

Conexões da Saúde Mental e Território

Coleção Geografia da Saúde

Eduardo Augusto Werneck Ribeiro
Adeir Archanjo da Mota
Carlos Gonzalo Giraldez
(Organizadores)

2019

1º EDIÇÃO

Instituto Federal Catarinense

EDUARDO AUGUSTO WERNECK RIBEIRO
ADEIR ARCHANJO DA MOTA
CARLOS GONZALO GIRALDEZ
(ORGANIZADORES)

CONEXÃO DA SAÚDE MENTAL E TERRITÓRIO

1ª Edição

Coleção Geografia da Saúde

Blumenau, 2019

Instituto Federal Catarinense

© 2019 Editora Instituto Federal Catarinense.

Rua das Missões, nº 100

Ponta Aguda - Blumenau - SC

CEP 890510-000.

Editor: Eduardo Augusto Werneck Ribeiro

Conselho Editorial: Cladecir Alberto Schenckel, Fernando José Garbuio, Josefa Surek de Souza e Kátia Oliveira

Conselho Científico da Coleção: *Ana Carolina Beceyro* (Universidad Nacional de Cuyo), *Anselmo César Vasconcelos Bezerra* (Instituto Federal de Pernambuco), *Christovam Barcellos* (Fundação Oswaldo Cruz), *Eduardo Augusto Werneck Ribeiro* (Instituto Federal Catarinense), *Flávia de Oliveira Santos* (Universidade Federal de Uberlândia), *Francisco de Assis Mendonça* (Universidade Federal do Paraná), *Helen Gurgel* (Universidade de Brasília), *Jan Bitoun* (Universidade Federal de Pernambuco), *Jane Kelly Oliveira Friestino* (Universidade Federal da Fronteira Sul), *João Carlos de Oliveira* (Universidade Federal de Uberlândia/ESTES), *Jorge Amancio Pickenhayn* (Universidad Nacional de San Juan, Argentina), *José Seguinot Barbosa* (Universidad de Puerto Rico), *José Roberto Machado* (Instituto Federal de Santa Catarina), *Lígia Vizeu Barrozo* (Universidade de São Paulo), *Luisa Iñiguez Rojas* (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Cuba), *Marina Jorge de Miranda* (Ministério da Saúde), *Marcia Siqueira de Carvalho* (Universidade Estadual de Londrina), *Martha Priscila Bezerra Pereira* (Universidade Federal de Campina Grande), *Mauricio Monken* (Fundação Oswaldo Cruz), *Marcos Mattedi* (FURB), *Maiko Rafael Spiess* (FURB), *Miguel Ernesto González Castañeda* (Universidad de Guadalajara, México), *Paulo Nuno Maia de Sousa Nossa* (Universidade de Coimbra; Portugal), *Paulo Cesar Peiter* (Fundação Oswaldo Cruz), *Rafael Catão* (Universidade Federal do Espírito Santo), *Rivaldo Mauro de Faria* (Universidade Federal de Santa Maria), *Raul Borges Guimarães* (Unesp/Presidente Prudente), *Samuel do Carmo Lima* (Universidade Federal de Uberlândia), *Umberto Catarino Pessoto* (Instituto de Saúde/SUCEN/SES-SP), *Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues* (Universidade Federal do Maranhão).

Somos filiados :



ISBN: 978-85-5644-037-2

DOI: <http://dx.doi.org/10.21166/9788556440372>

Sumário

APRESENTAÇÃO	5
---------------------------	----------

CONSIDERAÇÕES SOBRE AS ÁREAS VERDES NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NOS ESPAÇOS URBANOS/CONSIDERATIONS ABOUT THE GREEN AREAS ON THE PROMOTION OF MENTAL HEALTH IN URBAN SPACES	7
---	----------

Adeir Archanjo da Mota e Lucas Manoel Cardoso de Oliveira

SUICÍDIO EM MATO GROSSO DO SUL: PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO NO TRIÊNIO 2014-2016 / SUICIDE IN MATO GROSSO DO SUL: SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE IN THE TRIENNium 2014-2016	15
--	-----------

Adeir Archanjo da Mota e Pedro Antônio Araújo da Silva

SOFRIMENTO MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: ABORDAGENS DA LITERATURA BRASILEIRA / MENTAL SUFFERING IN PRIMARY HEALTH CARE: APPROACHES OF BRAZILIAN LITERATURE	23
---	-----------

Amauri de Oliveira, Deoclécio Luchini Junior, Graciela Soares Fonseca, Jane Kelly Oliveira Friestino, João Marcos Soares Miranda Cordeiro, Laura Lange Biesek e Paulo Roberto Barbato

SAÚDE E VIDA: REFLEXÕES A PARTIR DE CANGUILHEM E NIETZSCHE / HEALTH AND LIFE: FROM CANGUILHEM AND NIETZSCHE THOUGHTS	30
---	-----------

Lucas Tavares Honorato

ANTIDEPRESIVOS: ETNOGRAFÍA DEL CONSUMO EN LA POBLACIÓN DE SALUD PÚBLICA DE MONTEVIDEO, PERÍODO MARZO 2018 A MARZO DE 2019/ ANTIDEPRESSANTS: ETHNOGRAPHY OF CONSUMPTION IN THE PUBLIC HEALTH POPULATION OF MONTEVIDEO, PERIOD MARCH 2018 TO MARCH 2019	35
--	-----------

Andrea Bielli, Carlos Gonzalo Giraldez, Carolina Geneyro, Cecilia Castelli, Gabriela Bruno, Ismael Olmos, Lauren Predebón, Mauricio Mato, Mauricio Toledo, Nancy Calisto, Pilar Bacci, Santiago Navarro e Virginia Rodriguez

SAÚDE MENTAL DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – CÂMPUS DE PRESIDENTE PRUDENTE (SP): APONTAMENTOS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS / MENTAL HEALTH OF UNDERGRADUATE STUDENTS OF SÃO PAULO STATE UNIVERSITY - CAMPUS PRESIDENTE PRUDENTE (SP): LESSONS TO PUBLIC HEALTH	46
---	-----------

Mariana Pimenta Bernardes e Raul Borges Guimarães

SOBRE OS AUTORES	55
-------------------------------	-----------

APRESENTAÇÃO

O maior desejo de uma pessoa, de uma família, de um povo quase sempre está intimamente relacionado ao que se reconhece em dado espaço-tempo por uma vida saudável. Para isto são empreendidos muitos esforços, mobilizando recursos individuais e coletivos na busca desta “Utopia”.

A saúde humana é em grande medida resultado e condição da produção dos contextos geográficos, tanto em suas dimensões ambiental quanto social. Questiona-se se ainda há primeira natureza no planeta Terra, mas já é consenso que a mais de um século o planeta é um ambiente humanizado, que passou a ser denominado Antropoceno, uma nova época na Era Cenozoica. Nosso potencial de produção, transformação e destruição fez inaugurar uma nova época, que não deveria alimentar nosso ego, já que é mais pautado pelo poder de transformação inconsequente do que pela sustentabilidade socioambiental.

A vida social impõe regras, pactos, acordos, leis, algumas destas leis contrapõem fortemente os pulsos/impulsos pessoais na construção lenta, sensível e árdua do processo civilizatório. Estas castrações já promovem as condições conflituosas suficientes para promover quase todos os tipos de transtornos mentais e de violências.

E a genética? Esta pouco auxilia na explicação dos fatores de risco relacionadas as causas externas. Já a “genética” das vulnerabilidades sociais esta sim explica em grande medida os agravos, as incapacidades e os desfecho, em morte, em apagamentos da história de tudo que revela ser o “Outro”.

As interfaces entre o “Eu”, o “SuperEu” e o Contexto Geográfico torna-se uma fronteira permeável entre as Ciências Humanas e as Ciências da Saúde, em especial entre a Geografia da Saúde e a Psicologia Social, na busca de melhor compreender as interrelações ambiente-território-sociedade-pessoa-saúde; as capacidades e as limitações de respostas individuais e coletivas na produção de vida saudável; assim como a consolidação do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), através dos princípios organizativos e doutrinários estabelecidos no processo de redemocratização do país.

Como parte deste movimento, os ensaios acadêmico-científicos reunidos nesta coletânea realizaram movimentos no sentido do que Guimarães (2019) denominou de “Teoria da dupla determinação geográfica da saúde”, ao considerar tanto a determinação epistemológica quanto a determinação ontológica; ao considerar a análise espacial, parte relevante do raciocínio geográfico, assim como a compreensão da geograficidade da produção da vida, do cuidado, das psicopatologias e violências aqui abordadas.

Os capítulos que compõe este livro está são resultados dos estudos debatidos e qualificados no eixo temático “Conexões da Saúde Mental e Território” e das apresentações e reflexões promovidas na Oficina “*Geografia e Saúde Mental*” do IX Simpósio Nacional de Geografia da Saúde: “**Em defesa do SUS.... MAIS Geografia**”, realizado em 2019 na cidade de Blumenau-SC.

O capítulo “Considerações sobre as Áreas Verdes na Promoção da Saúde Mental nos Espaços Urbanos”, de autoria de Lucas Manoel Cardoso de Oliveira e Adeir Archanjo da Mota, teve por objetivo identificar as influências que as áreas verdes urbanas promovem na saúde, em especial na saúde mental dos usuários frequentes de espaços públicos com este tipo de amenidade socioambiental, assim como contribuir na tomada de decisão referente aos espaços urbanos.

O segundo capítulo, intitulado “Suicídio em Mato Grosso do Sul: Perfil sociodemográfico no triênio 2014-2016”, de Pedro Antônio Araújo da Silva e Adeir Archanjo da Mota, os autores mapearam a incidência trienal do suicídio dos municípios de uma unidade federativa do Centro-Oeste. O estudo permitiu identificar os municípios com as taxas mais discrepantes do estado, tanto muito alta quanto baixa, assim como buscar compreender a dupla determinação geográfica do suicídio a partir das interrelações entre os agrupamentos espaciais dos municípios com taxas altas e os perfis sociodemográficos destes agrupamentos.

No capítulo “Sofrimento Mental na Atenção Básica: Abordagens da Literatura Brasileira”, os autores Amauri de Oliveira, Deoclécio Luchini Junior, Graciela Fonseca, Jane Kelly Friestino, João Marcos Cordeiro, Laura Biesek e Paulo Roberto Barbato analisaram, a partir da revisão

bibliográfica, como o sofrimento mental está sendo abordado na Atenção Primária à Saúde no Brasil. A sistematização dos estudos por esta equipe multiprofissional permitiu afirmarem que há um predomínio do uso de terapia medicamentosa em detrimento de outras terapias, assim como destacarem uma alta prevalência do sofrimento mental relacionada as dificuldades de manejo, principalmente pelos profissionais que não tiveram formação adequada.

O capítulo “Saúde e Vida: Reflexões a partir de Canguilhem e Nietzsche”, de autoria do Lucas Tavares Honorato, promove reflexões acerca dos conceitos de saúde e vida a partir do pensamento dos filósofos Georges Canguilhem e Friedrich Nietzsche, na direção de ampliar o debate sobre a produção de saúde, na busca de ir além do binômio saúde-doença e considerar os projetos de felicidade e a resiliência em relação ao sofrimento.

Outro capítulo desenvolvido a partir de um estudo de uma equipe multiprofissional foi intitulado “Antidepressivos: Etnografía del consumo en la población de Salud Pública de Montevideo, período marzo 2018 a marzo de 2019”, de Agda Andrea Bielli, Carlos Gonzalo Giraldez, Carolina Geneyro, Cecilia Castelli, Gabriela Bruno, Ismael Olmos, Lauren Predebón, Mauricio Mato, Mauricio Toledo, Nancy Calisto, Pilar Bacci, Santiago Navarro e Virginia Rodriguez. O estudo teve por objetivos descrever e analisar as dimensões socio técnicas que geram geografias de prescrições e consumo de antidepressivos na capital do Uruguai, Montevideo, utilizando métodos quantitativo e qualitativo. Os mapeamentos das dispensações de antidepressivos, de profissionais e serviços de saúde e de indicadores sociais permitiram os autores a identificar “paisagens psicotrópicas” relacionadas as acessibilidades e indicadores socioespaciais das distintas zonas urbanas de Montevideo estudadas.

No capítulo “Saúde Mental de Estudantes de Graduação da Universidade Estadual Paulista – Câmpus de Presidente Prudente (SP): Apontamentos para Políticas Públicas” os autores Mariana Pimenta Bernardes e Raul Borges Guimarães tiveram por objetivo identificar os níveis dos transtornos de ansiedade e depressão em estudantes ensino superior de diferentes cursos de graduação, assim como compreender as principais motivações e a socializar possibilidades de acesso ao cuidado.

Boa leitura, que as ideias desta coletânea promovam um caminhar em direção a “Utopia”, a recuperação da potência de viver e o ânimo necessário para o contínuo “remar” na contracorrente da Contrarreforma Psiquiátrica, do desfinanciamento do SUS, do modelo de desenvolvimento hegemônico.

Os organizadores.

CONSIDERAÇÕES SOBRE AS ÁREAS VERDES NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NOS ESPAÇOS URBANOS

CONSIDERATIONS ABOUT THE GREEN AREAS ON THE PROMOTION OF MENTAL HEALTH IN URBAN SPACES

Lucas Manoel Cardoso de Oliveira
Universidade Federal da Grande Dourados
lc123_4@hotmail.com

Adeir Archanjo da Mota
Universidade Federal da Grande Dourados
adeirmota@ufgd.edu.br

ABSTRACT: The main goal of related studies the urban green areas in mental health promotion is to understand what influences these areas have in everyday life the people who attend green urban spaces are considered. To analyze various authors that discuss about the theme, one discovers a concept yet little used in studies of health, which is the environmental psychology, which brings in your sphere of influence who studies the interrelation of the individual with nature generates in mental health promotion. Linked to this concept of environmental psychology have the psychology area studies in conjunction with the understanding and perception of environmental sciences. Through this analysis one can observe that contact with urban green areas brings great benefits to physical health and mental health of individuals. The implementation of green areas in the urban helps immensely in promoting quality of life of a population, bringing also great contribution in decision-making regarding urban spaces.

Keywords: Environmental Psychology. Urban Green Space. Quality of life. Mental Health.

Desde os primórdios da existência humana ficou evidente a elaboração do pensamento, da consciência antes de realizar as intervenções em seu ambiente de vida, mesmo que mínimas, se compararmos com as ações antrópicas na contemporaneidade. Com os adventos do desenvolvimento de novas tecnologias que promoveram mais forças físicas e extensão de todos os tipos de sensores, aplicadas nas mais variadas atividades humanas, como nos meios de transportes, nas informações, nas telecomunicações, essas intervenções acabaram se tornando cada vez mais frequentes e devastadoras.

Coelho et. al. (2006, p. 200) sintetiza as contribuições de diversos estudos destacando que:

Este antropocentrismo tradicional, no qual se faz presente a percepção do “dominador” (ser humano) versus “dominado” (natureza) é atribuído a múltiplos fatores históricos, do tipo: a expansão europeia durante o século XVI, com a “descoberta” de novos mundos com recursos aparentemente inesgotáveis; o predomínio de cristãos convictos da dominação dos homens sobre outras criaturas (Schultz, Zelezny & Dalrymple, 2000); o florescimento do capitalismo; o desenvolvimento das capacidades científicas e tecnológicas, e a dedicação ao contínuo aperfeiçoamento e progresso da sociedade humana (Dunlap & Van Liere, 1978). Este paradigma antropocêntrico caracteriza uma crença no não-esgotamento dos recursos naturais, progresso contínuo e necessidade de desenvolvimento; expressa uma confiança na resolução de problemas pela ciência e tecnologia e um forte compromisso com a economia de livre mercado e propriedade privada (Albrecht, Bultena, Hoiberg & Nowak, 1982).

O desejo equivocado de dominar a natureza, tratada por parte considerável da população apenas como recursos naturais, faz com que o ser humano gere graves e contínuos problemas ambientais. Estes problemas podem ser entendidos como causados por comportamentos humanos

mal adaptados, conforme Maloney e Ward (1973) *apud* Coelho et. al. (2006), ao analisar as pessoas que não se adaptam ao lugar e buscam, conseqüentemente, modifica-lo o máximo possível, para que a natureza passe a adequar as suas necessidades.

O entendimento das relações entre o homem e o ambiente é um dos principais objetivos da Geografia, necessitando também compreender como estas relações impactam a saúde da população nos diferentes contextos geográficos. Para o entendimento dessas relações do espaço e da saúde humana, segundo Junqueira (2009), emerge uma vertente que abrange o relacionamento entre a qualidade de vida, a educação, à moradia, o saneamento básico, infraestrutura em saúde e outros com a saúde das populações. Sendo denominada em vários países por Geografia da Saúde.

Para Guimarães (2015, p.81), o entendimento do conceito de saúde por uma ótica geográfica terias três categorias principais:

O primeiro termo (extensão) refere-se à dimensão do espaço e, ao mesmo tempo, implica a habilidade de localização dos objetos geográficos na superfície terrestre. Por sua vez, ordem é um atributo espacial relacionado à distribuição dos elementos geográficos no espaço, enquanto o termo conexão diz respeito ao elo existente entre os objetos e as ações humanas num sistema de relações no qual nenhum elemento é isolado dos outros.

Compreender a saúde de um olhar geográfico torna-se de grande valia para o entendimento da sociedade e de como é relacionamento que os mesmos mantem com o espaço. Segundo Guimarães (2015), “o estudo da geografia conjuntamente coma a saúde, consegue possibilitar um amplo leque de opções de estudos, tais como o surgimento, a dispersão e o impacto do crescimento de doenças mentais e comportamentais em ambientes urbanos”.

Entender Geografia da Saúde torna-se fundamental para identificar quais os impactos que o espaço tem sobre a saúde das pessoas, e para estes estudos pode-se buscar contribuições de uma vertente da Psicologia denominada Psicologia Ambiental, que segundo Corral-Verdugo (2005) tenta demonstrar as influências que os aspectos físicos e sociais do meio ambiente tem no modo de viver e no comportamento das pessoas e como estas podem afetar todo entorno. Esta vertente,

[...] emergiu como uma área aplicada da psicologia objetivando resolver problemas com respeito às interações ambiente - comportamento. Como é bem conhecido, duas abordagens dominaram a área (e ainda prevalecem) desde as suas origens. Uma abordagem privilegiou o estudo dos efeitos ambientais sobre o comportamento. Estudos referentes à percepção ambiental, mapas cognitivos, preferências ambientais, ao efeito da estimulação ambiental sobre o desempenho humano, às relações entre o projeto e o uso de espaços construídos, e às avaliações pós-ocupação são representativos desta abordagem (Evans e Cohen, 1987; Kaplan, 1987; Lynch, 1960; Veitch e Arkkelin, 1995; Zimring e Reizenstein, 1980) (CORRAL-VERDUGO, 2005, p. 73).

Segundo Pinheiro (1997), os autores Bonnes e Secchiaroli (1995), conseguem identificar a interferência e a influência de outras ciências no estudo de Psicologia, tais com a arquitetura, o planejamento ambiental, a geografia e as ciência bio/ecológicas. Ciências essas que inicialmente não teriam nenhuma influência e nem correlação com os estudos psicológicos.

A influência da Geografia nos estudos psicológicos se destaca principalmente pela relação da natureza e dos aspectos socioculturais no comportamento espacial humano, conforme explica Pinheiro (1997, p. 383), dizendo que,

Ao incluírem a mediação dos processos de cognição espacial e percepção ambiental na correlação dinâmica entre pessoa e ambiente, esses geógrafos se aproximavam de áreas tradicionalmente estudadas por psicólogos, como a abordagem piagetiana da cognição espacial, por exemplo (Tuan, 1980, 1983).

Guimarães (2015) pontua que os ambientes urbanos são complexos, sendo local de inter-relações ambientais de três ordens: social (cultural), física e biológica. A saúde seria portando um resultado da interação que o ser humano tem com esses ambientes. Em qualquer um desses que houver desequilíbrio, pode-se desenvolver doenças. Os espaços urbanos seriam então espaços críticos no que se diz respeito aos indicadores da saúde da qualidade de vida e do bem-estar social.

A qualidade de vida urbana está diretamente atrelada a vários fatores que estão reunidos na infraestrutura, no desenvolvimento econômico-social e àqueles ligados à questão ambiental, como enfatizam Loboda e Angelis (2005, p. 131) a afirmarem que “no caso do ambiente, as áreas verdes públicas constituem-se elementos imprescindíveis para o bem-estar da população, pois influencia diretamente a saúde física e mental da população”.

AS IMPORTANTES FUNÇÕES DAS ÁREAS VERDES

As cidades são espaços com grande impermeabilização do solo e abundância de materiais altamente absorvedores e dissipadores de energia, ao que se soma a geração de resíduos e as poluições atmosférica, hídrica, sonora e visual. O planejamento da constituição das áreas verdes urbanas, conforme Gonçalves (2008) é uma forma de amenizar a artificialidade e os problemas que estas características das cidades geram na vida das pessoas. Essas áreas verdes localizadas em cidades, tem diversos conceitos e funções dentro de um ambiente urbano, de acordo com Mazzei et al. (2007) *apud* Bargas e Matias (2011 p. 177), “[...] as áreas verdes não são necessariamente voltadas para a recreação e o lazer, objetivos básicos dos espaços livres, porém devem ser dotadas de infraestrutura e equipamentos para oferecer opções de lazer e recreação às diferentes faixas etárias, a pequenas distâncias da moradia (que possam ser percorridas a pé)”.

As funções que as áreas verdes e os espaços livres desempenham no meio urbano podem ser agrupadas em três conjuntos: O primeiro diz respeito aos valores visuais ou paisagísticos, em senso estrito. O segundo aos valores recreativos. O terceiro aos valores ambientais. Estas funções não são excludentes: um determinado espaço pode desempenhar papel relevante nas condições ambientais de uma cidade e ao mesmo tempo ter um grande potencial recreativo e ser um elemento de destaque na paisagem urbana (BARTUNI, 1996, p.49).

Conforme Mazzei, Colesanti e Santos (2007), para conseguirmos medir a qualidade ambiental no meio urbano, precisa-se verificar o índice áreas verdes por habitante. Pois o mesmo evidencia a quantidade de áreas disponíveis para o contato com a natureza, o lazer, e também que consiga oferecer toda a infraestrutura necessária para circulação e recreação de indivíduos de diversas faixas etárias, sem perder o seu principal intuito que é a preservação e conservação da natureza. “A manutenção das áreas verdes urbanas sempre foi justificada pelo seu potencial em propiciar qualidade ambiental à população. Ela interfere diretamente na qualidade de vida dos seres por meio das funções sociais, ecológicas, estéticas e educativas, que elas exercem para amenização das consequências negativas da urbanização” (BARGOS; MATIAS, 2011)

Para Loboda e Angelis (2005) as áreas verdes urbanas estão diretamente ligadas a qualidade de vida da sociedade, agindo nas questões físicas e psicológicas inerente ao ser humano, como por exemplo, auxiliando nos fatores físicos a partir da absorção de calor e ruídos, e nos fatores psicológicos para atenuar o sentimento de opressão trazido pelas cidades. E para conseguir desempenhar esses papéis, precisa-se ter um planejamento adequado dessas áreas.

A carta das cidades sustentáveis (2000) deixa claro já em sua primeira estratégia a melhoria da qualidade de vida através de várias ferramentas dentre elas a implementação dentro no planejamento urbano, de áreas livres urbanas, tendo com uma de suas ações principais a criação de áreas de lazer e áreas verdes.

Segundo a OPAS (1997), citada por Guimarães (2014, p. 113), “a cidade saudável é uma estratégia que promove a vida nos espaços cotidianos, do trabalho e da gestão intersetorial”. Os projetos de cidades saudáveis “fazem parte das estratégias de promoção da saúde e intentam responder às mudanças decorrentes da crescente urbanização e de suas consequências para a saúde e a qualidade de vida das populações”. A primeira estratégia da Carta das Cidades Sustentáveis (2000, p. 51) coloca em evidência que a:

Melhoria da qualidade de vida por meio de ações preventivas e normativas de controle dos impactos territoriais dos investimentos públicos e privados do combate às deseconomias de urbanização; elaboração de planos e projetos urbanísticos integrados com as ações de transporte e trânsito; adoção de parâmetros e de normas voltadas para a eficiência energética o conforto ambiental e acessibilidade; e aplicação das áreas verdes públicas das ci-

dades e da conservação do patrimônio ambiental urbano tanto construído como o natural e paisagístico.

A implementação e utilização de áreas verdes, consegue então, ajudar tanto na qualidade de vida das pessoas que utilizam e que moram ou trabalham no entorno, conseguindo assim auxiliar na implementação de uma cidade sustentável. A implementação dessas áreas verdes serve principalmente para:

[...] o desenvolvimento de atividades físicas, podendo ser considerados verdadeiras “academias ao ar livre”. Desde apenas uma visita até a prática regular de exercícios físicos em áreas verdes (“exercício verde”) é possível verificar importantes benefícios a saúde física e mental. O que torna imprescindível a implantação destes espaços para ajudar na melhoria da saúde coletiva e bem-estar (SZEREMETA E ZANNIN, 2013).

Essas áreas conseguem englobar benefícios sanitários e ecológicos incalculáveis, ao criar locais que podem ser utilizados para atividades físicas rotineiras, para lazer, para contemplação da natureza, dentre muitas outras atividades que promovem a integração social.

No contexto da qualidade de vida urbana, as áreas verdes, além de atribuir melhorias ao meio ambiente e ao equilíbrio ambiental; contribuem para o desenvolvimento social e traz benefícios ao bem-estar, a saúde física e psíquica da população, ao proporcionarem condições de aproximação do homem com o meio natural, e disporem de condições estruturais que favoreça a prática de atividades de recreação e de lazer. Desse modo, quando dotadas de infraestrutura adequada, segurança, equipamentos e outros fatores positivos, poderão se tornar atrativas à população, que passará a frequentá-las, para a realização de atividades como caminhada, corrida, práticas desportivas, passeios, descanso e relaxamento; práticas importantes na restauração da saúde física e mental dos indivíduos (LONDE; MENDES, 2014, p. 269).

O estudo de James et al. (2005) aponta os principais impactos das áreas verdes na saúde humana, como se pode observar no organograma (figura 1). Amanto-Lorenço et. al. (2016, p.125), afirmam que as áreas verdes trazem grandes benefícios para a saúde mental da população que frequenta esses locais e evidenciando isso ao sintetizar que:

Em estudos conduzidos principalmente na Europa e na América do Norte são muito concretas as evidências que associam presença/uso de áreas verdes com desfechos positivos de saúde. Proximidade de áreas verdes associa-se a menor obesidade, menor risco de desenvolver doença cardiovascular, menos doenças mentais, melhores desfechos de nascimento, entre outros. Além dos serviços ambientais prestados pelas áreas verdes, acredita-se que o contato com o verde diminua o estresse, aumente a coesão social e o nível de atividade física. Algumas grandes cidades do mundo têm investido em programas de arborização como maneira de melhorar a saúde urbana como um todo.

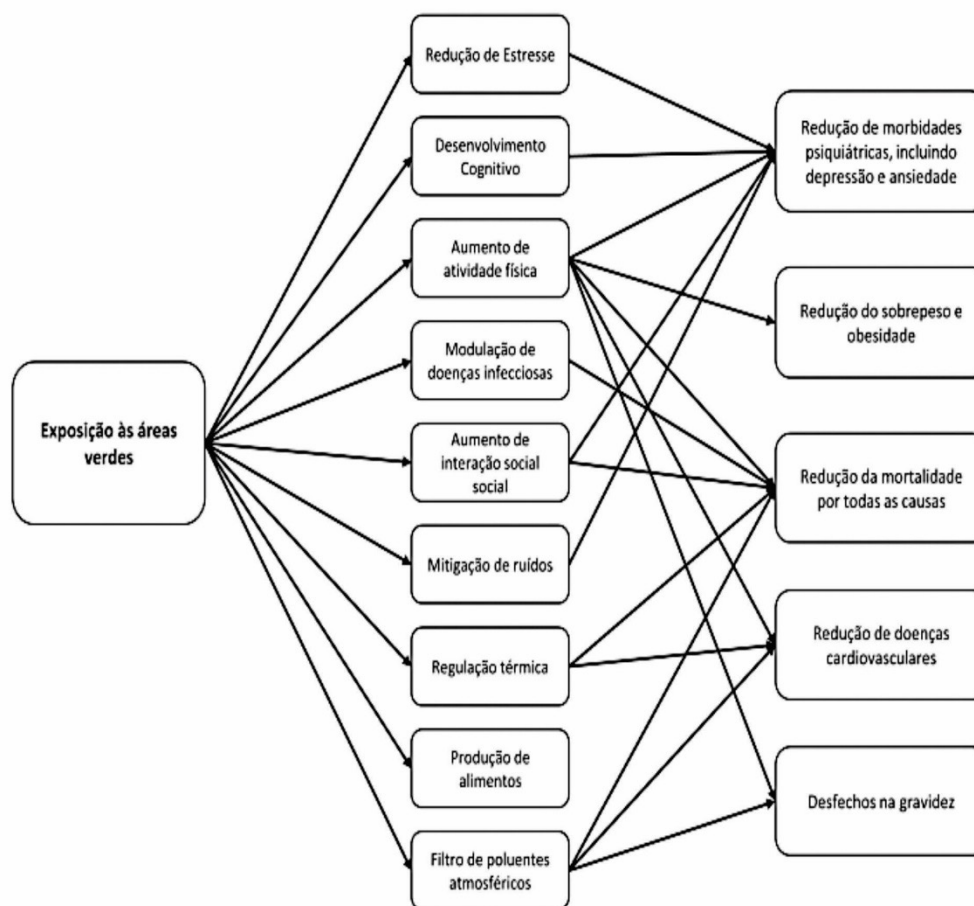


Figura 1: Impactos das áreas verdes na saúde humana (James et al., 2015).

As questões urbanas tem sido alvo de muitos estudos relacionados a interação do homem na produção social da cidade. O homem tem por necessidade modificar o espaço onde está inserido, para que o mesmo se adeque a atender as suas necessidades. Um grande exemplo disso é a urbanização, onde o homem modifica o espaço antes intocado, para construção de estruturas que consigam atender aos seus anseios. Segundo Lima e Amorim (2006) a urbanização ocupa e altera o meio ambiente suprimindo sem planejamento nenhum, aspectos da paisagem natural local, para a construção de estruturas para o desenvolvimento das cidades.

Segundo Londe e Mendes (2014, p.265):

[...] na prática poucas ações são convergidas para a melhoria das condições ambientais do espaço urbano, dentre elas a criação de áreas verdes públicas. Estas áreas, por se constituírem em locais onde predominam a vegetação arbórea, proporcionam inúmeros benefícios que asseguram a qualidade ambiental do espaço urbano, tais como conforto térmico, estabilização de superfícies por meio da fixação do solo pelas raízes das plantas, atenuação da poluição do ar, sonora e visual e abrigo para fauna (NUCCI, 2008). Além disso, são fundamentais na malha urbana, atuando como um indicador de qualidade de vida, por estarem intimamente ligadas ao lazer e recreação da população (NUCCI, 2008), e por se constituírem em locais de convívio social e de manifestação da vida comunitária.

As principais funções que as áreas verdes urbanas desempenham, segundo Bargas e Matias (2011, p. 181) são:

- Função Social: possibilidade de lazer que essas áreas oferecem à população. Com relação a este aspecto, deve-se considerar a necessidade de hierarquização.
- Função Estética: diversificação da paisagem construída e embelezamento da cidade. Relacionada a este aspecto deve ser ressaltada a importância da vegetação.
- Função ecológica: provimento de melhorias no clima da cidade e na qualidade do ar, água e solo, resultando no bem-estar dos habitantes, devido à presença da vegetação, do solo não impermeabilizado e de uma fauna mais diversificada nessas áreas.

- Função Educativa: possibilidade oferecida por tais espaços como ambiente para o desenvolvimento de atividades educativas, extraclasse e de programas de educação ambiental.
- Função Psicológica: possibilidade de realização de exercícios, de lazer e de recreação que funcionam como atividades “antiestresse” e relaxamento, uma vez que as pessoas entram em contato com os elementos naturais dessas áreas.

Nos espaços urbanos, conforme Lombardo (1985) citado por Londe e Mendes (2014, p. 264), “os problemas ambientais geralmente atingem maior amplitude, notando-se concentração de poluentes no ar e na água, a degradação do solo e subsolo, em consequência do uso intensivo do território pelas atividades urbanas”. A urbanização traz grandes impactos ao meio ambiente e a saúde dos seres que nela estão envolvidos, pois se não planejada corretamente essa urbanização pode trazer um grande prejuízo a qualidade ambiental da cidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificar então quais são os impactos das áreas verdes urbanas na saúde mental das pessoas e os diferentes níveis de acessibilidade espacial a estas áreas são de suma importância para aproximarmos da compreensão da interrelação entre condição de vida a qualidade ambiental na prevenção e promoção da saúde. Segundo Szeremeta e Zannin (2013), conseguir entender os impactos trazidos pela relação do homem com o meio torna-se uma ferramenta essencial para a tomada de decisão quanto a implementação de ações para instaurar medidas eficazes para a saúde coletiva, adequando assim as melhores estratégias para as funções e usos dessas áreas verdes no espaço urbano.

Outro aspecto bastante importante a ser analisado é o estado da arte da subárea do conhecimento de psicologia ambiental, que no Brasil ainda é escasso. As interrelações entre Geografia da Saúde, Gestão Ambiental, Saúde Coletiva e Psicologia Ambiental devem ser exploradas, pois estudos interdisciplinares podem contribuir para a devida atenção aos reais impactos significativos das áreas verdes urbanas na relação homem-natureza, na saúde coletiva e no cotidiano de cada indivíduo.

A leitura e análise de textos científicos relacionados a compreensão da importância da implementação de áreas verdes urbanas na promoção do bem-estar social evidencia os grandes benefícios a vida, a saúde humana, a saúde ambiental, a saúde animal, na produção de cidades saudáveis. Estas considerações buscaram aprofundar o entendimento dos aspectos socioambientais na promoção da saúde mental no espaço urbano, assim como evidenciar algumas possibilidades de estudos geográficos de alta relevância para vida humana no meio técnico-científico-informacional.

REFERÊNCIAS

AMATO-LOURENÇO, L. F. et al. Metrôpoles, cobertura vegetal, áreas verdes e saúde. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 86, p.113-130, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v30n86/0103-4014-ea-30-86-00113.pdf> Acesso em: out. 2018.

BARGOS, D. C.; MATIAS, L. F. Áreas verdes urbanas: Um estudo de revisão e propostas conceituais. **Revista da Sociedade Brasileira de Arborização Urbana**, Piracicaba, v. 6, n. 3, p.172-188, 2011. Disponível em: <http://www.ige.unicamp.br/geoget/acervo/artigos/areas%20verdes%20urbanas%20Danubia.pdf> . Acesso em: out. 2018.

BARTALINI, V. Áreas verdes e espaços livres urbanos. **Paisagem e ambiente**, São Paulo, n. 1, p. 49-61, 1996. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/paam/article/view/133974/129803>>. Acesso em: 16 out. 2018.

BEZERRA, M. C.; FERNANDES, M. A. (Orgs.). **Cidades Sustentáveis: subsídios a elaboração da Agenda 21 brasileira**; Brasília: Ministério do Meio Ambiente; Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis; IBAM-ISER-REDEH, 2000. Disponível em: <<http://www>

- sinduscondf.org.br/portal/arquivos/cidadessustentaveismma.pdf>. Acesso em: 18 out. 2018.
- COELHO, J. A. P. M.; GOUVEIA, V. V.; MILFONT, T. L. Valores humanos como explicadores de atitudes ambientais e intenção de comportamento pró-ambiental. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 1, p.199-207, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-73722006000100023>>. Acesso em: 16 out. 2018.
- CONAMA. **Resolução nº 369**, de 28 de março de 2006. “Dispõe sobre os casos excepcionais, de utilidade pública, interesse social ou baixo impacto ambiental, que possibilitam a intervenção ou supressão de vegetação em Área de Preservação Permanente-APP” - Publicação DOU nº 061, de 29/03/2006, p. 150-151: CONAMA. Brasília, 2006.
- CORRAL-VERDUGO, V. Psicologia Ambiental: realidades” sócio físicas e visões culturais de interações ambiente-comportamento. **Psicologia Usp**, v. 16, n. 1-2, p. 71-87, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/41838>>. Acesso em: 16 out. 2018.
- GONÇALVES, W. et al. Planejamento de Áreas Verdes em Espaços Urbanos. **XII Encontro Nacional de Tecnologia do Ambiente Construído**. Fortaleza, p. 1-9. 2008. Disponível em: <<http://www.infohab.org.br/entac2014/2008/artigos/A2287.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2018.
- GUIMARÃES, R. B.; PICKENHAYN, J. A.; LIMA, S. C. **Geografia e Saúde: sem fronteiras**. Uberlândia: Assis Editora. 2014.
- JUNQUEIRA, R. D. Geografia Médica e Geografia da Saúde. **Hygeia**, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, Uberlândia, v. 5, n. 8, p. 57-91, 2009. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/viewFile/16931/9336>>. Acesso em: 17 out. 2018.
- LIMA, V.; AMORIM, M. C. C. T. A importância das áreas verdes para a qualidade ambiental das cidades. **Revista Formação**, Presidente Prudente, n. 13, p. 139-165. 2006. Disponível em: <<http://www.revista.fct.unesp.br/index.php/formacao/article/viewFile/835/849>>. Acesso em: 18 out. 2018.
- LOBODA, C. R.; ANGELIS, B. L. D. Áreas Verdes Públicas Urbanas: Conceitos, Usos e Funções. **Ambiência**, Guarapuava, v. 1, n. 1, p. 125-139, 2005. Disponível em: <<https://revistas.unicentro.br/index.php/ambiencia/article/view/157/185>>. Acesso em: 16 out. 2018.
- LONDE, P. R.; MENDES, P. C. A influência das áreas verdes na qualidade de vida urbana. **Hygeia**, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, Uberlândia, v. 10, n. 18, p. 264-272, 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/26487/14869>>. Acesso em: 17 out. 2018.
- MAZZEI, K.; COLESANTI, M. T.; SANTOS, D. Áreas Verdes Urbanas, Espaços Livres Para o Lazer. **Sociedade & Natureza**, v. 19, n. 1, p. 33-43, 2007. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/sociedadennatureza/article/view/9350>>. Acesso em: 18 out. 2018.
- OLIVEIRA, C. H., 1996. **Planejamento ambiental na Cidade de São Carlos (SP) com ênfase as áreas públicas e áreas verdes: diagnóstico e propostas**. 181 p. Dissertação (Mestrado em Ecologia e Recursos Naturais). Universidade Federal de São Carlos. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/1950/mestrado-carlos-henke-oliveira.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 18 out. 2018.
- PINHEIRO, J. Q. Psicologia Ambiental: a busca de um ambiente melhor. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 2, n. 2, p. 377-398, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v2n2/a11v02n2.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2018.
- SAGER, F. et al. Avaliação da interação de crianças em pátios de escolas infantis: uma abordagem da psicologia ambiental. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 1, p. 203-215, 2003. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n1/16812.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2018.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SZEREMETA, B.; ZANNIN, P.H.T. A Importância dos Parques Urbanos e Áreas Verdes na Promoção da Qualidade de Vida em Cidades. **Ra'e Ga**, Curitiba, v. 29, p.177-193, 2013. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/raega/article/view/30747/21483>>. Acesso em: 17 out. 2018.

SUICÍDIO EM MATO GROSSO DO SUL: PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO NO TRIÊNIO 2014-2016

SUICIDE IN MATO GROSSO DO SUL: SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE IN THE TRIENNIUM 2014-2016

Pedro Antônio Araújo da Silva
pedroaraujogeo@gmail.com

Universidade Federal da Grande Dourados

Adeir Archanjo da Mota
adeirmota@ufgd.edu.br

Universidade Federal da Grande Dourados

ABSTRACT: The objective of this study was to analyze suicide mortality rates in the municipalities of Mato Grosso do Sul, in the three-year period from 2014 to 2016. During the study period, 657 deaths were recorded for autoinflingid violence. The approach of this research is quantitative, both by the volume of secondary, official, and updated data available in the SIM / DATASUS Mortality Information System, the Ministry of Health, IBGE sociodemographic data and the large size of the study area. The construction of the geographic database with the selected variables (gender, color / ethnicity, marital status and age groups) allowed the geocartographic analysis through the mappings and the scientific literature on the subject. The results found allowed to identify the municipalities with the highest and lowest incidence rates accumulated in the three years studied, as well as to understand the interrelations between the spatial distribution pattern and the municipal sociodemographic profiles.

Keywords: Suicide. Geography of Health. Geocartography. Mato Grosso do Sul.

O presente estudo é parte dos resultados do projeto de iniciação científica “Perfil Sociodemográfico do suicídio em Mato Grosso do Sul no Triênio 2014 a 2016” em execução, que está relacionado ao projeto institucional “Geocartografia da Morbimortalidade por Suicídio em Mato Grosso do Sul” em desenvolvimento no âmbito do Grupo de Pesquisa Saúde, Espaço e Fronteira(s), na Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Federal da Grande Dourados.

O suicídio é um problema muito complexo e como coloca Bertolote (2012, p. 21);

O suicídio é um processo que se inicia com considerações mais ou menos vagas sobre a morte e sobre morrer (ideação suicida), as quais podem adquirir consistência (persistente ou recorrente, flutuante), evoluir para a elaboração de um plano (plano suicida) e culminar num ato suicida, cujo desfecho poder ser fatal (suicídio) ou não (tentativa de suicídio).

O objetivo dessa pesquisa foi analisar a espacialidade do suicídio em Mato Grosso do Sul, no triênio 2014-2016, para alcançar este objetivo se realizou a identificação dos municípios sul-mato-grossenses com as taxas de incidência acumulada de suicídio alta e muito alta, se analisou a distribuição espacial dessas incidências e se caracterizou social e demograficamente os município identificados com as taxas mais elevadas. Identificar e analisar estes municípios permite identificar o conjunto de fatores locais que contribuem para o processo de adoecimento da população, como sintetiza Barcellos (2008), a doença se manifesta no indivíduo, mas a morbimortalidade é reflexo do lugar.

Mato Grosso do Sul tem uma extensa área na faixa de fronteira continental e um grande número de população indígena. O suicídio em Mato Grosso do Sul é uma importante questão de saúde pública como se pode observar nos resultados deste estudo, que busca contribuir para a implementação de novas políticas públicas de prevenção e pósvenção do suicídio nos municípios,

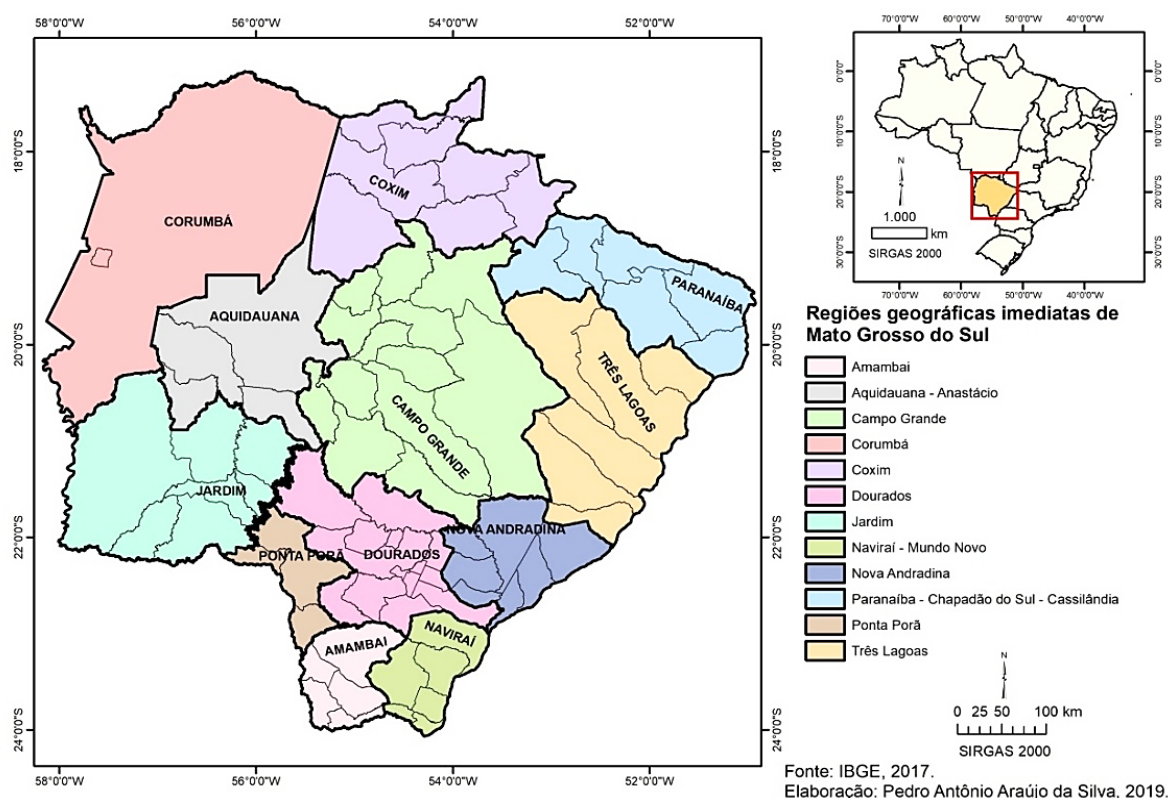
priorizando os que contam com as maiores incidências.

MÉTODOS E TÉCNICAS

Os dados secundários utilizados são públicos e oficiais, disponibilizados pelo Ministério da Saúde através da plataforma DATASUS. O recorte espacial deste estudo é a Unidade Federativa de Mato Grosso do Sul e a unidade espacial de análise é o município, ou seja, os 79 municípios sul-mato-grossenses. A escolha desta unidade espacial se deu tanto por ser o contexto geográfico de vida e por ter acesso aos dados de saúde publicitados quanto por ser, na estrutura política brasileira, a esfera administrativa com a maior responsabilidade para dar respostas aos problemas de saúde.

Para fins de contribuir com a análise socioespacial, adotou-se a nova regionalização do território nacional proposta pelo IBGE (2017), que divide o Brasil em regiões geográficas imediatas, que concentra nas suas redes urbanas o principal fator, oferecendo estrutura à municípios próximos (educação, lazer, saúde e etc), e regiões geográficas intermediárias que se articulam em hierarquia, partindo de metrópoles, capitais regionais e dependendo cidades menores que tem representatividade para o grupo de regiões imediatas. No mapa 01 temos as 14 regiões geográficas imediatas presentes em Mato Grosso do Sul.

Mapa 01: Regiões Geográficas Imediatas de Mato Grosso do Sul.



A análise espacial da mortalidade por suicídio no triênio 2014-2016, recorte temporal do presente estudo, foi feita com base nas taxas brutas, além da suavização feita a partir da média trienal. Costa et al. (2009, p. 44) afirma que a taxa expressa a estimativa do risco de morte de uma população, em um dado período, por uma causa específica ou por um grupo de causas. Desta forma, as taxas médias de óbitos ($tx\Omega$) foram calculadas pela fórmula:

A classificação das taxas de suicídio adotada foi a tipologia de Diekstra e Gulbinat (1993):

- baixa mortalidade, os países com taxas até 5 suicídios por 100 mil habitantes;
- média mortalidade, os que possuíam taxas de 5 até 14,99 suicídios por 100 mil;
- alta mortalidade, os que apresentaram taxas de 15 até 29,99 por 100 mil; e,
- muito alta, os que possuíam taxas de 30 ou mais por 100 mil habitantes.

As variáveis explicativas utilizadas nesse estudo foram: gênero, cor/etnia, estado civil e faixa etária. Escolaridade e local de ocorrência não foram incluídos nesse estudo pelo fato de terem elevadas quantidade na categoria ignorado, ou seja, são pouco significantes, estatisticamente.

Os dados das referidas variáveis foram tabulados em planilhas eletrônicas do Excel, software do pacote Office 365. Estas planilhas possuem interoperabilidade com o software utilizado para o mapeamento temático digital foi o ArcMap 10.5, do ArcGIS 10.5. Os métodos de representações cartográficas qualitativa e quantitativa estão de acordo com a Semiologia Gráfica, que foi empregada para facilitar a análise e comunicação dos resultados deste estudo. E assim, após a caracterização do perfil sociodemográfico, foi fundamental para compreender as associações dos perfis com a distribuição espacial das taxas de incidência de suicídio no estado, para qual foi imprescindível a revisão da bibliografia para iniciar a discussão dos resultados nesta etapa do estudo.

RESULTADOS

No triênio de 2014 a 2016, de acordo com os dados do DATASUS (BRASIL, 2018), ocorreram 657 suicídios em Mato Grosso do Sul, ou seja, uma média anual de 219 óbitos por violência auto infligida com métodos letais. Ao calcular a taxa média bruta para este triênio foi encontrado 8,26 suicídios por 100 mil habitantes, consideravelmente superior a taxa brasileira, de 5,36 no mesmo triênio. Conforme a classificação de Diekstra e Gulbinat (1993) a taxa é considerada média, o que já é alarmante, mas ainda camufla a grande discrepância entre os municípios do estado, como se observa nas análises da taxa bruta municipal (Mapa 02) e das variáveis sociodemográficas aqui empreendidas.

Esta discrepância é evidente ao observar que 16 municípios possuem taxas baixas de suicídio – uma proporção tolerável em todos os povos do planeta – e contraposição aos 14 municípios com taxas altas e muito altas, das quais 11 situam-se na região intermediária de Dourados (Tacuru, Japorã, Amambai, Paranhos, Novo Horizonte do Sul, Laguna Caarapã, Antônio João, Coronel Sapucaia, Batayporã, Douradina e Juti) e os outros 3 municípios, com taxas altas e muito altas, estão na região intermediária de Campo Grande (Camapuã, Selvíria e Aparecida do Taboado).

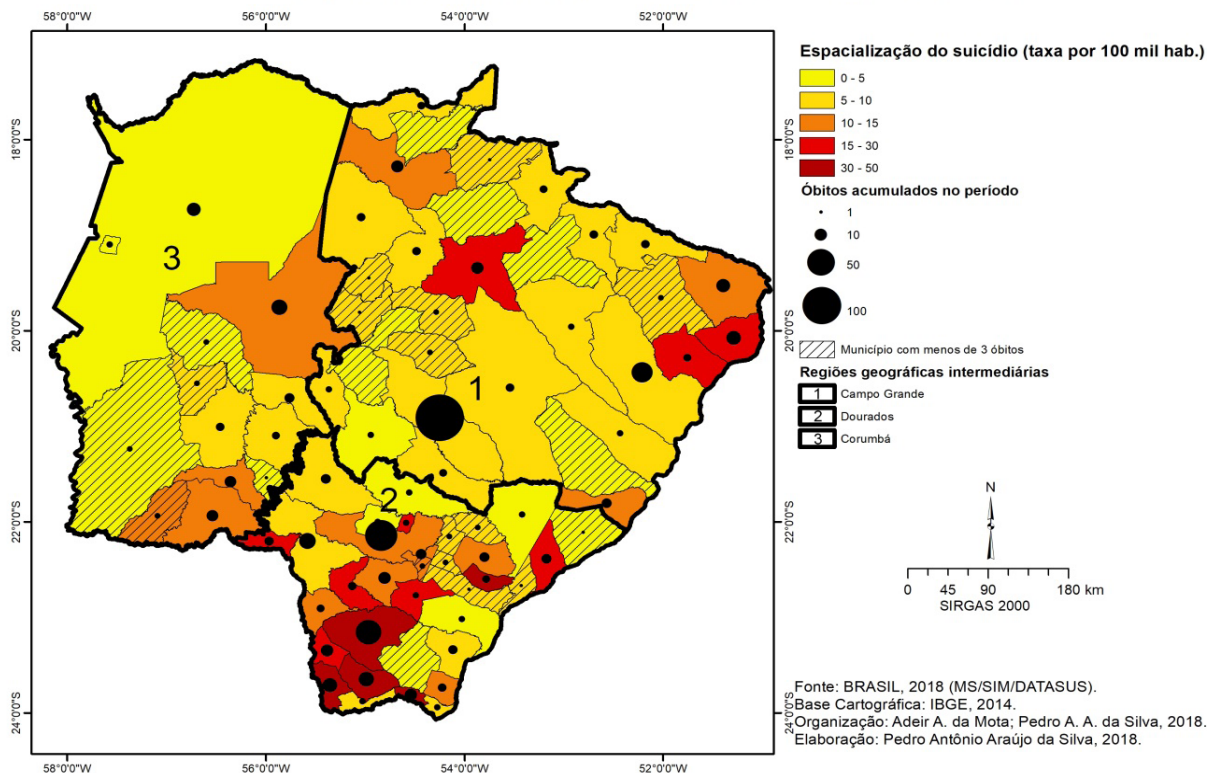
Uma comparação com o que foi apresentado por Júnior (2018), ao analisar o triênio 2009-2011, os municípios de Douradina, Camapuã, Selvíria, Batayporã e Novo Horizonte do Sul chamam a atenção ao apresentar aumento nas taxas de suicídio, ao elevar os níveis para altas taxas de suicídio destes municípios. Os municípios com taxas muito altas de suicídio (Tacuru, Japorã, Amambai e Paranhos), que possuem população indígena entre 20% e 50% da população municipal e situam-se no extremo sul do estado. Outro município com taxa muito alta é Novo Horizonte do Sul, no sudoeste do estado.

Tabela 01: Municípios sul-mato-grossense com taxa de suicídio muito alta, período 2014-2016.

Município	População (2015)	Suicídios	Taxa Média Bruta
Tacuru	11.035	16,00	48,33
Japorã	8.567	10,00	38,91
Amambai	37.590	43,00	38,13
Paranhos	13.494	14,00	34,58
Novo Horizonte do Sul	4.306	4,00	30,96

Mapa 02: Suicídio em Mato Grosso do Sul no triênio de 2014 a 2016.

Distribuição do suicídio no Mato Grosso do Sul no triênio de 2014 a 2016.



Na região imediata de Campo Grande, situada no centro do estado, de um total de 13 municípios, 6 municípios contabilizaram menos que 3 óbitos no triênio, que estão localizados no oeste da região, sendo eles: Terenos, Rochedo, Bandeirantes, Rio Negro, Jaraguari e Corguinho. O predomínio desta região são os municípios com taxas baixas e médias, com exceção de Camapuã, já citado anteriormente por ter taxa alta entre municípios de taxas baixas, este município que saiu de taxa baixa para alta ao comparar as taxas entre os triênios de 2014-2016 com 2009-2011, isso é um dado alarmante. Em contraste ao aumento da taxa de Camapuã, o município Bandeirantes que tinha alto índice de mortalidade e reduziu para taxa média, com menos que 3 óbitos no triênio 2014 a 2016. A capital Campo Grande é um grande espaço urbano, uma cidade populosa, que apresenta taxa média, mas a quantidade absoluta de óbitos e tentativas por suicídio são elevadas.

A região imediata de Três Lagoas, no leste de Mato Grosso do Sul, é formada por 6 municípios, dos quais somente Santa Rita do Pardo apresenta menos de 3 suicídios no período estudado. Selvíria chama a atenção por ter taxa alta. Considerando as taxas do triênio 2009-2011 se observou a constância das taxas médias ao comparar com as taxas do triênio 2014-2016 dos 4 municípios da região de Três Lagoas, região está situada no limite macrorregional com o Sudeste e com dinâmica populacional e econômica influenciada pelo oeste do estado de São Paulo, seja em oportunidades de emprego ou acesso à saúde.

A norte da região de Três Lagoas situa-se a região imediata de Paranaíba-Chapadão do Sul-Cassilândia, no nordeste do estado. O intrigante nesta região é a taxa do município de Aparecida do Taboado que faz divisa ao sul com Selvíria, e assim como seu vizinho apresenta taxa alta de mortalidade por suicídio. Ao norte de Aparecida do Taboado, Paranaíba também apresenta uma taxa médio-alta. Apesar de estarem diferentes regiões, observa-se um agrupamento destes três municípios com taxas médio-alta e alta, novos estudos devem aprofundar este agrupamento.

Nessa mesma região tem-se 2 municípios que ocorreram menos que 3 óbitos no período, sendo Inocência e Paraíso das Águas, sendo o segundo um município recém-criado.

No Norte de Mato Grosso do Sul, tem-se a região imediata de Coxim com 7 municípios, onde predomina os municípios com pequeno porte populacional. Figueirão, Alcínópolis e Pedro Gomes não apresentaram mais que 3 óbitos no triênio estudado enquanto Coxim, está com índice médio-alto.

Na região de Corumbá, no oeste sul-mato-grossense, os dois municípios que são Corumbá e Ladário apresentam taxas baixas e isso é uma constante quando comparamos com o que Júnior

(2018) traz desde 1990, mesmo com o entorno com taxas de médias a médias-altas se mantém em baixos índices de mortalidade por suicídio, o que chama a atenção justamente por isso, ficaram numa “ilha”.

Na região de Aquidauana, no centro-oeste do estado, seus 4 municípios se dividem em 2 que não registraram mais que 3 mortes, Miranda e Bodoquena, e outros 2 que estão entre taxas médias e médias-altas.

Ao sudoeste de Mato Grosso do Sul, está a região imediata de Jardim, com 7 municípios, dentre eles o destino turístico de Bonito, que tem índices médios, outros 3 municípios, Porto Murtinho, Caracol e Guia Lopes da Laguna tiveram menos que 3 óbitos no período de 2014 a 2016. Caracol e Bela Vista apresentaram durante 2009 a 2011 altos índices de suicídios, o primeiro inclusive já apresentou taxas muito altas.

Na região de Nova Andradina no sudeste de Mato Grosso do Sul, novamente o que mais chama a atenção é o município de Novo Horizonte do Sul que tem um índice muito alto de óbitos por suicídio, mas o alarmante é ele e Ivinhema que tem taxas média-alta estarem totalmente rodeados de municípios que não tiveram mais que 3 mortes no triênio e ele também é novidade quando comparamos com o triênio de 2009 a 2011, onde apresentava taxas médias junto com seus vizinhos. Nessa região ainda tem-se Batayporã, município de pequeno porte populacional que apresentou uma taxa alta de mortes por suicídios, esse teve um aumento muito grande quando comparado com o que Júnior (2018) coloca, esse município tinha uma taxa baixa de óbitos, e nessa região mesmo com esses 3 municípios alarmantes tem-se outros 3 com menos de 3 óbitos e ainda Nova Andradina com taxa baixa.

Na região imediata de Dourados, no centro-sul do estado e que apresenta uma grande concentração de população a situação começa a se alarmar, talvez pela porcentagem de populações indígenas, dentro desta região existem 13 municípios e do total 3 apresentam taxas altas, Juti, Laguna Carapã e Douradina e outros 4 taxas médias-altas, Dourados, Fátima do Sul, Vicentina e Caarapó e também 3 municípios que não apresentaram mais que 3 óbitos no período, dentre eles Jateí que no triênio de 2009 a 2011 apresentou altos índices de mortes por suicídio.

A região de Ponta Porã, apesar dos 3 municípios estarem em faixa de fronteira com o Paraguai, apenas Antônio João tem uma taxa alta de suicídio, Ponta Porã apresenta uma baixa taxa e Aral Moreira uma taxa média.

No extremo-sul do estado umas das regiões presentes é a de Naviraí-Mundo Novo, dentre os 6 municípios da região, Japorã é já citado como o que apresenta uma das maiores taxas do estado de obitos por suicídio, este está na faixa de fronteira com o Paraguai e é pequeno em tamanho territorial, mas assim como os que lideram os índices tem muita população indígena. Os outros municípios da região se dividem entre baixas e médias taxas, tendo inclusive Iguatemi que não teve mais que 3 óbitos no triênio de 2014 a 2016.

A região vizinha da anterior é a de Amambai e mais critica também, com uma alta concentração de municípios com índices muito altos, de 5 municípios da região, somente Sete Quedas apresenta taxa baixa de óbitos, Coronel Sapucaia tem índice alto e Amambai, Tacuru e Paranhos tem taxas muito altas, todos citados anteriormente por serem os municípios com as maiores taxas de Mato Grosso do Sul.

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Como pontua Bertolote (2012, p. 67) sempre que se tem uma notícia de algum caso de suicídio, uma reação muito comum é questionar sobre o fator causador. Continua dizendo que poucas vezes pode ser respondido com certeza a esse questionamento. Tendo o suicídio diversos fatores que contribuem para isso. Conforme o mesmo autor os fatores de risco podem ser divididos em 2, predisponentes que segundo ele “criam o terreno” que irá ser idealizado o pensamento suicida (questões sociodemográficas e pessoais) e os fatores precipitantes que “agindo em terreno propício, provocam a sequência final de comportamentos que levam ao suicídio” (Bertolote, 2012, p. 69).

A prevenção do suicídio ao mesmo tempo em que é viável, se torna complexa, pois ela necessita desde o controle dos fatores de risco do ambiente social e do acesso aos principais métodos

empregados, a rápida identificação e o tratamento efetivo de pessoas com distúrbio mental e que abusam de substâncias psicotóxicas até à comunicação responsável de suicídio na mídia (WHO, 2008). A promoção da saúde mental e o trabalho coletivo de governos, organizações internacionais, organizações não governamentais e comunidades locais, a vontade política e recursos podem evitar grande parte destes comportamentos suicidas (WHO, 2012).

O mapeamento da espacialização do suicídio no Mato Grosso do Sul permite enxergar locais que apresentam mal-estar psicossocial nas 12 regiões imediatas presentes no estado. E essa caracterização sociodemográfica dos óbitos por suicídio através dos dados de: gênero, faixa etária, estado civil, cor, escolaridade e local de ocorrência pode contribuir para identificar e compreender os fatores que levam ao suicídio.

GÊNERO

O sexo masculino é colocado como um fator predisponente (Bertolote, 2012, p. 70), os resultados obtidos nessa pesquisa foram de encontro a isso, aqui a taxa média de suicídios de homens (520 suicídios) foi de aproximadamente 13 a cada 100 mil habitantes abrangendo 79,3% do total de mortes, 4 vezes maior que o índice feminino (136 suicídios) que foi de aproximadamente 3,41 a cada 100 mil mulheres. Enquanto a população masculina em Mato Grosso do Sul sendo menor que a feminina que tem aproximadamente 50,2% do total. Isso se tem pelo processo histórico (cultural) do tabu que tem os homens frente à procura de tratamentos e isso se agrava quando a oferta de tratamentos também é baixa ou direcionada para locais que não tem riscos.

Esse fator de risco para o gênero masculino se mostra muito aparente no Ocidente, em países do Oriente Médio e da Ásia apresentaram menores proporções entre as mortalidades masculina e feminina, como se pode exemplificar com as taxas por sexo para o Egito, a Jordânia, o Kuwait, as Filipinas, a Índia, Singapura e a Coreia do Norte (WHO, 2012).

COR/ETNIA

Ao analisar o suicídio a relação cor/etnia pode influenciar diretamente na saúde das populações como é colocado por Chor e Lima (2005) apud Mota (2014) que quando foram analisadas as proporções de mortalidade por cor/etnia as desigualdades étnico-raciais em saúde puderam ser confirmadas e as desigualdades vêm das diferenças socioeconômicas vindas das gerações passadas e que continuam sendo reproduzidas atualmente, e através dos resultados desse trabalho pode-se confirmar que essas desigualdades se perpetuam quando falamos de mortalidade por suicídio.

Em Mato Grosso do Sul, durante o triênio 2014 a 2016, a população que teve a maior taxa de suicídio foi a indígena, com 48,92 suicídios por 100 mil habitantes, com uma população de aproximadamente 3% do total do estado (2.651.235 milhões de pessoas), o que totaliza em torno de 80.000 indígenas. Prosseguindo encontra-se taxa média na população de cor parda, com 8,58 suicídios por 100 mil, essa detém 43% da população do estado. A população de cor amarela, também com taxa média, teve 7,19 suicídios por 100 mil habitantes, a preta apresentou uma taxa de 6,42 suicídios por 100 mil e por fim a população de cor branca teve 5,46 suicídios a cada 100 mil habitantes.

A taxa de suicídio indígena é quase 6 vezes maior que a dos pardos (8,58 por 100 mil) que vem em seguida com as maiores taxas entre as populações de Mato Grosso do Sul e aproximadamente 6 vezes maior que a taxa estadual (8,26 por 100 mil). Esse fator evidencia a afirmação feita anteriormente que ao analisar o suicídio a cor/etnia influencia diretamente nos números finais.

Essa taxa de suicídio indígena (48,92 por 100 mil) traz uma reflexão sobre a situação dessa população que é a segunda maior do país entre os estados, vivem em constantes lutas para sobreviverem e de acordo com o anuário “The Indigenous World 2006” da IWGIA (2006, p. 10), em qualquer país, as estatísticas confirmam menor expectativa de vida dos povos indígenas ao contrário dos que não são indígenas, afirmando que povos indígenas “[...] permanecem à margem da sociedade: são mais pobres, menos escolarizados, morrem em idade mais jovem, são muito mais vulneráveis ao suicídio e, geralmente, possuem um estado de saúde pior do que o restante da população”.

ESTADO CIVIL

A população solteira é a que apresentou a maior taxa de suicídio a cada 100 mil habitantes, que foi 8,28 por 100 mil, uma taxa média. Os casados tiveram uma taxa de 6,9 suicídios por mil, os viúvos apresentaram 6,41 de suicídios por 100 mil todos com taxas classificadas como médias. Os separados e divorciados tiveram a menor taxa com 5,25 suicídios a cada 100 mil habitantes.

Apesar de geralmente os estudos apontarem os maiores riscos para separados e solteiros, aqui temos os dois nos extremos, mas como coloca Mota (2014) “os resultados desta categoria convergem com a literatura, ao encontrar o efeito protetor do casamento, e um risco maior para separados e solteiros”.

Faixas Etária

Outra variável analisada é a faixa etária, os dados do DATASUS são divididos em 10 grupos, onde há uma similaridade entre essas divisões, nas quais os grupos de 5 a 9 e 10 a 14 anos apresentam taxas baixas (0,15 e 3,61 por 100 mil respectivamente), os grupos 20 a 29 (11,06 por 100 mil) e 30 a 39 (12,19 por 100 mil) apresentam taxas altas. Nos grupos seguintes a taxa volta a diminuir como nos grupos de 40 a 49 e 50 a 59 anos que apresentaram taxas médias respectivamente 7,82 e 7,80 suicídios a cada 100 mil habitantes. A partir disso, a taxa de suicídio aumenta novamente e o grupo de 60 a 69 anos teve uma taxa de 10,53 suicídios por 100 mil, o que é classificado como uma taxa alta e de 70 a 79 anos a taxa é média com um valor de 8,89 suicídios por 100 mil. No grupo de 80 anos ou mais o resultado é surpreendentemente alto, a taxa de 15,86 suicídios a cada 100 mil habitantes é classificada como muito alta.

Novamente os resultados obtidos foram de encontro à literatura, como exemplo tem-se o manual da Prevenção do Suicídio (D’OLIVEIRA; BOTEGA, 2006) que aponta como um dos fatores de risco para o suicídio estar nas faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos, assim como solteiros ou separados e ser do gênero masculino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A espacialização do suicídio feita neste estudo contribuiu para identificar grupos sociais vulneráveis ao risco de suicídio, o que contribui para elaboração de planos de prevenção e pós-venção do suicídio. Como foi ressaltado anteriormente a relação do suicídio com determinadas cor/etnias é um dos fatores que escancara e perpetua as desigualdades étnico-raciais em saúde que trazem consigo heranças coloniais.

A partir disto, o poder público é de extrema importância para viabilizar ações em diferentes escalas para poder ser inclusivo no atendimento à saúde mental. Profissionais da saúde básica tem que ser instruídos para mediações diante de comportamentos suicidas, pois não é apenas medicar e dar alta nos estabelecimentos de saúde.

Através da análise dos dados aqui expostos, comparados aos dados publicados por Júnior (2018) para o triênio 2009-2011, ficou nítido que o suicídio se tornou endêmico em municípios do extremo sul do estado, como Amambai, Tacuru, Paranhos e Japorã.

A caracterização do perfil sociodemográfico e o mapeamento do suicídio em Mato Grosso do Sul são de extrema importância para a compreensão da distribuição espaço-temporal e para identificação dos grupos vulneráveis. Essa mesma análise da distribuição espaço-temporal dessa epidemiologia é de muita importância para pesquisas na geografia.

Por fim, novos estudos de epidemiologia geográfica do suicídio, assim como de outras psicopatologias devem ser realizados, pois possibilitam perceber os territórios, os lugares, os contextos geográficos e os grupos sociais com as menores incidências, assim como identificar os grupos de risco mais vulneráveis. Estes estudos contribuem sobremaneira para tomada de decisões mais efetivas e eficientes, como o fortalecimento dos serviços de saúde mental através da qualificação dos profissionais da atenção primária e ou da realocação de recursos humanos qualificados, serviços especializados.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, C. Apresentação. BARCELLOS, C. (Org.). A Geografia e Contexto dos Problemas de Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO/ ICICT/EPSJV, 2008. p. 9-14 (Saúde e Movimento; n. 6).

BERTOLETE, J. M. O suicídio e sua prevenção. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS), 2018. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 05/02/2019.

COSTA, A. J. L.; KALE, P. L.; VERMELHO, L. L. Indicadores de Saúde. In: MEDRONHO, R. A. et al (Org.). Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 31-82.

DIEKSTRA, R. F. W.; GULBINAT, W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. World Health Statistics Quarterly, v. 46, n.1, p. 52-68, 1993.

D'OLIVEIRA, C. F.; BOTEGA, N. J (Org.). Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Ministério da Saúde/ Unicamp/ OPAS, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA. Divisão Regional do Brasil em Regiões Geográficas Imediatas e Regiões Geográficas Intermediárias. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA. Censo Demográfico de 2010. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/inicial>>. Acesso em: 04/02/2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA. Estimativa Populacional de 2015. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/estimapop/tabelas>>. Acesso em: 04/02/2019.

INTERNATIONAL WORK GROUP FOR INDIGENOUS AFFAIRS. The Indigenous World 2006. Copenhagen: Transaction, 2006. Disponível em: <http://www.iwgia.org/publications/search-pubs?publication_id=84>. Acesso em: 07/02/2019.

JÚNIOR, G. A. A. Análise Espacial e Caracterização Sociodemográfica do Suicídio em Mato Grosso do Sul no Período 1990 a 2014. Monografia (Bacharelado em Geografia), FCH – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2018.

MOTA, A. A. Suicídio no Brasil e os Contextos Geográficos: Contribuições para Política Pública de Saúde Mental. Tese (Doutorado em Geografia) – FCT, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide and suicide preventive in Asia**. Geneva: WHO Press, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Public health action for the prevention of suicide: a framework**. Geneva: WHO Press, 2012.

SOFRIMENTO MENTAL ATENÇÃO BÁSICA: ABORDAGENS DA LITERATURA BRASILEIRA

MENTAL SUFFERING IN PRIMARY HEALTH CARE: APPROACHES OF BRAZILIAN LITERATURE

Amauri de Oliveira
amauri.de_oliveira@yahoo.com.br

Deoclécio Luchini Junior

Graciela Soares Fonseca

Laura Lange Biesek

Jane Kelly Oliveira Friestino

João Marcos Soares Miranda Cordeiro

Paulo Roberto Barbato

ABSTRACT: Primary Health Care is the gateway to the public health system as well as articulating levels of care. The demands on mental health have been growing in recent years, thus requiring that the Basic Health Units “reinvent” to receive and respond to users’ complaints. The purpose of this study was to analyze how mental suffering is being addressed by Primary Health Care in Brazil, through searches in the LILACS database, being chosen the descriptors “Primary Health Care”, “Psychological Stress” and “Mental Health”, of according to the health descriptors established by the Virtual Health Library, in this way 1,374 articles were found, where 9 were selected for the composition of the work. As a result, the use of drug therapy was identified in detriment of alternative therapies that could be applied in some cases. The high prevalence of mental suffering and difficulties with their management are highlighted, especially by professionals who did not have adequate training. Alternatively, it is proposed to create inclusive practice groups on special days as well as other existing programs. In addition, women were identified as the largest users of psychotropic drugs, for several reasons, many of them inherent in the territory.

Keywords: Mental Health, Psychological Stress, Primary Health Care

Os problemas de saúde mental configuram-se como uma das principais demandas da população nos estabelecimentos de saúde, principalmente nos serviços que compõem a Atenção Primária à Saúde (APS), que aqui chamaremos de Atenção Básica. Por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), todos os profissionais que atuam neste nível de atenção tornam-se responsáveis por ofertar cuidados e práticas em saúde mental nos diferentes ciclos vitais (Brasil, 2011).

No ano de 2017, foi publicada a Portaria nº 2.436 de 21 de setembro que revisou as diretrizes da Atenção Básica e reforçou propostas de práticas integrativas e complementares como forma de tratamento opcional, além de reafirmar a Atenção Básica como porta de entrada para as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Esta, deve ordenar o fluxo entre os níveis de atenção e o percurso dos usuários, além de proporcionar uma série de estratégias, como escuta qualificada, acolhimento, vínculo, grupos terapêuticos, envolvimento da família, etc., que são dispositivos de cuidado potentes para abordar usuários com queixas relacionadas ao sofrimento mental.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) integra a RAS no Sistema Único de Saúde (SUS). Ela é responsável por ordenar as questões de Saúde Mental na região de saúde à qual ela pertence, estabelecendo pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. Dentre seus equipamentos e serviços podemos citar: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços de Residências Terapêuticas

(SRT), as Enfermarias especializadas em Saúde mental entre outros (BRASIL, 2013).

Estudos anteriores apontam uma fragilidade na articulação entre os campos da Saúde Mental e da Atenção Básica (TANAKA; RIBEIRO, 2006; BARBOSA et al., 2017). Com isso, este estudo apresenta como objetivo analisar como tem sido feita a abordagem do sofrimento mental na Atenção Básica no Brasil.

MÉTODOS

A pesquisa tem cunho exploratório-descritiva, qualitativa, com busca em base de dados online, nos padrões da revisão sistemática da literatura. A questão que norteou o estudo foi: “Como o sofrimento mental está sendo abordado pela Atenção Básica no Brasil?”

Os trabalhos selecionados seguiram os seguintes critérios de inclusão: a) artigos originais, revisões sistematizadas e relatos de experiência; b) trabalhos que discutiam explicitamente o Sofrimento Mental ou Saúde Mental no Brasil; c) Publicações no período de 2006 a 2017, escritos em português, espanhol e inglês.

Os critérios de exclusão foram os seguintes: a) pesquisas formatadas como trabalho de conclusão de curso em graduação, monografias, dissertações e teses; b) estudos que não foram disponibilizados de forma completa online; c) artigos do tipo ensaio teórico, reflexões, revisões bibliográficas não sistematizadas, cartas, resenhas, editoriais, livros, capítulos de livros, publicações governamentais e boletins informativos.

A busca pelos artigos ocorreu entre os meses de novembro e dezembro de 2018. Os trabalhos foram retirados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), site <http://lilacs.bvsalud.org/>, onde foram utilizados três descritores: *Atenção Primária à Saúde*, *Estresse Psicológico* e *Saúde Mental*, de acordo com os descritores em saúde estabelecidos pela BVS/BIREME.

Aplicando-se os critérios de busca e excluindo-se os trabalhos duplicados, foram identificados 1.374 artigos. A partir disso, prosseguiu-se com a aplicação dos critérios de exclusão/inclusão e realização de um refinamento, no qual foi aplicada uma leitura analítica dos títulos e dos resumos. Após a aplicação dos critérios, os trabalhos foram analisados qualitativamente passando por nova leitura flutuante dos resumos, com objetivo de entender os temas abordados no artigo e coletar as variáveis “ano”, “local”, e “tipo de estudo”, como forma de pré análise dos dados, sendo ao final elegíveis nove (n=9) trabalhos.

Por se tratar de uma revisão sistemática de literatura, não houve envolvimento direto de seres humanos como sujeito do estudo, desta forma não houve necessidade de aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa para realização do trabalho.

RESULTADOS

Trata-se de um corpus de análise majoritariamente em língua portuguesa, publicados em periódicos brasileiros. A busca nas bases de dados identificou 1.374 estudos, dos quais 09 foram selecionados após aplicação dos critérios de inclusão/exclusão, e apresentaram após leitura analítica, conteúdo correspondente ao questionamento da pesquisa. Foi identificada 01 publicação em cada um dos anos: 2008, 2009, 2011, 2012, 2015, 2016, e no ano de 2017, foram identificados 03 estudos.

Com relação ao local de estudo, a região Nordeste apresentou 04 trabalhos distribuídos pelas cidades de Teresina – Piauí, Vila Flor – Rio Grande do Norte, Fortaleza – Ceará e Pesqueira – Pernambuco. Outros 02 estudos foram feitos na região Sudoeste, 01 em São João Del Rei – Minas Gerais e outro em Vitória – Espírito Santo. E 01 estudo foi realizado na região Norte, nas cidades de Coari e Tefé no estado do Amazonas.

Em relação ao desenho de estudo, foram identificados somente 01 pesquisa de natureza quantitativa, com predomínio de estudos de natureza qualitativa (6). Dos trabalhos analisados, 02 referiam-se a revisões de literatura.

Quadro 1. Síntese da revisão das publicações entre 2006 e 2017.

Título	Autores	Intervenções estudadas	Resultados	Conclusões
Experiências psíquicas de mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em Teresina (PI, Brasil)	CAVALCANTE, AC; SILVA, RM	Discutir os significados das experiências psíquicas de mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em nível de Atenção Básica na cidade de Teresina, Piauí, Brasil.	Experiências de sofrimento psíquico das mulheres de Teresina têm uma relação muito nítida com as reais condições psicossociais de vida.	As pessoas continuam preservando preconceitos relacionados às doenças mentais. Ainda há muito misticismo quando se trata de sofrimento psíquico.
A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento	FERREIRA FILHA, MO; DIAS, MD; DE ANDRADE, FB; ANÁLIA, E; DE LIMA, R; RIBEIRO, FF; DA SILVA, MSS.	Conhecer as contribuições da Terapia Comunitária no cuidado com mulheres usuárias dos serviços da Estratégia Saúde da Família.	Os dados permitem a afirmação de que as mulheres ao compartilharem seus problemas receberam apoio do grupo, refletindo no alívio do sentimento de dor que estava associado à perda de pessoas queridas.	Pode-se inferir que os encontros promoveram o resgate do atributo resiliente, contribuindo para empoderamento, intensificando a autonomia e auto-estima, fortalecendo vínculos familiares, sociais, comunitários e espirituais.
Saúde mental infantil na Atenção Primária à Saúde: Discursos de Profissionais Médicos	GOMES, FMA; CINTRA, AMO; RICAS, J; VECCHIA, MD.	Compreender sentidos e significados sobre Saúde Mental infantil (SMI) dos profissionais médicos da APS por meio dos seus discursos.	Delimitações de cinco núcleos de significação: tratamento das condições que envolvem problemas de SMI; “famílias desestruturadas”, a mãe como principal responsável pela saúde mental de seu filho: a transcrição da receita e averiguação dos retornos aos especialistas e a fragmentação das ações de cuidado.	É necessário tornar essa população visível e relevante. Uma rede articulada e interligada é um desafio. Pesquisas referentes ao tema em nível local e regional contribuem.
Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica.	FONSECA, MLG; GUIMARÃES, MBL; VASCONCELOS, EM.	Abordar a problemática das queixas somáticas inespecíficas na população.	A literatura aponta para a existência de alta prevalência de Transtorno Mental Comum nas UBS e na comunidade, falta de capacitação das equipes de saúde para lidarem com formas de sofrimento não classificadas nos manuais diagnósticos e ausência de políticas públicas destinadas para essa problemática.	Criação de espaços de acolhimento e escuta sensível para usuários e profissionais são de fundamental importância para que as manifestações de sofrimento recebam o cuidado e a atenção adequados nos serviços de saúde.
Limitações do paradigma científico hegemônico no acolhimento ao sofrimento psíquico na Atenção Básica	FARIA, MLVC; GUERRINI, IA.	Investigar a relação entre a dificuldade em se acolher o sofrimento psíquico nas UBS com à inadequação epistemológico do paradigma hegemônico.	O atual paradigma hegemônico é limitado e, às vezes, ineficaz para o acolhimento do sofrimento psíquico, que não se enquadra na “prática normal” de uma UBS.	O sofrimento psíquico é uma anomalia para o paradigma hegemônico, que não oferece recursos adequados aos profissionais de saúde da Atenção Básica para o acolhimento e abordagem desta condição.
Prevalence of Depression and Depression Care for Populations Registered in Primary care in Two Remote Cities in the Brazilian Amazon	Dos SANTOS, ER; HUANG, H; MENEZES, PR; SCAZUFCA, M.	Estimar a prevalência de depressão em adultos em duas cidades do interior da Amazônia e a proporção de indivíduos com depressão que receberam assistência em Saúde Mental.	A prevalência de depressão foi de 19,1%. Sexo feminino, suporte social inadequado, eventos estressantes, grande número de comorbidades, tabagismo e alcoolismo estão associados à depressão.	Há uma falha importante no tratamento da depressão na região amazônica e necessidade de inovar modelos de atenção à depressão na Atenção Primária no Brasil.

Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica	SILVA, G. IGLESIAS, A. D A L B E L L O - -ARAÚJO, M. BADARO-MOREIRA, MI.	Conhecer as práticas realizadas em uma UBS no estado do Espírito Santo, e as dificuldades enfrentadas no desenvolvimento delas.	Poucas unidades do município de Vitória possuem grupos de práticas integrativas, as duas que oferecem demonstram bons resultados.	Os grupos de práticas integrativas, levam ao sentimento de pertencimento a um grupo e elevam a autonomia desses pacientes.
Estratégia Saúde da Família: ações no campo da Saúde Mental	SILVA, SM. DA SILVA, AM. SOUZA, AR. MOURA, ADA. LIMA, G FEITOZA. AR.	Analisar as estratégias desenvolvidas no campo da saúde mental por uma UBS do estado do Ceará.	Tratamento farmacológico ainda como centro da saúde mental da UBS, inexistências de grupos terapêuticos.	O matriciamento é ponto chave para o bom desenvolvimento da rede e suas ações devem estar voltadas para práticas que levem à uma boa articulação entre os níveis de atenção.
O papel da Atenção Primária de Saúde na constituição das redes de cuidado em Saúde Mental	BARBOSA, VFB. CAVALCANTI, A. ALCÂNTARA, MCA. PEDROZA, RM. FERREIRA, SHV.	Analisar por meio de entrevistas, as práticas relacionadas a saúde mental em uma unidade de Atenção primária no município de Pesqueira Pernambuco.	Ainda há grande apoio na medicalização, em grande parte por falta de treinamento, dificuldade de integração com outros níveis de atenção e estigmas da Saúde Mental na sociedade	Apesar das dificuldades, há avanços na construção da rede de atenção psicossocial. Além disso, deve-se dar maior atenção para práticas integrativas em detrimento de práticas farmacológicas.

Fonte: resultados da pesquisa

Nos trabalhos voltados para área de Saúde Mental na Atenção Básica, apesar das diferenças regionais e algumas diferenças entre os estudos, destaca-se a alta prevalência do sofrimento mental, e dificuldades com seu manejo, principalmente pelos profissionais que não tiveram formação adequada. Além disso, foram identificadas poucas opções de práticas integrativas para esses pacientes, como também, notou-se um destaque à saúde da mulher, sendo esta a principal utilizadora da rede e de psicotrópicos.

Em todos os estudos foram apresentadas necessidades de avanços na construção da RAPS, além da necessidade de disponibilização de diversidade de dispositivos terapêuticos, tais como práticas integrativas, grupos de apoio para a discussão do tema, para que esse assunto não seja mais enfrentado com preconceito pela sociedade.

DISCUSSÃO

Entre os artigos selecionados pela revisão, há diversos pontos de convergência encontrados, que levam a uma descrição da situação atual da abordagem do sofrimento mental na Atenção Básica no Brasil. O fator de destaque nos trabalhos é a medicalização do sofrimento mental e o uso de tratamento farmacológico em situações muitas vezes dispensáveis para a ocasião. Esse ponto é citado de forma direta ou indireta em todos os artigos. Assim, ocorre o desdobramento e a discussão de diversos fatores que podem explicar esse fenômeno na Atenção Básica.

A qualificação inadequada da equipe multiprofissional mostrou-se um dos principais motivos para a alta prescrição. É citado, em alguns casos, uma insegurança desses profissionais que repassam essas situações para outros níveis de atenção ou para outros profissionais da Atenção Básica. Há também dificuldade de identificação de quais casos devem ser encaminhados para os centros de referência (SILVIA, 2017a). Assim, torna-se necessário promover processos formativos, tanto no ensino formal (graduação, pós-graduação), como na educação permanente, para esses profissionais, que permitam a compreensão do sujeito como um todo, de modo indissociável do seu contexto sociocultural, colocando-o no centro das práticas de saúde (BARBOSA, 2017).

O matriciamento deve ser norteador entre os níveis de atenção, tendo como proposta a intervenção pedagógico-terapêutica, estabelecendo assim uma ligação entre Unidade Básica de Saúde (UBS), o CAPS e os Núcleos de Apoio a Saúde da Família, por meio de projetos terapêuticos compartilhados, com análise realizada por equipes multiprofissionais para o melhor atendimento ao usuário (BRASIL, 2012). Porém, Barbosa et al (2017), em seu estudo, mostram dificuldades na

conexão entre o nível primário e o secundário. Ações como o não compartilhamento dos projetos terapêuticos e a falta de acompanhamento dos pacientes pela UBS e não efetivação do processo de contra referência ao CAPS, mostraram-se como obstáculos e pontos de quebra, que dificultam a construção de uma RAPS eficaz, criando entraves para um atendimento integral e efetivo ao usuário. Este fato é agravado pela pouca compreensão da rede pelo usuário que, por vezes busca como porta de entrada o nível secundário, pois em seu entendimento, a Saúde Mental ainda está ligada ao profissional psiquiatra e também ao tratamento farmacológico.

A falta de preparo para uma escuta qualificada (SILVA, 2017a) é acentuado por fatores como a alta demanda na Atenção Básica, principalmente no campo da Saúde Mental. Soma-se a isso o curto período para realização da consulta, dificultando assim a criação do vínculo dos profissionais com o paciente (SILVA, 2017b), restando ao Agente Comunitário de Saúde fazer a ligação entre paciente e a equipe (BARBOSA, 2017).

Os transtornos mentais mais comumente encontrados nas UBS são os depressivos e ansiosos (FONSECA, 2008). Entre os diversos grupos de risco, como estudantes ou migrantes (FONSECA, 2008), as mulheres se destacam como as principais utilizadoras de psicofármacos (FERREIRA FILHA, 2009), muitas dessas encontram-se em situação de violência (CAVALCANTE, 2011), fator fortemente atrelado ao sofrimento mental, ou em fatores mais comuns como a desigualdade social, pobreza a falta de reconhecimento pessoal, entre outros (FERREIRA FILHA, 2009). Além disso, há uma sobrecarga da mulher no papel de mãe, que devido a construção histórica é tida como responsável pela criação da família, sendo vinculada diretamente à Saúde Mental da família e principalmente dos filhos. Essa visão atinge também a equipe de saúde demonstrada no trabalho de GOMES et al.(2015, p.251), com falas como: “[...]eu acho que o maior problema está aí, na mãe, no pai... Mas o mais importante é a mãe porque está mais próxima, né? Educação dela...[...]” ou “[...] porque é a mãe que vai dar medicação, a mãe que vai seguir as orientações do médico”.

Outro achado da pesquisa refere-se à necessidade de realização de práticas inovadoras direcionadas à produção do cuidado, a fim de potencializar a transformação de práticas hegemônicas em saúde. Sabe-se que a descentralização da Saúde Mental para os territórios foi uma conquista cara à Reforma Psiquiátrica, e esta necessita de aprimoramento constante para o desenvolvimento de uma clínica implicada com a constituição de sujeitos mais saudáveis (ONOCKO CAMPOS, 2009). Há necessidade de desmistificar a psicoterapia tanto para a população quanto para os profissionais de saúde, que tendem a diminuir ou ignorar essas práticas, que poderiam ser adotadas para pacientes em sofrimento mental leve ou moderado (BARBOSA, 2017). Os estudos demonstraram que esses grupos acabam criando, entre os participantes, um vínculo de amizade, comunitário e social, além de serem importantes no alívio do sofrimento diário com a troca de experiências (FERREIRA FILHA, 2009).

A necessidade de elaboração de grupos de práticas integrativas, anda entrelaçada com a criação de dias especiais para o atendimento desses pacientes, da mesma forma que são desenvolvidos grupos especiais para diabetes e hipertensão, pois a alta demanda da Saúde Mental na Atenção Básica traz essa necessidade (SILVA, 2017b). Porém, a literatura adverte para que esses dias não sejam ligados a prescrição de psicotrópicos, pois as práticas são uma alternativa a esse tratamento.

A nova PNAB de 2017 destaca a necessidade de compreensão do indivíduo como agente de um meio, composto por singularidades, onde compreensões simplistas devem ser deixadas de lado, para a construção de uma assistência de qualidade. Ela também mostra que a Atenção Básica deve atender as demandas e necessidades da população, promovendo mecanismos que deem acessibilidade e busquem satisfazer as diversas áreas, sendo a Saúde Mental uma delas (BRASIL, 2017).

O entendimento da epidemiologia do local, por meio da territorialização é parte importante para identificação de populações de risco, estimulando vínculos e buscando atendimento longitudinal. A política de práticas integrativas presente na nova PNAB, traz ferramentas para auxiliar no atendimento longitudinal dos indivíduos em sofrimento mental, buscando por meio de tecnologias leves o cuidado integral ao indivíduo (BRASIL, 2017).

Ela também inclui como tarefa da Atenção Básica, ser gestora e ordenadora da RAS, incluindo assim a Rede de Atenção Psicossocial. Por meio da gestão regional e municipal ela deve ordenar

os fluxos, e gerir os estabelecimentos por meio de referência e contrarreferência. (BRASIL, 2017).

Outro ponto a ser destacado é que, dentre os artigos excluídos, muitos tratavam do sofrimento mental dos profissionais que atuam na Atenção Básica, o que aponta uma preocupação da literatura brasileira nesse aspecto tão importante do cuidado.

CONCLUSÃO

Constatou-se a existência de uma baixa produção teórica relacionada ao tema, o que aponta para a necessidade de se repensar os modelos de formação e atenção em Saúde Mental para todas as profissões. A produção em pequeno número permite inferir que o tema é pouco estudado, reforçando a necessidade de ampliar a exploração dele.

O estudo indica uma falta de formação adequada dos profissionais da saúde no cuidado e manejo dos pacientes em sofrimento mental na Atenção Básica, relacionados ao processo de formação desses. Assim ocorre um apoio na terapia medicamentosa, sendo intensificado pela falta de grupos de práticas integrativas, voltadas ao atendimento integral ao paciente. Há uma alta demanda desse serviço na Atenção Básica, sendo identificado as mulheres como maiores usuárias dessa área, e de terapia medicamentosa.

Por fim, todo envolvimento dos profissionais de saúde que atuam nesse nível de atenção devem estar voltados não somente para as questões biológicas do viver, como também deve considerar os fatores de vulnerabilidade, que interagem de forma dinâmica ao longo da história de vida de cada pessoa, sem que nenhum deles seja determinante.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. n.34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013e. 176 p
BARBOSA, V.F.B. et al. O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em Saúde Mental. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 9, n. 3, p.659-669, 11 jul. 2017. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5523>>. Acesso em: 02 jan. 2019

CAVALCANTE, A.C.; SILVA, R.M.. Experiências psíquicas de mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em Teresina (PI, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, p. 2211-2220, Apr. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400020&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Jan. 2019.

FARIA, M. L.V.C.; GUERRINI, I.A.. Limitações do paradigma científico hegemônico no acolhimento ao sofrimento psíquico na atenção básica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 16, n. 42, p. 779-792, Sept. 2012 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Jan. 2019.

FIGUEIREDO, M.D.; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138. 2009.

FERREIRA FILHA, M.O. et al. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Go, 31 dez. 2009. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a22.htm>>. Acesso em: 30 maio 2018

FONSECA, M.L.G. et al. Sofrimento Difuso e Transtornos Mentais Comuns: Uma Revisão Bibliográfica. **Revista de Aps**, Juiz de Fora, Mg, v. 11, n. 3, p.285-294, jun/set 2008. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/342>>. Acesso em: 28 jan. 2018.

GOMES, F.M.A. et al. Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.244-258, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

SANTOS, E.R. et al. Prevalence of Depression and Depression Care for Populations Registered in Primary Care in Two Remote Cities in the Brazilian Amazon. **Plos One**, [s.l.], v. 11, n. 3, p.1-13, 1 mar. 2016. Public Library of Science (PloS)..

SILVA, G. al. Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 37, n. 2, p.404-417, jun. 2017a. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932017000200404&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 03 jan. 2019.

SILVA, Stefânia Mendonça da et al. Estratégia saúde da família: ações no campo da Saúde Mental. **Revista Enfermagem Uerj**, [s.l.], v. 25, p.1-5, 30 jun. 2017b. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/16926>>. Acesso em: 02 jan. 2019

TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, L. Desafio para a atenção básica da assistência em Saúde Mental. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 9, p. 1845-1853, 2006.

SAÚDE E VIDA: REFLEXÕES A PARTIR DE CANGUILHEM E NIETZSCHE

HEALTH AND LIFE: FROM CANGUILHEM AND NIETZSCHE THOUGHTS

Lucas Tavares Honorato
lucasthonorato@yahoo.com.br
Universidade Federal Fluminense

ABSTRACT: This article deals with the effort to reflect on the concepts of health and life based on the thinking of the philosophers Georges Canguilhem and Friedrich Nietzsche, in order to contribute to the debate on these key concepts to a whole range of fields of interest (in specific to the Geography of Health), and that extrapolate the epistemological scope toward ethics.

Keywords: Health, Life, Georges Canguilhem, Friedrich Nietzsche.

Georges Canguilhem e Friedrich Nietzsche foram figuras marcantes para o pensamento ocidental moderno. Cada um a sua forma, revolucionou sua campo de reflexão produzindo uma verdadeira revolução paradigmática.

Canguilhem, filósofo e médico francês, especializado em epidemiologia, compõe a corrente da epistemologia histórica de Gaston Bachelard, sendo uma grande influência para o pensamento de Michael Foucault. Sua grande tese consiste na perspectiva de que a vida não pode ser reduzida por leis físico-químicas e que é preciso partir do próprio ser vivo pra compreendê-la. No Brasil, sua obra de maior referência trata-se de *O normal e o patológico*, sendo ainda mais três livros traduzidos: *Escritos sobre medicina*, *Conhecimento da vida*, *Estudos de História e de Filosofia das Ciências*.

Nietzsche, mais badalado entre os filósofos, escreveu vários textos críticos sobre a religião, a moral, a cultura, filosofia, ciência e epistemologia. Dentre seu vasto campo de teses e conceitos e vocabulário próprios, nos interessa para esse artigo explorar a sua ideia central de “afirmação da vida”, que envolve o questionamento de qualquer doutrina que confronte uma expansiva de energias, não importando o quão socialmente predominante são essas ideias.

Nosso objetivo aqui consiste em apresentar as principais ideias dos autores para, os colocando em diálogo, se aproximar daquilo que vêm sido tratado como produção de saúde. Uma perspectiva que se abre não só como instrumento real de intervenção, mas, e principalmente, como ferramenta ética de cuidado à população.

Neste sentido, nos é absolutamente caro a ressalva de BRASIL (2005, p. 49), para quem a saúde das pessoas trata-se fundamentalmente de

“(…) Um assunto que se refere, primordialmente, a elas próprias e que o papel dos profissionais de saúde deve ser o de oferecer seus conhecimentos técnicos para ajudar a construir a autonomia das pessoas, num processo de defesa da vida”

2. SOBRE A SAÚDE E A VIDA:

Tomaremos neste trabalho a saúde a partir e para além de Canguilhem (1978), para quem, enquanto expressão de um corpo produzido por um modo de vida, o conceito de saúde extrapola a noção de resiliência (como gestão das “margens de segurança” para a doença) e implica:

a) No aumento do coeficiente de autonomia dos indivíduos, possibilitando um melhor entendimento de seu próprio corpo, doenças e suas relações com o meio social e ambiente, o que aumentaria a capacidade individual de instituir e sustentar normas (“formas de”) que ampliam as possibilidades de existência. Também diz respeito à reconstrução dos sentidos e significados de sua vida e práticas, permitindo a transformação de seus modos de vida – o que envolve a capacidade de reivindicar e usar-se de sua liberdade para rever e escolher e instituir suas próprias normas – a “normatividade vital”, para o autor;

b) Na segurança contra os riscos, como fator diretamente relacionado com a resiliência e que envolve desde as condições mais objetivas (saneamento, moradia e alimentação adequada) à educação sanitária, como também a capacidade de, conforme o autor, “sentir-se capaz de adoecer e de afastar a doença”.

c) No fortalecimento nos modos de viver das pessoas, de acordo com suas necessidades reais, o que implica em possibilitar ao indivíduo as condições necessárias para que desenvolva cada vez mais a capacidade de “recentramento do meio pelo organismo”. Em outras palavras, a capacidade de produção de novas normas frente às “infidelidades do meio”.

Saúde, aqui, será tratada, portanto e fundamentalmente, como processo de potencialização dos “modos de andar a vida” (Canguilhem, 1978).

Para o autor, “o meio é sempre infiel” posto que nunca se repete de um dia para o outro. As circunstâncias mudam, obrigando os indivíduos a criação de novas normas – “formas de” (agir, se comportar, portar etc.) –, de modo a gerir essa “infidelidade” fazendo uso de seus recursos, escolhas, valores, capacidades e competências, para dar conta da complexidade do novo momento. Cria-se cotidianamente e a todo momento um hiato que desestabiliza as normas antecedentes, visto que não são mais suficientes para dar conta da nova realidade imposta pelo meio.

Isso não quer dizer que o conjunto das normas antecedentes não sejam fundamentais para a instituições de novas. Tal qual todo ambiente social, carregam sempre um “mundo de normas antecedentes” que orientam o que e como se vai fazer ou se pode fazer certa ação. É a esta tentativa de recriação parcial das normas que o autor qualifica como “a realização do recentramento do meio ao organismo” – o ato de recentrar o “meio infiel” a partir de suas próprias normas, mas também atribuindo a si mesmo outras normas para dar conta daquilo que falta.

Desta forma, ao mesmo tempo em que “recentra o meio”, é por ele produzido, qualificando uma relação de sobredeterminação entre ser humano e meio. O que este campo de tensão constante acaba por permitir ou frear implica diretamente na maneira pela qual preferimos ou excluímos determinadas normas de conduta (comportamentos), que são formas de Ser, de agir e de pensar, remobilizando todo o sistema de valoração do indivíduo acerca das “coisas do mundo”.

Em suma, a todo tempo somos confrontados por um conjunto de situações, posto que as “infidelidades do meio”, vícios, sucessos e insucessos, constituem a própria vida; que obrigam a escolhas que mobilizam todo um “uso de si” (“normatividade vital”) para lidar com aquelas, constituindo “uma dramática” produtora de singularidades e os “modos de andar a vida”.

Então, nossos “modos de andar a vida” acabam por traduzir nossas satisfações ou insatisfações diante dos “constrangimentos” do meio, sendo constantemente forjados nos regimes de tensão que caracterizam as “desordens adaptativas” cotidianas – diretamente relacionadas à capacidade individual de se fazer instituir e sustentar novas normas (capacidade de superação).

Concordamos que:

A existência de saúde, que é física e mental, está ligada a uma série de condições irreduzíveis umas às outras. (...) Pois é produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem certas formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizado em cada sentir e vivenciado num corpo que é também, não esqueçamos, biológico. (VAITSMAN, 1992, p.170)

Ou seja, a saúde envolve um conjunto de fatores que, de acordo com as condições objetivas (biológicas, econômicas, de moradia, de acesso aos equipamentos e serviços de saúde etc.) e subjetivas (inserção política, status social, capital cultural etc.) do indivíduo, deverão ser melhor equalizados

para o aumento do coeficiente de autodeterminação (ou, autonomia), mas, principalmente, do de “auto-superação” – ou, vontade de potência, a busca da ampliação da capacidade de transformar-se em coisas distintas.

Em “Assim Falava Zarathustra” (1983), Nietzsche equipara o conceito de vontade de potência ao de vida, caracterizando a “vontade de potência” como uma vontade orgânica de afirmação do ato criador – é preciso a produção de uma vida que queira mais vida, que expresse a vontade de intensificação da potência:

“Vontade de verdade’ é como se chama para vós, ó mais sábios dos sábios, o que vos impele e vos torna fervoroso? (...) Essa é toda a vossa vontade, ó mais sábios dos sábios, como uma vontade de potência; (...) Quereis criar ainda o mundo diante do qual podereis ajoelhar-vos: assim é vossa última esperança e embriaguez. (...) É vossa vontade e são vossos valores que vós assentastes no rio do vir-a-ser; uma antiga vontade de potência é o que denuncia a mim aquilo que é acreditado pelo povo como bem e mal. (...) Não é o rio vosso perigo e o fim de vosso bem e mal, ó sábio dos sábios: mas aquela própria vontade, a vontade de potência – a inesgotável e geradora vontade de vida. (...) Onde encontrei vida, ali encontrei vontade de potência; e até mesmo na vontade daquele que serve encontrei vontade de ser senhor. (...) E este segredo a própria vida me contou: (...) ‘Não atingiu a verdade, por certo, quem atirou em sua direção a palavra da ‘vontade de existência’: essa vontade – não há! Pois: o que não é, não pode querer; mas o que está na existência, como poderia ainda querer vir à existência! Somente onde há vida, há também vontade: mas não vontade de vida, e sim – assim vos ensino – vontade de potência! Muito, para o vivente, é estimado mais alto do que o próprio viver; mas na própria estimativa fala – a vontade de potência! Assim me ensinou um dia a vida: e com isso, ó sábio dos sábios, vos soluciono também o enigma de vosso coração. Em verdade, eu vos digo: bem e mal que seja imperecível – não há! Por si mesmo ele tem sempre de se superar de novo.” (p. 237-239)

Como ato criador, a vida não objetiva conservar-se, mas, antes, expandir-se, apropriar-se, como maneira de impor novas formas, sentidos, funções e direções.

Segundo Dias (2011), para Nietzsche, indo na contramão dos teóricos que afirmaram a vida a partir da conservação, como Charles Darwin e Herbert Spencer, o processo de adaptação não define o sentido da vida, que é, antes, apenas uma das direções que a luta pela “vontade de potência” desencadeia – uma limitação ao verdadeiro impulso fundamental da vida, que é a expansão e intensificação da potência¹.

O autor não nega a importância das forças de conservação para a “economia da vida”, mas é que a luta pela vida não seria uma atividade propriamente dita. A atividade propriamente dita deriva da vontade de intensificar a potência do ser, e não da “vontade de conservação”. As forças espontâneas, agressivas, expansivas, criadoras de novas formas, interpretações e direções de “uma vida que quer mais vida” se sobrepõem às forças de adaptação. A existência orientada pela sobrevivência não seria a regra, mas a exceção.

Contudo, para Dias (2011) a luta pela potência é sempre acompanhada de um sentimento de desprazer – que não se trata de um sentimento de fraqueza, mas que funciona como um estímulo para a vontade. O encontro entre as forças que buscam expansão com as forças que impelem a conservação acaba entrando a tendência a mais potência, produzindo sofrimento. Porém, a partir do momento em que os obstáculos são superados, o “jogo das resistências e vitórias” acaba por estimular a vontade de potência. Ou seja, o desprazer (a ausência de prazer dada ao entrave ao desenvolvimento da vontade de potência) “excita a vida e fortifica a vontade de potência” (Ibid., p. 38). A partir de então, a luta pela potência se dá com um novo arranjo de forças, totalmente diferente do que o precedeu.

Esta perspectiva fundamenta a crítica que poderíamos chamar de anti-evolucionista de Nietzsche, pois desta forma descredibiliza o “progresso cumulativo e aglutinante” do processo

1 “Os biólogos Darwin e Spencer definiram a vida a partir do instinto de conservação, enquanto ela é “a expressão das formas de crescimento da potência”. A interpretação biológica da existência é vista por Nietzsche como fazendo parte do projeto teórico da metafísica, que inventa um mundo da permanência, da conservação, por estar descontente com a mudança, o perecível ou com o imprevisível. A gênese dessas ideias é consequência de um estado psicológico de esgotamento, de perda de força, de descontentamento em relação à existência.” (DIAS, 2011, p. 39)

de sucessão e aperfeiçoamento dos seres, ao afirmar a vida como uma sucessão de processos de apropriação e concebe-la como constantemente autoinventora. Os estados alcançados pelos corpos, por princípio, este não se conservam.

Isto posto, trata-se então, de tomar a vida como “obra de arte”, superando a posição contemplativa e conservadora da existência e tornar-se “artista de sua própria existência”². Ao unir vida e arte, em “O nascimento da tragédia”, Nietzsche (2007, p. 44) afirma que “só como fenômeno estético podem a existência e o mundo justificar-se eternamente”. Esta mesma afirmação se repete de forma invertida no prefácio escrito quatorze anos depois chamado “Tentativa de autocrítica”: “a existência do mundo só se justifica como fenômeno estético” (p. 2007, 16).

Tomar a vida como vontade de potência, como aquilo à ser produzida como obra de arte, implica em construir nossas singularidades ao longo do processo de descoberta e invenção de novas formas de vida, de forma presentificada, aqui e agora, contra um “eu” constituído:

“Todo acontecimento, toda mudança é uma luta não pela vida [sobrevivência], mas pela potência. A afirmação de que não há luta pela vida, mas pela potência, pode, entretanto levar ao erro de ver a potência como um fim, como algo que a vontade almeja. Sem sombra de dúvida, podemos afirmar que a vontade não é orientada em direções a um fim: ‘A própria vida não é nem um meio para alguma coisa: ela é apenas uma forma de crescimento da potência’³. (...) A potência, o desejo de expandir, o poder de criar, de crescer, de vencer as resistências é que impulsiona o movimento da vida. É o valor mesmo desse movimento.” (DIAS, 2011, p. 37-38)

Seguindo nesta linha de pensamento, afirmamos aqui a vida como vontade criadora, cujo significado consiste em intensificar-se, expandir-se, produzir-se de forma ampliada, potencializando o desejo de mais vida – atividade criadora que produz diferença: “esculpir a sua existência como uma obra de arte. A vida deve ser pensada, querida e desejada tal como um artista deseja e cria sua obra, ao empregar toda a sua energia para produzir um único objeto” (DIAS, 2011, p. 13).

É neste sentido que a produção de saúde é acionada aqui como um processo de produção que:

“Não é teleológica, nem está temporalmente sincronizada com a cronologia do tempo progressivo - busca pelo bem-estar; é produção de diferença a partir da diferença. O conceito de produção de saúde não apresenta um marco identitário, na medida em que reside justamente numa diferença que gera diferença. Neste caso, ao não apresentar um marco identitário, a produção de saúde se situa na esfera social/pública, pois é o espaço privilegiado do coletivo, da diferença, ou seja, da própria alteridade. (...) A produção de saúde, muito mais do que um domínio da ciência, é da ordem da afirmação da vida. A produção de saúde é da ordem do cotidiano, de estilos e formas de viver, que instituem novas formas de vida.” (COSTA e BERNARDES, 2012, p. 832-833)

Desta forma, produção de saúde incorpora a dimensão dos projetos de felicidade e da resolubilidade em relação ao sofrimento. Envolve a capacidade de intervenção no sentido de impulsionar os projetos de felicidade, de forma a intensificação da vida. Produção de saúde torna-se ao mesmo tempo produção de vida e produção de subjetividade.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito embora tenhamos afirmado aqui o conceito de produção de saúde, é fundamental deixar claro que esta perspectiva não se opõe de maneira nenhuma à de promoção de saúde.

Pelo contrário, muito embora o conceito de promoção de saúde, tal qual aparece na década

2 “Em ‘Opiniões e sentenças diversas’ (1879) e em ‘O andarilho e sua sombra’ (1880), há outro ponto de vista a partir do qual Nietzsche revaloriza a arte. Não se trata mais certamente de nenhum que leve o homem a evadir-se de si mesmo, a buscar o fantástico, o além-mundo, mas da arte de criar a si mesmo como obra de arte, isto é, de sair da posição de criatura contemplativa e adquirir os hábitos e os atributos do criador, ser artista de sua própria existência.” (p. 20)

3 Nota da autora: “*Fragmentos póstumos*, primavera-verão de 1888, KSA 13,16 [12], p. 486”

de 1980, com a Saúde Coletiva e a Reforma Sanitária, assumiu a premissa da construção coletiva de condições favoráveis e necessárias para a promoção e proteção da vida humana – o que inclui considerar os fatores que determinam o processo saúde-doença no país – de certa forma acaba por ainda operar o binômio saúde-doença.

Ainda assim, de acordo com a Política Nacional de Promoção de Saúde, explica-se o conceito de promoção de saúde como “esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde” (PORTARIA MINISTERIAL, 687, p. 13).

Segundo (Ibid., p.831)

O conceito de promoção de saúde tem a versatilidade de bifurcar-se tanto em prevenção e reabilitação quanto em produção de saúde. Nesse conceito, encontram-se duas intencionalidades: uma que aponta na direção de estratégias de evitação da doença, e outra que vai em direção de estratégias de produção de vida como produção de saúde.

E, ainda

A vida, não a saúde - e menos ainda a doença -, é a condição última de possibilidade de todas as ações e construções humanas, já que é impensável, e ainda menos realizável, qualquer ação ou construção humana fora do marco da vida (Hinkelammert, 1990). Estabelecer uma correlação entre vida e saúde desonera esta última das implicações que a doença traz para a saúde, na medida em que a saúde como negação da doença implica separar saúde de vida. A vida como condição de possibilidade de ações torna-se um conceito potência; melhor dito, a potência reside na condição para a ação, ao mesmo tempo em que a vida se torna o critério de avaliação da ação - critério de avaliação como força de afirmação (Nietzsche, 1998). Nesse caso, a produção de saúde é uma transversal da vida e codetermina a ação. (Ibid, p. 832)

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

COSTA, Márcio Luis and BERNARDES, Anita Guazzelli. **Produção de saúde como afirmação de vida**. Saude soc. [online]. 2012, vol.21, n.4

NIETZSCHE, Friedrich. **O Nascimento da Tragédia** (tradução de J. Guinsburg); São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

_____. **Obras incompletas / Os pensadores: Friedrich Nietzsche**; seleção de textos de Gérard Lebrun; trad. E notas de Rubens Rodrigues Torres Filho; posfácio de Antônio Cândido – 3. Ed. – São Paulo: Abril Cultural, 1983.

PORTARIA Nº 687. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2018.

VAITSMAN, J. Saúde, cultura e necessidades. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde coletiva?: questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

**ANTIDEPRESIVOS: ETNOGRAFÍA DEL CONSUMO EN
LA POBLACIÓN DE SALUD PÚBLICA DE MONTEVIDEO,
PERÍODO MARZO 2018 A MARZO DE 2019¹**

**ANTIDEPRESSANTS: ETHNOGRAPHY OF CONSUMPTION
IN THE PUBLIC HEALTH POPULATION OF MONTEVIDEO,
PERIOD MARCH 2018 TO MARCH 2019.**

*Andrea Bielli, Carlos Gonzalo Giraldez, Carolina Geneyro, Cecilia Castelli,
Gabriela Bruno, Ismael Olmos, Lauren Predebón, Mauricio Mato, Mauricio Toledo,
Nancy Calisto, Pilar Bacci, Santiago Navarro e Virginia Rodriguez*

Contato principal

Mauricio Toledo

Facultad de Psicología, UdelaR, Uruguay
mauricio.toledo1@gmail.com

ABSTRACT: Antidepressants are one of the most widely used drug groups worldwide, being widely used in general medicine and psychiatry. Different studies have established that the consumption and prescription of psychotropic drugs vary across different regions and geographic spaces and that this is linked to the prescription practices of the area, the commercial strategies of the laboratories as well as sociocultural factors. This paper aims to describe and analyze the sociotechnical dimensions that generate geographies of prescription and consumption of antidepressants in Montevideo, through a methodology that combines quantitative and qualitative methods. In a first stage, geographical areas were delimited based on population data from the different census areas of the city and the antidepressant dispensing data provided by the State Health Services Administration (ASSE). As a measure of consumption, we worked with the international technical unit called Defined Daily Dose (DDD) proposed by the WHO. In a second stage, a multilocal ethnography was carried out in areas identified of high, medium and low consumption, covering clinics of first level of health care of the RAP, mental health clinics and health Centers of ASSE, in order to get close to the logics and practices that shape the characteristics of each area on a daily basis. In short, antidepressant consumption levels were determined for the ASSE population of Montevideo; a map of geographic zones of consumption was obtained; an ethnographic characterization of these consumption zones was carried out; and the dynamics that generate and maintain these differential geographical zones were described.

Keywords: Antidepressants / Ethnography / geographical areas

Los antidepresivos -Ads- son actualmente uno de los grupos medicamentosos más prescritos a nivel mundial, siendo los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) los más utilizados. Actualmente, son el tratamiento de primera elección no sólo para la depresión, sino también para otros trastornos mentales como la ansiedad, trastornos obsesivos o alimentarios, entre otros, tanto en la práctica clínica psiquiátrica como en la práctica de la medicina general y de familia. No obstante, combinados con otro tipo de psicofármacos, han dado lugar a un incremento de la polifarmacia. Su expansión ha puesto de relieve la tensión existente en torno a las prácticas médicas, las prácticas de consumo y nociones de salud - enfermedad y, entre su fuerza universalizante y las particularidades locales de cada sociedad y cultura que los acoge. Es

¹ Esta investigación contó con el financiamiento de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República.

así que, diversas investigaciones han establecido que el consumo y prescripción de psicofármacos varía a través de las distintas regiones y espacios geográficos de un mismo país, vinculándolo a prácticas de prescripción zonales, a estrategias comerciales de los laboratorios, así como a factores culturales, respondiendo en cada caso a lo que se ha denominado como “paisaje psicotrópico” particular (Oldani, 2014). Y es que, posteriormente a la definición de salud adoptada por la OMS en 1948 y el Informe Lalonde de 1974 respecto de las dimensiones de la salud, las implicancias entre factores geográficos y salud han sido abordadas constantemente desde distintas disciplinas, incluso la Geografía, realizándolo desde dos vertientes oriundas del siglo XX, una Geografía Médica nacida en la década del 30”, y contemporáneamente desde una Geografía de la Salud emergente en la década del 70” (Elliot, 2018).

La primera trató casi exclusivamente enfermedades transmisibles; la segunda, en cambio, priorizó la estructura geográfica del sistema de salud, según la distribución de la población y la accesibilidad física a estos, procurando incrementar la eficiencia y la racionalidad del sistema (Rojas & Barcellos, 2003). Esta disciplina considera la relación dinámica entre la salud y los lugares, desde una visión holística de aquella (Mota - Moya, 2006), centrándose en la observación de las múltiples relaciones entre la población y su contexto social, cultural y ambiental (Johnston *et al.*, 2000). No obstante, los abordajes desde esta perspectiva requieren determinar claramente la categoría de análisis a utilizar, dado que cada una de ellas lleva implícito una visión de la relación entre el hombre, el medio y los procesos subyacentes y emergentes asociados.

En ese sentido, la transición del pensamiento geográfico tradicional (1870 – 1950) desde un espacio absoluto, a otro crítico (1970 y pos) desde un espacio social (De Castro *et al.*, 2000), orientó decididamente la forma de concebir las categorías de análisis y por ende la forma de vincularse de esta disciplina en temas relacionados con la salud de las poblaciones. *Paisaje, Territorio y Lugar* son un ejemplo de ello. Según Tilley (2004) en Souto (2011), la experiencia del mundo se extiende desde el cuerpo y se expande más allá de particularidades; ello requiere una perspectiva más holística, que vincule cuerpos, movimientos y lugares dentro de un todo, y aquí es donde resulta útil el término *paisaje*; Santos (2000) en Hernández (2001), señala respecto al *territorio*: “cuando se trata sobre territorio se debe, pues, desde luego, entender que se está hablando sobre el territorio usado, utilizado por una población dada”; y en cuanto al *lugar*, es definido como un espacio singular, único e irreplicable en función de la experiencia vivida (Santis Arenas & Gangas Geisse, 2004).

En cuanto a las geografías de prescripción de psicofármacos poco se sabe en Uruguay. El presente trabajo, analizará dichas geografías de prescripción y consumo diferencial de Ads en población de usuarios de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) en la ciudad de Montevideo (Uruguay), en el periodo Marzo 2018 - Marzo 2019.

ASSE es el principal prestador de atención en salud en la órbita del Estado, brindando cobertura al 33,1% de la población (1.248.484 personas) (MS, 2016), y contando con 833 servicios en el primer nivel que incluyen consultorios, policlínicas, centros de salud y centros auxiliares, como así 43 hospitales en sus diferentes niveles, distribuidos en todo el país (Riss, 2012). En cuanto a los centros de salud, cuentan además bajo su égida con numerosas policlínicas barriales y equipos de salud mental también distribuidos geográficamente respondiendo a una lógica territorial de áreas asistenciales y población de referencia.

Los datos que aquí se presentan permiten identificar variaciones geográficas del consumo de Ads en la ciudad de Montevideo. Las zonas de mayor consumo se encuentran distribuidas en el cinturón este de la ciudad y en el corredor central. En dichas zonas se encuentra una red de prescriptores que le otorgan características particulares al paisaje psicotrópico a través de sus hábitos de prescripción, así como a través de sus argumentaciones y explicaciones del consumo de psicofármacos en la zona. Este paisaje también se ve caracterizado por el rol fundamental de las farmacias que allí se encuentran y por las prácticas y argumentaciones de los usuarios de los centros de salud sobre su propio consumo.

I.a) Objetivo general.

Describir y analizar las dimensiones sociotécnicas que generan geografías de prescripción y consumo diferencial de antidepresivos en Montevideo.

I.b) Objetivos específicos.

Cuantitativos.

- Determinar la prescripción de Ads según centros de salud en el periodo 2014 - 2016.
- Caracterizar la población a estudio según aspectos patronímicos.
- Determinar la proporción de población prescrita con Ads respecto de la población Asse de Montevideo.
- Describir la prescripción en función de los fármacos dispensados.
- Determinar la correlación entre el indicador de prescripción en función de características de la población y aspectos socio territoriales de la ciudad de Montevideo.

Cualitativos.

- Identificar y describir prácticas de prescripción de Ads según zonas.
- Identificar y analizar lógicas argumentativas asociadas a las prácticas de prescripción en dichas zonas.
- Describir las formas de dispensación y acceso a Ads formales e informales existentes en dichas zonas.
- Describir las prácticas y racionalidades que fundamentan el uso o rechazo de Ads para los usuarios.

II) METODOLOGÍA

Se trata de una investigación mixta, la cual reúne componentes cuantitativos y cualitativos.

II.a) Aspectos metodológicos cuantitativos.

Esta fase del trabajo permitió conocer hábitos prescriptivos de la población a estudio, así como características socioterritoriales de la ciudad de Montevideo en el periodo 2014 – 2016, contribuyendo en el ingreso a la fase cualitativa de la investigación.

Tipo de Investigación: Descriptiva, correlacional

Tipo de diseño: Cuantitativo, no experimental, longitudinal, retrospectivo.

Unidades asistenciales: Centros de salud de la red de atención primaria -RAP- de Montevideo.

Población a estudio: usuarios del sistema sanitario público del Uruguay, mayor a 14 años, y que teniendo como referencia un centro de salud de la RAP de Montevideo, les fuera prescripto algún medicamento del grupo Ads, en el periodo 2014 - 2016.

Unidades espaciales de análisis: Áreas asistenciales de los centros de salud y barrios de Montevideo.

II.a.a) Determinación de la población a estudio y asignación de usuarios a los Centros de Salud.

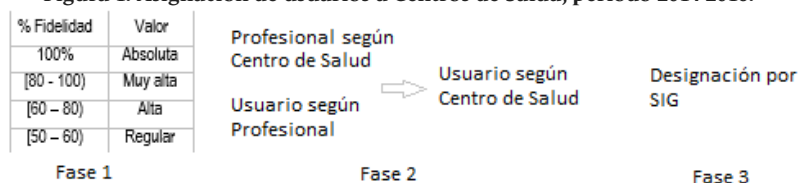
A partir de registros proporcionados por la RAP sobre población prescrita con Ads en el periodo mencionado, se realizó una depuración de los mismos, obteniéndose de esta manera la población de interés y su dinámica de prescripción (Tabla 1).

Tabla 1. Determinación de la población a estudio, período 2014 - 2016.

Año	Población a estudio	Prescripciones asociadas
Año 2014	13.980	93.237
Año 2015	14.236	97.086
Año 2016	13.819	91.595

La asignación de usuarios a centros de salud se realizó en tres fases: fase 1: de acuerdo a la variable Fidelidad, definida por el equipo de investigación como, la frecuencia de prescripción de un usuario a un centro de salud en un tiempo dado; fase 2: considerando como indicador la actividad del profesional según centro de salud; fase 3: a partir de soportes informáticos asistenciales y cartográficos en función de los domicilios de los usuarios (Figura 1).

Figura 1. Asignación de usuarios a Centros de Salud, periodo 2014-2016.



II.a.b) Características de la población a estudio y aspectos socioterritoriales de Montevideo.

Variables consideradas (Tabla 2):

Tabla 2. Variables de estudio.

N°	Variable	Nivel de medición	Descripción	Representación	Fuente
1	Sexo	Nominal	Población	Frecuencias / diagrama de barras compuestos	RAP
2	Edad	Continua	Población	media / mediana	RAP
3	Rangos etarios	Continua	Población	Frecuencias / serie temporal	RAP
4	Medicamento	Nominal	Población	Frecuencias / diagrama de barras	RAP
5	mg Medicamento	Continua	Población	Frecuencia / Proporción	RAP
6	Centro de Salud	Nominal	Población	Frecuencia / Proporción	RAP
7	Densidad poblacional según barrio	Continua	Montevideo	Cartográfica	INE, 2011
8	% población Asse según barrios	Continua	Montevideo	Cartográfica	ECH, 2016
9	% de población incluida en Estrato bajo	Continua	Montevideo	Cartográfica	ECH, 2016
10	DHD según áreas asistenciales de centros de salud	Continua	Población	Cartográfica	RAP / ASSE

Las variables 7 a 9 permitieron caracterizar socio territorialmente a la ciudad de Montevideo; la variable 10 refiere al nivel de prescripción en los centros de salud y por ende respecto de sus áreas asistenciales de referencia. Dichas variables fueron incluidas en un Sistema de Información Geográfica -SIG-, en formato vectorial, lo que permitió su observación y análisis espacial.

En cuanto al Indicador de prescripción / consumo DHD, el mismo establece la dosis por 1.000 habitantes día en un espacio dado de un medicamento:

$$N^{\circ} \text{ DHD} = (n^{\circ} \text{ DDD} / (365 * \text{PR})) * 1000$$

de donde:

DDD = dosis diaria definida (definida por la OMS, resultados de investigación, estándares, etc)

365 = días año

PR = población de referencia (en nuestro caso, los usuarios Asse asignados a cada Centro de Salud según área asistencial)

Tomando en cuenta dicha información, así como:

- Densidad poblacional -% de población usuaria de Asse -% de población en Estrato bajo, todas en función de barrios de Montevideo

- Accesibilidad geográfica a los centros de salud y/o policlínicas dependientes, se determinaron las 5 zonas en las cuales se llevará a cabo el trabajo Etnográfico.

II.b) Aspectos metodológicos cualitativos.

Tipo de Investigación: Descriptiva

Tipo de diseño: cualitativo, etnográfico multi local.

Unidades de estudio: policlínicas de primer nivel de atención de la RAP, policlínicas de Salud Mental y Centros de Salud de ASSE.

II.b.a) Trabajo Etnográfico.

Se realizó una etnografía multilocal tal cual la define Marcus (1995, p. 96), como una etnografía móvil que pretende seguir las trayectorias de formaciones culturales a través de los diversos sitios por los que transitan, analizando las conexiones y asociaciones que se dan en las diferentes localidades. En este sentido, la etnografía multilocal supone, al contrario de la etnografía clásica, un trabajo de campo que incluye diferentes espacios geográficos por los que el investigador transita (Falzon, 2009). Basándonos en la propuesta metodológica de Oldani (2014), una vez identificadas las zonas geográficas de forma estadística, se procedió a explorar a través del método etnográfico las lógicas y prácticas a nivel cotidiano que dan forma a los paisajes psicotrópicos particulares. El argumento principal de la etnografía estuvo dado por la conexión de diferentes sitios trazada por uno de los elementos culturales centrales de las geografías de prescripción y consumo de psicofármacos: la receta. La etnografía abarcó al conjunto de actores implicados en las generación de las geografías de prescripción y consumo de Ads (médicos, psicólogos, asistentes sociales, personal de salud, visitantes médicos, usuarios) y distintos ámbitos (consultorio, sala de espera, farmacia).

II.b.b) Características del trabajo de campo Etnográfico.

-Observación de la dinámica cotidiana de los centros de salud y policlínicas, abarcando salas de espera, farmacias, en distintos días y horarios..

-Conversaciones espontáneas, entrevistas formales e informales con médicos, psicólogos, asistentes sociales, personal de salud, visitantes médicos, usuarios.

- Participación en grupos de promoción de salud y eventos puntuales de los centros y policlínicas.

III) RESULTADOS.

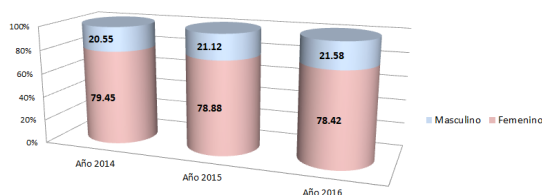
III.a) Resultados Cuantitativos

- Para los tres años trabajados, en la fase 1 quedaron asignados a centros de salud entre el 97 y 98,5% de los usuarios incluidos en la población a estudio, de donde, más del 82% en cada año presentó una Fidelidad del 100%.

- Pudo observarse que, para el trienio considerado, la población prescrita con Ads representó aproximadamente el 6% de la población Asse de Montevideo > 14 años (6,41; 6,47; y 6,53 respectivamente).

- En cuanto a la composición de la población según sexo, pudo observarse un comportamiento similar en los tres años estudiados, siendo la relación hombre - mujer 1:4 aproximadamente (Figura 2). Dicho comportamiento no presentó variaciones al ser observado desde cada centro de salud.

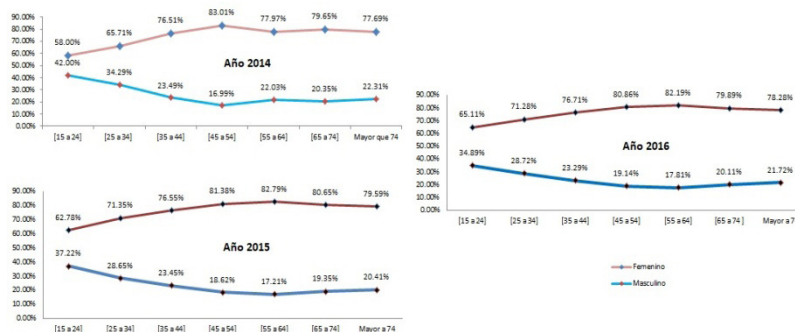
Figura 2. Población a estudio según sexo, periodo 2014-2016.



En cuanto a los aspectos etarios, en los tres observados la edad promedio en mujeres estuvo próxima a los 57 años y la de hombres en torno a los 54; al observar dicha variable en función de

los centros de salud, Ciudad Vieja y Giordano presentaron las mayores edades promedio (en torno a los 65 años); en tanto el centro de salud Misurraco presentó las edades promedio menores en todos los casos, en torno a los 50 años. Al observar la composición de la población según sexo en función de rangos etarios, se pudo observar que las distancias proporcionales se amplían a medida que avanza la edad, siendo las máximas entre los 45 y 64 años en favor de las mujeres (Figura 3).

Figura 3. Población a estudio según sexo, en función de rangos etarios, periodo 2014-2016.



Indicador de prescripción DHD.

Craps y Maroñas fueron los centros de salud que presentaron los mayores valores de DHD para los tres años estudiados, muy por encima del resto de los centros. Fue posible observar a priori, un corredor central con alta prescripción orientada hacia el centro – este de Montevideo, en donde Unión y La Cruz de Carrasco en un segundo nivel de valores se suman a este espacio territorial en el cual los valores de prescripción se destacan.

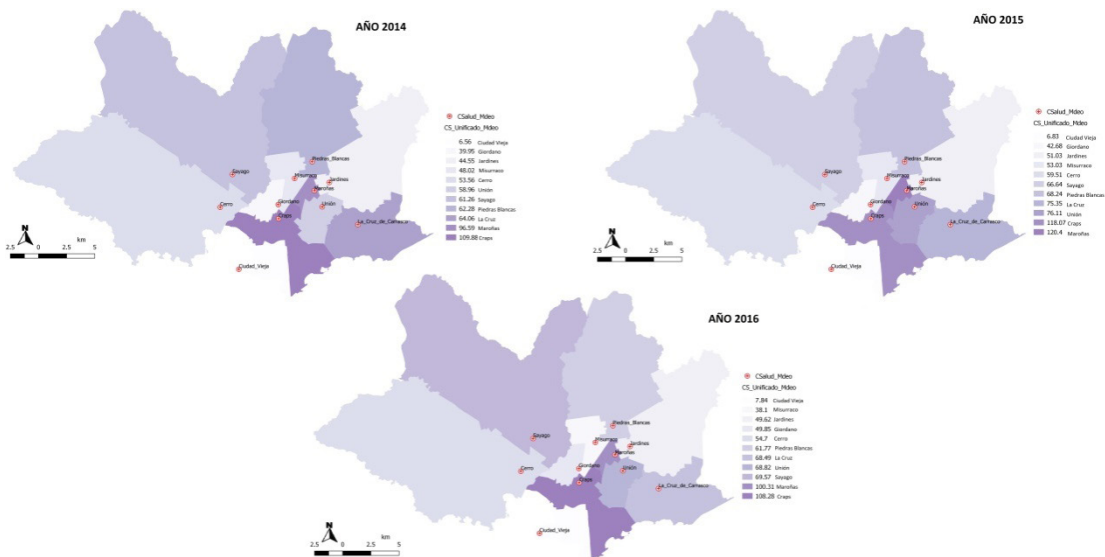


Figura 4. DHD, periodo 2014-2016 en función de Centros de Salud y áreas asistenciales.

Fármacos prescritos.

En cuanto a la proporción de Mg despachados desde 2014 a 2015, la Sertralina (60 a 70 %), Venlafaxina (15 a 20%) y Fluvoxetina (entre un 5 a un 10% aproximadamente), presentaron en ese orden las mayores dispensaciones; a su vez, el Escitalopram presentó un aumento sostenido en el trienio considerado (Figura 5).

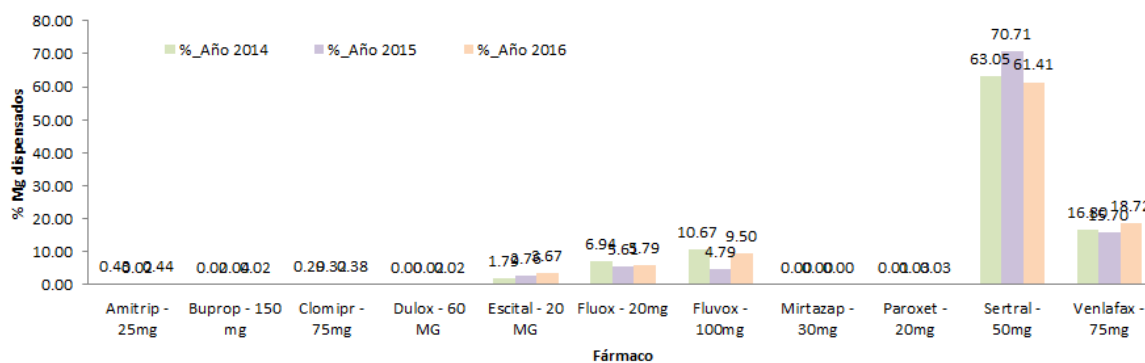


Figura 5. Mg dispensados según Fármaco, periodo 2014-2016.

Todo lo anterior contribuyó en la identificación de zonas con sus centros de salud y/o policlínicas dependientes en la cual se llevo a cabo el trabajo de campo Etnográfico. Fueron seleccionados: Sayago (con 1 policlínica dependiente), Craps (con 1 policlínica dependiente), Giordano (con 1 policlínica dependiente), Maroñas y La Cruz de Carrasco (con 1 policlínica dependiente) (Figura 6).

Figura 6. Zonas seleccionadas para el trabajo Etnográfico.



Correlaciones.

Tomando en cuenta el año 2016, se determinó un R de Pearson +0,24 (débil) de acuerdo a las variables DHD – edad promedio según centro de salud; y un R de Pearson 0,45 (moderado débil) de acuerdo a las variables DHD en función del % Población en Estrato bajo.

III.b) Resultados Cualitativos

Para ASSE Montevideo fue posible identificar zonas vinculadas a la noción de lugar/paisaje psicotrópico y territorio.

Comentaremos a continuación algunas de las dimensiones que modelan estos paisajes:

Fidelidad de la población a un Centro de Salud particular

Movilidad de la población de un Centro de Salud a otro

Prácticas de usuarios y profesionales en relación a dispensación, prescripción y consumo

Relación del territorio y la distancia social

Fidelidad

En las cinco zonas en las que se realizó el trabajo de campo se pudo observar que buena parte de los usuarios mantienen una relación de cercanía con los centros de salud y las policlínicas. Dado que la asignación de los usuarios a los centros de salud se realiza si el domicilio del usuario queda dentro de la zona geográfica de influencia del centro, era esperable observar que los usuarios tomaran alguna policlínica o centro de salud como el servicio de salud al que concurren habitualmente. En el trabajo de campo eso se pudo constatar a través de los intercambios usuarios-trabajadores de la salud, por ejemplo, en la forma de los saludos que dejaban entrever confianza y conocimiento mutuo (uso de nombre de pilar de los usuarios por los trabajadores o viceversa, bromas, preguntas por familiares de usuarios a trabajadores y viceversa). Las conversaciones informales con los usuarios también reflejaron este relacionamiento habitual, que incluso en algunos casos podría entenderse como fidelidad de la población al centro de salud, cuando las personas relataban que hacía varios años que venían a consulta con determinado médico del centro. En este sentido, la fidelidad del centro también supone en algunos casos, fidelidad al médico y fidelidad a la farmacia del centro para el retiro de los Ads. Así, una usuaria de la zona este comentaba mientras esperaba turno para la farmacia y expresaba su deseo de interrumpir el tratamiento con psicofármacos lo siguiente: “pero yo no quiero tomar esto siempre es una porquería, sabes es una droga”. Le dijiste al Dr. que no querés tomarlo siempre?, siempre tuviste el mismo doctor?, dice “es el Dr.L. y siempre vine con él, pero no le dije”. (Diario de campo, 11/04/2018, gb).

Movilidad

Se encontraron casos en los que esta misma fidelidad al médico en vez de asegurar la fidelidad al centro, supuso el abandono de dicho centro cuando el médico se trasladó a trabajar hacia otra zona. En esos casos el usuario cambió su centro de atención para seguir al médico. Asimismo, distintos tipos de eventos favorecen que el usuario se moviera de una zona a otra para retirar los medicamentos, como la falta de stock en las farmacias de su zona o para tener acceso más fácilmente a los especialistas. Por ejemplo, el siguiente usuario, con el que se conversó en un Centro de Salud de la Zona Oeste, explica de esta forma porqué se atiende en Ciudad Vieja: “Yo por mi enfermedad me atiendo en X (Ciudad Vieja) porque ahí tengo cerca todos los especialistas. Además hay una policlínica cerca. Si no tenía que ver a unos acá y otros allá, allá me hacen los estudios que preciso”. (Diario de campo, 12/04/2018, nc).

Prácticas de usuarios y profesionales

La dispensación y consumo de Ads tiene lugar bajo varias condiciones impuestas por la institución: para retirar los medicamentos los usuarios deben contar con la llamada “receta azul” (esta receta indica que se trata de un medicamento controlado), que debe tener la firma del médico y la fecha en que fue realizada, el usuario debe presentar su documento de identificación para poder hacer el retiro. Existe también la llamada “receta de crónico” que le permite al usuario retirar los medicamentos a lo largo de seis meses sin necesidad de volver a consultar al médico para que le expida una nueva receta. Durante el período del trabajo de campo, además, la institución puso en marcha el programa “Farmacia amigable” que modificó espacios y el propio acto de retiro de medicamentos. Se observó que usuarios y trabajadores de la salud despliegan prácticas rutinizadas en torno al acto de dispensación y consumo, lo que hace que los eventos disruptores de estas rutinas sean reveladoras de las tensiones que giran en torno a la prescripción, dispensación y consumo de Ads: “trampas” de los usuarios para conseguir medicamentos sin que aún se les hayan terminado los que ya tienen, posibles errores en la dispensación que sean luego achacados a los trabajadores de farmacia. Esto se puede apreciar, por ejemplo en este diálogo entre una funcionaria y una usuaria observado en la Farmacia de un centro de salud del Corredor Central: “Se acerca una mujer (40

años aproximadamente.) con receta de alprazolam (ansiolítico) y fluoxetina (Ads). La funcionaria de farmacia le pregunta si el médico le bajó la dosis, porque en el sistema informático le aparece que tiene que tomar menos. La mujer no sabe y va a preguntar al médico. La funcionaria le dice que en la vuelta venga directo a ventanilla. Al rato la usuaria regresa e informa que estaba bien la receta. Su receta era alprazolam y fluoxetina. El médico es de medicina general. La funcionaria comenta que sigue ese procedimiento de llamar la atención a los cambios en la receta “para que (los usuarios) no se pongan mal si llevan menos”. (Diario de campo 07/05/2018, lp).

Relación del territorio y la distancia social

Los profesionales de la salud de las cinco zonas perciben y describen los barrios en los que trabajan como caracterizados por problemas sociales fundamentalmente vinculados a la violencia y la pobreza. En sus narrativas establecen una distancia entre ellos y los sujetos que atienden en los centros de salud que refiere a una cierta “distancia social” que, por momentos, es presentada como una dificultad para su trabajo y, por otros, como argumento que explica la prescripción de antidepresivos. Para cada zona en particular, la distancia social marca el territorio en que se encuentran policlínicas y equipos de salud mental de manera diferencial, representado también para los propios usuarios un “mapeo” de la zona que determina preferencias o rechazos de lugares para concurrir a la consulta médica. Un usuario, con el que se habló en el Centro de Salud de la Zona Oeste relataba lo siguiente sobre una de los médicos de una policlínica barrial: “yo estuve tres meses sin psiquiatra, teniendo que ir a X (Hospital Psiquiátrico). No es culpa de los médicos sino de las autoridades que no sé por qué no nombran psiquiatra. Los médicos no quieren venir por el tema de los robos. Uno se fue en diciembre del año pasado porque le rompieron el auto y nadie se hace responsable. Gente que toma pasta base. ¿De qué forma va a ir a trabajar el hombre si no tiene seguridad?” (Diario de campo 23/03/2018, nc).

IV) DISCUSIÓN.

En base a las demarcaciones territoriales administrativas de la propia ASSE y a los datos cuantitativos sobre dispensación de Ads en dichos territorios hemos identificado geografías diferenciales de prescripción y de consumo de Ads para la población de salud pública en la ciudad de Montevideo. El trabajo etnográfico desarrollado ha permitido observar la forma en que estas geografías diferenciales son moldeadas y experimentadas por los sujetos que utilizan dichos espacios. Las nociones de paisaje, territorio y lugar sirven para comprender y analizar estas geografías. Así, y dado que esta investigación se centra en la presencia de los Ads en el territorio, los centros de salud, policlínicas y equipos de salud mental distribuidos en terreno conforman una red de prescripción en la que usuarios, profesionales y trabajadores de la salud se acoplan con recetas y medicamentos en paisajes psicotrópicos que hasta el momento hemos caracterizado por las dimensiones de fidelidad a un centro zonal de salud, movilidades entre unas zonas y otras, prácticas rutinarias de dispensación y acceso a los medicamentos y un mapeo no administrativo de la zona en la que lo que hemos llamado “distancia social” juega un papel central. De esta forma, el espacio se convierte en un territorio vivido, con los sujetos que los sujetos se vinculan a partir de una valoración social del mismo y por las relaciones sociales que se desarrollan en ellos, ya sea teniendo en cuenta las ventajas y desventajas que las zonas de ASSE ofrecen para la atención en salud como los lazos que se establecen entre usuarios y profesionales.

Asimismo, la conformación de estas geografías, los centros, policlínicas y equipos de salud mental emergen como lugares, entendidos como espacios singulares en los que suceden eventos particulares en torno a los Ads. Es en esta dimensión de lugar, que es posible comprender las tensiones observadas en torno la circulación de los Ads en las zonas, en los actos y diálogos que por ejemplo ocurren en las Farmacias al momento de la entrega de los medicamentos. Siendo nuestro territorio las delimitaciones sanitarias preestablecidas, en tanto zonas de trabajo, son las experiencias de quienes requieren asistencia que constituyen el inicio de una nueva configuración

espacial, un *continuo* de lugares que desde su unicidad y singularidad son capaces de hacernos saber sobre un nuevo paisaje, y comprender de esta manera nuevas y distintas formas de relacionamiento entre sujetos, sistema sanitario, contexto y espacio.

REFERENCIAS.

De Castro, I. & Da Costa, P. & Lobato Correa, R. (2000). Geografía: conceptos e temas. *Espacio, un concepto-clave de la Geografía*. 2° Edición. Recuperado el 6 de Febrero de 2019 de <http://www.ligiatavares.com/gerencia/uploads/arquivos/d9f70cc6d16bd1315391ed9004d769ce.pdf>

Elliott, S. (2018). 50 years of medical health geography(ies) of health and wellbeing. *Journal Social Science & Medicine*, 196, 206-208. Recuperado el 6 de Febrero de 2019 de https://ac-els-cdn-com.proxy.timbo.org.uy:88/S0277953617306755/1-s2.0-S0277953617306755-main.pdf?_tid=f4c4af79-b648-467e-af55-b0b60875ce79&acdnat=1549920491_d88804d736f55317770cadb15584a523

Falzon, M-A. (2009). *Introduction: Multi-sited Ethnography: Theory, Praxis and Locality in Contemporary Research*. Surrey: Ashgate.

Hernández, C. (2001). Reseña de “La naturaleza del espacio” de Milton Santos. *Revista Economía, Sociedad y Territorio*, 3 (10), 379-385. Recuperado el 4 de Febrero de 2019 de <https://www.redalyc.org/pdf/111/11101008.pdf>

Johnston, R., Gregory, D. & Smith, D. (2000). *Dicc. Akal de Geografía Humana*. Madrid, Akal, 592 pp.

Marcus, G. E. (1995). Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 24(1), 95–117.

Ministerio de Salud (MS). (2016). Desempeño de los principales prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud. A 10 años de la reforma sanitaria. Recuperado el 7 de Febrero de 2019 de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/desempeno-de-los-prestadores-integrales-del-sistema-nacional-integrado>

Mota Moya, P. (2006). *De las topografías médicas a la geografía de la salud: la relación institucionalizada entre la geografía y la medicina*. *Revista, Documentos Anales de Geografía*, 47, 117-127.

Oldani, M. (2014). Deep Pharma: Psychiatry, Anthropology, and Pharmaceutical Detox. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 38(2), 255–278.

Redes Integradas de Servicios de Salud de base Regional (RISS-R). (2012). Jornada de intercambio: La participación y el papel de los actores sociales. Recuperado el 6 de Febrero de 2019 de <http://www.asse.com.uy/contenido/ASSE-y-OPS-realizaron-Jornada-de-Intercambio-Redes-Integradas-de-Servicios-de-Salud-en-la-perspectiva-de-la-Regionalizacion-la-participacion-y-el-papel-de-los-actores-5998>

Rojas, I. & Barcellos, C. (2003). Geografía y salud en América Latina: Evolución y tendencias. *Rev Cubana Salud Pública* 2003;29(4):330-43.

Santis Arenas, H. & Gangas Geisse, M. (2004). La aproximación humanística en Geografía. *Revista de Geografía Norte Grande*, 31: 31-52 (2004). Recuperado el 4 de Febrero de 2019 de <https://www.redalyc.org/pdf/300/30003103.pdf>

Souto, P. (2011). *Territorio, lugar, paisaje. Prácticas y conceptos básicos en geografía*. Cátedra:

Introducción a la Geografía, carrera de Geografía. Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Recuperado el 4 de Febrero de 2019 de https://www.researchgate.net/profile/Alejandro_Benedetti/publication/292144156_Territorio_Lugar_Paisaje_Practicas_y_conceptos_basicos_en_geografia/links/570d61b808ae3199889bbf8e/Territorio-Lugar-Paisaje-Practicas-y-conceptos-basicos-en-geografia.pdf

SAÚDE MENTAL DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – CÂMPUS DE PRESIDENTE PRUDENTE (SP): APONTAMENTOS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS

MENTAL HEALTH OF UNDERGRADUATE STUDENTS OF SÃO PAULO STATE UNIVERSITY - CAMPUS PRESIDENTE PRUDENTE (SP): LESSONS TO PUBLIC HEALTH

Mariana Pimenta Bernardes
Faculdade de Ciências e Tecnologia
Unesp – Presidente Prudente
marianapbernardes@hotmail.com

Raul Borges Guimarães
Departamento de Geografia
Faculdade de Ciências e Tecnologia
Unesp – Presidente Prudente
raul.guimaraes@unesp.br

ABSTRACT: In recent years, Brazil has become the world leader in anxiety and depression disorders. Thus, research on mental health, aimed at disease prevention as well as psychic suffering and the promotion of mental health are highly relevant to improving the well-being and quality of life of the general population. With these concerns in mind, our goal was to understand how college students handle their school environment with mental and behavioral disorders. For this purpose, a bibliographical research, interviews with students and the application of a electronic questionnaire of the Universidade Estadual Paulista – Campus de Presidente Prudente (SP), for the evaluation of anxiety and depression disorders in the last 4 years were conducted.

Keywords: Mental health. Mental and behavioral disorders. Health promotion. Geography of Health.

A saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade (OMS, 2002). Neste sentido, entendemos que saúde não é só a física, para sermos considerados completamente saudáveis necessitamos envolver mente e corpo. Assim, tendo como pressuposto essas ideias, este artigo foi elaborado com base em um trabalho maior, intitulado “Saúde Mental na universidade: transtornos mentais e comportamentais entre os estudantes de graduação da Unesp de Presidente Prudente/SP”. Neste sentido, tratamos do estudo da realidade de muitas pessoas, nesse caso os estudantes de graduação da Universidade Estadual Paulista - Câmpus de Presidente Prudente (SP).

Partindo para a contextualização histórica da saúde mental, reconstruiremos a forma como ocorreu a evolução do pensamento acerca da saúde mental.

A loucura sempre existiu. Desde o Velho Testamento encontramos registros que fazem menção aos loucos. Resende (1987 apud ROSEN, 1968, p. 64), por exemplo, nos mostra que em uma passagem do Velho Testamento (Salmo 34) Davi, ao contemplar um demente sendo ridicularizado por crianças na rua, indaga Deus:

Senhor do universo, que vantagem pode ter o mundo na loucura? Quando um homem erra pelo mercado, rasga suas vestimentas e sofre a zombaria das crianças, seria isto belo aos teus olhos? (BÍBLIA, 1969).

Ao longo dos anos, segundo Resende (1987), a imagem do louco foi sendo construída e

incorporada no imaginário social como errantes, pobres, violentos, maus, sempre foram alvo de chacotas e sofreram violência dos ditos normais. Neste contexto, a saúde mental e a loucura sempre existiram e foram vistas como doença, esse ponto de vista ainda mantém-se, através de uma cultura da exclusão do “diferente”, daqueles que não se enquadram nos padrões de comportamento impostos pela sociedade. Então, os considerados doentes mentais, passaram a ser um problema social, os quais até o século XVIII, eram costumeiramente trancafiados em prisões, asilos e hospícios. Importante destacar, também, segundo o referido autor, era considerado insano e mereciam repressão os mendigos, os vagabundos, os ociosos, voluntários ou não.

Foram os hospitais psiquiátricos que tornaram possível o estudo científico da doença mental. Porém os sanatórios e manicômios não foram eficientes quanto ao tratamento das doenças mentais, servindo, como espaço de exclusão, de reclusão e asilamento (MOTA, 2014). Concluindo essa análise mais geral e voltada para o conceito de saúde mental, nos debruçamos agora, sobre os transtornos mentais e comportamentais.

Buscando à definição e entendimento das particularidades sobre os transtornos mentais e comportamentais, utilizamos neste estudo a Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID – 10), o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5) e o site PsiquWeb¹.

Segundo o manual DSM-5, transtornos mentais são:

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito (DSM-5, 2014, p. 20).

Através do site PsiquWeb, procuramos contextualizar especialmente o transtorno de ansiedade e o transtorno de depressão, Ballone (2015) nos explica sobre a ansiedade o seguinte:

[...] a Ansiedade aparece em nossa vida como um sentimento de apreensão, uma sensação de que algo está para acontecer, ela representa um contínuo estado de alerta e uma constante pressa em terminar as coisas que ainda nem começamos. A Ansiedade se manifesta em três níveis: neuroendócrino, visceral e cognitivo (da consciência). O nível neuroendócrino diz respeito aos efeitos da adrenalina, noradrenalina, glucagon, hormônio anti-diurético e cortisol, principalmente. No plano visceral a Ansiedade por conta do Sistema Nervoso Autônomo (SNA), o qual reage se excitando o organismo na reação de alarme (sistema simpático) ou relaxando-o (sistema parassimpático). Cognitivamente se manifesta pela percepção de dois sentimentos desagradáveis: 1) através da consciência das sensações fisiológicas de sudorese, palpitação, inquietação e outros sintomas autonômicos (do sistema nervoso autônomo) e 2) através da consciência de estar nervoso e/ou amedrontado (BALLONE, 2015, p. 1-2).

Quanto a depressão, do ponto de vista clínico, Ballone (2015) diz que nem sempre ela se caracteriza por um rebaixamento do humor, por tristeza, choro, abatimento moral. O mais difícil na psiquiatria consiste em diagnosticar os muitos casos de Depressão Atípica, incomum ou mascarada, devidamente, perceber os traços depressivos em outras patologias emocionais, como nos casos de Pânico ou Fobia. Seguindo essa linha de raciocínio, em cada personalidade ela se manifesta de uma maneira própria. O referido autor nos explica que:

Os sintomas da Depressão são muito variados e muito diferente entre as diferentes pessoas. Por isso, é didático e válido considerar a existência de três sintomas depressivos básicos e suficientes para sua detecção, no entanto, estes sintomas básicos darão origem à variadas manifestações pessoais desta alteração afetiva. Os básicos são: 1) Inibição Psíquica (perda de energia); 2) Estreitamento do Campo Vivencial (perda de interesse) e, 3) Sofrimento Moral (autoestima baixa) (BALLONE, 2015, p. 1-2).

Essa variedade de sintomas é a expressão da personalidade de cada indivíduo diante

¹ PsiquWeb é um site de psiquiatria geral destinado a divulgar conhecimentos de psiquiatria em linguagem acessível. O site é de autoria do médico psiquiatra Geraldo Ballone, desde 2015. Geraldo Ballone também foi professor de psiquiatria da Faculdade de Medicina da PUC – Campinas/SP, entre os anos de 1980 a 2002. Disponível em: <http://psiquweb.net/>. Acesso em: 17 ago. 2018.

da depressão. Como o tema saúde mental é muito abrangente, ressaltamos que o processo de autoconhecimento é um passo importante e fundamental na prevenção dos sofrimentos psíquicos, como por exemplo, a depressão e a ansiedade. Afinal, esses sofrimentos podem acontecer conosco em qualquer fase da vida, pois não fazem distinção, quanto ao grau de escolaridade, o gênero, a classe social ou a idade. Logo, estamos todos sujeitos a passarmos por um sofrimento psíquico em algum período de nossas vidas, algumas pessoas com maior intensidade outras menos (BERNARDES, 2019).

Sendo assim, compreendemos a relevância do tema, uma vez que é muito importante para a construção do pensamento geográfico, sobretudo para a Geografia da Saúde, pela possibilidade não só de analisarmos os sujeitos, mas fazer com que sejam ouvidos.

A proposta geral do estudo foi compreender, a partir do ponto de vista da Geografia, como os estudantes de graduação da Universidade Estadual Paulista – Câmpus de Presidente Prudente (SP), lidam com a saúde e a doença mental.

Com relação aos objetivos específicos, apontar os possíveis casos de transtorno de depressão e transtorno de ansiedade em estudantes da Universidade Estadual Paulista – Câmpus de Presidente Prudente (SP) em seu período escolar, as quais foram realizadas em 2018; Conhecer as experiências e subjetividades dos alunos da Universidade Estadual Paulista – Câmpus de Presidente Prudente (SP), a partir dos seus relatos orais;

METODOLOGIA

A metodologia fundamental para a execução da pesquisa ocorreu em dois momentos. Inicialmente, privilegiamos uma pesquisa qualitativa, que também está pautada em uma análise quantitativa. Para coletarmos as informações de interesse, foram utilizadas as seguintes técnicas:

- **Revisão de literatura:** Inicialmente, obras sugeridas pelo orientador deste trabalho; Em segundo lugar, por meio da seleção de obras relevantes, artigos, dissertações e teses pertencentes à nossa temática de estudo, mediante consultas nos arquivos do BIOGEOS² (Laboratório de Biogeografia e Geografia da Saúde).

- **Entrevistas:** Três estudantes da Universidade Estadual Paulista – Câmpus de Presidente Prudente (SP) foram selecionados, considerando gênero, cidade de origem, período e curso. Destacamos também, que para preservar a identidade dos sujeitos entrevistados adotamos pseudônimos, no lugar de seus nomes, escolhidos como forma de homenagear personalidades que fizeram história na psiquiatria. Deste modo, a referida instituição foi adotada como recorte espacial e os alunos dos doze cursos de graduação como universo da pesquisa. Os participantes das entrevistas apresentaram as seguintes características, conforme Quadro 1.

Quadro 1: Perfil dos entrevistados.

Pseudônimo	Gênero	Cidade	Período	Curso
Foucault	Masculino	São Paulo – SP	3º ano	Estatística
Nise	Feminino	Rancharia – SP	5º ano	Arquitetura e Urbanismo
Basaglia	Masculino	Presidente Prudente - SP	5º ano	Ciência da Computação

Fonte: Entrevistas (2018); Org.: Mariana Pimenta Bernardes (2018).

A partir das entrevistas, fizemos as análises individuais. Deste modo, elaboramos o Quadro 2, onde cada cor representa uma categoria para analisarmos os relatos orais. No entanto, as categorias captadas das entrevistas para a construção do Quadro 2 são questões que pudemos ressaltar com o objetivo de facilitar a discussão e estimular o desenvolvimento mais à frente do debate referente ao quanto essas questões possivelmente influenciam no surgimento ou agravamento

2 Este grupo de pesquisa está situado na Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - câmpus de Presidente Prudente, SP. Desde 2010, sendo coordenado pelo Prof. Dr. Raul Borges Guimarães.

dos transtornos mentais e comportamentais dos jovens estudantes unespianos.

Quadro 2: Categorias norteadoras para análise dos relatos orais.

Categoria	Significado	Cor
Família	As relações positivas e negativas com os membros pertencentes a família	Amarelo
Estresse psicológico relacionado ao estudo	Relação entre o ritmo de estudos e o ambiente universitário	Verde
Vergonha, estigma e preconceito	Características ou rótulos que marcam simbolicamente o indivíduo, levando à discriminação social	Vermelho
Forças restritivas	Qualquer fenômeno, pessoa ou ambiente que afeta de forma negativa o comportamento do sujeito	Roxo
Forças propulsoras	Qualquer fenômeno, pessoa ou ambiente que impulsiona de forma positiva o comportamento do sujeito	Azul
Lugar de acolhimento	Lugar reconfortante, de amor, tranquilidade e paz	Rosa
Financeiro	Relação com o dinheiro	Laranja

Fonte: Entrevistas (2018); **Org.:** Mariana Pimenta Bernardes (2018).

A partir das entrevistas lidas e destacadas com as cores referente a cada categoria, tomamos como finalidade a busca por semelhanças e diferenças no contexto de vida destes jovens, de maneira que são estabelecidas as relações entre as frases coloridas a partir do que apareceu nos depoimentos. Vejamos nos resultados, quais foram essas relações estabelecidas a partir da análise da fala dos sujeitos.

- Aplicação do Questionário do Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD: Trata-se de um instrumento reconhecido internacionalmente a respeito de possíveis situações de ansiedade e depressão numa dada população. Na prática, a utilização da HAD auxilia na identificação dos transtornos do humor que necessitam de tratamento. A escala HAD é composta por quatorze questões de múltipla escolha, dividida em duas subescalas, sendo que sete questões avaliam os sintomas da depressão e sete avaliam os sintomas da ansiedade, com pontuação global que vai de 0 a 21.

Para interpretarmos os resultados, as pontuações obtidas nas escalas, dividem-se em três categorias, sendo elas: de 0 a 7 pontos, improvável; de 8 a 11 pontos, possível – (questionável ou duvidosa) e de 12 a 21 pontos, provável. Decidimos estruturá-la de forma que não há como identificar seus correspondentes, sendo possível apenas uma caracterização dos estudantes pelos diferentes cursos e ao final, pedimos uma sugestão de melhora da saúde mental no câmpus de Presidente Prudente – SP, Brasil. Essa escala foi desenvolvida para ser aplicada a pacientes de serviços não psiquiátricos de um hospital geral, Zigmond (1983 apud BOTEGA, 1995, p. 357).

Assim é que transformamos o questionário da escala HAD em um formulário eletrônico online, através da plataforma *Google Forms*. Logo, criamos um novo formulário e adicionamos as perguntas e sugestões de nosso interesse. Esse formulário salva automaticamente todas as alterações feitas no documento. O próximo passo foi o envio do formulário eletrônico através do e-mail institucional dos alunos.

No que diz respeito aos resultados provenientes das entrevistas e da aplicação do questionário, eles foram analisados e organizados em tabelas, gráficos e quadros.

RESULTADOS

Resultados referentes ao Questionário HAD

De um total de 2.700 questionários enviados, responderam 622 (23%) alunos, dos quais 257 (41,3%) fizeram sugestões para a melhoria da saúde mental no Câmpus, apresentamos a seguir uma síntese com a quantidade de respondentes por curso, conforme a Tabela 1.

Tabela 1: Alunos respondentes dos cursos de graduação da FCT/UNESP.

Cursos	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Arquitetura e Urbanismo	50	8,04
Ciência da Computação	57	9,16
Educação Física	60	9,65
Engenharia Ambiental	67	10,77
Engenharia Cartográfica e de Agrimensura	35	5,63
Estatística	32	5,14
Física	13	2,09
Fisioterapia	48	7,72
Geografia	132	21,22
Matemática	45	7,23
Pedagogia	59	9,49
Química	24	3,86
Total Geral	622	100

Fonte: Questionário Escala HAD (2018); Org.: Mariana Pimenta Bernardes (2018).

A partir dos resultados obtidos, foi possível comparar os cursos com os prováveis casos de transtorno de ansiedade, transtorno de depressão e ainda conhecer a visão de promoção da saúde mental no Câmpus, partindo do princípio da necessidade dos alunos. Para fazermos essa comparação, utilizamos uma tabela com base em porcentagem por se tratar de universos diferentes, no caso o número de respondentes de cada curso foi diferente. Através das sugestões para a melhora da saúde mental, foi possível identificar quais as principais carências dos alunos, conforme a Tabela 2.

Tabela 2: Classificação dos transtornos de depressão e ansiedade entre os cursos.

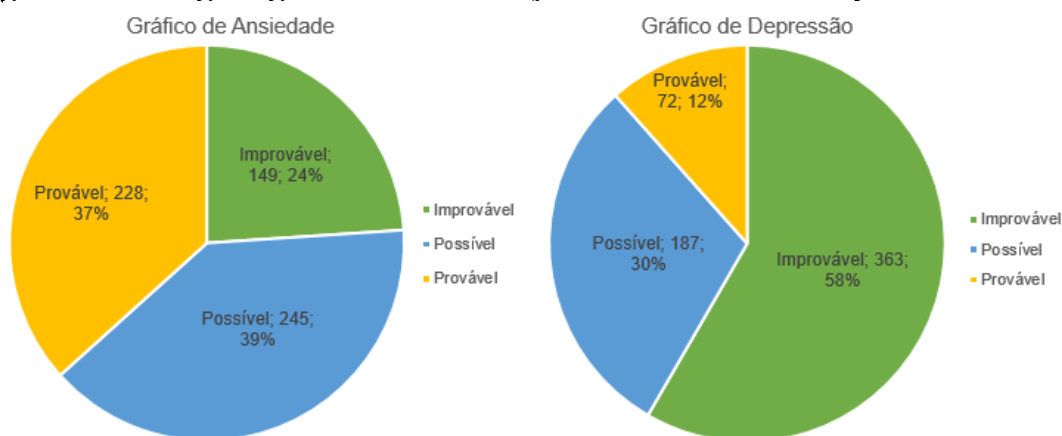
Cursos	Depressão (%)	Ansiedade (%)	Sugestões para a melhora
Arquitetura e Urbanismo	16,0	48,0	Atendimento psicológico no câmpus; Trabalhar a autoestima dos alunos, seria um diferencial na saúde mental
Ciência da Computação	19,3	24,6	Abolir a ideia de “semana de provas”, acaba com o psicológico de qualquer um
Educação Física	8,4	26,7	Área de lazer e descanso na Universidade; Fazer que os professores entendam que não somos robôs e não somos perfeitos
Engenharia Ambiental	10,4	40,3	Oficinas de pintura e criação; Suporte para acompanhamento das matérias
Engenharia Cartográfica e de Agrimensura	20,0	37,1	Professor não humilhar o aluno e aceitar críticas construtivas a respeito de suas aulas. Não humilhar mesmo

Estatística	9,4	40,6	Treinamento para os professores aprenderem a lidar com pessoas. E ajuda psicológica gratuita para os alunos
Física	7,7	46,1	Diferentes formas de avaliação dos alunos, não se limitando apenas às provas objetivas
Fisioterapia	10,4	39,6	Mais empatia por parte dos professores e coordenação no geral, pois eles não estão nem aí pros alunos e nos tratam como máquinas. Antes de qualquer coisa, é preciso que nos vejam como seres humanos, que possuem sentimentos, limites e fraquezas
Geografia	11,4	37,9	Ter arte e cultura dentro do câmpus! Esse lugar é MORTO!
Matemática	8,8	31,1	Psicólogo disponível em todos os períodos do dia para os alunos; Não somos tratados como pessoas com uma vida além da faculdade, mas sim uma pessoa que os estudos devem vir antes de tudo, até mesmo da saúde e de si
Pedagogia	6,7	37,2	Terapia de graça; Ter atividades que distraia a nossa mente, com assuntos diferentes, assuntos que não esteja envolvido com conteúdo dos cursos
Química	8,3	41,6	Teatro, curso de oratória, pintura, além de uma psicóloga gratuita

Fonte: Questionário Escala HAD (2018); **Org.:** Mariana Pimenta Bernardes (2018).

Dos 622 questionários recebidos, pôde-se observar maior proporção de estudantes com tendência à ansiedade do que à depressão, como podemos evidenciar na Figura 1.

Figura 1: Contagem geral de classificação de ansiedade e depressão em 2018.



Fonte: Entrevistas (2018); **Org.:** Mariana Pimenta Bernardes (2018).

De acordo com o transtorno de ansiedade, os 39% dos alunos entrevistados estão inseridos na categoria possível, 37% na categoria provável e 24% na categoria improvável; enquanto a depressão, 58% estão inseridos na categoria improvável, 30% na categoria possível e 12% na categoria provável.

Resultados referentes às entrevistas

A partir dos resultados, nota-se que os alunos realmente sofrem no ambiente universitário,

pois encontram-se angustiados e desanimados, sendo este último um dos maiores fatores de risco para a tentativa de suicídio. Segue como exemplo duas categorias de análise, sendo “Estresse psicológico (estudo) e “Vergonha, estigmas e preconceitos”.

Categoria “Estresse psicológico (estudo) ”

O estresse psicológico também manifestado através de crises e surtos, proporcionado pelo acelerado ritmo de estudos ou até mesmo pelo ambiente universitário, foi uma categorização aplicada neste trabalho. Ressaltamos, a partir das três entrevistas realizadas, trechos concernentes a esta categoria:

Foucault: Só que aí tipo, eu sou muito sistemático, isso é até um problema. Mas meio que, quando começa a acumular coisa, eu, perco a matéria de um dia, aí no dia seguinte meio que tem a ver com o dia anterior, aí eu não consigo estudar a do dia seguinte e acumula a matéria do dia anterior, aí eu já não consigo estudar. E acabo largando no meio do semestre inteiro, eu fiz isso aqui já, umas três vezes, já perdi uns três semestres. É, e meio que foi assim, eu comecei a perder o interesse nas aulas, eu ficava desanimado;

Nise: Então, o semestre inteiro foi isso, projeto é complicado porque você tá levando o negócio toda semana e toda semana se tá sofrendo, porque é entrega toda semana, toda semana é atendimento, então assim, é um inferno, projeto é um inferno, a vida de projeto é um inferno! Dessa residência, chegou a última semana, eu falei, mãe, eu vou embora, eu não vou fazer, eu tô chorando todo dia, eu tive uma crise aqui, quer dizer várias crises, eu ficava, eu chegava dentro da sala...;

Basaglia: [...] antes ainda eu conseguia ir pra aula, não assimilava muita coisa, mas eu ia. Mas aí agora, eu não conseguia mais prestar atenção na aula, ficava ansioso, ficava mexendo a perna, o braço, não prestava atenção, queria saí, queria correr, fugir. E aí eu aceitei que estava com problema né [...]. Isso, tinha alguma coisa antes, mas essa questão de me cobrar também academicamente pesou, porque quando as minhas notas caíram, pesou muito comigo [...].

Categoria “Vergonha, estigmas e preconceitos”

A categoria revela de que forma o sujeito se comporta perante a sociedade e a maneira como ele se sente em relação à doença. Diante disso:

Foucault: E eu tava contando muito em não estragar tudo aqui, nossa, porque quando eu saí de São Paulo, assim, tipo, eu falei assim, eu caguei tudo em São Paulo, vou pra outra cidade, recomeçar e ter uma nova vida. E eu tava cagando tudo aqui também. É, e foi isso, foi um tempo nublado! [...]. Só chorando e pensava um monte de coisa, eu falando comigo mesmo assim, minha própria voz me xingando, falando um monte de coisas ruins pra mim mesmo. E tipo, eu tava com raiva de mim mesmo, por ter deixado aquilo acontecer;

Nise: Foi essa luta diária, todo dia eu chorava, eu queria ir embora, eu ia pra faculdade eu chorava, saía da sala e ia chorar no banheiro. Aí você ia conversar com um professor, falar alguma coisa, eu ficava nervosa, mas eu não falava com o professor sobre isso. [...]. Fugia de todo mundo, e eu tinha vergonha que eu tava chorando na sala, eu morria de vergonha de chorar. Porque as pessoas começavam a interpretar, tipo assim, ah ela é chorona;

Basaglia: [...] O meu orientador sempre foi muito positivo, né. Como eu comentei, ele sempre me deu apoio, só que ainda assim, eu tinha vergonha de falar com ele, porque ele assim, me ajudava tanto e eu não conseguia retribuir aquele trabalho. Eu não tinha coragem de falar com ele [...].

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

No presente estudo procuramos compreender as relações entre os jovens universitários e os sofrimentos psíquicos, trazendo um olhar mais humano aos portadores de transtornos mentais e comportamentais, permitindo assim, um mergulho no contexto geográfico dos sujeitos, de modo a compreender a saúde a partir da Geografia.

Para isso a aplicação de questionário e entrevistas foram primordiais para tal compreensão. Não esperávamos tamanha aceitação por parte dos alunos, pois durante a discussão e elaboração da utilização desse método (questionário eletrônico) de coleta de dados, chegamos a pensar que o número de correspondentes seria baixo, não alcançando a marca de 100 pessoas, por tratar-se

de um tema delicado e pouco falado dentro da nossa instituição. Porém, para a nossa surpresa e superando todas as expectativas, com aproximadamente 2h do questionário enviado, quase 300 alunos haviam respondido. Estipulamos um prazo de três dias para recebermos uma devolutiva. Depois desse período, não foi mais possível acessar ao questionário e respondê-lo.

No que diz respeito as duas categorias de análise das entrevistas exemplificadas neste trabalho, podemos dizer que a questão do estresse psicológico relacionado ao estudo, deixou evidente que o acelerado ritmo de estudos, bem como o próprio ambiente universitário, proporcionam gatilhos para o desenvolvimento da baixa qualidade de vida entre os estudantes universitários, ao passo que o desânimo para o estudo também gera estresse, desencadeando uma avalanche de sentimentos negativos e auto cobranças demasiadamente excessivas. Quanto a vergonha, estigma e preconceito, revela-nos de que maneira os sujeitos se enxergam perante a sociedade e o modo como ele se sente em relação à doença mental. Essa categoria é importante para derrubarmos os mitos sobre a doença e o doente, encorajando-os a buscar tratamento especializado de forma natural.

Sendo assim, nos foi permitido sugerir caminhos, embora singelos, para a prevenção da doença e a promoção da saúde mental no meio universitário. Como por exemplo, a inserção da cultura e da arte, lugares de acolhimento que transmitam paz, tranquilidade e carinho, reaprendermos a olhar para o próximo e, conseqüentemente, demonstrarmos afeto. Todos esses pontos são relevantes para a promoção da saúde mental, não esquecendo da responsabilidade da Universidade Estadual Paulista – Câmpus de Presidente Prudente (SP), de investir na promoção da saúde através de campanhas e da conscientização sobre o tema.

Desta forma, a oportunidade de realizar esse estudo foi importante uma vez que é crescente o número de casos de doenças ligadas aos transtornos mentais e comportamentais e na geografia, os debates relacionados a saúde mental ainda estão engatinhando. Mas é conhecido para muitos pesquisadores a inserção dessas questões, enquanto promotor da prevenção da doença e promoção da saúde. Com base nos resultados obtidos, pretendemos continuar procurando elementos que enriqueçam a reflexão a respeito da saúde mental. Esperamos que através deste esforço em aproximarmos das questões teóricas e práticas, sigamos no reconhecimento e análise das relações entre os sujeitos e a promoção da saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

BALLONE, G. J. **Ansiedade e Depressão**. Psiqweb, 2015. Disponível em: <http://psiqweb.net/>. Acesso em: 17 ago. 2018.

BÍBLIA, Português. **A Bíblia Sagrada: Antigo e Novo Testamento**. Tradução de João Ferreira de Almeida. Edição revisada e atualizada no Brasil. Brasília: Sociedade Bíblia do Brasil, 1969.

BOTEGA, Neury J. et al. **Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão**. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v.29, n.5, oct. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n5/04.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2018.

GONÇALVES, A. M; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 2001, março; 9 (2): p. 48-55.

GOOGLE. **Google Forms: Free Online Surveys for Personal Use**, 2018. Disponível em: <https://www.google.com/forms/about/>. Acesso em: 18 jun. 2018.

MOTA, A. A. **Suicídio no Brasil e os contextos geográficos: contribuições para política pública**

de saúde mental. - Presidente Prudente: [s.n], 2014.

OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID – 10. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

OMS. Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental – nova concepção, nova esperança. 1º edição, Lisboa, Abril de 2002. Disponível em: [http:// www.who.int>whr01-djmessage-po.pdf](http://www.who.int>whr01-djmessage-po.pdf). Acesso em: 28 abr. 2018.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, N. do R.; TUNDIS, S. A. (Orgs.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Vozes Limitada, 1987. p. 15 – 74.

Zigmond, A.S.7 Snaith,R.P.The Hospital Anxiety and Depression Scale.Acta Psychiatrica Scandinavica 1983; 67,361 -370 Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia JR C, Pereira WAB. **Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão.** Revista de Saúde Pública, 29(5): 355-63, 1995.

Sobre os Autores:

Adeir Archanjo da Mota: Licenciado em Geografia (Universidade Estadual de Maringá/2005), Mestre em Geografia (PGE - UEM/2007) e Doutor em Geografia (PPGG - UNESP - Presidente Prudente/2014). Docente da Universidade Federal da Grande Dourados (MS). Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/8058420757330480>

Andrea Bielli: Psicóloga e Ciências Antropológicas, docente na Universidad de la República/ Facultad de Psicología - UDeLaR / Instituto de Psicología Clínica / Uruguay. Mais informações acadêmicas: <https://tinyurl.com/yxbmc4kx>

Amauri de Oliveira: Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul.

Carlos Gonzalo Giraldez: Licenciado en Geografía, orientado hacia el área de Geografía de la Salud. Actualmente se encuentra cursando la Especialidad en Ciencias Ambientales en Facultad de Ciencias. Trabaja en el Departamento de Estadística del Hospital Vilardebo donde lleva a cabo el procesamiento de información asistencial y realiza el seguimiento de pacientes primarios incorporando la Gestión Territorial de Información Asistencial como Plan Piloto. Ha trabajado en proyectos de INIA y como docente invitado al curso de Gestión Ambiental de Biología de Facultad de Ciencias para el dictado del módulo de Sistemas de Información Geográfica.

Carolina Geneyro: Psicóloga, docente na Universidad de la República/ Facultad de Psicología - UDeLaR / Instituto de Psicología Clínica / Uruguay. Mais informações acadêmicas: <https://tinyurl.com/yxlx6n6d>

Cecilia Castelli: Psicóloga, servidora da Universidad de la República/ Facultad de Psicología - UDeLaR. Mais informações acadêmicas: <https://tinyurl.com/y33gzp5v>

Deoclécio Luchini Junior: Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/3748310750809025>

Gabriela Bruno: Psicóloga, servidora da Universidad de la República/ Facultad de Psicología - UDeLaR. Mais informações acadêmicas: <https://tinyurl.com/y6hwthr5>

Graciela Soares Fonseca: Dentista, docente do curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Chapecó. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/3937345322057124>

Ismael Olmos: Servidor da Universidad de la República/ Facultad de Psicología - UDeLaR.

Jane Kelly Oliveira Friestino: Enfermeira, docente da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Chapecó. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/7470285226394766>

João Marcos Soares Miranda Cordeiro: Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul.

Laura Lange Biesek: Acadêmica do curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/0354306882893715>

Lauren Predebón: Psicóloga, servidora do Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay / Plan CAIF - CAIF Betum Detí. Mais informações acadêmicas: <https://tinyurl.com/y4xzcnc>

Lucas Manoel Cardoso de Oliveira: Discente do Programa de Pós-Graduação em Geografia - UFGD.

Lucas Tavares Honorato: Mestre em Planejamento Urbano e Territorial (PPGEO/UFF) e Bacharel e Licenciado em Geografia pela Universidade Federal Fluminense (2013). Doutorando no Programa de Pós-graduação em Geografia - PPGEO/UFF. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/3587274207038721>

Mariana Pimenta Bernardes: Possui Graduação em Geografia, Licenciatura e Bacharelado, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Mais informações acadêmicas: <https://tinyurl.com/y36vzmvm>

Mauricio Mato: Psicólogo, servidor da Universidad de la República/ Facultad de Psicología - UDeLaR. Mais informações acadêmicas: <https://psico.edu.uy/user/978>

Mauricio Toledo: Psicólogos e docente da Universidad de la República/ Facultad de Psicología - UDeLaR.

Nancy Calisto: Psicóloga, colaboradora da Universidad de la República/ Facultad de Psicología - UDeLaR. Mais informações acadêmicas: <https://tinyurl.com/yyregetx>

Paulo Roberto Barbato: Graduado em Odontologia. Atualmente é Revisor de periódico da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Revisor de periódico da Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, Revisor de periódico da Ciência e Saúde Coletiva (Impresso) e docente da Universidade Federal da Fronteira Sul. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/7701187875520411>

Pedro Antônio Araújo da Silva: Discente do bacharelado em geografia na Universidade Federal da Grande Dourados atuando nas áreas de geocartografia e geografia da saúde. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/3676549527198091>

Pilar Bacci: Psicóloga, servidora do Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos, Uruguay. Mais informações acadêmicas: <https://tinyurl.com/y6t39n4r>

Raul Borges Guimarães: Professor titular do Departamento de Geografia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, campus de Presidente Prudente. Mais informações acadêmicas: <http://lattes.cnpq.br/8022527468369459>

Santiago Navarro: Psicólogo, servidor da Facultad de Psicología - UDeLaR. Mais informações acadêmicas: <https://tinyurl.com/y5jty6er>

Virginia Rodriguez: Acadêmica da Universidad de la República/ Facultad de Psicología - UDeLaR.

