualitativa, em conformidade com Godoy (1995), que afirma que o método qualitativo permite que o investigador promova alegações de conhecimentos, baseando-se em significados múltiplos e sociais, frente ao objeto de estudo. No que concerne à abordagem quantitativa, Gil (2008) revela que este estudo visa validar suas hipóteses com a utilização de dados estatísticos e suas respectivas frequências.

A primeira etapa deste estudo consiste em uma revisão de literatura baseada em trabalhos publicados acerca do assunto. Em um segundo momento, foi realizado um levantamento de dados na base Scopus, no período de 2015 a 2019.

Os descritores de busca foram *cervical and cancer*. Os dados foram analisados por intermédio da bibliometria que, de acordo com Quarto *et al.* (2020), utiliza métodos quantitativos para analisar tendências na evolução do conhecimento. Ademais, os estudos bibliométricos permitem a identificação de diversos aspectos relacionados às pesquisas o que, conseqüentemente, produz subsídios para a formulação de novos saberes.

É importante ressaltar que o levantamento de dados foi realizado no mês de abril de 2020. Novos conhecimentos são gerados a todo momento, logo, os resultados deste estudo podem ser atualizados. A presente pesquisa tem como limitação ter sido realizada apenas na base de dados da Scopus. Os gráficos foram produzidos por intermédio do Microsoft Office Excel®.

## Resultados e discussão

### Mapeamento da produção científica

Entre 2015 e 2019, totalizaram-se 28.447 publicações financiadas por 159 nações. Os dez países com o maior volume de trabalhos foram: China (6.315 estudos; 22,1%), Estados Unidos da América (6218; 21,8%), Índia (2.169; 7,6%), Japão (1.761; 6,1%), Reino Unido (1.295; 4,5%), Coreia do Sul (1.109; 3,8%), Itália (1.030; 3,6%), França (978; 3,4%), Alemanha (969; 3,4%) e Canadá (878; 3,0%). Enquanto, Afeganistão, Bahamas, Barbados, Chade, Groelândia e Guadalupe foram as localidades com o menor número de publicações (2; 0,007%). Percebe-se que todos os continentes possuem representantes entre os melhores colocados, com exceção da África, cujas pesquisas se concentram na África do Sul (304; 1,0%; 24º colocado). O Brasil, por sua vez, é o 11º do ranking com 738 estudos (2,5%). É importante salientar que 603 trabalhos (2,1%) são indefinidos quanto ao país de origem.

Segundo Campos *et al.* (2017), o câncer de colo do útero é uma neoplasia maligna que chama a atenção da comunidade científica e das autoridades governamentais de diversos países. A integração entre a pesquisa e o ensino é a base para um processo de aprendizagem que viabiliza a troca de experiências e a construção de um conhecimento com qualidade científica. Essa nova fase de desenvolvimento é definida como a sociedade do conhecimento (QUARTO *et al.*, 2020). As publicações científicas acompanham o desenvolvimento da ciência e da tecnologia, ou seja, estão diretamente relacionadas com o desenvolvimento econômico e científico de um país (ANANDAKRISHNAN, 1985).



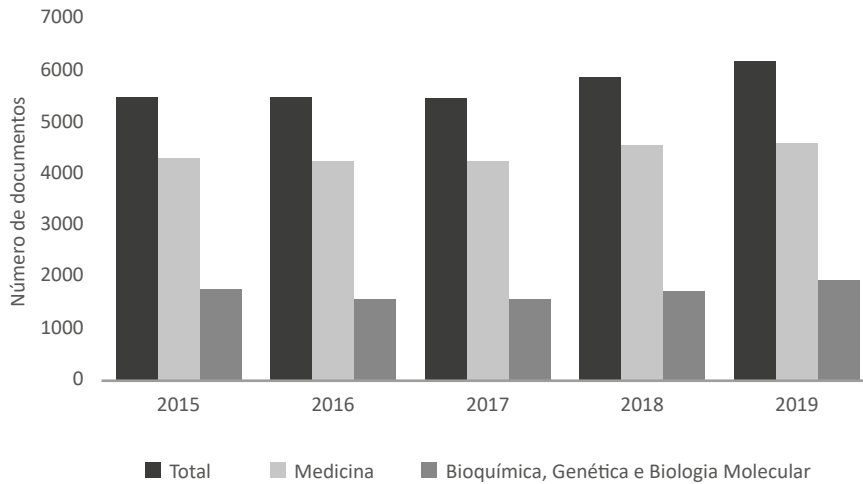
O câncer do colo do útero é uma das causas mais frequentes de morte para as mulheres, em nível mundial. De acordo com Lopes e Ribeiro (2019), a cada dois minutos, o câncer cervical mata uma mulher. A maioria dos países que mais desenvolveram estudos acerca do assunto são países desenvolvidos, segundo dados da pesquisa na base Scopus. Coincidentemente, esses países apresentam as menores taxas de prevalência desta patologia (LOPES; RIBEIRO, 2019). Conde (2017) sugere que 90% dos casos de câncer de colo do útero acontecem em países de renda baixa e média, devido ao acesso restrito à triagem, à detecção e a tratamentos precoces. Ainda segundo a autora, a mortalidade por essa moléstia varia em até 18 vezes, entre as regiões do globo.

De acordo com Rozario *et al.* (2019), a implementação de programas de rastreamento e de tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero diminuíram o índice de incidência da mortalidade dessa patologia em países desenvolvidos e em alguns países em desenvolvimento. A baixa frequência dessa neoplasia, em países desenvolvidos, acaba limitando a análise dos fatores associados. Em países desenvolvidos, o tratamento precoce pode prevenir até 80% do câncer do colo do útero (OPAS, 2019).

## Progressão temporal das publicações e descrição quanto à área de conhecimento

No que concerne aos campos das ciências, há mais trabalhos nas áreas Medicina (21.926 documentos; 51,5%) e Bioquímica, Genética e Biologia Molecular (8.560 documentos; 20,1%). O quantitativo de documentos publicados no período de 2015 a 2019 corresponde a 27% da produção científica total relacionada ao tema objeto do estudo. Consoantemente ao Gráfico 1, percebe-se que o ano com menor número de estudos foi 2016, com 5.451 documentos, sendo que 4.233 pertencem à Medicina (529%); e 1.575, à Bioquímica, Genética e Biologia Molecular (19,2%). O ano com mais manuscritos foi 2019 (6.178 pesquisas), com 6.178 (48,5%) contemplando a medicina, e 1945 (20,5%), a Bioquímica, a Genética e a Biologia. Nota-se que houve pouca oscilação no quantitativo de documentos publicados entre 2015 e 2017.

Gráfico 01 - Publicações sobre câncer do colo do útero aplicada à medicina e Bioquímica, Genética e Biologia Molecular ao longo da série histórica: 2015-2019



Fonte: Scopus (2020).

As questões referentes ao câncer cervical ganharam cada vez mais ênfase nos últimos cinco anos. Na contemporaneidade, investe-se bastante em pesquisas acerca de biomarcadores e da genética do câncer como uma estratégia para formulação de novos métodos diagnósticos e terapêuticos, algo ratificado pelo presente estudo; em que a Genética, a Bioquímica e a Biologia Molecular constituíram o segundo campo das ciências com mais publicações na Scopus (LOPES; RIBEIRO, 2019).

No ano de 2018, houve um índice expressivo de mortalidade por câncer do colo do útero em todo mundo, aproximadamente sete mulheres a cada 100.000 (OPAS, 2019). Concomitantemente, em maio do mesmo ano, o diretor-geral da OMS buscou parcerias para aumentar o acesso às intervenções essenciais para prevenção (ROZARIO *et al.*, 2019). Em 2019, ano que apresenta maior taxa de publicações, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) convocou seus membros a acelerarem os esforços de prevenção e controle para minimizar a incidência (OPAS, 2019).

## Caracterização das publicações quanto à instituição responsável, autor, periódico e tipo de publicação

Conforme apresenta o Quadro 01, as instituições com o maior volume de publicações foram: *University of Texas MD Anderson Cancer Center* (357 documentos; 1,3%), *National Cancer Institute* (342 documentos; 1,2%), *Ministry of Education China* (323 documentos; 1,1%), *School of Medicine* (318 documentos; 1,1%) e *Harvard Medical School* (283 documentos; 0,9%). No Brasil, apenas a Universidade de São Paulo (USP) (185 documentos; 0,67%) e a Universidade Estadual de Campinas (71 documentos; 0,2%) aparecem entre as instituições que financiaram pesquisas acerca do assunto.

Quanto aos autores, destacam-se Castle (102 documentos; 0,4%), Wentzensen (88 documentos; 0,3%), Schiffman (80 documentos; 0,2%), Arbyn (73 documentos; 0,2%) e Dillner (63 documentos; 0,2%), conforme demonstra o Quadro 01.

Em relação dos periódicos responsáveis, é primordial destacar: *Plos One* (462 documentos; 1,6%), *Gynecologic Oncology* (390; 1,3%), *Oncotarget* (385; 1,3%), *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention* (368; 1,2%) e *International Journal of Gynecological Cancer* (355; 1,2%) (Quadro 01). O Quadro 01 ainda apresenta os tipos de publicação, destacando artigos (23.488 documentos; 82,6%), revisão (2.422; 8,5%), documento de conferência (631; 2,2%), Carta (596; 2,1%) e Nota (399; 1,4%).

Quadro 1 – Caracterização da produção científica sobre câncer do colo do útero proveniente da base Scopus no período de 2015 a 2019, quanto à instituição responsável, área do conhecimento, periódico e tipo de publicação

<b>Publicações (n=28.447)</b>			
<b>Posição</b>	<b>Instituição</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1	University of Texas MD Anderson Cancer Center	357	1,3
2	National Cancer Institute	342	1,2
3	Ministry of Education China	323	1,1
4	School of Medicine	318	1,1
5	Harvard Medical School	283	0,9
<b>Autor</b>			
1	Castle, P.E.	102	0,4
2	Wentzensen, N.	88	0,3

3	Schiffman, M.	80	0,2
4	Arbyn, M.	73	0,2
5	Dillner, J.	63	0,2
<b>Periódico</b>			
1	Plos One	462	1,6
2	Gynecologic Oncology	390	1,3
3	Oncotarget	385	1,3
4	Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention	368	1,2
5	International Journal Of Gynecological Cancer	355	1,2
<b>Tipo de publicação</b>			
1	Artigo	23488	82,6
2	Revisão	2422	8,5
3	Documento de Conferência	631	2,2
4	Carta	596	2,1
5	Nota	399	1,4

Fonte: Scopus (2020).

Repara-se que os Estados Unidos da América, além de se destacar com a segunda maior parcela de manuscritos, está associado aos cinco autores que mais publicaram sobre o câncer do colo do útero, a instituição que mais financiou pesquisas sobre o tema e ao periódico mais utilizado para veiculação do assunto: *Plos One*, cujo enfoque está na área médica.

A *University of Texas MD Anderson Cancer Center* é um centro de pesquisas sobre o câncer localizado em Houston, Texas. Além de ser a instituição mais vinculada a estudos acerca do câncer do colo do útero, a *University of Texas MD Anderson Cancer* é o maior centro de câncer dos Estados Unidos e ocupa o primeiro lugar no *ranking* de atenção ao câncer pelo *US News and World Report* (ACKERMAN, 2019). Ainda segundo o autor, só em 2018, essa instituição investiu mais de 862 milhões de dólares em pesquisas. Cabe mencionar que os Estados Unidos da América é a maior potência mundial no que diz respeito à produção de ciência (SANFELICE; GALINA, 2011). Os *rankings* de produções científicas, entre as instituições de ensino, estão modificando a forma como as instituições colaboram entre si, destacando seus pontos fortes e fracos, bem como fortalecendo o sistema do ensino superior (QUARTO *et al.*, 2020).

Quanto à modalidade mais recorrente, artigo (23.488; 82,6%), Quarto *et al.* (2020) dizem que os artigos científicos formam o principal meio de divulgação

de ciência, auxiliando que pesquisadores se destaquem no meio acadêmico. Sadowsky *et al.* (2015) dizem que as pesquisas científicas sobre o câncer do colo do útero são responsáveis pelos resultados positivos na melhoria da qualidade de vida de mulheres acometidas a essa patologia e melhores meios de prevenção da doença. O autor Castle, ginecologista associado ao National Cancer Institute, é responsável por 102 estudos que abordam o câncer do colo do útero como temática (CASTLE *et al.*, 2010).

## Considerações finais

Por meio da análise bibliométrica realizada na presente pesquisa, observase um aumento significativo na produção científica sobre o câncer do colo do útero, ao longo dos anos. Ou seja, o tema está sendo cada vez mais inserido nas pesquisas científicas, principalmente se levar em consideração a quantidade de pesquisas publicadas acerca do tema, o que auxilia expressivamente na divulgação da importância de discutir a respeito do assunto e, sobretudo sobre a saúde da mulher. As pesquisas concentraram-se em países desenvolvidos, e a maioria dos trabalhos estão concentrados na Medicina, na Bioquímica, na Genética e na Biologia Molecular.

A bibliometria é uma técnica primordial na análise da produção científica, visto que seus indicadores retratam o desenvolvimento, o comportamento e a contribuição de uma área do conhecimento. Diante dos resultados obtidos pela bibliometria, conclui-se que o método de pesquisa é eficaz para o levantamento de dados e pode ser facilmente replicada para a coleta de dados de trabalhos futuros sobre este ou qualquer outro tema. Diante do alto índice de prevalência do câncer de colo do útero, salienta-se a importância do incentivo às pesquisas sobre essa neoplasia maligna, em prol de melhores políticas que abordem a saúde da mulher.

## Referências

ACKERMAN, T. John Mendelsohn, former MD Anderson president, dead at 82. Chron., Houston, 08 de janeiro de 2019. Disponível em: <https://www.chron.com/news/medical/article/John-Mendelsohn-former-MD-Anderson-president-13516849.php>. Acesso em: 18 abr. 2020.

ANANDAKRISHNAN, M. **Planning and popularizing science and technology for development**. Oxford: United Nations, Tycooly 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2006.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: Inca, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. HPV e câncer: perguntas mais frequentes. **Inca**, 2020. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=2687](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=2687). Acesso em: 10 abr. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2014: Incidência do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2014.
- CAMPOS, E. A. *et al.* Uma doença da mulher: experiência e significado do câncer cervical para mulheres que realizaram o Papanicolau. **Interface**, v. 21, n. 61, 2017.
- CASTLE, P. E. *et al.* The age-specific relationships of abnormal cytology and human papillomavirus DNA results to the risk of cervical precancer and cancer. **Obstet. Gynecol.**, v. 116, n. 1, p. 76-84, 2010.
- CONDE, C. R. **A percepção da vulnerabilidade e representação do câncer de colo do útero**. 177 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017.
- FAVARO, C. R. P. **Perfil epidemiológico de mulheres com câncer de colo uterino atendidas em um hospital do interior paulista**. 79 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2017.
- FERNANDES JÚNIOR, H. J. Introdução ao estudo das neoplasias. *In*: BACARAT, F. F.; FERNANDES JÚNIOR, H. J.; SILVA, M. J. (Orgs.). **Cancerologia atual: um enfoque multidisciplinar**. São Paulo: Roca, 2000.
- FERNANDES, J. V. *et al.* Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 851-858, out. 2009.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GOULART, T. P. **Dimensões influenciadoras da não realização do exame preventivo do câncer do colo do útero**. 145 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de fora, 2014.
- GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas da Eaesp/FGV**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.
- LOPES, V. A. S.; RIBEIRO, J. M. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer do colo do útero: uma revisão de literatura. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, 2019.
- OPAS. Organização Pan Americana da Saúde. **Folha informativa: HPV e câncer do colo do útero**. Brasília: Paho, 2019. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5634:folha-informativa-hpv-e-cancer-do-colo-do-uterio&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5634:folha-informativa-hpv-e-cancer-do-colo-do-uterio&Itemid=839). Acesso em: 19 abr. 2020.
- OTTO, S. E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002.

- QUARTO, L. C.; SOUZA, S. M. da F. ; SOUZA, C. de F. de O. B. A. de; TEIXEIRA, F. L. F.; MANHÃES, F. C. Evolução das pesquisas científicas acerca da aplicabilidade das metodologias ativas de aprendizagem no curso de engenharia de produção: uma análise nos periódicos indexados pela Scopus. *In: TULLIO, Franciele Braga Machado; MACHADO, Lucio Mauro Braga Machado (Orgs.). Resultados das pesquisas e inovações na área das Engenharias*. 1 ed. São Paulo: Atena, 2020. p. 178-191.
- ROZARIO, S. *et al.* Caracterização de mulheres com câncer cervical atendidas no Inca por tipo holístico. **Revista Saúde Pública**, v. 53, n. 88, 2019.
- SADOVSKY, A. D. I.; POTON, W. L.; REIS, S. B.; BARCELOS, M. R. B.; SILVA, I. C. M. Índice de Desenvolvimento Humano e prevenção secundária de câncer de mama e do colo do útero: um estudo ecológico. **Caderno Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1539-1550, 2015.
- SANFELICE, V.; GALINA, S. V. R. A atividade científica de empresas transnacionais instaladas no Brasil, medida por meio de indicadores bibliométricos. **Revista Gestão & Tecnologia**, Pedro Leopoldo, v. 11, n. 1, p.123-143, jan./jun., 2011.
- XAVIER, J. Saiba mais sobre o câncer do colo do útero. **IFF/Fiocruz**, Rio de Janeiro, 20 de setembro de 2017. Disponível em: <http://www.iff.fiocruz.br/index.php/8-noticias/390-cancer-colo-utero>. Acesso em: 18 abr. 2020.

# 14. O processo de envelhecimento da mulher: principais transformações do corpo feminino

Ana Paula Borges de Souza<sup>1</sup>  
Ademir Hilário de Souza<sup>2</sup>  
Rosalee Santos Crespo Istoe<sup>3</sup>

## Considerações iniciais

Na busca pela compreensão acerca do grande desafio de contribuir com o pensamento sobre o processo de envelhecimento seja como fenômeno contemporâneo, seja em seus múltiplos sentidos na vida cotidiana, chamou-nos a atenção o contexto da saúde da mulher idosa. Envelhecer com qualidade de vida é o grande paradigma da sociedade na atualidade e a grande preocupação para o campo das políticas públicas e das pesquisas acadêmicas.

---

1 Mestranda em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF), Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: anapaulabs197278@gmail.com

2 Mestre e doutorando em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF), Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: ademirhilariodesouza@gmail.com.

3 Docente do Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF), Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: rosaleeistoe@gmail.com



De forma significativa, já não é mais novidade, no campo da pesquisa científica sobre a temática, que o envelhecimento se tornou um fenômeno mundial e um dos mais significativos nas últimas décadas. De acordo com Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE) revelam que a previsão demográfica é que a população idosa brasileira com mais de 60 anos deve aumentar até 2060, chegando a 25,5 % da população. Revela ainda que, pela primeira vez, as projeções destacam que a população de idosos será maior que a população de jovens em idade ativa (IPEA, 2018).

Diante desse crescimento da população idosa, precisamos considerar dois pontos, a saber: 1) Que as diferenças de gênero se tornam mais expressivas na velhice. 2) As transições que perpassam o curso de vida do idoso não ocorrem de forma única e mudam de acordo com cada indivíduo, sendo mais rápidos para alguns e gradativo para outros (CAETANO, 2006). Reconhecemos que tais mudanças estão relacionadas a diferentes fatores ao longo da vida, como: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e culturais, sociais, econômicos, políticos, e ressalta-se também a vulnerabilidade dos idosos às doenças que, muitas das vezes, poderão trazer consigo a capacidade reduzida de recuperação.

Sabemos que essas mudanças que perpassam o curso de vida não ocorrem de forma uniforme para todos. O chamado “relógio social” e os “eventos de transição” variam de acordo com as condições sociodemográficas, com a posição social e com o status econômico, com o estado civil e com a raça (BATISTONI; NAMBA, 2010). Estudos demográficos destacam, frequentemente, que as disparidades entre os sexos são importantes, uma vez que as mulheres constituem a maior parte da população mundial idosa (FIGUEIREDO *et al.*, 2007). Pensando isso, entende-se que abordar o envelhecimento feminino possibilitaria diversas interpretações dos campos científicos ao dialogar com a realidade vivida e percebida com as diferentes perspectivas culturais e sociais.

Partindo dessa concepção, a questão da saúde da mulher tem despertado cada vez mais atenção de pesquisadores ao considerarmos as diferenças entre sexos na velhice, uma vez que a população idosa, no contexto mundial e no contexto brasileiro, é a que mais cresce na expectativa de vida e, nesse grupo, as mulheres. Pensando isso que entendemos, a partir de Motta (1999, p. 208 apud MONTEIRO; ROCHA, 2017, p. 8) que “[...] o envelhecimento torna-se, realmente uma questão global e particularmente ‘feminina’ demandando pesquisas sobre as características e consequências desse ‘desequilíbrio’ em sua complexidade social e subjetiva”, uma vez que a velhice entre homens e mulheres é vivenciada e vivida

de formas diferentes. Essa diferença parece-nos acontecer porque, desde cedo, os corpos femininos são de maior interesse político. Por isso, as ações de saúde pública visam os corpos femininos como controle familiar do estado, porque as mulheres, em nome da saúde dos filhos, submetem-se ao controle social político.

Nesse processo de diferenciação de gênero, no envelhecimento, que elencamos as transformações do corpo feminino como objeto de pesquisa, ao entendermos a importância de olhares interdisciplinares para ampliar os esforços para explicação das diferentes trajetórias sociais de vida das mulheres construídas socialmente para compreender as transformações no processo de envelhecimento do corpo feminino.

## Materiais e métodos

O presente capítulo demonstra nosso esforço epistemológico ao propor debater a feminização na velhice. Pensando isso, em nosso exercício de fundamentação teórica, o eixo que nos guiou foi a coleção de algumas explicitações em autores do campo *envelhecimento e gênero*.

Para responder às nossas questões, o presente estudo foi embasado por uma pesquisa bibliográfica, com o objetivo de aproximação da temática em questão. Do tipo descritiva, que “[...] visa proporcionar maior familiaridade com a questão problema, com vista a torna-lo mais explícito e assim, aprimorar as ideias e descrever um determinado fenômeno” (GIL, 1989, p. 41). E de um estudo qualitativo de natureza exploratória para formular “[...] problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” (GIL, 1989, p. 44).

## Resultados e discussão

### Envelhecimento humano

Sabemos que a população idosa cresce a cada ano. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), nas próximas décadas, a população mundial com mais de 60 anos vai ultrapassar os 842 milhões para 2 bilhões até 2050. Uma em cada seis pessoas no mundo terá mais de 65 anos, tornando o bem-estar social da terceira idade como um novo desafio para a saúde pública global (ONU, 2019). Com o crescimento acelerado da população idosa, aspectos importantes como “longevidade” e “qualidade de vida” passaram a ser um problema social, que não é atual e que necessita de ajustes e demandas de caráter emergen-

cial, em seu contexto institucional, político, econômico e de saúde (ALMEIDA; FERNANDES; ISTOE, 2018, p. 14). Alguns autores chamam a atenção para esse crescimento, que será maior nos países ao centro do capitalismo, em que se espera que a população idosa triplique nos próximos 50 anos.

O envelhecimento tornou-se uma realidade global que vem sendo percebida e discutida por diversos campos científicos, desde as últimas décadas do século XX. De acordo com Rocha (2015), as mudanças na pirâmide demográfica trazem novas necessidades, demandas por serviços, políticas públicas, benefícios assistenciais e previdenciários voltados para os idosos, que possam promover um envelhecimento de forma digna e com maior qualidade de vida (MONTEIRO; ROCHA, 2017), bem como a demanda por pesquisas com olhares interdisciplinares em pesquisas sobre envelhecimento feminino, uma vez que as pesquisas no campo começam a ganhar maior atenção no contexto científico, no século XXI (ANDRADE; ISTOE; BARRETO, 2018).

Alguns autores afirmam que o aumento da expectativa de vida de homens e mulheres estimulou a idade média da população mundial para uma escala nunca antes vista na história. Esse processo de transição demográfica é reflexo das mudanças culturais e dos avanços obtidos com a medicina, em relação à saúde e às condições de vida, como: redução da taxa de natalidade, queda da mortalidade infantil, uma vida mais saudável, longevidade e qualidade de vida (KUCHEMANN, 2012).

Por se tratar de um processo com constantes transformações e impactos positivos e/ou negativos, seja pela forma como a sociedade reage e estabelece relações de afirmação e de negação com as condições intrínsecas, o envelhecimento é fruto da sociedade na qual se habita, ou seja, para além dos fatores biológicos, cronológicos e psicológicos, o meio e as condições sociais em que vivem influenciam no processo de envelhecimento e na forma em que se enxerga a velhice (SALGADO, 2007). Para Lima (2001, p. 51), “[...] é com o reconhecimento de que a velhice é algo além do envelhecimento fisiológico e psicológico de indivíduos, que as práticas de intervenção puderam ser modificadas significativamente”.

Esse reconhecimento é resultado das diferentes abordagens e leituras dos campos científicos no tratamento da temática, nos últimos anos. Ao reconhecer que a velhice é um processo socialmente construído e determinado, é que logo ela irá assumir papéis e significados diferentes conforme a sociedade e a época em que é enfocada (MONTEIRO; ROCHA, 2017). Para os autores Scheineider e Irigary (2008, p. 587),

[...] as concepções de velhice nada mais são do que resultado de uma construção social e temporal feita no seio de uma sociedade com valores e princípios próprios, atravessados por questões multifacetadas e contraditórias.

## Envelhecimento e gênero: um debate necessário sobre a feminização da velhice

Segundo Salgado (2002), a idade e gênero são dois fatores principais apontados pelos demógrafos ao estabelecerem diferenças de papéis entre membros da população. Nessas questões, destacamos um importante fenômeno que acompanha o processo de envelhecimento populacional “[...] a feminização na velhice, isto é, a proporção maior de mulheres do que de homens na população idosa, especialmente em idades avançadas” (SOUZA *et al.*, 2018, p. 2).

Segundo as projeções do IBGE em 2013, para os próximos anos, existiria uma diferença de gênero na velhice, ao localizarmos que as mulheres continuarão vivendo mais que os homens. Revela ainda que a expectativa de vida para mulheres, em 2060, será de 84,4 anos, enquanto, para homens, será de 78,03 (AZEVEDO; RIBEIRO; ANDRADE, 2015, p. 117). A feminização da velhice passa a ser compreendida para além das proporções demográficas, mas como um processo de mudanças e transições que, historicamente, são permeadas pelos sentidos históricos da posição social da mulher na sociedade.

Tais diferenças relacionadas ao envelhecimento apresentam características importantes na velhice que tornam as mulheres mais vulneráveis, como: se, por um lado, as mulheres vivem mais; por outro lado, estão mais vulneráveis a doenças, há maior probabilidade de problemas relacionados às mudanças fisiológicas por causa da idade, o que se pode transformar em conflitos de identidade, dentre outras questões (LIMA; BUENO, 2009, p. 273).

Parece-nos que “viver mais pode não ser sinônimo de viver melhor”, uma vez que, no decorrer da vida, as mulheres acumulam desvantagens, discriminação, salários inferiores aos dos homens, dupla jornada, solidão por causa da viuvez, além de apresentarem maior probabilidade de serem mais pobres do que os homens e dependendo assim de recursos externos (NICODEMO; GODOI, 2010). Para Salgado (2002, p. 09), “[...] as mulheres de idade avançada enfrentam muitos desafios gerados por leis e políticas sociais de uma sociedade sexista e gerofóbica”.

Diversos estudos evidenciam que as mulheres idosas, aquelas que demandam cuidados, tanto com o ambiente familiar, quanto do Estado, são responsabilizadas pelas tarefas de cuidado com os filhos, com os netos e com a família (LINS; ANDRADE, 2018). O envelhecimento levava (e ainda leva) a mulher a desenvolver fortemente o papel de avó, de mãe e de esposa. Tal responsabilização se dá de forma desigual, e essa questão acontece devido a dois fatores: o primeiro, por serem mulheres; e o segundo, por serem idosas, conformando uma situação de dupla vulnerabilidade, podendo ser agravadas por outros condicionantes sociais e raciais (LINS; ANDRADE, 2018).

Segundo Marques (2016), o corpo da mulher sempre foi alvo de construções discursivas que as reduzia ao “ser materno”, sobre o qual as teses médicas, no imaginário do século XIX e XX, afirmavam que, entre homens e mulheres, não poderia haver igualdade de funções, uma vez que o corpo da mulher convergiria somente para um fim, para a maternidade e para família, e nunca para outras coisas (MARQUES, 2016). Ou seja, “[...] a mulher dentro da família tinha uma grande missão, já que desempenharia os deveres de mãe e filha” (MARQUES, 2016, p. 88). Essa “missão” de dedicação exclusiva ao lar que as mulheres teriam, segundo Marques (2016), era baseada na ideia de uma “natureza feminina”, na qual os discursos médicos se baseavam na questão biológica da mulher, na capacidade de gestar, de parir, de amamentar e de menstruar.

Mesmo com os avanços e conquistas no universo feminino, o papel da mulher nas gerações, de forma clássica, desenvolve ainda um papel importante na instituição família. Isso se deve ao fato de que, desde cedo, os corpos femininos são de maior interesse político, sob a tutela da medicina e do Estado. Em nome da família e dos filhos, as mulheres submetem seus corpos ao controle político, num contrato sexual construído pela sociedade de divisão de gênero.

Existe, portanto, desde cedo, um controle político do corpo feminino. No campo sociológico, entende-se que: a 1) sociedade produz permanentemente representações e valores sobre o corpo; 2) nesse sentido, o corpo pode ser pensado como uma construção social e nisso as representações sobre o corpo expressam as características da sociedade que as produz (LE BRETON, 2010, apud CANESQUI, 2010).

Os autores Santos e Damico (2009) abordam a construção social da velhice referenciada em Michel Foucault (2002), ao discutir que o corpo do velho, na sociedade atual, denomina o que Foucault chamou de biopolítica ou biopoder, ao entender que o corpo é o primeiro lugar evidente onde se manifesta e se expressa a idade que possuímos. O controle social sobre os indivíduos opera sobre o corpo,

na medida em que conforma uma aparência, oferece, à primeira vista, o resultado de um processo que cruzam fatores sociais e históricos profundos, como origem e trajetórias de classe e principalmente de gênero (SANTOS; DAMICO, 2009).

Diante dessa realidade, os processos e mudanças são expressos de forma mais evidente, no corpo feminino. As manifestações somáticas da velhice, os papéis sociais, as transformações cognitivas e as diferentes formas de sentir a velhice são vividas de diferentes formas por cada indivíduo, por isso se trata de um processo heterógeno e complexo (BLESSMAN, 2003).

## Mudanças do corpo feminino

A percepção do que é ser velho no Brasil permeia uma perspectiva negativa, na qual grande parte da população tem um pensamento depreciativo e negativo que caracteriza os idosos como improdutivos, caducos e antissociais (AZEVEDO; RIBEIRO; ANDRADE, 2015). Parece-nos que, aos olhos da sociedade, estar em processo de envelhecimento é visto como ultrapassado, inútil e um problema no cotidiano social e principalmente para a economia. Para Buaes (2004), a ideia de envelhecimento, especialmente a diminuição das capacidades cognitivas, dominou não só o senso comum, mas também o pensamento científico por muito tempo.

Uma coisa é evidente: para o envelhecimento feminino, é impossível pensar questões acerca do processo de envelhecimento, sem refletir sobre o corpo, mas é preciso considerar que as transformações no envelhecimento feminino revelam a construção social do corpo da mulher. Consideremos aqui então o envelhecimento como um fenômeno cultural, também ao abordamos que o envelhecimento feminino é uma construção social e cultural da percepção do corpo. Como destaca Le Breton, há um duplo sentido de envelhecer: a consciência de si e do corpo que muda e a apreciação cultural (LIMOEIRO, 2016).

Nos últimos anos, é possível constatar mudanças nas reflexões sobre o corpo envelhecido. O discurso tradicional que abordava o idoso em condições precárias, com crescentes perdas físicas e mentais, têm sido modificados (BITENCOURT, 2015). Do ponto de vista de gênero, os corpos são significados a partir de atributos culturais de feminilidade, pois historicamente os corpos femininos eram destinados à maternidade.

Apesar das novas possibilidades de escolhas (relacionadas a maternidade), essa decisão ainda pesa sobre a construção de identidade de gênero das mulheres, em

relação ao discurso médico que pressupõe “validade” para terem filhos saudáveis (BITENCOURT, 2015).

Uma etapa marcante do processo de envelhecimento feminino é a menopausa, caracterizada, entre outros aspectos, por um período de acertos emocionais (ANDRADE; ISTOE; BARRETO, 2018). Alguns autores abordam que o marco biopsicossocial do envelhecimento feminino é a menopausa. Trata-se de uma fase imbuída de significados e de alterações diferenciadas em cada mulher, sendo essas alterações principalmente de mudanças biopsicossociais (SOUZA; ARAÚJO, 2015). Os autores Andrade, Istoe e Barreto (2018, p. 17-18) salientam que as reações emotivas dessa etapa estão particularmente influenciadas pela maneira como a mulher se posiciona e encara o envelhecimento, ou seja, é menos acentuado entre mulheres que associam a menopausa à maior maturidade e autoconfiança.

O envelhecimento feminino é permeado por diversas mudanças, como a questão do peso e da aparência. Segundo Ferreira (2010), a construção acerca da mulher que envelhece está ligada a seu destino fisiológico e o quanto são prejudiciais e lhe negam a alteridade, uma vez que a curva desse destino é mais descontínua do que a curva do homem, pois os períodos de passagem refletem crises decisivas e acontecem na vida da mulher, de forma diferente. As mudanças corporais no envelhecimento são muitas e começam a aparecer com frequência (LIMA, 2015).

Bitencourt (2015), em suas análises sobre mudanças vivenciadas no corpo da mulher, no envelhecimento, relata que as entrevistadas, em sua pesquisa, enfatizaram a imagem corporal por meio do ganho de peso, ao relatarem que, com o avançar da idade, ganharam muito peso e, por isso, sentiam-se insatisfeitas com o corpo e que esse fator estava relacionado às gestações e ao uso contínuo de medicamentos pós-cirúrgicos. Percebe-se então, a partir de Menezes, Lopes e Azevedo (2009), que a identidade pessoal estaria ligada à identidade corporal como uma desvantagem feminina.

Para Lima (2015, p. 61), o estereótipo do corpo feminino tem grande influência do discurso midiático. O culto ao corpo dá-se pelo fato de que essas mulheres devem seguir o que é padrão, do contrário, serão perseguidas pela culpa de não adequação do socialmente aceito. Na velhice, a imagem corporal revela as mudanças mais visíveis num primeiro momento. Blessman (2003, p. 116), ao abordar as mudanças físicas e biológicas, enfatiza que a aparência dos indivíduos na velhice se transforma, e isso não é aceito por muitos de maneira fácil, pois a imagem corporal “[...] é representada pelo declínio físico e visível, e a dificuldade

de aceitar de fato induz a existência de um eu invisível, que envelhece, e um eu invisível, que se mantém jovem”. Isso acontece por dois motivos:

[...] primeiro, porque a pessoa não se vê como corpo, ela apenas possui, então, dessa forma, pode só o corpo envelhecer, e ela não. E um segundo ponto, porque o corpo que ela possui é matéria, e na matéria não tem sentimento (BLESSMAN, 2003, p. 116).

Por isso, entendemos que as percepções de corpo e de envelhecimento estão diretamente ligadas às construções sociais, uma vez que existe um duplo sentido de envelhecer: de consciência do corpo e de si e a apreciação cultural (LIMOEIRO, 2016).

## Considerações que não são finais

Trabalhou-se, neste capítulo, com uma perspectiva de envelhecimento a partir de uma perspectiva de gênero, entendendo o processo de envelhecimento como construído socialmente, historicamente e culturalmente na sociedade. Objetivou-se abordar reflexões críticas para debater o envelhecimento para além de um processo natural da vida, mas que se levam em consideração as expressões da feminização da velhice. Se, por um lado, entende-se o envelhecimento como fenômeno processual e natural da vida; por outro lado, é também um processo de construção social. Mas há de se ter em consideração outros aspectos, que fazem do envelhecimento um fenômeno muito mais cultural e social que propriamente natural como é de senso comum.

As diferenças de gênero expressas, de forma cada vez mais nítida, na velhice, suscitou, em nós, reflexões e contribuições num campo de pesquisa em ascensão, ao compreender que as transformações e as mudanças no corpo feminino demandam políticas públicas de saúde da mulher específicas, além de servir como alerta para uma sociedade sexista e gerofóbica.

## Referências

ALMEIDA, L. C. C.; FERNANDES, F. G.; ISTOE, R. S. C. O perfil da violência contra a pessoa idosa: uma análise a partir das representações recebidas pela Ouvidoria do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. *In*: ISTOE, R. S. C.; MANHÃES, F. C.; SOUZA, C. H. M. (Orgs.). **Envelhecimento Humano em processo**. Campos dos Goytacazes: Brasil Multicultural, 2018.



- ANDRADE, L. V.; ISTOE, R. S. C.; BARRETO, E. C. Representações de envelhecimento feminino para um grupo de terceira idade: reflexões e perspectiva em um estudo de campo. *In: ISTOE, R. S. C.; MANHÃES, F. C.; SOUZA, C. H. M. (Orgs.). Envelhecimento Humano em processo*. Campos dos Goytacazes: Brasil Multicultural, 2018.
- AZEVEDO, J. C.; RIBEIRO, K. R. ANDRADE, L. V. Processos psicológicos e físicos do envelhecimento: a resiliência e relação entre a perda e o perder. *In: MANHÃES, F. C.; ISTOE, R. S. C.; SOUZA, C. H. M. (Orgs.). Envelhecimento Humano em foco: abordagens interdisciplinares I*. Campos dos Goytacazes: Brasil Multicultural, 2015.
- BATISTONI, S. S. T.; NAMBA, C. S. Idade subjetiva e suas relações com o envelhecimento bem-sucedido. *Psicologia em Estudo*, v. 15, n. 4, p. 733-742, 2010.
- BUAES, C. S. Envelhecimento e educação: em foco a aprendizagem de trabalhadores mais velhos. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, v. 6, 2004.
- BITENCOURT, S. M. Gênero e Envelhecimento: reflexões sobre o corpo que envelheceu. *Revista Kairós: Gerontologia*, v. 18, n. 2, p. 443-458, 2015.
- BLESSMAN, E. J. **Corporeidade e envelhecimento**: o significado do corpo na velhice. 178 f. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado em Ciências do Corpo Humano) – Escola de Educação Física, Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.
- CANESQUI, A. M. A sociologia do corpo. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 15, n. 36, p. 321-323, 2011.
- CAETANO, L. M. O Idoso e a atividade física. **Horizonte: Revista de Educação Física e Desporto**, v. 11, n. 124, p. 20-28, 2006.
- FIGUEIREDO, M. do L. F. et al. As diferenças de gênero na velhice. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 4, p. 422-427, 2007.
- FERREIRA, V. N. **O envelhecimento feminino na Sociedade do Espetáculo**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.
- KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012.
- LIMA, M. A. A gestão da experiência de envelhecer em um programa para a terceira idade: a Unati/Uerj. *In: VERAS, R. P. et al. (Orgs.). Velhice numa perspectiva saudável*. Rio de Janeiro: UERJ, UNATI, 2001.
- LIMA, L. C. V.; BUENO, C. M. L. B. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosos no Brasil. **Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 2, p. 273-280, 2009.
- LIMA, T. M. C. de *et al.* **Envelhecimento feminino**: produção das subjetividades do sujeito mulher pela estética do corpo. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – UFG, Goiânia, 2015.
- LIMOEIRO, B. C. O envelhecimento e as mudanças no corpo: novas preocupações e velhas angústias. **Velho é lindo**, p. 39-78, 2016.

- LINS, I. L.; ANDRADE, L. V. R. A feminização da velhice: representação e silenciamento de demandas nos processos conferencistas de mulheres e pessoas idosas. **Mediações-Revista de Ciências Sociais**, v. 23, n. 3, p. 436-465, 2018.
- MARQUES, A. C. Controlando os (es)paços femininos: do corpo da mulher materna ao corpo da mulher trabalhadora e higiênica. **Urbana: Revista Eletrônica Do Centro Interdisciplinar De Estudos Sobre a Cidade**, v. 8, n. 1, p. 76-94, 2016.
- MENEZES, T. M. O.; LOPES, R. L. M.; AZEVEDO, R. F. A pessoa idosa e o corpo: uma transformação inevitável. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 3, 2009.
- MONTEIRO, Y. T.; ROCHA, D. E. Envelhecimento e gênero: a feminização da velhice. *In: JORNADA INTERNACIONAL POLÍTICAS PÚBLICAS*, 8., 2017, São Luiz. **Anais [...]**. São Luiz: UFMA, 2017.
- NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, v. 6, n. 1, p. 40-53, 2010.
- ONU. População mundial deve chegar a 9,7 bilhões de pessoas em 2050, diz relatório da ONU. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/populacao-mundial-deve-chegar-a-97-bilhoes-de-pessoas-em-2050-diz-relatorio-da-onu/>. Acesso em: 10 abr.2020.
- POPULAÇÃO IDOSA BRASILEIRA DEVE AUMENTAR ATÉ 2060. **Ipea**, 27 jul. 2018. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option%20=com\\_content&view=article&id=33875:populacao-idosa-brasileira-deve-aumentar-ate-2020%2060&catid=30:disoc&directory=1](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option%20=com_content&view=article&id=33875:populacao-idosa-brasileira-deve-aumentar-ate-2020%2060&catid=30:disoc&directory=1). Acesso em: 10 abr. 2020.
- ROCHA, D. E. **Velhice e sociabilidade**: estudo sobre o grupo de criação literária do TSI/ Sesc fortaleza. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade) – Universidade Estadual do Ceará, 2015.
- SANTOS, F. C.; DAMICO, J. G. S. O mal-estar na velhice como construção social. **Pensar a Prática**, v. 12, n. 1, 2009.
- SALGADO, M. A. Os Grupos e a ação pedagógica do trabalho social com idosos. **Revista da terceira idade**, SESC/SP, v. 18, n. 39, jun. 2007.
- SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Revista Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 4, 2002.
- SCHENEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: Aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Campinas, SP. **Revista Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008.
- SOUZA, N. L. S. A.; ARAÚJO, C. L. C. Marco do envelhecimento feminino, a menopausa: sua vivência, em uma revisão de literatura. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 149-165, 2015.
- SOUZA, N. F. da S. et al. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. 01-14, 2018.

# Índice remissivo

## A

Assistência social 55, 115

Autoestima 28, 72, 93, 97, 109, 129,  
131, 134, 136, 138, 144, 157,  
159, 161

## B

Bem-estar 28, 36, 41, 42, 48, 69, 70,  
71, 73, 74, 75, 77, 91, 98, 101,  
130, 135, 138, 144, 146, 159,  
166, 183

## C

Câncer de colo do útero 172, 173,  
174, 178

Climatério 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96,  
142, 143, 144, 145, 146, 147,  
149, 150, 151, 152

Corpo feminino 134, 156, 183, 186,  
187, 188, 189

Crimes passionais 13, 14, 15, 17, 19,  
21, 23

Cuidado 19, 42, 46, 55, 56, 57, 62,  
84, 86, 116, 119, 122, 123,  
124, 128, 186

## D

Dança 129, 130, 131, 132, 133, 134,  
135, 136, 137, 138

Desigualdade 14, 31, 33, 35, 61, 73,  
77

Direito 11, 12, 17, 18, 53, 55, 57, 60,  
63, 64, 65, 114, 115, 116, 122,  
125, 159

Dominação 19, 20, 28

## E

Educação em saúde 114, 121, 123,  
124

Envelhecimento 11, 90, 95, 97, 101,  
102, 104, 105, 106, 107, 108,  
109, 144, 145, 148, 155, 157,  
160, 161, 162, 163, 164, 165,  
166, 181, 182, 183, 184, 185,  
186, 187, 188, 189

Equilíbrio emocional 17, 152

Estética 87, 130, 156, 159

Expectativa de vida 102, 143, 182,  
184, 185

## F

Família 24, 34, 35, 42, 86, 114, 115,  
116, 122, 123, 129, 186

Feminicídio 15, 21

## G

Gênero 14, 19, 21, 22, 24, 28, 29, 30,  
32, 33, 34, 35, 36, 37, 53, 55, 56,  
57, 59, 61, 63, 64, 65, 70, 71, 83,  
85, 90, 144, 182, 183, 185, 186,  
187, 189

Gerascofobia 157, 161, 163, 164, 166

Gestação 37, 90, 122, 124, 143, 152

## H

Hipermodernidade 71

## M

Marginalização 59, 62, 161

Memória 94, 95, 105, 130, 146, 147,  
165

Mercado de trabalho 28, 29, 30, 32,  
33, 34, 35, 37

Mídia 15, 18, 22, 23, 24, 156, 157, 158,  
165, 166

Mudanças hormonais 90, 94

## P

Padrões 11, 53, 59, 63, 70, 87, 107,  
117, 122, 156, 159

Políticas públicas 33, 53, 54, 58, 59,  
60, 64, 81, 82, 86, 102, 181, 184,  
189

Pré-natal 84, 114, 121, 122, 123, 124

Produção científica 170, 173, 174, 178

Psicologia Positiva 69, 73, 77

Psicoterapia 41, 42, 45, 46, 47, 48, 49,  
91, 97, 133

## Q

Qualidade de vida 28, 37, 40, 48, 49,  
61, 69, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97,  
101, 102, 108, 109, 110, 114,  
115, 116, 130, 134, 143, 144,  
146, 178, 181, 183, 184

## R

Relações afetivas 18, 19

## S

Saúde da mulher 11, 28, 81, 83, 85, 86,  
87, 90, 97, 101, 110, 118, 121,  
144, 145, 178, 181, 182, 189

Saúde mental 11, 36, 40, 41, 42, 47,  
48, 49, 56, 81, 82, 90, 118, 149,  
157, 159, 166

Saúde pública 58, 86, 89, 94, 97, 106,  
169, 183

Sistema de saúde 37, 55, 86, 119, 123

## V

Violência 11, 14, 15, 16, 18, 19, 20,  
21, 23, 24, 53, 55, 60, 61, 64, 83,  
87, 128

---

Copyright © 2021 Encontrografia Editora. Todos os direitos reservados.

É proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem a expressa  
autorização dos autores e/ou organizadores.

---

A obra *Saúde da mulher: múltiplos olhares*, organizada em dois volumes, totalizando vinte e seis capítulos, reúne elementos teóricos e práticos sobre o papel da mulher no contexto social, midiático, educacional, familiar e da saúde nas diversas áreas do conhecimento, a partir de ações e teorias voltadas para a proteção e promoção à saúde da mulher e, sobretudo, da articulação frente aos desafios interpostos, considerando a pluralidade dos diferentes segmentos sociais do país.

Os pesquisadores desta obra, sob diferentes perspectivas, apontam o papel da mulher dado às diferentes dimensões que direta e indiretamente reconhecem o direito, a educação e a saúde como estratégicos na construção de um Brasil mais humano. Que este trabalho compartilhado possa trazer outras ideias, pesquisas e ações.

### Os organizadores



encontrografia

[encontrografia.com](http://encontrografia.com)

[www.facebook.com/Encontrografia-Editora](https://www.facebook.com/Encontrografia-Editora)

[www.instagram.com/encontrografiaeditora](https://www.instagram.com/encontrografiaeditora)

[www.twitter.com/encontrografia](https://www.twitter.com/encontrografia)