



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Sabrina de Paula Maia

**COMUNICAÇÃO NA ACADEMIA DA SAÚDE: espaço de promoção à saúde e  
prevenção à ansiedade e depressão**

Belo Horizonte  
2020

SABRINA DE PAULA MAIA

**Comunicação na academia da Saúde:  
espaço de promoção à saúde e prevenção à ansiedade e depressão**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais,  
como requisito parcial para obtenção do título de  
especialista em Comunicação e Saúde.  
Área de Concentração: Comunicação e Saúde  
Orientador: Jean Alves de Souza

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais  
Belo Horizonte  
2020

SABRINA DE PAULA MAIA

**Comunicação na academia da Saúde:  
espaço de promoção à saúde e prevenção à ansiedade e depressão**

Versão final do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Comunicação e Saúde.

Belo Horizonte, 24 de Junho de 2020.

Jean Alves de Souza – Orientador

Ana Cecília Racioppi Rocha Lloyd - Avaliadora

Juliana Fonseca de Oliveira Mesquita - Avaliadora

M217c

Maia, Sabrina de Paula.

Comunicação na academia da saúde: espaço de promoção à saúde e prevenção à ansiedade e depressão. /Sabrina de Paula Maia. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2020.

64 f.

Orientador(a): Jean Alves de Souza.

Monografia (Especialização) em Comunicação e Saúde.

Inclui bibliografia.

1. Academia da Saúde. 2. Comunicação. 3. Ansiedade.  
4. Depressão. 5. Promoção da Saúde. I. Souza, Jean Alves de. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 590

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo investigar as relações existentes entre a ansiedade, a depressão e a comunicação no espaço público Academia da Saúde, ou seja, melhor compreender como a comunicação (entendida como interação) estabelecida em grupos existentes no programa pode impactar nos quadros clínicos de depressão e ansiedade ou prevenir essas doenças por meio das interações ocorridas nesse espaço. Para compreender essa possível relação existente optou-se pela pesquisa qualitativa, utilizando-se como método a pesquisa ação, em que o pesquisador e o sujeito interagem durante a pesquisa através da aplicação de questionários de modelo estruturado, que serão relacionados para entendimento de possíveis ligações entre níveis de ansiedade, depressão e comunicação existentes. O estudo envolveu a hipótese de que o ato de se comunicar em grupo pode ter impacto direto na saúde emocional dos envolvidos, proporcionando melhora de quadros de transtornos psicológicos.

A análise dos resultados mostra que **100%** dos usuários consideram ser uma prática saudável a construção de novos vínculos, **12%** dos usuários relataram ter dificuldade para estabelecer interações com outras pessoas, e **90%** dos participantes relataram que após o início das atividades na Academia da Saúde as interações aumentaram. Assim, o exercício de se comunicar compreendendo o contexto em que o outro está inserido é uma das premissas para que possamos relacionar e ter mais acesso a saúde sob o ponto de vista dos transtornos de ansiedade e depressão.

**Palavras chave:** academia da saúde, comunicação, ansiedade, depressão, promoção da saúde.

## ABSTRACT

This work aims to investigate the existing relationships between anxiety, depression and communication in the public space Academia da Saúde, that is, to better understand how the communication (understood as interaction) established in existing groups in the program can impact the clinical conditions of depression and anxiety or prevent these diseases through the interactions that occur in that space. In order to understand this possible existing relationship, qualitative research was chosen, using action research as a method, in which the researcher and the subject interact during the research through the application of structured model questionnaires, which will be related to understand possible connections between existing levels of anxiety, depression and communication. The study involved the hypothesis that the act of communicating in a group can have a direct impact on the emotional health of those involved, providing an improvement in psychological disorders.

The analysis of the results shows that 100% of the users consider it to be a healthy practice to build new bonds, 12% of the users reported having difficulty in establishing interactions with other people, and 90% of the participants reported that after the beginning of activities at the Academia da Health interactions increased. Thus, the exercise of communicating understanding the context in which the other is inserted is one of the premises for us to relate and have more access to health from the point of view of anxiety and depression disorders.

**Keywords:** health academy, communication, anxiety, depression, health promotion

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO1 .....	32
GRÁFICO2 .....	33
GRÁFICO3 .....	38
GRÁFICO4 .....	41

## LISTA DE TABELAS

TABELA1 .....	31
TABELA2 .....	34
TABELA3 .....	35
TABELA4 .....	35
TABELA5 .....	41

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	7
1.1 Saúde, Comunicação e a Academia da Saúde.....	7
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	11
2.1 Objetivo Geral .....	11
2.2 Objetivos Específicos .....	11
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	12
3.1 Promoção da Saúde e a estratégia Academia da Saúde.....	12
3.2 Comunicação.....	14
3.2.1 <i>Comunicação e Grupos</i> .....	16
3.3 Ansiedade .....	17
3.4 Depressão .....	19
<b>4 INVENTÁRIOS</b> .....	23
4.1 Inventário Beck de Ansiedade(BAI).....	23
4.2 Inventário Beck de Depressão .....	23
4.3 Questionário avaliativo da capacidade de comunicação/interação(QCC).....	24
<b>5 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	26
5.1 Local do Estudo.....	26
5.2 Uso dos Questionários.....	27
5.2.1 <i>Questionário BAI</i> .....	28
5.2.2 <i>Questionário BDI</i> .....	28
5.2.3 <i>Questionário QCC</i> .....	28
5.3 Aplicação e Análise dos Questionários .....	23
5.3.1 <i>Cuidados Éticos</i> .....	29
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	31
6.1 Resultados da Aplicação do QCC .....	32
6.2 Resultados da Aplicação do BAI .....	32
6.3 Resultados da Aplicação do BDI .....	40
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	43
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	46
<b>APÊNDICES</b> .....	50
<b>ANEXOS</b> .....	53

## **1. INTRODUÇÃO**

### **Considerações Iniciais**

A ideia inicial em construir essa pesquisa surgiu da observação de relatos e comportamentos dos usuários pertencentes à Academia da Saúde Boa Vista. Sou uma das professoras responsáveis pelas aulas, avaliações e reavaliações desde 2012, e tenho observado um crescente aumento do número de usuários com algum transtorno mental, sendo os principais: ansiedade e a depressão.

Ao reavaliar os alunos que apresentavam queixas relacionadas aos transtornos citados acima, observei que após o início das atividades em grupo, eles haviam apresentado melhoras expressivas. Identificamos que além dos benefícios fisiológicos oportunizados pelos exercícios físicos, a melhora da saúde mental era atribuída à socialização e comunicação existentes no grupo. Importante salientar que os usuários são divididos em grupo com perfis fisiológicos compatíveis, a partir de uma análise inicial que demonstra em qual grupo ocorrerá melhor acolhimento e adaptações, visando propiciar uma boa interação entre os envolvidos.

Dessa forma, após ter uma experiência pessoal com o transtorno de ansiedade, e compreender a importância das interações estabelecidas para a melhora do quadro que vivenciei, me vi sensibilizada com o tema. Por isso, considerei relevante construir uma pesquisa que investigasse melhor a relação dos transtornos mentais com a comunicação que estabelecemos uns com os outros, analisando se a melhora e/ou prevenção de diferentes quadros/sintomas relacionados aos transtornos mentais poderiam estar relacionadas às interações estabelecidas.

### **1.1 Saúde, Comunicação e a Academia da Saúde**

Este estudo consiste na investigação de uma possível relação da comunicação, aqui tratada como interação, como fator preventivo ou complementar aos tratamentos de transtornos de ansiedade e depressão. Para a busca dessas respostas foram aplicados três questionários ao público da Academia da Saúde, visando investigar níveis de ansiedade, depressão e comunicação. O estudo respeitou todas as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional em Saúde envolvendo pesquisas com seres humanos e somente teve início após aprovação pelo Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Os usuários participantes são maiores de 18 anos de idade e assíduos nos grupos da Academia da Saúde. Ao término da aplicação dos questionários, foi

realizada uma análise, a partir do referencial teórico e metodológico, com vistas às discussões desta pesquisa e, em alguns casos, no serviço, o encaminhamento para acompanhamento psicológico.

Em relação à Academia da Saúde, e de acordo com dados da OMS (2018), a presença de transtornos de ansiedade ou depressão preocupa o sistema de saúde, pois é notado um aumento expressivo e progressivo, que representa um enorme desafio para a saúde pública: o de realizar o controle e a prevenção desses quadros, visto que as estruturas de apoio à saúde mental não tem condições de absorver essa nova demanda.

O conceito de saúde estabelecido pela OMS, define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Caponi (1997) faz uma crítica a esse conceito, e o considera abstrato, idealizado e teórico, e aponta para o fato de que possivelmente não tenhamos completo entendimento e compreensão do seu sentido.

Outro conceito, estabelecido por Canguilhem (1990), enfatiza a importância do próprio indivíduo sentir e perceber um sintoma, para que ele possa classificar como patológico ou não, e assim construir o seu próprio conceito de saúde. Ou seja, o conceito de saúde, e o estar e sentir-se saudável, está para além das definições pré colocadas e devem levar em consideração diversas subjetividades dos sujeitos, além das questões socioeconômicas, culturais e relacionais.

Pensando no conceito de saúde de forma mais ampla, Dejours (1986) assinala a importância das relações que existem entre o que se passa na cabeça das pessoas, o funcionamento dos seus corpos e a evolução da doença, e afirma assim que parece haver uma relação estreita entre o plano afetivo, psíquico, mental e orgânico:

O estado de saúde não é certamente um estado de calma, de ausência de movimento, de conforto, de bem-estar e de ociosidade. É algo que muda constantemente e é muito importante que se compreenda esse ponto. Cremos que isso muda por completo o modo como vamos tentar definir saúde e trabalhar para melhorá-la. Isto significa que, se quisermos trabalhar pela saúde deveremos deixar livres os movimentos do corpo, não os fixando de modo rígido ou estabelecido de uma vez por todas. (Dejours, 1986, pg 7)

Assim como as diferentes abordagens tentam unificar um conceito de saúde mais adequado e real, há também uma tentativa em se alcançar a origem dos transtornos mentais para um tratamento mais efetivo, uma vez que, em cada indivíduo um mesmo transtorno, pode ser percebido e tratado de formas muito diversas.

A comunicação/interação, que este trabalho discute, é percebida como um fator que pode influenciar esses quadros. De acordo com nossa hipótese, comunicar-se e sentir-se pertencente a um grupo pode significar tem relação com a promoção à saúde. Logo, a saúde é

muito sensível à história de cada indivíduo, o que diz da importância de valorizar o contexto de cada um, buscando recursos que vão além dos conceitos e tratamentos já estabelecidos.

Em relação a esse olhar mais integrativo, o Programa Academia da Saúde, criado pelo Ministério da Saúde em 2011, tem como parte de seus objetivos contemplar a promoção da saúde por meio das dimensões físicas, emocionais e sociais do usuário ali inserido, e acreditamos que a interação nas suas diversas formas, seja no diálogo, no trato, ou no contato ocorrido nesse espaço é uma das questões que pode ajudar no processo de recuperação e prevenção dos quadros patológicos citados.

Para Goffman (2002) a interação (isto é, a interação face a face) pode ser definida como a influência recíproca dos indivíduos sobre as relações uns dos outros, quando em presença física imediata. Nesse sentido, a comunicação interpessoal que ocorre em espaços públicos e acessíveis, como em grupos realizados no espaço que é objeto de pesquisa, pode influenciar de modo positivo a saúde emocional dos indivíduos participantes, uma vez que eles podem se expressar e falar de sentimentos reprimidos ou, no ato da escuta do outro, podem refletir acerca de determinado tema proposto no grupo.

Dessa forma, agrupar-se e comunicar-se pode ser importante no auxílio, prevenção e tratamento dessas patologias, pois, por meio da atividade, os participantes estabelecem redes de comunicação e processos de aprendizagem, que ocorrem por objetivos conscientes e por relações internas, inconscientes, no grupo e do grupo (CASTANHO, 2012). Dessa maneira, ao falar do seu sentimento e ser ouvido, ao compartilhar experiências e receber informações acerca da saúde como um todo, a qualidade da saúde emocional pode sofrer influências diretas.

A relação entre ansiedade, depressão e comunicação encontra base de discussão em estudos relevantes realizados ao longo dos últimos anos e décadas. A metodologia empregada nesse estudo tem a intenção de possibilitar um debate que visa ampliar o conhecimento acerca do tema e sugerir novas formas para prevenir tais patologias em grupos que apresentam esse perfil de adoecimento.

Para tanto, o estudo teve como objetivo verificar a relação e possibilidades da comunicação na prevenção à transtornos associados a depressão e a ansiedade no espaço Academia da saúde. Como ferramentas para análise e discussão, utilizamos dois questionários já existentes e validados (BAI e BDI) e um questionário estruturado especificamente para esta pesquisa (QCC). A partir dos resultados, realizamos análises dos dados encontrados e discussão com a literatura.

Os resultados encontrados no trabalho apontam a importância da comunicação e do fomento a mais espaços e ações de promoção à saúde, que tenham como objetivo um olhar integral à qualidade de vida e saúde dos indivíduos, levando em conta seu histórico social e contextos. Possibilitando acolhimento, adesão aos serviços e, por consequência, melhora nos quadros emocionais.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a relação dos processos de comunicação/interação estabelecidos no Programa Academia da Saúde face aos sintomas de ansiedade e depressão apresentados pelos usuários.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Avaliar o grau de ansiedade, depressão e capacidade de comunicação/interação dos usuários da academia da saúde Boa vista.

Verificar as possíveis relações existentes entre a ansiedade (BAI) e a capacidade de comunicação(QCC).

Verificar as possíveis relações existentes entre a depressão (BDI) e a capacidade de comunicação(QCC).

Avaliar a importância da comunicação nos dispositivos de promoção á saúde e como fator preventivo à ansiedade e depressão no espaço Academia da Saúde Boa Vista.

### 3. Referencial Teórico

Ao estudar comunicação como fator preventivo aos transtornos de ansiedade e depressão serão utilizados estudos e referências que possam esclarecer sobre os principais temas abordados no estudo e embasar a nossa hipótese.

#### 3.1 Promoção da Saúde e a Estratégia Academia da Saúde

“A promoção da saúde compreende a ação individual, a ação da comunidade e a ação e o compromisso dos governos na busca de uma vida mais saudável para todos e para cada um.”<sup>1</sup>

De acordo com a cartilha da Política Nacional de Promoção a Saúde, 2002, a política de promoção da saúde deve contribuir para o aprofundamento e ampliação dos objetivos da reforma sanitária brasileira. Objetivos que, além da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), apontam para a transformação das práticas sanitárias com a superação da baixa cobertura em direção a universalização, busca da equidade, a integralidade do cuidado e respeito a cidadania. Que se comprometem com a democratização da saúde, da sociedade, do Estado e das Instituições.

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é entendida como uma possibilidade de focar nos aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento no país e potencializar formas mais amplas de intervenção. Diversos fatores, como moradia, desemprego, saneamento básico, acesso à educação, fome, urbanização, qualidade da água e do ar devem ser levados em conta para estruturar intervenções eficazes no intuito de promover saúde para todos (Abou-Yd,2013).

A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade devida, visando à prevenção e promoção da saúde (BRASIL,2020).

O Programa Academia da Saúde é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado para os municípios brasileiros lançado em 2011. O objetivo é promover práticas corporais, atividade física, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, entre

---

<sup>1</sup> Citação da Cartilha **VAMOS PROMOVER NOSSA SAÚDE?** Editada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Alfabetização Solidária – 2002.

outros, além de contribuir para a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população. Para tanto, o Programa promove a implantação de pólos da Academia da Saúde, que são espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados (BRASIL, 2011).

A estruturação do programa foi inspirada em iniciativas desenvolvidas em Recife, Curitiba, Vitória, Aracaju e Belo Horizonte, cidades pioneiras a implantar esse aparelho de promoção da saúde. As experiências regionais tiveram, em comum, a prática da atividade física e outras práticas corporais, contando com a presença de profissionais orientadores, o uso e a potencialização de espaços públicos como espaços de inclusão, participação, lazer e promoção da cultura da paz, além de serem custeadas e mantidas pelo poder público. A avaliação positiva dessas experiências fomentou o fortalecimento de iniciativas semelhantes em todo o país na forma de um programa nacional no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

Importante salientar que desde 2006 a estrutura do programa funciona no município de Belo Horizonte, com o nome de Academia da Cidade, e só em 2011 se tornou um programa a nível federal, passando a ser denominado Academia da Saúde, e se expandindo para diversos pontos da cidade, atualmente existem cerca de 78 academias em Belo Horizonte que atendem em média 19.000 usuários (BELO HORIZONTE, 2019).

A concepção ampliada de saúde é uma das características marcantes do Programa Academia da Saúde, que estabelece como ponto de partida o reconhecimento do impacto social, econômico, político e cultural sobre a saúde. Assim, o Programa não se restringe a realização de práticas corporais, atividades físicas e promoção da alimentação saudável. Os pólos foram concebidos como espaços voltados ao desenvolvimento de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais e que adotam como valores norteadores de suas atividades o desenvolvimento de autonomia, equidade, empoderamento, participação social, entre outros (BRASIL, 2019).

Além disso, um aspecto importante que contribui para a consecução dos objetivos propostos é que não se trata de um serviço isolado. O Programa faz parte da estrutura organizacional das Redes de Atenção à Saúde (RAS), como componente da Atenção Básica e, por isso, funciona também como porta de entrada no SUS (Ministério da Saúde, 2019).

Com o objetivo de construir práticas que se estruturam em um olhar integral sobre o indivíduo, a Academia da Saúde se apresenta como uma política pública que pode influenciar na sensação de bem-estar geral do indivíduo e logo se tornar uma ferramenta no tratamento complementar aos quadros de depressão e ansiedade já existentes, ou até mesmo

atuar de forma profilática a transtornos mentais mais graves por meio da comunicação/interação estabelecidas nos grupos que acompõe.

### **3.2 Comunicação**

A comunicação se caracteriza como um dos processos mais importantes para a existência humana e pode se apresentar através de olhares, de gestos, de símbolos, de desenhos, da fala, da escrita até chegar aos tempos modernos, dos meios de comunicação de massa e da comunicação digital. A evolução do homem e da comunicação precisou de milhões de anos, processos físicos, biológicos e culturais para chegar aos tempos atuais, um não teria se desenvolvido sem o outro (Perles,2007).

A comunicação na construção dos sujeitos, da sociedade e da cultura, é inerente a vida, sem o ato de se comunicar não teríamos desenvolvido diversas habilidades, não estabeleceríamos relações interpessoais e, logo, não teríamos diversidade cultural, e nem a possibilidade de viver e permanecer em grupos, de expressar as sensações e sentimentos, ou seja, a falta da comunicação impossibilitaria a evolução do ser humano. Ao procurar estabelecer o significado de comunicação no sentido literal encontramos: ato de comunicar, informar, avisar, caminho ou passagem. Significados demasiadamente simplificados para este processo complexo e importante para a vida e cultura, que expande seus conceitos pela etimologia, historia, biologia, pedagogia, sociologia e antropologia (Perles, 2007).

Neste estudo nos ancoramos em conceitos comunicacionais relacionados ao objeto de pesquisa, inseridos no campo da Comunicação e Saúde, que abrange diversos outros campos, como a informação, políticas públicas e educação popular (SOUZA, 2016). Campo, como define Bourdieu, é um espaço de relações estruturado, em que forças desiguais lutam para transformar ou manter suas posições, formado historicamente em meio a políticas, metodologias, teorias, conflitos de interesses, práticas, sujeitos, discursos negociações e etc. (BOURDIEU, 1989 apud SOUZA, 2016).

Araújo e Cardoso (2007) definem como objeto do campo Comunicação e Saúde: compreender e agir sobre os processos sociais de comunicação e de produção dos sentidos, que afetam diretamente o campo da saúde. Todo o aparato teórico-conceitual e metodológico da comunicação, então, adquire pertinência quando operando sobre esse cenário e articulado a interesses do campo da saúde.

Neste sentido, comunicação e saúde se relacionam de forma complementar, sem estabelecer subalternidade (Araújo e Cardoso, 2007). A comunicação é fundamental para a construção de um sistema de saúde mais forte e abrangente, seja qual for o nível da comunicação. Seja dos protocolos estabelecidos em âmbitos centrais para campanhas nacionais até as interações interpessoais estabelecidas em grupos de promoção da saúde, objeto deste estudo.

Para Araújo e Cardoso (2007), a comunicação desejada necessita de considerar os contextos, levar em conta os processos políticos de estabelecimento e prioridades, as condições sociais, os materiais, as institucionais, e também as subjetivas de produção de sentidos e ter clara a importância das relações de poder que determinam e são determinadas pelos processos e pelas práticas comunicacionais/interacionais. Assim a comunicação/interação depende dos contextos dos sujeitos, como a cultura, história vida, acesso as políticas públicas e outros. Levando em conta esses aspectos a comunicação pode se desenvolver de maneira mais efetiva.

Carvalho (2012), no dossiê sobre os desafios da comunicação interpessoal na saúde pública brasileira, cita que em qualquer situação de comunicação, fonte e receptor são interdependentes, e essa interdependência pode levar à empatia, definida pelo mesmo autor como sendo a capacidade de projetarmos-nos dentro das personalidades de outras pessoas. O campo da Comunicação e Saúde pensa os sujeitos como interlocutores. Na interlocução o processo de comunicação não é tão verticalizado como ocorre no modelo de emissão x recepção, modelo em que vozes podem ser desconsideradas a fim de demonstrar a superioridade do emissor (Araújo e Cardoso, 2007).

Sodré (2006) pontua como o outro, em um processo comunicacional, precisa ser visto na sua singularidade, e a ferramenta para isso é o afeto, a sensibilidade e a compreensão da história humana que nos permite entender o presente através do passado. O autor valoriza também o sujeito que é cercado por uma cultura e que tem um passado, e um passado que vai até além da própria compreensão dele mesmo, assim entende que devemos fugir das análises permeadas pelos velhos conceitos que enxergam razão e emoção separadas em campos opostos.

Na obra “A representação do eu na vida cotidiana”, Goffman (2002) pontua que cada interação social se estabelece de acordo com os atores, com a platéia, e com as expectativas estabelecidas entre eles, e a compreensão da capacidade expressiva permite ao indivíduo passar uma determinada impressão sobre ele. No caso desse estudo, no espaço da academia da saúde.

O autor ainda aponta como aspecto comum a todos os grupos a constante busca do indivíduo por respeito diante de outros participantes, na tentativa de manter constante a visão que os outros têm dele. Esse processo pode ser visto como uma necessidade de manutenção da sua vida social, deste modo, é muito importante a identificação do indivíduo com o grupo que vai frequentar, as interações que irá estabelecer, pois caso não haja reconhecimento e respeito diante dos outros participantes, ele tende a não fazer mais parte desse grupo.

Goffman na obra “Ritual de Interação” usa o termo “fachada” para caracterizar o padrão adotado por cada indivíduo em determinada interação social. O autor ainda indica que as pessoas vivem num mundo de encontros sociais no qual tem de apresentar suas fachadas, e essas podem ser ressignificadas ou valorizadas a partir de um dado grupo. Quando uma pessoa sente que está com a fachada certa, ou seja, um padrão de idéias assumidas, ela responde com sentimento de confiança e convicção. No entanto, quando a pessoa sente que está com a fachada errada, se sente envergonhada e inferiorizada, a falta de apoio apreciativo pode momentaneamente incapacitá-la enquanto participante da interação.

Dessa forma, utilizando os conceitos de Goffman (2011), e projetando essa ideia na realidade do espaço estudado, diferentes grupos serão compostos por atores com diversas expectativas interacionais que são estabelecidas de acordo com as vivências prévias envolvidas nessa relação. É importante pensar na constituição de grupos que sejam compostos por indivíduos com fachadas que se apreciem, pois podem refletir um aumento da segurança e capacidade interacional dos participantes.

Assim os profissionais da saúde responsáveis por esses espaços devem buscar entender o contexto de cada envolvido do grupo e respeitar seus respectivos papéis ou fachadas, para que possam estabelecer relações saudáveis e que sejam de apoio mútuo.

### ***3.2.1 Comunicação e Grupos***

O grupo enquanto modalidade de cuidado coletivo à população, tem se tornado freqüente nos serviços de saúde, devido ao seu reconhecimento enquanto prática de educação em saúde. O cuidado em grupo envolve, a partir de relações interpessoais, a constituição de subjetividade e do psiquismo, a elaboração do conhecimento e a aprendiz. (AFONSO; COUTINHO, 2010; FERREIRA NETO; KIND, 2010)

O Grupo operativo, como processo de aprendizagem, pode ser utilizado na prevenção de doenças e no tratamento de cuidados específicos, e está cada vez mais presente na promoção da saúde. (DUTRA; CORRÊA, 2015; MENEZES; AVELINO, 2016)

Villela e Barros (2002), pontuam em seu trabalho a importância do grupo operativo na vida de mulheres que sofriam com depressão, concluem que esse espaço é propício para verbalizar sentimentos e incentivar o fortalecimento pessoal.

Santos (2002), ao avaliar o pensamento das pessoas sobre a associação realizada entre os conceitos de processo de envelhecimento, saúde e doença, obteve como resultado que os indivíduos que participam de grupos têm a possibilidade de quebrar com os estereótipos de maneira mais fácil do que os demais indivíduos. Para a autora, essas pessoas já precisaram quebrar com outros estereótipos para se engajarem em trabalhos grupais e são revitalizados por esta convivência.

Segundo Chaves (1995), a atenção à saúde emocional do ser humano deve estar centrada, em qualquer circunstância do seu desenvolvimento, mas necessita de enfoque especial no momento de adoecimento do indivíduo, sendo que é nessa circunstância que surge em maior escala a fragilidade, o medo, o desconforto e a ansiedade.

Assim, no sentido de significar uma forma de atenção a saúde emocional, a formação de grupos onde os indivíduos sejam interlocutores, pode ser visto como um tratamento complementar, que utiliza a interação como ferramenta para sucesso do tratamento.

### **3.3 Ansiedade**

A sensação de medo e a emoção relacionada à ansiedade são familiares para todos, Seligman (1977) afirma que esses termos nunca podem ser observados diretamente, mas inferidos a partir da observação do comportamento, da fisiologia e de relatos subjetivos. O aumento das demandas sociais, políticas e econômicas, tem resultado em uma cobrança individual por melhora constante no desempenho humano em diversas áreas, e esse nível de exigência demasiada pode ser um dos fatores que contribuem para desencadear diversos transtornos, dentre eles, os de origem psicológica.

Ao se sentir ameaçado o organismo reage com a fuga ou luta diante da situação, e esta, é caracterizada pela grande quantidade de hormônios liberados, e diversas reações fisiológicas associadas, como aumento dos batimentos cardíacos, sudorese e estado de alerta aumentado devido ao estímulo. Mesmo que seja algo intenso para o organismo, quando volta ao seu

estado de equilíbrio, após o estado de ameaça, podemos considerar algo normal. Entretanto, quando o organismo permanece em constante alerta, ocorre uma ativação geral no metabolismo e como consequência, o indivíduo se sente exausto em decorrência da grande quantidade de energia perdida (Barlow, 1999).

Alguns estudos apresentam diferentes teorias para explicar as origens dos transtornos de ansiedade, dentre elas: a explicação genética; as causas físicas, como o desequilíbrio hormonal; patologias (neurológicas, infecciosas ou oncológicas) ou alguns medicamentos, que têm como efeitos depressões secundárias. Outra explicação é denominada psicodinâmica, e confere maior importância às relações dos indivíduos com o meio em que vive, a vulnerabilidade das classes sociais baixas, as relações interpessoais pobres, o desemprego, uma perda familiar importante ou um acontecimento traumático podem também estar na sua origem (ARAÚJO, 2007).

A forma mais prática para se diferenciar a ansiedade considerada normal da patológica é avaliar se a reação é momentânea, de curta duração, ou não. Quando o medo ou a ansiedade se apresentam de forma desproporcional a situação vivenciada, e se mantêm de modo persistente levando a prejuízos, podem ser caracterizados os Transtornos de Ansiedade (DE SOUZA, 2013).

Os transtornos psicológicos podem atingir a população de forma geral, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM 5), os transtornos de ansiedade ocorrem com mais frequência em indivíduos do sexo feminino do que no sexo masculino, em uma proporção de aproximadamente 2:1. Esses transtornos são divididos em subtipos e diagnosticados somente quando os sintomas não são consequência de efeitos fisiológicos do uso de uma substância, condição médica ou não são mais bem explicados por outro transtorno mental. Dentre as grandes categorias de transtornos psiquiátricos, os transtornos de ansiedade são os mais prevalentes na população em geral (KESSLER, CHIU, DEMLER, MERIKANGAS, & WALTERS, 2005).

O estudo de Possato e Rabelo (2017) avaliou sintomas depressivos e de ansiedade em idosos, e os associou com a percepção do suporte social, a análise dos dados revelou que as patologias eram mais frequentes naqueles que apresentavam baixo envolvimento social. Dessa forma os autores sugerem como medidas preventivas desses transtornos um suporte social adequado e a prevenção do isolamento social.

De acordo com estudos apresentados por Angélico (2009), a ansiedade muito intensa passa a interferir no funcionamento social, prejudicando a vida profissional, acadêmica e social das pessoas. No caso de reações muito intensas pode haver comprometimento

inibição do desempenho social, mesmo que os indivíduos saibam se comportar e possuam em seu repertório, habilidades para atender as demandas do ambiente. Esse excesso de ansiedade interpessoal pode ser considerado uma das possíveis causas dos déficits de habilidades sociais.

Marcela Carvalho et al (2012), relatam que a ansiedade também é composta por respostas que modificam o ambiente e por ele são modificadas. As respostas emocionais podem identificar situações ameaçadoras, um estímulo verbal pode evocar reações emocionais, se ao decorrer da história comportamental do indivíduo, o estímulo verbal foi associado com alguma situação ameaçadora ou incômoda. O que permite inferir que a forma como se estabelece a comunicação em um grupo tem influência sobre fatores emocionais e ansiogênicos. E deve haver uma preocupação em relação à forma de se estabelecer os processos de comunicação, levando em conta as vivências e particularidades desenvolvidos.

Estudos de DE SOUZA (2013) indicam que os transtornos de ansiedade quando não tratados tendem a tornarem-se crônicos ou até mesmo se desdobrar em outros transtornos psiquiátricos, pois apresentam baixos índices de remissão<sup>2</sup>espontânea. Dessa forma, é importante o diagnóstico, avaliação e tratamento precoces nesses casos, para que haja possibilidade de melhores prognósticos e menores prejuízos para indivíduos com transtorno de ansiedade. O diagnóstico adequado melhora o prognóstico dos pacientes ao fornecer maiores informações sobre curso, prevalência, possibilidades de tratamento, entre outros fatores.

### **3.4 Depressão**

A depressão é um transtorno frequente e crescente em todo o mundo, cerca de 300 milhões de pessoas podem estar nessa condição, que difere das flutuações usuais de humor e das respostas emocionais de curta duração aos desafios da vida cotidiana. Dependendo da intensidade e duração do quadro depressivo, a pessoa afetada pode sofrer com disfunções no trabalho, na vida escolar, no meio familiar e relações sociais como um todo, apresentando em alguns casos mais graves desfechos como o suicídio (OMS, 2018).

---

<sup>2</sup>Na medicina, a palavra “remissão” é utilizada para caracterizar o enfraquecimento de uma doença, a partir da diminuição dos seus sintomas. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/remissao/>>

Um episódio depressivo pode ser categorizado de leve a grave, a depender da intensidade dos sintomas, em casos de um episódio depressivo leve, o indivíduo terá dificuldade em continuar um trabalho simples e atividades sociais, mas sem grande prejuízo nas suas relações gerais. Já durante um episódio depressivo grave, é improvável que a pessoa afetada possa continuar com atividades sociais, de trabalho ou domésticas. A depressão é resultado de uma complexa interação de fatores sociais, psicológicos e biológicos. Pessoas que passaram por eventos traumáticos durante a vida são mais propensas a desenvolver depressão (OMS,2018).

Nesse sentido, a depressão pode ser apresentada de duas formas: a primária e a secundária. A primária caracteriza-se essencialmente pela alteração do humor, tornando o indivíduo deprimido ou irritável, ausência de prazer pelas atividades propostas, além de alterações no sono, no apetite e na psicomotricidade, já a secundária caracteriza-se como sendo resultado do início de outras doenças. A depressão pode ser definida como um quadro clínico que apresenta alteração no estado físico e mental, caracterizado por mudança de humor, infelicidade, tristeza, falta de coragem, irritabilidade, frio, receio, desânimo, desesperança e indisposição (WINOKUR,1981).

Crespo (2015) pontua que o Transtorno Depressivo é um distúrbio emocional caracterizado por tristeza profunda e baixa autoestima, que pode ser desencadeada por diversos fatores. E nele ocorre uma alteração química a nível cerebral, onde os neurotransmissores, que são substâncias que transmitem impulsos nervosos entre as células. como: a serotonina, a noradrenalina e a dopamina não são produzidos de maneira satisfatória.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana, que está na quinta edição DSM-5 (2014), os Transtornos Depressivos (TD) incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (indivíduos com esse transtorno têm mais dor e doença física e maior redução no funcionamento físico, social e de papéis), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. A característica comum desses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que diferencia a classificação entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida.

Para Wetzel (1984), a depressão pode ter causas exógenas e ou/endógenas, para este autor os sintomas da depressão podem ser divididos em quatro áreas de avaliação: *afetiva* (medo, ódio, culpa, desânimo, irritabilidade), *cognitiva* (visão negativa do mundo e de si próprio, desinteresse em pessoas, atividades, e prazeres, baixa auto estima, indecisão), *atividade comportamental* (dependência, submissão, aparência descuidada), e por fim o *funcionamento físico* (pouca energia, fraqueza, fadiga, insônia, perda ou ganho de peso, dores musculares, enxaquecas, dentre outros). De acordo com a divisão do autor, entende-se o quão complexo é o tratamento ou a prevenção acerca dos transtornos depressivos, visto que o usuário tem de ser avaliado e observado com um olhar multidimensional, o que envolve a necessidade de uma conscientização do profissional de saúde envolvido no processo, e a forma como serão estabelecidas as interações entreesses.

Carneiro et al (2007), em seu trabalho, cita estudos que argumentam a favor da ideia de que as relações sociais podem, de várias formas, promover melhores condições de saúde, e salienta que a pobreza nas relações sociais tem sido considerada um fator de risco saúde tão prejudicial quanto o tabagismo, a pressão arterial elevada, a obesidade e a ausência de atividade física. Dessa forma, permite-se argumentar que as pessoas que tem maior contato social vivem mais e com melhor saúde do que as que têm menor contato social, no entanto deve se levar em conta a qualidade das relações e comunicações estabelecidas. Um dos estudos citados por Carneiro (Carmona e Melo, 2000) propõem que um indivíduo que tem uma conduta interpessoal efetiva é capaz de desenvolver redes sociais de apoio, que operam como um dos fatores mais relevantes na recuperação e prevenção dos problemas de saúde mental.

Grande parte dos indivíduos com TD apresentam certo grau de dificuldade em interagir com o outro, se socializar e construir novas relações, devido a prejuízos funcionais relacionados a área social. Dessa forma estratégias que estimulem as relações sociais, respeitando as características de cada indivíduo podem indicar uma forma de tratamento complementar. Um espaço público onde a prática comunicacional seja estimulada e valorizada, proporcionando a construção das relações interpessoais e vínculos afetivos, pode significar uma extensão ao tratamento dos TD ou atuar na prevenção do agravamento, ou surgimento desses. Além disso, atividades que proporcionem reflexão e aprendizado acerca do tema poderiam tornar mais eficaz as intervenções dos profissionais envolvidos.

Paranhos (2009) ressalta a importância de encarar a depressão não só como uma patologia que ocorre em pontos isolados da sociedade, mas sim como um problema de interesse público, e ainda traz estudos com dados alarmantes como o de Botega et al (2006),

que traz como resultado de sua pesquisa que uma a cada 20 pessoas é atingida por episódio depressivo moderado ou grave durante o curso da vida. De cada 50 casos diagnosticados com a patologia, um vai necessitar de internação, e 15% dos deprimidos graves cometem suicídio. Diante desses números entende-se a urgência em se pensar mecanismos que possam ser adjuvantes no tratamento e prevenção dessa patologia.

O BAI (Beck Anxiety Inventory) foi originalmente desenvolvido por Beck, Epstein, Brown e Steer, em 1988 e adaptado por Cunha (2001), e apresenta bons coeficientes de fidedignidade e validade.

## **4. INVENTÁRIOS**

### **4.1 Inventário Beck de Ansiedade (BAI)**

Este teste é composto por 21 itens que descrevem sintomas comuns que podem estar presentes em quadros de ansiedade, como: dormência, tremores, sensação de calor, incapacidade de relaxar, sudorese, palpitação cardíaca, tontura, medos, falta de equilíbrio, dificuldade de respirar, sensação de sufocação, nervosismo, desconforto abdominal e sensação de desmaio.

Esses itens devem ser respondidos pelo sujeito em referência a si mesmo em razão da gravidade, que consiste de 4 ítems: absolutamente não (0), levemente (1), moderadamente (2) e gravemente (3). A soma dos itens resulta em um escore total que pode variar entre 0 a 63 pontos, e tem como objetivo indicar a intensidade da ansiedade. Além disso, o Manual apresenta uma Tabela com pontos de corte para a classificação do nível de ansiedade presente. No presente estudo será utilizado o inventário na sua versão adaptada por Cunha, em português.

A validade de sustentação dos dados é conveniente para ser usada em populações psiquiátricas como um critério, e como um resultado de medida, mas também pode ser usada na população em geral. Dessa forma, a escala fornece a pesquisadores e clínicos um conjunto de critérios seguros e válidos que podem ser usados para ajudar a diferenciar a ansiedade patológica da depressão, e permite verificar a intensidade dos sintomas em referência dessas patologias (Maluf, 2002). ApêndiceB.

### **4.2 Inventário Beck de Depressão (BDI)**

A escala foi criada em 1961 por Beck e colaboradores (1961) para avaliar a intensidade da depressão. Seus itens foram derivados de observações clínicas de pacientes deprimidos em psicoterapia, e posteriormente foram selecionados aqueles sintomas que pareceram ser específicos da depressão, e que encontravam relação com

critérios diagnósticos presentes na literatura sobre depressão. Essa escala foi desenvolvida primordialmente para pacientes psiquiátricos e depois foi adaptada a população geral. OBDI evidencia coeficientes de fidedignidade e evidências de validade satisfatórias conforme afirma o estudo de Cunha (2001).

O Inventário de Depressão de Beck ("Beck Depression Inventory"; Beck et al., 1961; BDI) tem sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países. A escala original do inventário consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3.

Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido. O escore final é calculado pela soma das respostas de cada item variando em um total de 0 a 63 pontos. O inventário pode ser aplicado em pessoas com faixa etária entre 17 a 80 anos. (Cunha 2001)

De acordo com estudos citados por Maluf, O BDI discrimina indivíduos normais de deprimidos ou ansiosos (Gorenstein & Andrade, 1996) e vem sendo considerado referência padrão e uma das escalas auto-aplicadas mais comumente utilizadas para avaliação de depressão (Del Porto, 1989).

### **4.3 Questionário avaliativo da capacidade de comunicação/interação (QCC)**

O questionário estruturado foi proposto com o intuito de avaliar a capacidade de comunicação/interação dos usuários do Programa Academia da Saúde. As perguntas foram pensadas e criadas pelos autores do presente projeto, de forma a serem compreendidas por todos os possíveis voluntários participantes da pesquisa. Dessa forma acredita-se que seja um instrumento válido para os fins do trabalho, além de ter a vantagem de ser específico para o público a qual é destinado e se mostrar rápido e prático.

As oito questões desenvolvidas para compor o questionário foram pensadas com o intuito de investigar como o fator comunicação/interação em um determinado grupo pode influenciar as questões emocionais dos usuários. Para isso as perguntas contemplaram temas pensados pelos autores anteriormente, com base em relatos de usuários que já frequentam o espaço Academia da Saúde. Esses temas perpassam pela influência do grupo no processo

comunicacional dos usuários, qual a importância e dificuldades do processo comunicacional para si próprio e com os outros, e se a interação entre eles tem um papel importante na adesão dos usuários no grupo. As opções de respostas para cada item foram dicotômicas, sim ou não, caracterizando um questionário fechado.

De acordo com o exposto no trabalho de Chaer (2011), as perguntas que compõem um questionário devem ser formuladas de maneira clara, concreta e precisa; deve levar em consideração o sistema de preferência do interrogado, bem como o seu nível de informação; a pergunta deve possibilitar uma única interpretação; a pergunta não deve sugerir respostas; as perguntas devem referir-se a uma única ideia de cada vez. Assim baseados nessas orientações, durante a construção do questionário houve preocupação em estruturar perguntas que não induzissem a qualquer tipo de resposta e que tivessem o menor viés possível, para que os resultados fossem o mais real e fidedigno a proposta do trabalho. Apêndice A.

## 5. MATERIAIS EMÉTODOS

O presente estudo consiste em uma pesquisa qualitativa exploratória com análise de dados primários por meio de questionários estruturados. De acordo com Minayo (2010) as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e documentos. Sendo assim consideramos que essa escolha metodológica foi a mais adequada para o desenho do estudo.

Os dados obtidos como respostas aos questionários aplicados foram compilados em planilhas de Excel e apresentados de forma quantitativa. Posteriormente foram realizadas a análise dos dados a partir dos números e iniciada a discussão qualitativa, a fim de verificar as relações entre comunicação, ansiedade e depressão, e como as interações podem atuar como fator preventivo nos transtornos mentais aqui estudados.

### 5.1 Local do Estudo

A pesquisa ocorreu nas dependências da Academia da Saúde Boa Vista, programa que propõe o desenvolvimento de novas práticas de cuidados na Atenção primária, com o objetivo de contribuir para o cuidado integral em rede, as bases conceituais centram-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas políticas nacionais de Atenção Básica e Promoção a saúde (BRASIL, 2019).

A unidade da Academia selecionada localiza-se na cidade de Belo Horizonte, dividida em 9 regionais, cada uma delas possuindo um distrito sanitário, sendo o distrito sanitário Leste nosso objeto de estudo. A região Leste abrange um total de 8 academias da Saúde, sendo cada uma delas vinculadas a uma unidade de saúde pertencente ao território de abrangência, a Academia Boa Vista se vincula a unidade básica de saúde Boa Vista.

Os espaços que abrigam as Academias, são espaços físicos pertencentes a Prefeitura de Belo Horizonte ou parcerias com espaços da comunidade, pois é necessário que tenha banheiro, água, uma sala para avaliações e um espaço para guardar os materiais utilizados nas aulas. É importante pontuar que as academias de rua, aqueles espaços com aparelhos que ficam fixos nas praças não são a Academia da Saúde, e não fazem parte do programa, pois para matrícula na Academia é necessário passar por avaliação física, e as atividades são

supervisionadas por profissionais de Educação Física para proporcionar segurança e saúde aos usuários.

No caso da Academia da Saúde Boa Vista, o território é classificado como de baixo risco de vulnerabilidade social, no entanto por fazer fronteira com bairros de diversa estratificação, recebe a demanda de locais adjacentes e se caracteriza por essa multiplicidade nos seus grupos. Ao todo, estão inscritos e participam do programa cerca de 300 usuários, entre jovens, adultos e idosos, sendo maioria do público idoso do gênero feminino.

As aulas são ofertadas três vezes por semana para cada usuário, o tempo de duração das atividades é de 60 minutos em média, onde se distribuem momentos de exercícios aeróbios, de flexibilidade e de força, e ainda há momentos de transição, pré e pós aula, nos quais é possível estabelecerem interações uns com os outros.

A cada trinta dias ocorrem novas inscrições, com a possibilidade da entrada de novos usuários, e essa alocação dos novatos em grupos já existentes leva em consideração a saúde física e características emocionais apresentadas no momento da avaliação física, essencial para início das atividades. Todo mês também ocorrem palestras dos profissionais pertencentes ao Centro de Saúde Boa Vista, que oferecem apoio a Academia promovendo assim um momento de interação/comunicação horizontal, importante para que seja exercida de fato a promoção a saúde nesses espaços.

## **5.2 Uso dos Questionários**

A escolha e construção dos questionários de auto-avaliação utilizados como ferramenta para obter os dados almejados, foi baseada na preferência por serem escalas de auto-avaliação, rápida aplicação, e pelo baixo custo financeiro. De acordo com Paranhos, (2009) as escalas de auto-avaliação apresentam sucesso dentre os instrumentos psicométricos, pois possibilitam a verificação de sentimentos subjetivos e de autopercepção, sintomas importantes para o diagnóstico de psicopatologias, e se destacam por serem bastante econômicas quanto ao fator tempo.

Entretanto o objetivo do estudo ao utilizar os questionários de ansiedade e depressão não foi diagnosticar as patologias como depressão e ansiedade, e sim permitir observar sintomas associados a essas doenças que possam ser influenciados e/ou amenizados diante de um processo de comunicação/interação mais fortalecidos.

### **5.2.1 Questionário BAI**

A escolha desse inventário como um instrumento avaliativo da presente pesquisa foi baseada na intenção de avaliar o número de usuários com sintomas de transtorno de ansiedade de forma não invasiva. As características de fácil entendimento, aplicação rápida e simples foram determinantes para que fosse eleito o BAI, como o indicador dos níveis de ansiedade nesse estudo. O inventário utilizado foi a versão adaptada por Cunha 2001, em português.

### **5.2.2 Questionário BDI**

A escolha desse inventário como um instrumento de pesquisa foi baseada na intenção de avaliar o número de usuários com sintomas relacionados à depressão, de forma não invasiva e pelas características apresentadas no documento, que permitem um fácil entendimento por parte dos respondentes, além da sua rápida e simples aplicação. O inventário utilizado foi a versão adaptada por Cunha 2001, em português.

### **5.2.3 Questionário QCC**

O questionário estruturado foi proposto com o intuito de avaliar a capacidade de comunicação/ interação dos usuários do Programa Academia da Saúde. As perguntas foram pensadas e criadas pelos autores do presente projeto, de forma a serem compreendidas por todos os possíveis voluntários participantes da pesquisa. Dessa forma acreditamos que tenha sido um instrumento válido para os fins do trabalho, além de ter a vantagem da especificidade para o público ao qual é destinado e se mostrar rápido e prático.

Foram desenvolvidas 8 questões para compor o questionário, pensadas com o intuito de investigar como o fator comunicação/interação em um determinado grupo pode influenciar as questões emocionais dos usuários. As opções de respostas para cada item foram dicotômicas, sim ou não, caracterizando um questionário fechado.

### **5.3 Aplicação e Análise dos Questionários**

A aplicação dos questionários QCC, BDI e BAI, ocorreu no espaço Academia da Saúde Boa Vista, no decorrer do mês de janeiro de 2020, os voluntários foram convidados a partir de aviso fixado no mural da Academia da Saúde Boa Vista e por meio de contatos pessoais, como avisos durante as aulas. A amostra foi composta por 108 usuários, de ambos os sexos, assíduos no Programa Academia da Saúde, e maiores de 18 anos, selecionados aleatoriamente.

Desses selecionados apenas dois apresentavam idade superior a 80 anos no momento da pesquisa, sendo assim foram excluídos das análises e resultados das escalas de Beck, pois conforme os manuais são indicados para sujeitos entre 17 e 80 anos. A faixa etária compreendeu usuários dos 18 anos aos 90 anos.

A aplicação dos questionários ocorreu na sala de avaliações na Academia da Saúde Boa Vista, os usuários foram selecionados de forma randomizada e se dirigiam até a sala, onde recebiam as orientações para preenchimento adequado dos questionários. A ordem de aplicação dos três questionários foi a mesma para todos os participantes, QCC, BDI e BAI respectivamente, evitando assim, uma possível interferência, as dúvidas acerca do preenchimento foram esclarecidas de imediato. Após o preenchimento, uma planilha foi alimentada com os dados da pesquisa para análise posterior, e as folhas impressas foram mantidas em um envelope, lacradas e arquivadas em um armário destinado a esse fim.

A aplicação dos questionários foi feita em um horário pré-estabelecido entre o avaliador e o avaliado, sendo apenas um avaliado por vez, visando à privacidade. Foi necessário apenas um encontro com cada avaliado para a coleta dos dados.

#### ***5.3.1 Cuidados Éticos***

Este estudo respeitou todas as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional em Saúde envolvendo pesquisas com seres humanos (Resolução 466/2012) e somente teve início após aprovação pelo Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Antes de iniciar qualquer atividade neste projeto, os voluntários receberam todas as informações quanto aos objetivos, ao processo metodológico do projeto, bem como os possíveis riscos e benefícios de

participação no estudo. Os voluntários assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no qual tiveram ciência de que a qualquer momento poderiam deixar de participar da pesquisa. Foram tomadas precauções no intuito de preservar a privacidade dos voluntários, sendo que a saúde e o bem-estar estiveram sempre acima de qualquer outro interesse. Todos os procedimentos adotados neste estudo estão de acordo com as “Diretrizes e Normas Regulamentadoras das Pesquisas Envolvendo Seres Humanos” do Conselho Nacional da Saúde (Res. 196 / 96) envolvendo pesquisas com seres humanos. O parecer substanciado do CEP (Comite de Ética e Pesquisa) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH de número 3.729.836 foi concedido para a realização da pesquisa com os usuários e está no apêndice B.

## 6. RESULTADOS EDISCUSSÕES

Para definir a relação existente entre ansiedade, depressão e comunicação no espaço público Academia da Saúde fez-se necessário buscar respostas referentes aos graus de ansiedade e depressão e as interações estabelecidas nos grupos existentes no programa, unidade boa vista. Os resultados apresentados foram obtidos utilizando os instrumentos de avaliação analisados e metodologiadescrita.

Para melhor entendimento dos resultados, a tabela 1 apresenta o perfil dos participantes segmentados por faixasetárias:

**TABELA 1** - Distribuição dos usuários em relação á faixa etária

FAIXA ETÁRIA	Nº USUÁRIOS
18 a 29 anos	1 usuário (0,9%)
30 a 45 anos	5 usuários (4,6%)
46 a 59 anos	36 usuários (33,3%)
60 a 75 anos	57 usuários (52,8%)
76 a 90 anos	9 usuários (8,3%)

Fonte: Elaborado pela autora.

A análise do perfil do grupo em relação ao gênero indicou que os participantes do sexo feminino representam **93 %** da amostra e os do sexo masculino apenas **7%**. Estudos recentes apresentados pela OMS (2019), pontuam que as mulheres vivem mais do que os homens em todo o mundo, o que pode ser reflexo da utilização dos serviços de saúde disponíveis serem mais procurados e utilizados por mulheres.

Os resultados obtidos após aplicação dos questionários, apresentam dados que nos levam a repensar o direcionamento de ações de promoção a saúde que visem estimular a participação e adesão dos homens, uma vez que o número de participantes é menor que **10%** do total. Dessa forma, se faz necessária a oferta de serviços ao público masculino que visem

atender as necessidades e superar as barreiras de acesso existentes que dificultam o acesso aos indivíduos desse gênero.

Outra análise importante a ser feita é em relação a faixa etária dos participantes, mais de **60%** dos usuários são idosos, dessa forma a análise foi realizada levando em conta as carências de relações sociais nesse grupo, as quais tendem a ser reduzidas com o processo de envelhecimento, uma vez que diminuem os espaços de relações e interações ao se aposentarem.

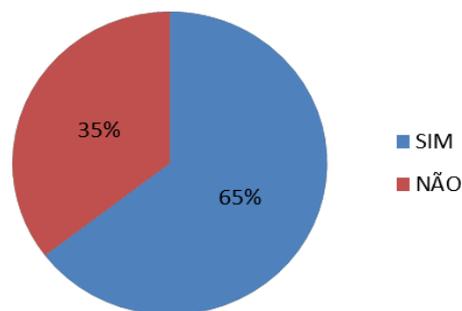
### 6.1 Resultados da Aplicação do QCC

O QCC tem como objetivo avaliar as características dos usuários em relação a comunicação e as relações interpessoais no espaço da Academia da Saúde.

Na primeira questão que diz respeito à construção de novos vínculos, **100%** dos usuários consideram esta uma prática saudável. Entretanto, na segunda questão quando perguntados sobre interagir com outras pessoas, **12%** dos usuários relataram ter dificuldade para estabelecer interações.

Na terceira questão, que trata da importância em interagir com outras pessoas apenas **01** usuário declarou que não acredita ser importante estabelecer essa interação, enquanto os outros **107** acreditam ser importante manter relações interpessoais. A quarta questão indica que **90%** dos participantes relataram que após o início das atividades na Academia da Saúde as interações aumentaram. Na quinta questão, um número expressivo de usuários (**65%**) relatou ter dificuldade de falar sobre si mesmo, como indica o gráfico 1:

**GRÁFICO 1** - Usuários com dificuldade de falar sobre si mesmo

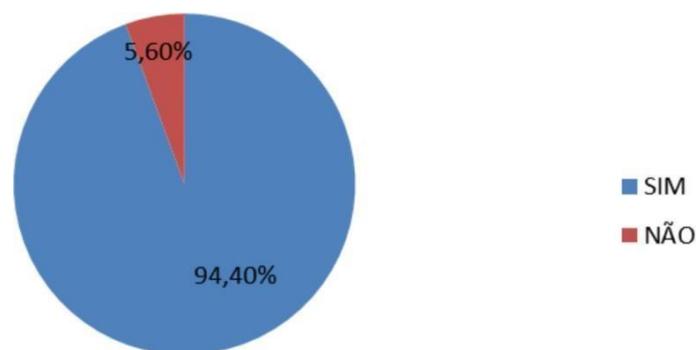


Fonte: Elaborado pela autora.

Na sexta questão, perguntou-se aos usuários se eles consideram importante falar sobre si: **87** consideram importante falar sobre si mesmos, e **21** usuários declararam que acreditam não ser importante falar sobre si.

Em sequência, na sétima pergunta, os entrevistados foram questionados acerca da influência da Academia da Saúde, enquanto grupo, na mudança de comportamento nas interações interpessoais, se os usuários passaram a falar mais sobre si. Cerca de **70%** afirmaram ter conseguido falar mais sobre si após a inserção no grupo. Na última questão, a maioria dos usuários afirmou que interações promovidas na Academia da Saúde são determinantes para que eles permaneçam frequentando o grupo, como é exposto no gráfico 2:

**GRÁFICO 2** - As interações vivenciadas no ambiente da Academia da Saúde são determinantes para frequentar o grupo:



**Fonte:** Elaborado pela autora.

O grupo representa um local no qual o nível de comunicação pode ser potencializado, a inserção do indivíduo nesses espaços poderia proporcionar melhoras na saúde emocional do participante, uma vez que uma boa comunicação permite que se formem redes de apoio, reduzindo assim as chances de desenvolver transtornos de ansiedade e depressão.

Outro dado relevante é que todos os participantes da pesquisa consideram saudável construir novos vínculos, e, no entanto, cerca de **12%** dos usuários afirmam ter dificuldade para interagir com outras pessoas. Esse percentual demonstra que há o desejo de se comunicar, e que os profissionais de saúde podem ser facilitadores, para isso devem identificar as diferenças e valorizar o posicionamento e as tentativas de interação de cada usuário envolvido no processo comunicacional.

O estudo de Carneiro et al (2007) confirma as relações existentes entre habilidades sociais, apoio social e qualidade de vida na terceira idade. Os autores sugerem que as habilidades sociais são um componente importante para a qualidade de vida e a saúde desse público. Da mesma forma as deficiências em habilidades sociais parecem constituir um fator

de vulnerabilidade para a baixa qualidade de vida e para a depressão em indivíduos do grupo estudado. Como um grande percentual dos usuários da Academia da Saúde é composto de idosos, esse estudo respalda nossos achados e nossa hipótese de que a comunicação tenha influência sobre a saúde emocional, e pode sim ser uma forma de prevenir ou tratar alguns transtornos mentais.

A verbalização acerca dos sentimentos se apresenta como um fator importante para a manutenção da saúde emocional e da evolução no processo de se comunicar, pois uma vez que o indivíduo fala sobre si, seus posicionamentos e reflexões, ele pode afirmar a sua identidade dentro de um grupo e tornar o processo comunicacional mais significativo. Esse é um fator importante ao ser pontuado e trabalhado em grupos, já que **20%** dos usuários participantes não consideram importante falar sobre si mesmo, o caminho de conscientizar e esclarecer a importância desse ato poderia fortalecer a comunicação entre os envolvidos.

Outro resultado expressivo do QCC foi obtido no item que mostra que as interações com outros usuários são fator decisivo para sua adesão na Academia. Cerca de **95%** responderam que a comunicação é um fator importante para sua manutenção no programa, o que resgata a ideia de Goffman (2011), acerca da fachada, pois como os indivíduos escolhem se apresentar na presença de outros, e como será esse ambiente em que ele irá interagir, se será acolhedor ou não, determina o comportamento e a possibilidade de identificação com o grupo e a interação com o outro. Se o indivíduo vê pares se sente mais a vontade em participar, interage mais e pode estabelecer vínculos mais fortalecidos, ele vai agir de acordo com as fachadas que estão sendo visualizadas.

Por isso, é importante a valorização e respeito à fachada (ao que este indivíduo apresenta inicialmente) do outro para que ele se insira e se mantenha num determinado grupo.

## **6.2 Resultados da Aplicação do BAI**

O segundo questionário aplicado, para compor a pesquisa, é o Inventário de Ansiedade de Beck, composto por 21 itens que apresentam informações descritivas dos sintomas de ansiedade e que tem por objetivo indicar o grau de ansiedade dos respondentes. De acordo com Cunha (2001), os resultados do Inventário de Ansiedade são calculados atribuindo a pontuação de 0 a 3 para as quatro intensidades presentes no inventário que se relacionam com os sintomas relativos a transtornos de ansiedade. Como mostra a tabela 2:

**Tabela 2** - Distribuição da pontuação das perguntas

CLASSIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO
MINÍMO	ZERO
LEVE	1
MODERADO	2
GRAVE	3

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Para obter o resultado referente ao grau de ansiedade dos indivíduos, fez-se necessário somar todas as intensidades assinaladas por eles que indicaram o escore final, podendo o resultado variar entre 0 a 63 pontos. Indicando o nível de Ansiedade de cada usuário, que varia de mínimo a grave, como explicitado na tabela3:

**Tabela 3** - Nível e Escores BAI

NÍVEL	ESCORES
MINÍMO	0 – 10
LEVE	11-19
MODERADO	20-30
GRAVE	31-63

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Os resultados referentes ao Inventário de Ansiedade de Beck- BAI, serão mostrados na tabela 4:

**Tabela 4 - Resultados BAI**

SINTOMAS	USUÁRIOS
Dormência ou Formigamento	. 43 Usuários afirmam sentir <b>nenhum</b> tipo de dormência ou formigamento. . 44 Usuários afirmam sentir <b>levemente</b> dormência ou formigamento. . 18 Usuários afirmam sentir <b>moderada</b> dormência ou formigamento. . 1 Usuário afirma sentir <b>fortes</b> dormências ou formigamentos.
Sensação de Calor	. 26 Usuários afirmam sentir <b>nenhuma</b> sensação de calor. . 34 Usuários afirmam sentir uma <b>leve</b> sensação de calor. . 38 Usuários afirmam sentir uma <b>moderada</b> sensação de calor. . 8 Usuários afirmam sentir uma <b>grave</b> sensação de calor.
Tremores nas Pernas	. 88 Usuários afirmam sentir <b>nenhum</b> tremor nas pernas. . 14 Usuários afirmam sentir <b>leves</b> tremores nas pernas. . 4 Usuários afirmam sentir <b>moderados</b> tremores nas pernas.
Incapaz de Relaxar	. 58 Usuários afirmam sentir <b>nenhuma</b> incapacidade de relaxar. . 30 Usuários afirmam sentir uma <b>leve</b> incapacidade de relaxar. . 16 Usuários afirmam sentir uma <b>moderada</b> incapacidade de relaxar. . 2 Usuários afirmam sentir uma <b>grave</b> incapacidade de relaxar .
Medo que aconteça o pior	. 53 Usuários afirmam ter <b>nenhum</b> medo de que aconteça o pior. . 35 Usuários afirmam sentir um <b>leve</b> medo de que aconteça o pior. . 15 Usuários afirmam sentir um <b>moderado</b> medo de que aconteça o pior. . 3 Usuários afirmam sentir um <b>grave</b> medo de que aconteça o pior.
Atordoado ou Tonto	. 68 Usuários afirmam ter <b>nenhuma</b> tontura ou atordoamento. . 29 Usuários afirmam sentir <b>leve</b> tontura ou atordoamento. . 8 Usuários afirmam sentir <b>moderada</b> tontura ou atordoamento. . 1 Usuário afirma sentir <b>grave</b> tontura ou atordoamento.
Palpitação ou aceleração do coração	. 72 Usuários afirmam ter <b>nenhuma</b> palpitação ou aceleração do coração. . 22 Usuários afirmam ter <b>leve</b> palpitação ou aceleração do coração. . 11 Usuários afirmam ter <b>moderada</b> palpitação ou aceleração do coração. . 1 Usuário afirma ter <b>grave</b> palpitação ou aceleração do coração.

**Tabela 4 - Resultados BAI (continuação)**

SINTOMAS	USUÁRIOS
Sem Equilíbrio	<ul style="list-style-type: none"> <li>. 72 Usuários afirmam <b>não</b> se sentir sem equilíbrio.</li> <li>. 23 Usuários afirmam se sentir <b>levemente</b> sem equilíbrio.</li> <li>. 10 Usuários afirmam se sentir <b>moderadamente</b> sem equilíbrio.</li> <li>. 1 Usuário afirma se sentir <b>gravemente</b> sem equilíbrio.</li> </ul>
Aterrorizado	<ul style="list-style-type: none"> <li>. 88 Usuários afirmam <b>não</b> estarem aterrorizados.</li> <li>. 15 Usuários afirmam estar <b>levemente</b> aterrorizados.</li> <li>. 1 Usuário afirma está <b>moderadamente</b> aterrorizado.</li> <li>. 2 Usuários afirmam estar <b>gravemente</b> aterrorizados.</li> </ul>
Nervoso	<ul style="list-style-type: none"> <li>. 47 Usuários afirmam <b>não</b> serem nervosos.</li> <li>. 35 Usuários afirmam serem <b>levemente</b> nervosos.</li> <li>. 21 Usuários afirmam serem <b>moderadamente</b> nervosos.</li> <li>. 3 Usuário afirmam serem <b>gravemente</b> nervosos.</li> </ul>
Sensação de Sufocação	<ul style="list-style-type: none"> <li>. 83 Usuários afirmam ter <b>nenhuma</b> sensação de sufocação.</li> <li>. 19 Usuários afirmam ter <b>levemente</b> sensação de sufocação.</li> <li>. 3 Usuários afirmam ter uma <b>moderada</b> sensação de sufocação.</li> <li>. 1 Usuário afirma ter uma <b>grave</b> sensação de sufocação.</li> </ul>
Tremores nas Mãos	<ul style="list-style-type: none"> <li>. 91 Usuários afirmam ter <b>nenhum</b> tremor nas mãos.</li> <li>. 8 Usuários afirmam ter <b>leves</b> tremores nas mãos.</li> <li>. 5 Usuário afirmam ter <b>moderados</b> tremores nas mãos.</li> <li>. 2 Usuários afirmam ter <b>graves</b> tremores nas mãos.</li> </ul>
Trêmulo	<ul style="list-style-type: none"> <li>. 88 Usuários afirmam <b>não</b> ser trêmulo.</li> <li>. 13 Usuários afirmam ser <b>levemente</b> trêmulos.</li> <li>. 4 Usuários afirmam ser <b>moderadamente</b> trêmulos.</li> <li>. 1 Usuário afirma ser <b>gravemente</b> trêmulo.</li> </ul>
Medo de Perder o Controle	<ul style="list-style-type: none"> <li>. 70 Usuários afirmam <b>não</b> ter medo de perder o controle.</li> <li>. 28 Usuários afirmam ter <b>levemente</b> medo de perder o controle.</li> <li>. 7 Usuários afirmam ter <b>moderado</b> medo de perder o controle.</li> <li>. 1 Usuário afirma ter <b>grave</b> medo de perder o controle.</li> </ul>
Dificuldade de Respirar	<ul style="list-style-type: none"> <li>. 85 Usuários afirmam ter <b>nenhuma</b> dificuldade de respirar.</li> <li>. 14 Usuários afirmam ter <b>levemente</b> dificuldade de respirar.</li> <li>. 6 Usuários afirmam ter <b>moderada</b> dificuldade de respirar.</li> <li>. 1 Usuário afirma ter <b>grave</b> dificuldade de respirar.</li> </ul>
Medo de Morrer	<ul style="list-style-type: none"> <li>. 83 Usuários afirmam ter <b>nenhum</b> medo de morrer.</li> <li>. 13 Usuários afirmam ter <b>leve</b> medo de morrer.</li> <li>. 9 Usuários afirmam ter <b>moderado</b> medo de morrer.</li> <li>. 1 Usuário afirma ter <b>grave</b> medo de morrer.</li> </ul>

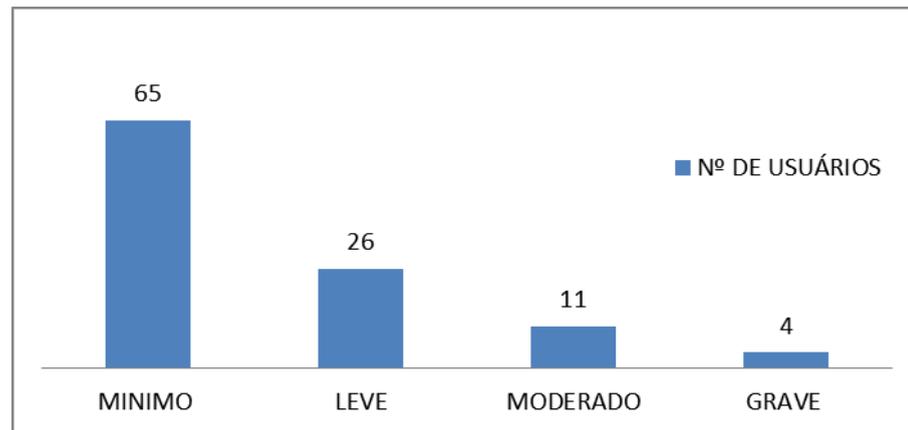
**Tabela 4 - Resultados BAI (continuação)**

SINTOMAS	USUÁRIOS
Assustado	<ul style="list-style-type: none"> <li>. 70 Usuários afirmam <b>não</b> ser assustado.</li> <li>. 31 Usuários afirmam ser <b>levemente</b> assustados.</li> <li>. 4 Usuários afirmam ser <b>moderadamente</b> assustados.</li> <li>. 1 Usuário afirma ser <b>gravemente</b> assustado.</li> </ul>
Indigestão ou Desconforto no Abdômen	<ul style="list-style-type: none"> <li>. 64 Usuários afirmam ter <b>nenhuma</b> indigestão ou desconforto no abdômen.</li> <li>. 25 Usuários afirmam ter <b>leve</b> indigestão ou desconforto no abdômen.</li> <li>. 15 Usuários afirmam ter <b>moderado</b> indigestão ou desconforto no abdômen.</li> <li>. 2 Usuários afirmam ter <b>grave</b> indigestão ou desconforto</li> </ul>
Sensação de Desmaio	<ul style="list-style-type: none"> <li>. 85 Usuários afirmam ter <b>nenhuma</b> sensação de desmaio.</li> <li>. 16 Usuários afirmam ter <b>leve</b> sensação de desmaio.</li> <li>. 4 Usuários afirmam ter <b>moderada</b> sensação de desmaio.</li> <li>. 1 Usuário afirma ter <b>grave</b> sensação de desmaio.</li> </ul>
Rosto afogueado	<ul style="list-style-type: none"> <li>. 74 Usuários afirmam <b>não</b> ter rostoafogueado.</li> <li>. 17 Usuários afirmam ter <b>leve</b> rostoafogueado.</li> <li>. 7 Usuários afirmam ter <b>moderado</b> rosto afogueado.</li> <li>. 8 Usuários afirmam ter <b>grave</b> rosto afogueado.</li> </ul>
Suor (não devido ao calor)	<ul style="list-style-type: none"> <li>. 65 Usuários afirmam <b>não</b> suarem (não devido ao calor).</li> <li>. 24 Usuários afirmam ter <b>leve</b> suor (não devido ao calor).</li> <li>. 10 Usuários afirmam ter <b>moderado</b> suor (não devido ao calor).</li> <li>. 7 Usuários afirmam ter <b>grave</b> suor ( não devido ao calor).</li> </ul>

**Fonte:** Elaborado pela autora.

O resultado do inventário de Beck sobre ansiedade, aplicado para os usuários da Academia da Saúde Boa Vista será representado no Gráfico 3:

**Gráfico 3 - Resultado do BAI**



**Fonte:** Elaborado pela autora.

De acordo com os resultados do BAI, mais da metade dos usuários apresentam um grau mínimo de ansiedade, e não se encaixam nos transtornos de ansiedade leve, moderado ou grave.

Dentre os usuários que apresentaram nível de ansiedade grave, todos relataram ter passado a interagir mais após frequentar o espaço Academia da Saúde, e passaram a falar mais de si mesmos, após a experiência em grupo. Em relação aos usuários que estavam no nível de ansiedade moderada, todos relataram que, após frequentar a Academia, passaram a interagir mais com outras pessoas, e cerca de **70%** dos usuários relatam ter falado mais sobre si após a inserção no grupo. Dos alunos que apresentaram um nível leve de ansiedade, mais de **80%** relataram que após o início no projeto passaram a interagir mais, e cerca de **60%** afirmaram que após essa vivência falam mais sobre si mesmo.

Assim, podemos inferir que estar em grupo pode refletir uma melhora nos processos de comunicação e logo ser este processo um complemento para o cuidado da saúde mental. Uma correlação importante pode ser feita com o tempo em que estão participando dos grupos da Academia da Saúde, muitos participantes dessa pesquisa frequentam o projeto há anos, alguns desde o início, no ano de 2012, e esse convívio extenso acompanhado de uma alta interação entre eles, pode ser responsável por proporcionar o fortalecimento dos processos de comunicação.

Angélico (2009), cita em seu estudo que parece haver uma predisposição na composição do indivíduo para desenvolver o transtorno de ansiedade, e que variáveis relacionadas a padrões de educação, a fatores culturais e a fatos das experiências pessoais podem favorecer o desenvolvimento deste transtorno.

Dessa forma, relações e experiências em grupos que não sejam saudáveis, onde os sujeitos não se sintam acolhidos, ou pertencentes àquele local pode potencializar o desencadeamento de algum transtorno mental, o que torna muito importante o direcionamento dos usuários para grupos com um perfil acolhedor, no qual ele se identifique e seja reconhecido. É importante também que os grupos sejam construídos levando em conta os processos de interlocução, de uma comunicação mais horizontal que permita que as pessoas se expressem e se identifiquem com o grupo, criando vínculos.

A medida que as pessoas convivem regularmente, elas criam vínculos e podem fortalecer laços afetivos, a estrutura da Academia da Saúde assim funciona como uma estrutura comunicacional em relação as interações. SOUZA (2016), em seu estudo trata da Atenção Básica e Estratégia de saúde da família como uma estrutura comunicacional que se ancora nos vínculos e nas relações de interlocução mais próximas entre usuários e profissionais, e pontua que a forma como a comunicação se efetiva na Estratégia Saúde da Família é fator importante para seu sucesso e para a consolidação de ações de promoção, prevenção e educação em saúde.

No espaço da Academia da Saúde, os processos de comunicação são potencializados pois os usuários tem grandes espaços de interação entre si, além das aulas regulares semanais que proporcionam muitos momentos de interação, ainda existem as confraternizações promovidas pelo programa ou as confraternizações que ocorrem nos diversos grupos existentes nesse espaço.

Outro ponto importante quando falamos dos vínculos que são estabelecidos na Academia da Saúde é o perfil do público composto por maioria de idosos, que pela sua estrutura social tem mais dificuldades de se relacionar, seja pela diminuição dos espaços de convivência devido a aposentadoria, ou mudança de estilo de vida advinda do suporte no cuidado de netos, pelo abandono, ou até mesmo pela insegurança em se encaixar em um grupo novo. Muitas vezes, esse momento no Programa é a oportunidade da convivência em grupos, de estabelecer novos vínculos e de ressignificar a sua história de vida e formas de interações, o que é fundamental pensando na saúde integral e na qualidade de vida que são objetivos propostos pelo programa.

No dia-a-dia da Academia da Saúde percebemos que o nível de interação ao longo dos anos fica mais intenso, os grupos que estão constituídos há mais tempo, desde o início do programa, apresentam usuários mais assíduos tanto nas aulas quanto nas atividades de lazer associadas à academia, o que pode ser um indicativo de que falem, externem sentimentos, e escute o outro com maior frequência, o que pode promover a saúde mental.

As habilidades empáticas e sua vinculação a comunicação estabelecidas são de grande importância para que as interações sociais sejam bem-sucedidas. A empatia é entendida e citada por Carneiro et al (2007), como a capacidade de compreender e de expressar compreensão sobre a perspectiva e sentimentos de outra pessoa, além de experimentar compaixão e interesse pelo bem-estar dela.

Os resultados aqui apresentados reforçam a importância da existência de mais projetos de promoção à saúde que visem com um olhar integral a melhora da saúde do indivíduo, levando em conta seu histórico de vida, para que possa ser inserido no grupo em que se sinta acolhido e possa acolher, se identifique e assim tenha maior possibilidade de adesão e fortalecimento emocional.

### **6.3 Resultados da Aplicação do BDI**

O terceiro questionário aplicado na pesquisa é o Inventário de Depressão de Beck, composto por 21 itens que apresentam sintomas ou sensações presentes em quadros de transtornos depressivos. O objetivo é indicar o grau de depressão dos respondentes. As orientações acerca do preenchimento foram repassadas com os usuários antes do início do preenchimento dos documentos avaliativos.

De acordo com Cunha 2001, os resultados do questionário de BDI são calculados através da atribuição de uma pontuação de 0 a 3 para cada questão, o usuário que assinalou mais de dois itens, teve contabilizado o de maior valor, as questões foram compostas de quatro itens cada uma, e a pontuação a ser contabilizada ficou na frente do seu item correspondente da questão, para se obter o escore final foi realizada a soma dos itens.

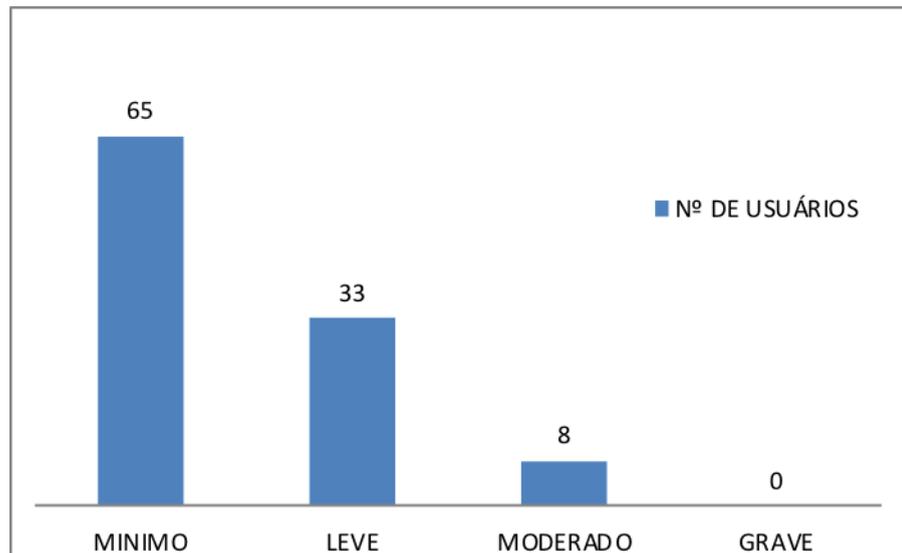
A pontuação final foi obtida a partir da soma das respostas de cada item variando numa escala de 0 a 63 pontos. Com o total calculado, foi realizada a classificação para verificação dos níveis de depressão do usuário de acordo com os escores da tabela 5:

**Tabela 5** – Nível e Escores BDI

NIVEL	ESCORES
MINIMO	0-11
LEVE	12-19
MODERADO	20-35
GRAVE	36-63

**Fonte:** Elaborado pela autora.

O resultado obtido dos questionários aplicados está apresentado no gráfico 4:

**Gráfico 4** - Resultado do questionário de Beck de BDI

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Os resultados do BDI apresentam mais de 50% dos usuários com nível mínimo de depressão, e os demais se encaixam entre o nível leve e moderado, não houve nenhum usuário que se enquadrasse no nível grave de depressão. No resultado que indicou grau leve de depressão, cerca de 95% dos usuários responderam que passaram a interagir mais depois que ingressaram na Academia da Saúde, e cerca de 76% apontaram no questionário ter falado mais sobre si mesmo após a vivência nesse espaço. Já nos resultados que indicaram grau moderado de depressão, cerca de 90% dos usuários assinalaram ter passado a interagir mais após frequentar o grupo do programa, e cerca de 75% marcaram a opção falar mais de si mesmo, após a experiência na Academia da Saúde.

O BDI apresenta duas perguntas que merecem atenção, caso algum item delas seja pontuado, que são as questões de número 2 e 9, essas questões, segundo Cunha (2001) podem estar relacionadas com ideações suicidas, e por isso no caso de alguma delas estarem assinaladas, é orientado que esse usuário seja direcionado para acompanhamento psicológico. Na análise do questionário observamos que cerca de **20%** dos usuários pontuaram na questão 2, e três usuários pontuaram nas questões 2 e 9, a todos que marcaram esses dois itens foi ofertada a possibilidade de acompanhamento psicológico, respeitando o desejo do usuário acerca dessa intervenção. Esses números reforçam a possibilidade do grupo ser um espaço de união entre os usuários, pois as interlocuções e interações podem ser fatores de promoção à saúde e melhoria da saúde mental.

Carneiro et al (2007), citam em seus estudos a importância dos relacionamentos sociais para o bem-estar físico e mental na velhice e, conseqüentemente, para uma vida com qualidade. Os autores obtiveram como resultado que o idoso que conta com uma rede de apoio social tende a ter uma vida social mais efetiva, além de possuir níveis mais elevados de qualidade de vida do que aquele que interage apenas com o seu grupo familiar e com alguns amigos. Por outro lado, idosos saudáveis que vivem em asilos, por carecerem de apoio social, podem apresentar deficiências em habilidades sociais, além de baixa qualidade de vida e, conseqüentemente, níveis mais elevados de depressão.

Desse modo, o exercício de estar em grupo significa um avanço para as pessoas que possuem transtornos depressivos, pois estão se desafiando e ressignificando em todos os momentos da interação. No entanto, é necessário atentar para a alocação deste em determinado grupo, para que seja com um perfil que lhe acolha e possa realizar as trocas, interações de maneira recíproca e semestíguas.

Por meio dos resultados apresentados nos três questionários utilizados, podemos inferir que a participação no programa promove o aumento nas interações e torna os grupos mais fortalecidos. Logo, os usuários se abrem mais, falam mais sobre si mesmo ao longo dessa vivência, o que diz respeito a assumir sua própria identidade, corroborando para a sua adesão nos programas de promoção a saúde, dado que ele se sente aceito sendo ele mesmo.

Para corroborar com os resultados desta pesquisa, o estudo de Perles (2007), que cita Pereira (1973):

O ser humano é um “sistema” aberto em constante intercâmbio consigo próprio e com o mundo ambiental, e isso só é possível graças a transmissão de sinais ou símbolos, o colorido emocional e a tonalidade afetiva tem fundamental importância no processo de comunicação.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do trabalho possibilitou novas reflexões pessoais e profissionais sobre o tema, estimulando uma visão mais ampla acerca dos transtornos mentais, comunicação e saúde e da importância de um projeto integrativo e acessível, como a Academia da Saúde, para compor a atenção primária. Analisar a relação desses tópicos trouxe algumas confirmações, mas também apontou para a necessidade de que há muito a ser feito para que tenhamos uma comunicação mais efetiva nos espaços relacionados à promoção à saúde.

O grande objetivo dessa pesquisa foi o de analisar a comunicação como uma ferramenta para integrar o cuidado da saúde mental dos indivíduos, ressaltando a importância de ser realizada de maneira horizontal, percebendo e respeitando os contextos e múltiplos discursos dos sujeitos. Almejamos que esse trabalho possa servir como base para afirmar a importância dos profissionais de propor e construir processos de comunicação/interação com mais clareza, levando em consideração os diversos contextos e indivíduos envolvidos.

Como observado durante os anos em que atuo como uma das profissionais responsáveis pela Academia da Saúde Boa Vista, o fato de um usuário se identificar em determinado grupo, altera as suas emoções, a sensação de pertencimento propicia o compartilhamento de experiências e momentos que renovam os envolvidos.

Esses vínculos geraram efeitos positivos, relatados pelos próprios usuários ao longo da sua permanência no programa, inclusive por aqueles que sofriam de transtornos de ansiedade e depressão. Esse foi um dos fatores que impulsionou o surgimento dessa pesquisa. Ao identificar que essa hipótese foi confirmada, e que o modelo de comunicação horizontal e integrativo é respaldado em um espaço de promoção à saúde, fica a esperança de que seja valorizado em tantos outros espaços semelhantes ou que tenham o mesmo propósito de utilizar a comunicação como ferramenta na redução níveis de ansiedade e depressão.

Após a análise de todos os resultados, reforçamos a ideia de que não foi realizado um diagnóstico biomédico, mas sim uma análise com o propósito de identificar níveis de ansiedade e depressão afim de relacioná-los aos níveis de comunicação. Os usuários que indicaram níveis mais elevados de pontuação relacionados as psicopatologias foram acionados novamente e informados sobre a possibilidade do encaminhamento a um profissional adequado para diagnosticar e tratar os sintomas e possíveis transtornos.

Entre os encaminhados, alguns não desejaram ser direcionados ao tratamento psicológico, então foi ofertado a eles a possibilidade de outros tratamentos da rede complementar, as práticas integrativas, como acupuntura, homeopatia e medicina antroposófica. Explicamos para eles, apontamos os resultados, e os possíveis riscos de intensificação dos sintomas, mostrando a importância do tratamento e prevenção dos quadros de transtornos de ansiedade e depressão. A construção de uma possível intervenção se deu de forma horizontal, a partir do compartilhamento e autonomia dos usuários, que tiveram acesso as informações sobre os tratamentos possíveis e existentes na rede.

A experiência de valorizar e respeitar o outro nos processos de interação/comunicação, em concordância com os resultados obtidos, reafirmam a necessidade de nós profissionais estarmos atentos a questão da forma de se comunicar do outro. Pois a sensibilidade de entendermos as características e possibilidades comunicacionais de cada indivíduo pode gerar mais sucesso na construção dos grupos, maior assiduidade e menores taxas de abandono. Além de mais saúde e bem estar, de formas mais amplas, para os indivíduos envolvidos.

Consideramos que os objetivos propostos na pesquisa foram contemplados, pois ao analisarmos a relação dos processos de comunicação estabelecidos face aos sintomas de ansiedade e depressão apresentados pelos usuários, através dos questionários propostos, identificamos as respostas coerentes com o que era observado na prática, o aumento do nível de interação entre indivíduos e entre grupos refletiam em sintomas mais leves relacionados a transtornos mentais quando comparados a sintomas pré existentes.

A manifestação de satisfação de pertencer a um grupo, ser aceito e poder se afirmar no espaço da Academia me motivou a estimular a construção dos vínculos, pois por diversas vezes fui abordada pelos alunos para escutar agradecimentos pela oportunidade de estar ali e fazer amigos, conversar, sorrir, e faziam questão de falar o quanto aquele espaço fazia bem para a “cabeça” deles, e não só para o corpo.

Assim, é pertinente frisar a importância da escuta, de uma comunicação horizontal, para que o profissional possa atentar às reais demandas dos usuários, pois possivelmente refletirá numa maior assiduidade e logo um fortalecimento do programa, e nesse caso a Academia da Saúde pode ser um aparelho complementar aos centros direcionados exclusivamente a saúde mental, como vem ocorrendo no pólo Boa Vista.

Nessa perspectiva, esperamos contribuir para que os espaços de promoção a saúde possam se apropriar da relevância dos processos de comunicação, pois o sucesso de uma

política pública de promoção depende da comunicação e esta do vínculo. Isso pode variar a partir do envolvimento do profissional responsável, uma vez que entender a demanda do outro e possibilitar a inserção dele em um ambiente em que ele seja aceito e valorizado gera um fortalecimento das ações de saúde propostas.

Dessa forma, esperamos possibilitar um novo olhar em relação a importância da comunicação para prevenir os transtornos estudados, e entender o indivíduo da forma mais integral possível, levando em conta as interações estabelecidas como fator que, também, pode influenciar o estado de doença ou saúde.

É importante salientar que são necessárias mais pesquisas que abordem o tema, e sejam aplicadas em diferentes perfis e ambientes, para sustentar ou contrapor os nossos achados, mas é importante gerar uma reflexão acerca do tema, o campo da Comunicação e Saúde tem muito a contribuir na construção de um SUS mais fortalecido e legitimado como principal política pública implantada no país.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABOU-YD, T. S. **Projeto de implementação do Programa Academia da Cidade no Bairro Sagrada-Família em Belo Horizonte**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.
- AFONSO, M. L. M.; COUTINHO, A. R. A. Metodologias de trabalho com grupos e sua utilização na área da saúde. In: AFONSO, M. L. M. (org.). **Oficinas em dinâmicas de grupo na área da saúde**. 2. Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
- ANGÉLICO, A. P. **Transtorno de ansiedade social e habilidades sociais: estudo psicométrico e empírico**. Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.
- ARAÚJO, I. S. e CARDOSO, J. M. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- Associação Psiquiátrica Americana . **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais -DSM-V** (Maria Inês, Trad.). Porto Alegre, Artmed, 2014.
- BARLOW, D. H., & Craske, M. G. Transtorno do Pânico e agoraphobia. In: BARLOW, David H. (org). **Manual clínico dos transtornos psicológicos**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- BECK, AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J & ERBAUCH G . **An inventory for measuring depression**. Archives of General Psychiatry, 4: 53-63, 1961.
- BECK, AT *et al.*, **The Beck Anxiety Inventory**. J. Consult. Clin. Psychol. 56, 893-897, 1988.
- CAPONI, S. **A proposito del concepto de salud**. Florianópolis: UFSC, 1997.
- CARVALHO, M.; OLIVEIRA, P. C.; ROBLE, T. **Ansiedade e Transtorno do Pânico**. Centro de Ciências Biológicas Departamento de Psicologia geral e análise do comportamento psicologia clínica na análise do comportamento. Universidade Estadual de Londrina. 2012.
- CARVALHO, S. A. **Dossiê - Os desafios da comunicação interpessoal na saúde pública brasileira**. ORGANICOM , ano 9, ed. Especial, n. 16/17, 2012.
- CARNEIRO, R. S., Falconea, E., Clarka, C., Del Prette, Z. D., Del Prette, A. D. **Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 20 (2), 229-237, (2007). Disponível em <www.scielo.br/prc>Acesso em 20 de jun. de 2020.
- CASTANHO, Pablo. **Uma Introdução aos Grupos Operativos: Teoria e Técnica**. Vínculo, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 47-60, jun. 2012.

CHAER, G., DINIZ, R. R. P., RIBEIRO, E. A., **A técnica do questionário na pesquisa educacional. Evidência**, Araxá, v. 7, n. 7, p. 251-266, 2011.

CHAVES, E. C.; IDE, C. A C. **Singularidade dos sujeitos na vivência dos papéis sociais envolvidos na hospitalização**. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 1 73-79,1995.

CARTILHA: **VAMOS PROMOVER NOSSA SAÚDE?** Editada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Alfabetização Solidária,2002.

**CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**, 8, 1986. Brasília, Anais. Brasília: Ministério da Saúde,1987.

CRESPO, L.M. **Pacientes portadores de transtornos de ansiedade generalizada e transtornos depressivos no município de Presidente Kubitschek**, Minas Gerais: projeto de intervenção. 2016.

CUNHA, J. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.14, n.54, p.7-11, abr./ jun.1986.

DESOUSA, D. A.; MORENO, A. L.; GAUER, G.; MANFRO,G. G.; KOLLER,S. H. **Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre-RS, Brasil. Instrumentos para avaliação de ansiedade no Brasil. Avaliação Psicológica, 2013, 12(3), pp. 397-410.

DUTRA, W. H.; CORREA, R. M. **O Grupo Operativo como Instrumento Terapêutico-Pedagógico de Promoção à Saúde Mental no Trabalho**. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 35, n. 2, p. 515-527, jun. 2015.

Fiocruz. **Dicionário**. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>  
Acesso em 11 de fev. de2020.

GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. 10a ed. Petropolis: Vozes, 2002.

GOFFMAN, E. **Ritual de interação**: ensaios sobre o comportamento face a face. Petrópolis: Vozes, 2011.

KESSLER, R. C., CHIU, W. T., DEMLER, O., MERIKANGAS, K. R., & WALTERS, E. E. **Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication**. Archives of General Psychiatry, 62(6), 617-627, 2005.

LUNARDI, V. L. R. gaúcha Enferm., Porto Alegre, v.20, n.1, p.26-40, jan. 1999  
**PROBLEMATIZANDO CONCEITOS DE SAÚDE, A PARTIR DO TEMA DA GOVERNABILIDADE DOS SUJEITOS**.

MACIEL, Diogo Barbosa & BERBEL, Gustavo dos Santos. 2015. **A representação do Eu na vida cotidiana"**. In: Enciclopédia de Antropologia. São Paulo: Universidade de São Paulo, Departamento de Antropologia. Disponível em: <http://ea.fflch.usp.br/obra/representação-do-eu-na-vida-cotidiana>. Acesso em 20 de jun. de2020.

MALUF, T. P. G. **Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que freqüentaram grupos de orientação familiar em um serviço assistencial para dependentes químicos.** Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, 2002.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 12ª edição. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

Ministério da Saúde do Brasil. **Programa Academia da Saúde. Caderno técnico de apoio a implantação e implementação.** Brasília, 2019.

Ministério da Saúde do Brasil. **Política Nacional de Promoção à Saúde.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_prom\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf)>. Acesso em 30 de jan. de 2020.

Ministério da Saúde do Brasil. **Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em 10 de fev. de 2020.

Ministério da Saúde do Brasil. **Academia da Saúde.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/academia-da-saude/sobre-o-programa>>. Acesso em 31 de jul. de 2019.

SODRÉ, Muniz. **As estratégias sensíveis: afeto, mídia e política.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Folheto Informativo Depressão.** Disponível em <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095)> Acesso em 22 de jul. de 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Indicadores de Saúde: Elementos Conceituais e Práticos. Cap. 1.** Disponível em: <[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=1&lang=pt](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=1&lang=pt)> acesso em 02 de Agosto de 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **El acceso desigual a los servicios de salud genera diferencias en la esperanza de vida: OMS.** Disponível em <<https://www.who.int/es/news-room/detail/04-04-2019-uneven-access-to-health-services-drives-life-expectancy-gaps-who>>, Acesso em 05 de jun. de 2020.

PARANHOS, M. E. **ESTUDO DE FIDELIDADE E VALIDADE DO INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK–II (BDI-II) EM ADOLESCENTES.** Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, janeiro 2009.

POSSATTO, J. de M., & REBELO, D. F. **Condições de saúde psicológica, capacidade funcional e suporte social de idosos.** Revista Kairós — Gerontologia, 20(2), pp. 45-58. ISSN 2176-901X, São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP, 2017.

PERLES, João Batista. **Comunicação: conceitos, fundamentos e história.** 2007. Disponível em: <<http://www.bocc.ubi.pt/>> Acesso em 04 de ago. de 2019.

SANTOS, G. A. **Os conceitos de saúde e doença na representação social da velhice.** Textos & Contextos Revista Virtual Textos & Contextos. n 1, ano I, nov.2002

SELIGMAN, M. E. P. **Desamparo: sobre depressão, desenvolvimento e morte.** São Paulo: Editora de Humanismo, Ciência e Tecnologia “Hucitec” LTDA, 1977.

SILVA, M. G.; Costa, M. E.; **“Vinculação aos pais e ansiedade em jovens adultos”.** PSICOLOGIA, Vol. XVIII (2), 2005, Edições Colibri, Lisboa, pp. 9-32.

SOUZA, J.A. **COMUNICAÇÃO E INCOMUNICAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: um estudo sobre as interações entre equipes e usuários no município de Brumadinho MG.** Dissertação (mestrado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde: Rio de Janeiro, 2016.

VILLELA, Débora Vitória Alexandrina Lisboa; BARROS, Sonia. **Grupo operativo como estratégia para a assistência de enfermagem: mulheres em depressão.** Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 55, n. 4, p. 468, aug.2002.

WETZEL, J. **Clinical handbook of depression.** New York: Gardner Press, 1984.

WINOUK, G.; Tsuang, M.T.; Crowe, R. R. **The Iowa 500: family studies of bipolar and unipolar affective disorders.** Psychopharmacol Bull, 1981.

## **APÊNDICES**

### **Apêndice A**

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): “Relação entre Ansiedade, Depressão e Comunicação no espaço da Academia da Saúde”**

Venho por meio deste convidá-lo a participar do projeto de pesquisa cujo título está supracitado, e que tem como objetivo principal investigar a associação entre Ansiedade, Depressão e Comunicação, no espaço de promoção a saúde “Academia da Saúde”. A pesquisa consiste na aplicação de questionários rápidos, em apenas um encontro com cada voluntário.

Este estudo se justifica, uma vez que a comunicação/interação no Espaço Academia da Saúde pode promover a melhora de sintomas associados a depressão e ansiedade, assim como auxiliar na prevenção desses transtornos e em melhor qualidade de vida para usuários.

#### **Riscos e Benefícios esperados**

A realização deste estudo pode compreender riscos à dimensão moral do participante, uma vez que esses devem preencher questionários com informações pessoais e sigilosas acerca da sua saúde mental e relações interpessoais. Para garantia da preservação do conteúdo os dados devem ser mantidos em sigilo. Dessa forma, em caso de exposição do conteúdo dos questionários pode ser caracterizado o dano moral, e para evitar o risco os documentos ficarão guardados em envelopes lacrados dentro de um armário situado na Academia da Saúde Boa Vista sob os cuidados da pesquisadora, e somente os pesquisadores terão acesso às informações devidamente identificadas, garantindo assim de forma ética a segurança dos envolvidos.

Não haverá benefício direto ao voluntário, entretanto esta pesquisa ajudará na compreensão de relações importantes associadas aos benefícios da comunicação e interações em espaços de promoção a saúde, reforçando a importância da existência desses para a população. Além disso, os resultados obtidos podem ser apresentados em congressos e publicado em revistas, e desta forma seus achados podem ser utilizados para a melhoria da gestão do trabalho dos profissionais, equipes e processo comunicacional de programas, políticas e órgãos com perfil semelhante ao do público/atividade estudado.

#### **Questionamentos**

Em caso de quaisquer dúvidas, você poderá perguntar e esclarecer seus questionamentos com os pesquisadores em qualquer momento da pesquisa.

#### **Suspensão da pesquisa**

Diante de qualquer situação de desconforto, você tem a liberdade de não participar ou de desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou qualquer outro transtorno para você.

### **Eventuais Danos materiais e morais**

Todas as despesas especificamente relacionadas com a pesquisa são de responsabilidade dos pesquisadores deste estudo. Você não terá nenhum ônus, obrigações ou despesas relacionadas diretamente à sua participação. Se durante ou após o estudo, você tiver outras dúvidas ou entender que apresentou qualquer consequência negativa, por favor, entre em contato com o pesquisador responsável pelo estudo: Sabrina de Paula Maia, telefone (031): 3246-85-24. A equipe é composta por pessoas preparadas para darem a você toda assistência necessária. Você poderá recusar-se a participar deste estudo e/ou abandoná-lo a qualquer momento, sem precisar se justificar. Você também deve compreender que os pesquisadores podem decidir sobre a sua exclusão do estudo por razões científicas, sobre as quais você será devidamente informado.

Caso haja algum dano decorrente da pesquisa o participante terá direito a indenização compatível a reparação do dano.

### **Uso das informações obtidas**

As informações obtidas durante o teste serão tratadas de forma restrita e confidencial. Os dados da pesquisa serão armazenados pelo coordenador da pesquisa (Sabrina de Paula Maia) em sua sala de avaliação, na Academia da Saúde Boa Vista, por um período de 5 anos. Os dados não serão liberados ou revelados para mais nenhuma pessoa a não ser os responsáveis pela análise e escrita dos resultados. As informações obtidas serão usadas por uma análise estatística com objetivos científicos. Pode estar certo que sua privacidade e anonimato serão garantidos.

### **Acompanhamento e assistência**

Os participantes da pesquisa terão seus dados analisados, aqueles que apresentarem um índice alto de pontuação nos questionários de ansiedade e depressão, relatando diversos dos sintomas e não estiverem sob acompanhamento para as doenças referidas, e desejarem, devem ser encaminhados via guia de referência para o centro de saúde ao qual pertence. O encaminhamento deverá ser direcionado visando a obtenção de assistência com terapias complementares, ou psicológicas ou ainda psiquiátricas dependendo do nível apresentado nos inventários, e do desejo do usuário. Além disso, é importante detectar o nível de usuários com sintomas de ansiedade e depressão, para ser possível programar atividades que possam minimizar os efeitos desses sintomas e levar em conta o contexto dos usuários, para que haja um programa mais efetivo visando a prevenção e tratamento dos transtornos estudados nessa pesquisa.

### **Contato com o pesquisador**

Qualquer esclarecimento sobre o projeto entre em contato com o pesquisador responsável pelo e-mail: [sassaemail@yahoo.com.br](mailto:sassaemail@yahoo.com.br) ou pelo telefone (31)3246-8524.

Segue também o contato do comitê de ética em pesquisa da Secretaria Municipal Saúde de Belo Horizonte: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal Saúde de Belo Horizonte - Rua Frederico Bracher Junior, 103/ 3º andar/ sala 05 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG - CEP: 30720000 - pelo telefone (31) 3277-5309 sempre que desejar sanar dúvidas éticas. Uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

**Livre Consentimento:**

Concordo participar voluntariamente do presente projeto. Eu entendo que eu estou livre para desistir da participação a qualquer momento. Eu dou meu consentimento para participar deste estudo.

---

**Data Assinatura do Voluntário**

---

**Data Assinatura do Responsável**

## Apêndice B

### QUESTIONÁRIO DE COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL DIRECIONADO À ACADEMIA DASAÚDE:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Questionário de comunicação/interação:

Marque com um X na caixa respectiva da resposta desejada, escolha apenas uma opção entre SIM e NÃO:

1. Você considera saudável construir novos vínculos de amizade?

SIM

NÃO

2. Você tem dificuldade em interagir com outra pessoa?

SIM

NÃO

3. Você acha importante interagir com outra pessoa?

SIM

NÃO

4. Você passou a interagir mais com outras pessoas depois de participar do programa Academia daSaúde?

SIM

NÃO

5. Você tem dificuldade de falar sobre si mesmo?

SIM

NÃO

6. Você acha importante falar sobre si?

SIM NÃO 

7. Após entrar para Academia da Saúde você acha que passou a falar mais sobresi?

SIM NÃO 

8. As interações vivenciadas no ambiente Academia da Saúde são determinantes para você frequentar o grupo?

SIM NÃO

**Apêndice C****FICHA DE CADASTRO DO VOLUNTÁRIO**

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) F ( ) M

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data de entrada no Programa Academia da Saúde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Turma: \_\_\_\_\_

Assinatura avaliado

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura avaliador

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 2020

**ANEXOS**  
**Anexo I**

**INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK – BAI**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cadasintoma.

	<b>Absolutamente não</b>	<b>Levemente</b> Não me incomodou muito	<b>Moderadamente</b> Foi muito desagradável mas pude suportar	<b>Gravemente</b> Difícilmente pude suportar
<b>1. Dormência ou formigamento</b>				
<b>2. Sensação de calor</b>				
<b>3. Tremores nas pernas</b>				
<b>4. Incapaz de relaxar</b>				
<b>5. Medo que aconteça o pior</b>				
<b>6. Atordoado ou tonto</b>				
<b>7. Palpitação ou aceleração do c</b>				
<b>8. Sem equilíbrio</b>				
<b>9. Aterrorizado</b>				
<b>10. Nervoso</b>				
<b>11. Sensação de sufocação</b>				
<b>12. Tremores nas mãos</b>				
<b>13. Trêmulo</b>				
<b>14. Medo de perder o controle</b>				
<b>15. Dificuldade de respirar</b>				
<b>16. Medo de morrer</b>				
<b>17. Assustado</b>				
<b>18. Indigestão ou desconforto no</b>				
<b>19. Sensação de desmaio</b>				
<b>20. Rosto afogueado</b>				
<b>21. Suor (não devido ao calor)</b>				

Desenvolvido por: BECK, A.T.; EPSTEIN, N.; et al. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J. Consult. Clin. Psychol. 1988; 56:893-897.

## Anexo II

## INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

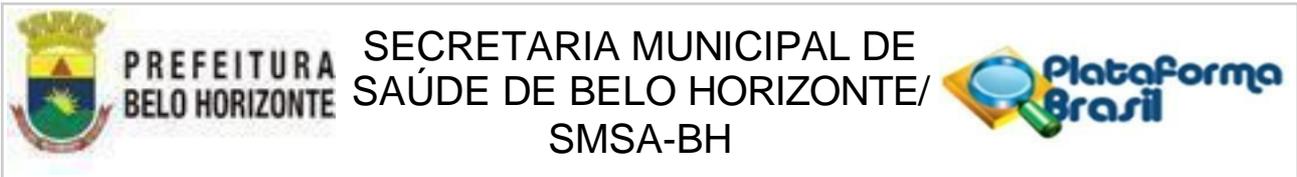
Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

<b>1</b>	0 Não me sintotriste 1 Eu me sintotriste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	<b>7</b>	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
<b>2</b>	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	<b>8</b>	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
<b>3</b>	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	<b>9</b>	0 Não tenho quaisquer idéias de matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
<b>4</b>	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	<b>10</b>	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria
<b>5</b>	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo	<b>11</b>	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam

	3 Eu me sinto sempre culpado		me irritar
<b>6</b>	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	<b>12</b>	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas
<b>13</b>	0 Tomo decisões tão bem quanto antes 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões	<b>18</b>	0 O meu apetite não está pior do que o habitual 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser 2 Meu apetite é muito pior agora 3 Absolutamente não tenho mais apetite
<b>14</b>	0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo 3 Acredito que pareço feio	<b>19</b>	0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente 1 Perdi mais do que 2 quilos em meio 2 Perdi mais do que 5 quilos 3 Perdi mais do que 7 quilos Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____
<b>15</b>	0 Posso trabalhar tão bem quanto antes 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho	<b>20</b>	0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
<b>16</b>	0 Consigo dormir tão bem como o habitual 1 Não durmo tão bem como costumava 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir	<b>21</b>	0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava 2 Estou muito menos interessado por sexo agora 3 Perdi completamente o interesse por sexo
<b>17</b>	0 Não fico mais cansado do que o habitual 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa 3 Estou cansado demais para fazer qualquer		

	coisa		
--	-------	--	--

Desenvolvido por: BECK A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.



## PARECER CONSUBSTANCIADO DOCEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Relação entre ansiedade, depressão e comunicação no espaço Academia da Saúde

**Pesquisador:** SABRINA DE PAULA MAIA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 25444719.9.0000.5140

**Instituição Proponente:** ESCOLA DE SAUDE PUBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.729.836

#### Apresentação do Projeto:

Grande parcela da sociedade sofre atualmente com algum transtorno de ansiedade ou depressão, o que resulta em um enorme desafio para a saúde pública: o de realizar o controle e a prevenção desses quadros. Essas patologias, assim como o conceito de saúde estabelecido pela OMS que define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”, apresentam uma complexa origem segundo a literatura disponível, diversos estudos enfatizam a importância das causas genéticas (Beidel, Turner & Morris, 1999; Boer & Lindhout, 2001), relacionadas também as características temperamentais (Oosterlaan, 2001; Lonigasn & Phillips, 2001), ou causas familiares, como o estilo educacional e a sociabilização (Morris, 2001).

O Programa Academia da Saúde tem como parte de seus objetivos contemplar a promoção da saúde por meio das dimensões físicas, emocionais e sociais do usuário ali inserido, e acreditamos que a interação nas suas diversas formas, seja no diálogo, no trato, ou no contato ocorrida nesse espaço é uma das questões que pode ajudar no processo de recuperação e prevenção dos quadros patológicos citados. De acordo com Goffman (2002) a interação (isto é, a interação face a face) pode ser definida como a influência recíproca dos indivíduos sobre as relações uns dos outros, quando em presença física imediata. Nesse sentido, a comunicação interpessoal que ocorre em espaços públicos e acessíveis, como em grupos realizados no espaço que é objeto de pesquisa, pode influenciar de modo positivo a saúde emocional dos indivíduos participantes, uma vez que

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302

**Bairro:** Padre Eustáquio

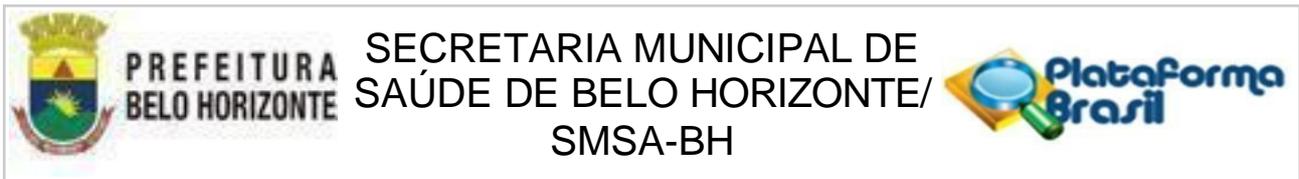
**CEP:** 30.720-000

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-5309

**E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 3.729.836

podem se expressar e falar de um sentimento reprimido ou até no ato de escuta do outro podem refletir acerca de determinado tema proposto no grupo.

Dessa forma, o ato de agrupar-se e comunicar-se pode ser importante e auxiliar na prevenção e tratamento dessas patologias, pois, por meio da tarefa, e pela tarefa, os participantes estabelecem redes de comunicação e processos de aprendizagem, que ocorrem por objetivos conscientes e por relações internas, inconscientes, no grupo e do grupo (CASTANHO, 2012). Será realizada uma análise de dados primários a partir dos questionários aplicados, os dados serão compilados e apresentados de forma quantitativa. Posteriormente serão realizadas a análise e a discussão qualitativa, a fim de chegar no objetivo do trabalho e verificar as relações entre comunicação, ansiedade e depressão.o grupo (CASTANHO, 2012). Os voluntários serão convidados a partir de aviso fixado no mural da Academia da Saúde Boa Vista e por meio de contatos pessoais, como avisos durante aulas.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar os impactos da comunicação interpessoal dos usuários da Academia da Saúde Boa Vista nos sintomas de ansiedade e depressão.

Objetivo Secundário:

Avaliar o grau de ansiedade, depressão e capacidade de comunicação interpessoal dos usuários da Academia da Saúde Boa Vista.

Verificar as possíveis relações existentes entre a ansiedade (BAI) e a capacidade de comunicação (QCC).

Verificar as possíveis relações existentes entre a depressão (BDI) e a capacidade de comunicação (QCC).

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A metodologia utilizada na pesquisa não apresenta risco aos participantes envolvidos.

Benefícios:

Através de avaliação do resultado, um processo de trabalho com moldes mais efetivos de interação entre usuários e entre usuários e profissionais da saúde, pode beneficiá-los através da melhor interação e possível melhora dos sintomas decorrentes dos transtornos. Além disso pode fortalecer os espaços públicos como Academia da Saúde, enquanto um lugar que promova a saúde como um todo, inclusive a mental, destacada no trabalho.

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302

**Bairro:** Padre Eustáquio

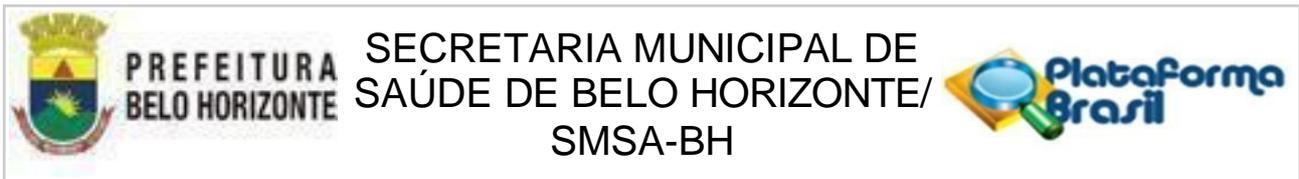
**CEP:** 30.720-000

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-5309

**E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 3.729.836

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa bem fundamentada e que poderá contribuir para o fortalecimento e aprimoramento dos programas de promoção da saúde na SMSA/BH, em especial, as Academias da Saúde.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados os seguintes documentos:

- Folha derosto;
- Termo de Anuência Institucional, assinado em 07/10/2019;
- Projeto completo, incluindo os Inventários BDI e BAI, o Questionário de Comunicação Interpessoal Direcionado à Academia da Saúde, declaração de gastos da pesquisadora e a Ficha de cadastro do voluntário;
- TCLE

#### **Recomendações:**

Para aprovação do projeto por este Comitê, recomendamos que constem todos os termos obrigatórios previstos pela resolução 466/2012.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, verificando que o projeto não cumpriu integralmente os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas normas complementares, RESOLVE considerar "Com Pendências" o projeto "Relação entre ansiedade, depressão e comunicação no espaço Academia da Saúde".

Lista de pendências:

Postar na Plataforma Brasil modelo de TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) do qual conste:

- a) A justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, com o detalhamento dos métodos a serem utilizados;
- b) Explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa (além dos benefícios já explicitados) e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da pesquisa;
- c) esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ou a interrupção da pesquisa;

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302

**Bairro:** Padre Eustáquio

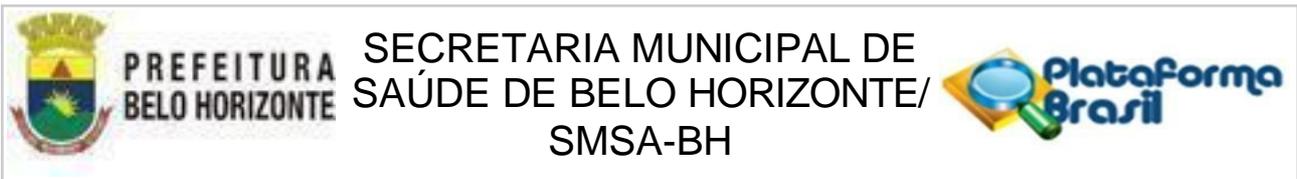
**CEP:** 30.720-000

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-5309

**E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 3.729.836

- d) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e decorrentes;
- e) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.
- f) Inclusão do contato e endereço do Comitê de Ética da SMSA. Dados de contato do CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 05 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone:3277-5309.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A pesquisadora responsável tem 30 dias para responder aos quesitos formulados pelo CEP em seu parecer. Após esse prazo, o projeto será considerado retirado e posteriormente havendo interesse, poderá ser feita nova submissão.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1464934.pdf	04/11/2019 16:14:28		Aceito
Folha de Rosto	fOLHAASSINADA.docx	04/11/2019 16:13:49	SABRINA DE PAULA MAIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/11/2019 12:32:45	SABRINA DE PAULA MAIA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETO.doc	04/11/2019 12:28:32	SABRINA DE PAULA MAIA	Aceito
Outros	termo.pdf	04/11/2019 12:04:59	SABRINA DE PAULA MAIA	Aceito

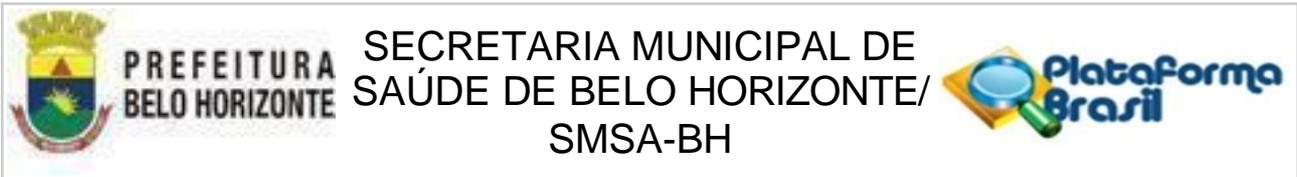
**Situação do Parecer:**

Pendente

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302  
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:**30.720-000  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 3.729.836

BELO HORIZONTE, 27 de Novembro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Eduardo Prates Miranda**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302  
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coop@pbh.gov.br