

SUMÁRIO

O ATENDIMENTO CLÍNICO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONJUGAL SOB A PERSPECTIVA DA TERAPIA COGNITIVO – COMPORTAMENTAL.....	509
O DESENVOLVIMENTO DAS HABILIDADES SOCIAIS EM INICIANTES DE CORRIDA.....	520
O MÉTODO PILATES NA REABILITAÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DE ALTERAÇÕES POSTURAIS.....	533
O TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL OU FOBIA SOCIAL: UMA VISÃO DA TEORIA COMPORTAMENTAL.....	543
ORIENTAÇÃO VOCACIONAL NO PERCURSO DE ESCOLHA PROFISSIONAL EM ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADAS.....	558
OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH) NA PERSPECTIVA MASCULINA EM MUNICÍPIO DO PLANALTO NORTE CATARINENSE.....	571
OS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE TREINAMENTO ESPECÍFICO PARA O DESENVOLVIMENTO DA AGILIDADE DE GOLEIROS DE FUTEBOL DE CAMPO.....	595
OS EFEITOS DO TREINAMENTO <i>HIGH INTENSE INTERVAL TRAINING</i> (HIIT) NA CAPACIDADE RESPIRATÓRIA DE PRATICANTES DE MUSCULAÇÃO.....	603
OS FATORES ENVOLVIDOS NA EFETIVAÇÃO DO ATO SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA: REVISÃO DE LITERATURA.....	615
OS NOVOS CONCEITOS DE SEPSE E CHOQUE SÉPTICO.....	629
PACIENTES ANSIOSOS E DEPRESSIVOS AUXILIADOS PELA ABORDAGEM TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL E A TÉCNICA DE CONFRONTO DE PENSAMENTOS...	636
PERCEPÇÃO DOS IDOSOS SOBRE OS EFEITOS DA REALIZAÇÃO DE EXERCÍCIOS FÍSICOS COMO AUXÍLIO DO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.	647
PERCEPÇÕES DOS INDIVÍDUOS DE UM GRUPO DA TERCEIRA IDADE DO MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS DO SUL-PR SOBRE HIV/AIDS: E O PAPEL DO ENFERMEIRO COMO EDUCADOR EM SAÚDE.....	663
PLANTAS ALIMENTÍCIAS NÃO CONVENCIONAIS: uma revisão de literatura sobre <i>Pereskia aculeata</i> Miller (ora-pro-nóbis) e extração de óleos essenciais associados à composição química e atividades biológicas de PANCs.....	679
PRECONCEITO NO FUTSAL FEMININO: VISÃO E PERSPECTIVA FORA DAS QUATRO LINHAS.....	699
PROCESSOS VIVENCIADOS NA ANOREXIA A PARTIR DA ANÁLISE DO FILME “O MÍNIMO PARA VIVER”.....	710
PROCRASTINAÇÃO ACADÊMICA PELO ENFOQUE DA PSICOLOGIA.....	720
PSICOLOGIA E O CÂNCER: UM OLHAR SOB O FAMILIAR CUIDADOR.....	734

Centro Universitário

**O ATENDIMENTO CLÍNICO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONJUGAL SOB A
PERSPECTIVA DA TERAPIA COGNITIVO – COMPORTAMENTAL.**



Uniguacu

Centro Universitário

RESUMO: O presente artigo visa por meio de uma breve revisão bibliográfica, apresentar os principais aspectos conceituais da violência conjugal, com enfoque na violência psicológica como resultado de outras formas de agressão, considerando a carência de estudos e pesquisas nesta demanda específica, uma vez que ainda é um tipo de violência que muitas vezes ocorre de forma silenciosa no ambiente doméstico. Nessa perspectiva, pretende-se evidenciar o uso da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como um recurso terapêutico nestes casos, tendo em vista a necessidade de um atendimento clínico eficaz no tratamento das vítimas.

PALAVRAS-CHAVES: Violência conjugal; Vítimas; Terapia Cognitivo-Comportamental.

ABSTRACT: This article, by means of a brief bibliographic review, aims to present the main conceptual aspects of conjugal violence, with a focus on psychological violence as a result of other forms of aggression, considering the shortage of studies and researches in this specific demand, since it is still a type of violence that often occurs quietly in the domestic environment. In this perspective, it is intended to evidence the use of Cognitive Behavioral Therapy as a therapeutic resource in these cases, in view of the need for effective clinic care in the treatment of victims.

KEY WORDS: Conjugal violence; victims; Cognitive Behavioral Therapy.

1 INTRODUÇÃO

0 Acadêmica do 5º período do curso de Psicologia do Centro Universitário do Vale do Iguaçu (Uniguaçu)

0 Acadêmica do 5º período do curso de Psicologia do Centro Universitário do Vale do Iguaçu (Uniguaçu)

0 Psicóloga e docente da disciplina de Processos Cínicos I do curso de Psicologia do Centro Universitário do Vale do Iguaçu (Uniguaçu).

Durante muitos anos a violência contra a mulher foi vista como um fenômeno natural, especialmente quando esta acontece dentro da relação conjugal e do ambiente doméstico. Entretanto, a partir da década de 70 e dos movimentos feministas, a violência contra a mulher passou a ser encarada como um problema social que necessitava da intervenção do estado (CORTIZO; GOYENECHÉ, 2010 *apud* MONTEIRO, 2012).

Atualmente, as discussões sobre a violência conjugal vêm ganhando destaque e visibilidade em pesquisas e na mídia mundial, sendo um evento complexo e multifacetado. O que era visto como um assunto familiar particular, nos dias atuais tornou-se uma questão social e de saúde pública, em razão do alarmante e crescente número de vítimas que vem aterrorizando profissionais em contato a temática (GOMES, 2012).

O presente estudo busca dar enfoque a violência psicológica, a qual pode ocorrer de forma isolada ou associada a outra forma de agressão, mas que recebe notoriamente menos atenção dos órgãos estatais responsáveis pelo atendimento à vítima considerando que a natureza do sofrimento é muito mais psíquica do que física, o que faz com que diversas denúncias deixem de ser efetuadas por falta de provas concretas. Essa conduta gera um sentimento ainda maior de impotência e frustração na mulher que já vem passando por um histórico prolongado de sofrimentos decorrentes da violência (GOMES, 2012).

As consequências de ordem psicológica na vítima vão desde a perda da autoestima, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade até tentativas de suicídio. Dessa maneira, considerando a relevância do tratamento terapêutico nestes casos, o que se busca ainda, é evidenciar o papel da psicologia a partir da perspectiva clínica no atendimento das vítimas, utilizando-se de técnicas da abordagem Cognitivo – Comportamental, a qual tem se mostrado eficiente no tratamento de diversas demandas (MOREIRA, 2014).

Em vista disso, serão abordados no decorrer deste artigo, os aspectos históricos da violência conjugal, os motivos que podem levar a sua perpetuação, os impactos psicológicos decorrentes desse crime, além da conceitualização e apresentação da Terapia Cognitiva Comportamental como uma forma de intervenção nestes casos, buscando demonstrar as contribuições desta abordagem por meio da mudança de pensamentos e crenças distorcidas

resultantes das agressões sofridas, em comportamentos adaptativos e com um maior senso de realidade, colaborando para o empoderamento da mulher e a conseqüentemente redução da violência.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Em 07 de agosto de 2006 foi regulamentada a lei nº 11.340, conhecida como a “Lei Maria da Penha”, nesta, fica caracterizado a violência contra a mulher como qualquer ação ou omissão que venha a causar morte, lesão, sofrimento (seja este físico, sexual ou psicológico), danos morais e patrimoniais ao gênero (BRASIL, 2006).

Cerca de 98% das queixas acerca da violência contra a mulher derivam da violência doméstica, isto é, aquelas que ocorrem dentro do ambiente doméstico entre membros da família. Entre os possíveis agressores citam-se parceiros, ou até mesmo ex-cônjuges ou ex-namorados (SILVA; COELHO; CAPONI; 2007). Ademais, o ambiente familiar pode tornar a agressão muito mais silenciosa, uma vez que a cultura patriarcal de uma família perfeita e de que o homem é quem sustenta a casa e por este motivo é “proprietário” da mulher faz com que frequentemente a vítima aceite a condição de submissão ao marido, naturalize ofensas e a violência e ainda, se responsabilize como a culpada pela violência (PADOVANI; WILLIAMS, 2002).

Felizmente, esse quadro subordinação ao homem vem se transformando nos últimos tempos com as diversas manifestações do movimento feminista e ascensão da Lei Maria da Penha. Contudo, ainda há muito o que se fazer para encorajar as mulheres a denunciarem seus agressores uma vez que, questões como dependência financeira e afetiva ainda são os principais motivos para que o ciclo da violência permaneça em muitos lares (JESUS; LIMA, 2018).

São consideradas formas de violências contra a mulher: a violência física, que pode ser entendida como qualquer ato que prejudique a sua integridade e saúde corporal; a violência sexual, que é definida como condutas que forcem a mulher a manter relações sexuais não desejadas, o impedimento do uso de métodos contraceptivos que a force a gravidez, aborto ou

prostituição, entre outros; a violência patrimonial, caracterizada como atitudes que venham a destruir bens, documentos pessoais, entre outros; violência moral, que é entendida como qualquer tipo de calúnia, difamação e injúria e a violência psicológica, a qual é o destaque do presente trabalho (BRASIL, 2006).

A violência psicológica é caracterizada na lei Maria da Penha como qualquer conduta que cause danos emocionais e diminuição da autoestima, além de ações que visem controlar seus comportamentos, crenças mediante ameaças, constrangimento, humilhação, manipulação. Ainda, incluem a limitação do direito de ir e vir e quaisquer outros comportamentos que prejudique a saúde psicológica da mulher (BRASIL, 2006).

Cumprido salientar que mesmo classificadas em 5 diferentes violências, elas acabam por se entrelaçar e misturar-se dentro do ambiente doméstico, ou seja, mesmo que a agressão sofrida pela mulher seja física, a violência psicológica será inevitavelmente o resultado final dessa e de todas as outras formas de violência, visto o dano que qualquer ato de repressão causa no funcionamento psíquico da vítima (JESUS; LIMA, 2018).

Além do mais, em que pese o número crescente da violência psicológica, a denúncia em relação a esta ainda não ocorre de forma eficaz, visto que quando a mulher chega na delegacia para o acolhimento, o órgão alega que inexistem sinais físicos de agressão para que a queixa seja registrada como violência, o que contribui cada vez mais para a invisibilidade destes acontecimentos (JESUS; LIMA, 2018).

Para algumas mulheres, a violência psicológica se equivale a gravidade da violência física, tendo em vista que afetam sua autoestima, segurança e confiança pessoal, além da vítima precisar conviver com as agressões emocionais e ao medo cotidiano. Dentre as consequências na saúde emocional e física da mulher, destacam-se as dores crônicas pelo corpo, síndrome do pânico, depressão, distúrbios alimentares, aumento no uso de drogas e álcool, transtornos de estresse pós-traumático, levando muitas vezes até a vítima a cometer suicídio (SILVA; COELHO; CAPONI; 2007).

Logo, a violência psicológica se torna uma questão de saúde pública, considerando os prejuízos emocionais gerados na vida da mulher, impedindo,

por muitas vezes, seu desenvolvimento na esfera familiar, profissional, emocional e social. Dessa forma, é fundamental levar em consideração a importância do tratamento psicológico para a ressignificação e superação da violação de direitos sofridos (GOMES, 2012).

É nesse contexto de urgência no acolhimento e nos atendimentos das vítimas que a Terapia Cognitivo-Comportamental, por meio da psicoeducação e de outras técnicas, surge como uma maneira de colaborar com a modificação e correção das distorções cognitivas que emergem da violência conjugal, desenvolvendo comportamentos, pensamentos e emoções mais adaptativas para lidar com esse evento estressor e com as ansiedades geradas por ele (CORDIOLI; GIGLIO, 2008).

2.2. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: HISTÓRICO E CONCEITUALIZAÇÃO

O termo terapia cognitivo-comportamental é utilizado para um conjunto de técnicas psicológicas que combinam os instrumentos da psicologia comportamental e pressupostos da terapia cognitiva. O princípio fundamental dessa abordagem consiste na ideia de que a forma com que os indivíduos percebem as experiências vividas influencia de que forma se sentem e se comportam diante dessa realidade (KNAPP; BECK, 2008).

Sobre o assunto, Judith Beck em seu livro “Teoria Cognitivo-Comportamental: teoria e prática”, expõe

A terapia cognitiva-comportamental (TCC) além de estar baseada em uma formulação cognitiva, crenças e estratégias comportamentais, também se baseia em uma conceitualização, ou melhor, compreensão do paciente (suas crenças específicas e padrões de comportamentos). (2013, p. 23 *apud* MOREIRA, 2014, p. 15).

Os primeiros estudos a serem realizados de acordo com o modelo cognitivo foram realizados por Aaron Beck, no final dos anos 60. O psiquiatra buscava explicar os processos psicológicos da depressão. Em suas pesquisas, percebeu que os sintomas depressivos podem ser entendidos como interpretações tendenciosas de situações, a partir de representações negativas de si mesmo, do mundo a sua volta e de seu futuro. Com isso, Beck passou a focar o tratamento psicológico em conflitos presentes e em experiências

acessíveis, indo contra os pressupostos psicanalíticos que buscavam investigar traumas do passado (KNAPP; BECK, 2008).

A abordagem comportamental contribuiu para a formação da terapia cognitivo-comportamental com diversos procedimentos e estratégias, como a estrutura da sessão, um papel mais ativo do profissional, uso de técnicas para treinamento de habilidades sociais, indicação de tarefas de casa, entre outros (KNAPP; BECK, 2008).

Apesar de inicialmente os estudos de Beck serem concentrados nos sintomas e processos psicológicos envolvidos na depressão, atualmente a TCC pode ser aplicada em uma ampla variedade de psicopatologias e transtornos psiquiátricos, tais como: transtornos de ansiedade e fobias, transtornos de personalidade, uso abusivo de substâncias, ideações suicidas, transtornos alimentares, esquizofrenia, problemas interpessoais, bem como, casos de violência e relações conjugais conflituosas que será abordado mais detalhadamente ao longo deste trabalho, tendo em vista ser o tema central deste estudo (KNAPP; BECK, 2008).

Uma das características da TCC é o limite de tempo de tratamento. Diferentemente das abordagens psicanalistas, o número de sessões recomendadas é, em média, 12 a 16 sessões para transtornos não complicados, sendo estendido para 1 ou 2 anos em casos mais graves (KNAPP; BECK, 2008).

Ao longo do tratamento, o profissional faz uso de técnicas e instrumentos com o intuito de, primeiramente, identificar os pensamentos automáticos do cliente e qual as relações entre cognição, afeto e comportamento. Após a testagem da validade dos pensamentos automáticos e crenças, inicia-se uma nova etapa do tratamento, a qual busca corrigir os padrões disfuncionais de pensamentos e crenças, substituindo-os por cognições mais próximas da realidade (KNAPP; BECK, 2008).

A terapia cognitivo-comportamental além de auxiliar o cliente a superar os problemas durante as sessões e prevenir reincidências, pode possibilitar que o cliente aprenda habilidades terapêuticas que são possíveis de serem estendidas para diversos contextos de suas realidades (KNAPP; BECK, 2008). Com isso em mente, o uso da TCC em cenários de violências conjugais tem se

mostrado de suma importância, visto que promove a substituição de comportamentos desadaptativos da vítima para crenças positivas e funcionais, em direção ao empoderamento feminino, conforme será abordado a seguir.

2.3. UTILIZANDO A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMO FORMA DE INTERVENÇÃO EM CASOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é configurada como uma forma de psicoterapia que integra as teorias cognitivas e as de aprendizagem (comportamental), partindo do pressuposto de que as funções cognitivas, emocionais e os comportamentos correlacionam-se, e por este motivo, faz uso de técnicas de modificação de emoções e comportamentos disfuncionais, num processo denominado reestruturação cognitiva, motivo pelo qual torna esta abordagem capaz de atender de forma eficaz as demandas de violência doméstica, especialmente a psicológica. (JESUS, LIMA, 2018).

A terapia é realizada por meio da crença de que não é a situação de violência ocorrida que determina como a mulher sente-se, mas sim de que forma a vítima vivenciou e interpretou o contexto vivido. Frente a isso, torna-se insubstituível possibilitar um espaço de explicação e esclarecimento as mulheres, com o intuito de que sejam capazes de se desprender da violência psicológica sofrida e dos danos gerados (BECK, 2013 *apud* JESUS, LIMA, 2018).

Nesse sentido, uma psicoeducação pode ser realizada por meio de leituras, vídeos, folders sobre a temática, neste caso em específico sobre a violência conjugal, e proporciona um momento para que a paciente possa ser informada quanto as características do problema, suas possíveis origens e de que forma se perpetua, e também, quais técnicas serão utilizadas durante o tratamento a fim de que a cliente se familiarize com a abordagem, além de indicar a ela, quais são os recursos que pode dispor para enfrentar os sintomas (CORDIOLI; GIGLIO, 2008).

Ainda, é necessário destacar que a TCC é um modelo de terapia que coloca o cliente num papel ativo durante o tratamento, promovendo seu autoconhecimento e autocontrole. Em casos de atendimento a vítima de violência conjugal, essa conduta colaborativa entre paciente e terapeuta deve ser ainda mais bem trabalhada, tendo em vista que um dos objetivos centrais

da terapia é a busca pela autonomia da mulher, a fim de que possa libertar-se do ciclo da violência (JESUS; LIMA, 2018).

Assim, como já anteriormente citado, uma das principais funções da Terapia Cognitivo Comportamental por meio da psicoeducação e de um trabalho colaborativo, é identificar os pensamentos automáticos e comportamentos disfuncionais que contribuem para a manutenção dos sintomas, para isso, os psicólogos que adotam esta abordagem fazem uso de algumas técnicas específicas, como por exemplo, a RPD. (OLIVEIRA, et.al, 2018).

O Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD), serve como recurso para que a paciente, durante a sessão, se recorde e anote, de forma sequencial, pensamentos diante de uma determinada situação e quais foram os comportamentos e emoções consideradas disfuncionais que surgiram neste momento, avaliando-se, numa escala de 0 a 10, o grau em que ocorreu, sugerindo-se também a abertura de um espaço para que a paciente questione-se sobre o que anotou, de forma a perceber suas distorções, bem como, um espaço para o registro de pensamentos e comportamentos alternativos frente ao problema (OLIVEIRA et.al, 2018).

Ainda sobre essa técnica, Gomes (2012, p. 676), expõe:

O exercício de identificação, questionamento e modificação dos pensamentos disfuncionais negativos que geram e mantêm o TEPT, por si só, é um recurso que permite ao paciente reconhecer a relação entre os pensamentos e os seus sintomas. Além disso, essa aprendizagem o capacita a reduzir a interferência negativa dos pensamentos sobre as emoções, aumentando assim seu controle e autoconfiança.

A partir do momento em que são identificados os pensamentos disfuncionais da vítima, é possível reconhecer as crenças centrais subjacentes, bem como, os mecanismos desta para enfrentar essa crença. Importante destacar que as crenças subjacentes são estruturas cognitivas formuladas ao longo da história de vida da paciente, com base em suas experiências e que levam a sua percepção sobre a realidade, ditando a forma como age e como toma decisões, por isto, partindo da premissa de que são estas crenças que geram e mantem os pensamentos desadaptativos, identifica-las a partir do RPD é fator essencial para que possam ser modificadas (CORDIOLI; GIGLIO, 2008).

Outrossim, uma ferramenta bastante usada pela TCC é o treinamento de comportamentos assertivos, que é quando a paciente expressa sentimentos e de forma adaptada para utilizar perante situações que lhe causam ansiedade. Essa técnica pode ser formulada juntamente com o cartão de enfrentamento onde são feitos os registros dos pensamentos disfuncionais, pois, o cartão possui três finalidades: o registro dos pensamentos automáticos com respostas alternativas para eles; a listagem de estratégias comportamentais para uso frente a situações problema e por último, as instruções motivadoras, que servem também como plano de segurança em momentos de precisão. No caso da violência conjugal, estas instruções podem ser colocadas como forma de informações de serviços disponíveis em caso de necessidade, como número da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher, casas de abrigo, central de atendimento à mulher, polícia militar, entre outras (OLIVEIRA et al, 2018).

Portanto, a Terapia Cognitivo-Comportamental no atendimento das vítimas se mostra de grande valia, visto que utiliza técnicas que visam modificar pensamentos e crenças disfuncionais decorrentes da violência, em comportamentos adaptativos. Em cenários de violência conjugal, a TCC disponibiliza, por meio de uma nova percepção da realidade, recursos funcionais para que essa mulher enfrente a violação, buscando a melhora de sua qualidade de vida, seu autocontrole emocional, sua autonomia, sua autoestima, o que conseqüentemente contribui para seu desprendimento do círculo vicioso que é a violência conjugal (JESUS; LIMA, 2018).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos grandes avanços atingidos nos últimos anos, a violência contra a mulher ainda se caracteriza como um dos grandes problemas enfrentados no país diariamente. A violência psicológica tem uma forte ligação com as outras formas violências contra o gênero, tais como: a violência física, sexual, patrimonial, entre outras, entretanto, por se tratar de uma agressão de difícil identificação muitas vezes as denúncias não são realizadas, resultando em danos psicológicos a mulher que podem vir a acompanhá-la durante toda a vida.

Com isso em mente, este estudo buscou, por meio de pesquisa bibliográfica, a conscientização acerca das consequências geradas pela violência conjugal, especialmente a violência psicológica, e o papel da psicologia nessa temática, visto que além do acolhimento legal da vítima, se faz necessário o acompanhamento psicoterapêutico. Nesse sentido, sugere-se o uso das técnicas Terapia Cognitivo-Comportamental como um meio para alcançar, além do além do empoderamento feminino, a quebra do ciclo de violência, a elevação da autoestima e a resignificação do sofrimento gerado (JESUS; LIMA, 2018).

O uso da Terapia Cognitivo-Comportamental em tratamento de vítimas de violência tem se mostrado de suma importância, uma vez que se utiliza de técnicas que identificam as crenças desadaptativas enraizadas e promovem sua substituição por pensamentos e comportamentos funcionais, auxiliando a vítima a atingir novas maneiras de comportar-se de forma adaptativa, rompendo a situação de violência que vivenciou até então (OLIVEIRA et al, 2018).

Dessa forma, percebe-se a importância de pesquisas que correlacionem a atuação da TCC em cenários de violência conjugal, tendo em vista a escassez de estudos realizados nessa área em contraste a grande demanda existente em nosso contexto atual, bem como, os benefícios que esta abordagem pode trazer a realidade da vítima, sendo, muitas vezes, uma facilitadora para que a mulher se torne dona de sua própria história.

REFERÊNCIAS

BRASIL, **Lei nº 11.340 de 07 agosto de 2006**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 27. Mai. 2019.

CORDIOLI, A.V; GIGLIO, L. Como atuam as psicoterapias: os agentes de mudança e as principais estratégias e intervenções psicoterápicas. In: CORDIOLI, A. V e orgs. **Psicoterapias abordagens atuais**. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GOMES, R. M. **Mulher vítimas de violência doméstica e transtorno de estresse pós-traumático: um enfoque cognitivo comportamental**. Revista de Psicologia da IMED, v. 4, n. 2, p; 672-680, Cuiabá, 2012. Disponível em: <

<https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/172/247>>. Acesso em: 03. Jun. 2019.

JESUS, G. B. de. LIMA, T. C. **Mulher vítima de violência psicológica: contribuições clínicas da terapia cognitivo-comportamental.** Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/323331377_MULHER_VITIMA_DE_VIOLENCIA_PSICOLOGICA_CONTRIBUICOES_CLINICAS_DA_TERAPIA_COGNITIVO-COMPORTAMENTAL>. Acesso em 03. Jun. 2019

KNAPP, P. BECK, A. T. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva.** Revista Brasileira de Psiquiatria, 30 (Supl II), p. 54-64, 2008.

MONTEIRO, F. S. **O papel do psicólogo no atendimento às vítimas e autores de violência doméstica.** Trabalho de Conclusão de Curso em Bacharelado em Psicologia, Faculdade de Ciências da Educação e Saúde do Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/123456789/2593/3/20820746.pdf>> Acesso em: 27. Mai. 2019.

MOREIRA, A. C. Uma revisão bibliográfica sobre a terapia cognitivo comportamental e a violência conjugal no Brasil. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização), Centro de Estudos em Terapia Cognitivo Comportamental, São Paulo, 2014. Disponível em: <https://www.cetcc.com.br/wp-content/uploads/2017/11/2014-7-Aline-Calaes-Moreira.pdf> Acesso em: 03. Jun. 2019.

OLIVEIRA, C.A.N. et al. A aplicabilidade da Terapia Cognitivo–Comportamental para pacientes vítimas de violência doméstica. Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano - Higia, v.3, n. 1, p. 97-111, Barreiras, 2018. Disponível em: <http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/261>. Acesso em 27. Mai. 2019.

PADOVANI, R. C. da. WILLIAMS, L. C. A. Intervenção psicoterapêutica com agressor conjugal: um estudo de caso. Revista Psicologia em Estudo, v. 7, n. 2, p. 13-17, jul/dez, Maringá, 2002. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v7n2/v7n2a03.pdf>>. Acesso em 03. Jun. 2019.

SILVA, L. L. da. COELHO, E. B. S. CAPONI, S. N. C. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 11. N. 21, p. 93-103, jan/abr. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2007.v11n21/93-103/>> Acesso em: 27. Mai. 2019.

O DESENVOLVIMENTO DAS HABILIDADES SOCIAIS EM INICIANTE DE CORRIDA

Gabriele Domaradzki⁰
Guidie Elleine Nedochetko Rucinski⁰

RESUMO: O referente artigo, apresentado se estabelece por meio da construção de conhecimento, adquirido ao longo das vivências, oportunizadas pelo curso de Psicologia do Centro Universitário do Vale do Iguaçu-Uniguaçu de União da Vitória, bem como, pela aproximação da acadêmica, ao exposto esporte abordado. A pesquisa trata-se da interferência que as habilidades sociais possuem em indivíduos que estão ingressando na corrida, a partir desta atividade física, explora-se assim não só as mudanças individuais, bem como o contexto social. Com base nessa perspectiva é investigado o processo de corrida como consolidação de uma mudança, tanto no que se diz respeito ao crescimento pessoal, fisicamente e emocionalmente, quanto na efetivação da promoção de qualidade de vida. Para tanto, a pesquisa se estabelece com o uso de revisão exploratória de cunho bibliográfico, elencando materiais que possuem conteúdo orientador, como endereços eletrônicos, referências teóricas, pautados em livros. Além de outros informativos científicos, incorporando com a abordagem qualitativa, de natureza básica. Aponta-se assim a relevância de dado estudo, destacando a falta de pesquisas sobre. Abrindo espaço para novas investigações e entendimento do quanto relevante é o esporte para o bem estar psicológico do ser humano. Evidencia-se assim a importância que a Psicologia tem para o âmbito social, embora seja uma ciência nova, tem muito a contribuir com seus estudos, alcançando ainda mais resultados com outros profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia. Corrida. Habilidade social. Grupo. Qualidade de vida.

ABSTRACT: The referred article is presented through the construction of knowledge, acquired through the experiences, offered by the course of Psychology of the University Center of the Iguaçu-Uniguaçu Valley of União da Vitória, as well as, by the approach of the academic, to the

⁰ Acadêmica do nono período do Curso de Psicologia do Centro Universitário do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU, de União da Vitória-Paraná, Brasil.

⁰ Psicóloga, Especialista em Psicologia Organizacional e do Trabalho pela Universidade do Contestado, 2010, Coordenadora do curso de Psicologia, Responsável Técnica do Serviço-Escola de Psicologia, supervisora de Estágio Clínico, docente do Curso de Psicologia do Centro Universitário do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU, de União da Vitória-Paraná, Brasil.

exposed sport addressed. The research is about the interference that social skills have in individuals who are entering the race, from this physical activity, not only the individual changes, as well as the social context, are explored. Based on this perspective, the race process is investigated as a consolidation of a change, both in personal growth, physically and emotionally, and in the effectiveness of the promotion of quality of life. For this, the research is established with the use of an exploratory bibliographic review, listing materials that have guiding content, such as electronic addresses, theoretical references, based on books. In addition to other scientific information, incorporating the qualitative approach, of a basic nature. The relevance of this study is pointed out, highlighting the lack of research on. Making room for further research and understanding of how relevant sport is to the psychological well being of the human being. Thus the importance of psychology for the social sphere, although it is a new science, has much to contribute with its studies, achieving even more results with other professionals.

KEY WORDS: Psychology. Race. Social skills. Group. Quality of life.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo apresentado pela acadêmica do curso de Psicologia, do Centro Universitário do Vale do Iguaçu-Uniguaçu de União da Vitória-PR. Tem como intuito identificar a importância o desenvolvimento das habilidades sociais em participantes iniciais de corrida. Ressaltando a relevância de mostrar a efetividade da atividade física dentro da sociedade, uma vez que essa gera benefícios psicológicos e fisiológicos tanto no aspecto individual como no âmbito coletivo.

Essa pesquisa tem como principal objetivo coletar dados, acerca da ligação e impacto que a atividade física proporciona na saúde mental. Com a atividade física é possível adentrar o conhecimento das habilidades sociais, as quais abrangem os comportamentos socialmente desejáveis, ou seja, aqueles que são oriundos das convicções e estima oportunizadas dentro das relações. Podem-se mencionar fatores ligados por meio destas relações como empatia,

capacidade crítica, sentimentos, resiliência, relacionar-se, dentre outras que favorecem a competência social (PRETTE; PRETTE, 2017).

Para tanto, será realizada uma pesquisa com o uso de revisão exploratória de cunho bibliográfico, elencando materiais que possuem conteúdo orientador, como endereços eletrônicos, referências teóricas, pautados em livros. Além de outros informativos científicos, incorporando com a abordagem qualitativa, de natureza básica, aprofundando assim possíveis hipóteses sobre a influência da atividade física na vida das pessoas. Adentrando o desenvolvimento das habilidades sociais e os aspectos psicológicos, no âmbito grupal. Oportunizando assim a coleta de dados e a demonstração da relevância do estudo para a área de Psicologia. Uma vez que existem poucos estudos a cerca deste tema.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física é determinada por envolver qualquer ação corporal, estabelecida por meio da musculatura esquelética, que propicia perda de energia. Vale ressaltar, que isso só ocorre pela relação com associações de fatores biopsicossocial, comportamentais, culturais, ou seja, atividades que o ser humano desempenha uma prática regular de exercício físico. Dentro deste contexto podemos mencionar: danças, competições, combates, esportes, atividade física e até mesmo atividades laborais, dentre outras (PITANGA, 2010).

Sabe-se que a atividade física é representada por diversos âmbitos, dos quais, pode-se usar como exemplo atividade física relacionada como busca de lazer, atividades físicas em deslocamentos, até mesmo atividades físicas efetivadas na ocupação do indivíduo, além da atividade física doméstica. Isso devido a mesma usar da seguinte argumentação ser uma operação que repetição, desenvolvida e programada, afim de benefícios ou ainda integrando a aptidão física (PITANGA, 2010).

O termo aptidão física é estudado desde a I Guerra Mundial, com base em testes de Sargent com o índice de aptidão física de Roger, com intuito de definir o termo como força muscular. Além de aprofundar o item de força

muscular o mesmo adentrava questões como pressão sanguínea, regulação cardíaca antes do esforço e após o mesmo, a fim de avaliar a aptidão física (PITANGA, 2010).

Pitanga (2010, p.14) ressalta que em meio a inúmeras definições um dos termos mais usados para especificações, é:

[...] aptidão física em termos de capacidade de movimentos. Termos como capacidade funcional, trabalho físico, *performance* de atividade física foram sugeridos com intenção de descrever o conceito relacionado, primeiramente, com a capacidade de produzir grande quantidade de atividade motora [...].

Faz-se necessário compreender, que este entendimento não só norteia e ajuda na melhora do indivíduo, mas em suma gera efeito positivo ao contexto social. O desenvolvimento da aptidão física auxilia o indivíduo a busca sem intensa exaustão e com retenção de energia a usufruir de momentos livres. É válido apontar que o processo físico possui dois divisores, o desenvolvimento de habilidades referente a atléticas, o qual é definido por explorar mais a *performance* e técnicas. E a aptidão física em relação à saúde a qual visa na destreza do indivíduo efetuar atividades com vigência e força o propiciando a prevenção (PITANGA, 2010).

Para tanto, Roender (2003, p.86-87) menciona três posicionamentos relacionados ao envolvimento do exercício físico com campo da saúde mental:

[...] a) na redução de ansiedade e depressão; b) no incremento dos sentimentos da autoestima e em particular, dos relacionados com a aparência física; e c) com a melhora da capacidade para afrontar o estresse psicossocial. Ainda para o autor, existe uma relação inversa entre o nível de aptidão física e saúde mental. Onde há melhor aptidão, há também, menor grau de psicopatologia.

No campo da Psicologia, o que gera mais relevância ao dado estudo, não são as situações do esporte como rendimento dos atletas, mais sim as imposições, fatores de exaustão, os quais tem influência emocional tanto do participante de atividade física quanto aqueles que fazem parte da vida do mesmo. Existem as emoções geradas pelo contexto da *performance*, se destacando as competições, o que mais será evidenciado são aquelas que ocorrem em determinados momentos da vida de um indivíduo e que lhe trazem

sensação de descontração, prazer, honra, serenidade, otimismo, consumação dentre outras efeitos positivos (MCDUFF, 2018).

Dando continuidade, é necessário, além disso, contribuir com outros efeitos oportunizados pela atividade física no organismo. Considerando os resultados em relação às características biológicas, como o aquecimento corporal o conseguinte é a amenidade em curto período, ajuste do estresse devido à carga de atividade adrenal, liberando esteroides existentes, além de repouso e diminuição do potencial nervoso na musculatura e nas tensões, facilitando o processo dos neurotransmissores como a dopamina, norepinefrina e serotonina, benefícios psicológicos no ânimo e desencadeamento de endorfinas (ROENDER, 2003).

Confirmando o mesmo posicionamento Antunes *et al.*, (2006), aborda que a atividade física, melhora as funções cognitivas, efetivando mudanças nos indivíduos por meio das neuroendócrinas, e humorais que tem ligação com a liberação de ACTH, adrenalina, vasopressina, noradrenalina, e o mais importante β -endorfina que faz parte dos opioides, responsável pela memória. Portanto é de suma importância apresentar esses dados em relação à atividade física, demonstrando assim que a relação da busca por qualidade de vida.

Por meio destas colocações agrega-se ainda segundo os autores Antunes *et al.*, (2006, p.113) as seguintes perspectivas:

[...] os benefícios cognitivos de um estilo de vida ativo pareçam estar relacionados aos níveis de atividades físicas exercidos durante toda a vida, sugerindo uma “reserva cognitiva”, nunca é tarde para iniciar um programa de exercícios físicos. O uso do exercício físico como alternativa para melhorar a função cognitiva mostra-se relevante, especialmente por sua aplicabilidade, pois se trata de um método relativamente barato, que pode ser apresentada a grande parte da população.

Inclusive existem outras especificações em relação ao fator psicológico com o benefício do estado físico, pertencimento aos aspectos de autossuficiência, suficiência e domínio, além do mais o exercício propiciar reflexão e manejo sobre a consciência de relaxamento, considerado como *biofeedback*, ou seja, controle do próprio estímulo. Fundamentando a relação de fuga dos pensamentos e emoções não agradáveis, gerando divertimento,

reforçador social, enfrentamento de condutas negativas via cognição e somática (ROENDER, 2003).

Os autores conceituam a afirmação do exercício físico, estar ligado a saúde no aspecto psicológico como Cheik, *et al*; Dunn *et al*; Hays (2003; 2005; 2002 *apud* Samulski, 2009 p.363):

O exercício do tipo aeróbico, através de seus efeitos positivos sobre o estresse, o humor e o autoconceito, tem se mostrado como um eficiente meio de obtenção do bem-estar psicológico. Não obstante, é o interesse geral em saber quais são as características das atividades que determinam os efeitos positivos sobre a saúde mental.

Dentro desta perspectiva outros fatores benéficos da atividade física, seriam definidos como a melhora na rotina diária tanto física quanto psicológica, se estabelecendo em meio ao fator social. O exercício físico pode ser considerado uma mudança na qualidade de vida dos indivíduos, até mesmo em suas experiências cognitivas, determinadas tanto no ambiente nas ações e sentimentos (SAMULSKI, 2009).

Afirmando a mesma argumentação Guedes; OMS (2000; 2006 *apud* Samulski, 2009, p. 360) menciona:

De acordo com a OMS (2006), a saúde é definida como completo bem-estar físico, psicológico e sociocultural. Desta forma, não é suficiente apenas não estar doente para se ter saúde, é preciso adotar hábitos que afastem os fatores de risco que possam causar o aparecimento de doenças, uma vez que muitas delas são consequências de estágios mais avançados de hábitos de vida.

Portanto, é de suma importância o estudo na Psicologia do Esporte para a vida dos seres humanos, pois estes integram o bem-estar psicológico, adquirido pela prática física, o que envolve ambiente e instrução do próprio indivíduo, prevenindo doenças e alcançando a saúde mental equilibrada do ser humano (SAMULSKI, 2009).

2.2 CORRIDA

Existem infinitudes de tipos de corrida, não se pode nomear, qual é mais importante, assim como não é correto impor que as pessoas participem

da prática. Pode-se mencionar que é algo individual de cada um, pois existem variados elementos que podem diferenciar a mesma, um aspecto importante dentro deste conceito é motivação (MATTHIESEN, 2007).

Em outras palavras Fernandes (2003, p.15) argumenta:

Todo ser vivo possui maneira própria de se locomover: uns voam, outros rastejam, outros nadam e correm como é o caso do homem. A locomoção é inata, pois observamos que o homem nasce e logo começa a se locomover em quatro apoios, para logo em seguida ficar em pé, dominar o corpo e andar. Basta à criança começar a andar para que já começar a sentir uma grande necessidade de correr. Assim a corrida é uma atividade natural, porque aprendemos sem que ninguém nos ensine.

O ato da corrida em si já é moldado no ser humano desde a infância. Existem inúmeras brincadeiras que remetem a corrida, como por exemplo, pega-pega, dentre outras as quais proporcionaram a ação de correr. Essa ação é efetivada no ser humano, a partir do desenvolvimento das habilidades motoras, e por meio da ordem do engatinhar adquirindo força para o equilíbrio e coordenação do corpo (MATTHIESEN, 2007).

Logo após essa evolução, a criança começa aos poucos os movimentos dos membros inferiores, gradualmente vai evoluindo por meio das tentativas até ao ponto maduro da prática do andar. Essa ação será fundamental para evolução motora, além do ganho com o equilíbrio e agilidade, até chegar na parte, onde consegue correr no início com um pouco de limitação de acordo com as particularidades de cada um (MATTHIESEN, 2007).

Outro aspecto relevante a ser apontado é a presença de outros esportes envolvidos com a corrida, pois dentro deles ocorre essa prática como futebol, handebol, dentre outros. Associados de forma indireta na corrida, os quais e proporcionam a facilitação do condicionamento físico. Existe uma classificação no que é mais destacado o atletismo, a qual é separada por tipo de prova, distância, tempo e fonte energética desempenhada na prova (MATTHIESEN, 2007).

Além disso, outro fator importante é a descoberta pelas pesquisas, mostrando a vinculação da autoconfiança com o desenvolvimento motor, ou seja, o princípio de autoconfiança está relacionado às habilidades aprendidas pela execução do desenvolvimento da atividade motora. Por tanto, se faz

essencial haver dentro da motivação uma direção e uma intensidade do esforço (BURITI, 2001).

Quando se refere à corrida de competições, como o exemplo no atletismo, é preciso entender a técnica, para assim consequentemente haver resultados efetivos. O atleta é orientado por um educador ou treinador. Para ocorrer efeitos positivos é necessária a compreensão das técnicas constituídas de quatro itens: equilíbrio, coordenação, descontração e eficácia (FERNANDES, 2003).

Com o passar do tempo à corrida foi um esporte que aumentou gradativamente de adeptos, mesmo havendo uma alta porcentagem 70% de indivíduos brasileiros apontados como sedentários. Considera-se esse fator como dado para uma breve reflexão, quantos de nós fazem algum tipo de prática física, mesmo aqueles que estão próximos como parentes e conhecidos. A partir desta argumentação é válida a consideração, o que faz as pessoas correr pela busca do prazer, ou são amadoras ou atletas, ou ainda pelo simples fato de uma condição médica (MATTHIESEN, 2007).

Acrescentando as respectivas argumentações segundo o Ministério da Saúde, é imprescindível a manutenção de hábitos saudáveis, assegurando a saúde mental. É importante destacar que a corrida faz parte destes uma vez, devido abranger a atividade física relacionada aos âmbitos fisiológicos e psicológicos. Oportunizando qualidade de vida ao indivíduo e benefícios ao meio social.

Figura 1: Exemplo de Hábitos Saudáveis.



Fonte: Copyright © Ministério da Saúde (2013 / 2019).

Complementando este posicionamento Antunes *et al.*(2006, p.109) afirmam:

Dados epidemiológicos sugerem que pessoas moderadamente ativas têm menor risco de ser acometidas por desordens mentais do que as sedentárias, mostrando que a participação em programas de exercícios físicos exerce benefícios na esfera física e psicológica e que indivíduos fisicamente ativos provavelmente possuem um processamento cognitivo mais rápido.

Assim, efetiva-se a relevância do referente estudo, contemplando não só as questões dos fatores psicológicos, mais a confirmação de dados referenciados pelo Ministério da Saúde, efetivando a proposta de mostrar o quanto a atividade física é importante em diversos aspectos.

2.2.1 HABILIDADES SOCIAIS

Primeiramente, é necessário compreender o conceito de habilidades sociais. Entende-se que não existe uma definição concreta para a mesma, somente é delimitada a construção de um comportamento socialmente hábil. Pode-se conceituar que a habilidade social precisa ser entendida de acordo com o meio cultural, e o contexto pelo qual a mesma é cercada como educação, formas de comunicação, idade dentro outros (CABALLO, 2009).

Além disso, esses aspectos mencionados anteriormente só são efetivos de acordo com cada ser humano, ou seja, cada um tem uma forma única de ser, e entender sua concepção de mundo. O que é considerado correto para tal sujeito para outro é ao contrário. Assim compreende-se que não existe definição absoluta para habilidades sociais. Somente é mantida uma forma de considerar um comportamento apropriado ou não (CABALLO, 2009).

O comportamento socialmente hábil é defendido como eficácia, podendo haver a existência de comportamentos considerados inábeis, além de haver reforçados durante este processo. É possível identificar três formas de consequência da eficácia, as quais são a busca por objetivos, relações, e a manutenção da autoestima (CABALLO, 2009).

De acordo com Prette; Prette (2017), a definição de Habilidades sociais é mencionada como:

Habilidades Sociais refere-se a um construto *descritivo* 1 dos comportamentos sociais valorizados em determinada cultura 2 com alta probabilidade de resultados favoráveis para o indivíduo, seu grupo e comunidade 3 que podem contribuir para o desempenho socialmente competente em tarefas interpessoais (PRETTE; PRETTE, 2017, p.24).

Confirmando a mesma linha de raciocínio os autores Rocha; Monteiro (2012), acrescentam com a seguinte argumentação, a definição das habilidades sociais se caracteriza por meio dos comportamentos inerentes que o ser humano, estes emergem, quando o indivíduo efetua uma tarefa social de maneira hábil. Assim é possível fazer uma soma sobre a contextualização das referências anteriores.

O devido tema sobre o progresso das habilidades sociais é debatido em diversas áreas, as pesquisas evidenciam a existência de uma ligação entre a presença de habilidades no processo da conquista tanto escolar, como

afetiva e profissional. Sabe-se assim que o uso deste conhecimento, pode ser um meio favorável de melhorar as transformações que implicam no âmbito esportivo (ROCHA; MONTEIRO, 2012).

Além disso, Caballo (1987, Roender apud 2003, p.115) acrescenta: “As habilidades sociais devem permitir relações interpessoais satisfatórias, considerando, na sua definição, os comportamentos, os sujeitos e as situações no interior de cada cultura”. Por meio desta argumentação é reconhecido a investigação do proposto estudo, verificar a relação do desenvolvimento das habilidades sociais em iniciantes de corrida, uma vez, que estes estão criando novos vínculos e entrando para uma nova cultura, por meio da manifestação da atividade física.

Embora haja pouco estudo a respeito da relação do esporte com o desenvolvimento das habilidades sociais, existem autores que já manifestam a importância sobre tal assunto em seus trabalhos, isso já debatido durante o processo da infância como a inclusão de crianças em esporte, o que acarretou diminuição nos comportamentos ditos como problemáticos (ROCHA; MONTEIRO, 2012).

Dado a compreensão da ausência de estudos, que se dedicam a este posicionamento, torna-se emergente a atuação de pesquisadores, na investigação sobre as relevâncias de incluir o esporte como forma de identificação dos potenciais psicológicos que o indivíduo pode construir.

É válido pontuar que a construção de habilidades sociais e competência social abrangem desde contextos educacionais como programas nomeados como THS, e outras definições como:

[...] (terapêuticos, preventivos e profissionais) – pode ser justificada sob duas vertentes, ambas com base nas pesquisas da área. A primeira refere-se aos correlatos positivos associados a um bom repertório de Habilidades Sociais. A segunda, pela correlação entre os déficits de Habilidades Sociais e diferentes transtornos ou problemas psicológicos, juntamente com os desfechos positivos desses programas (PRETTE; PRETTE 2017, p.24,).

Para tanto, é necessário compreender os comportamentos designados de habilidades sociais distinguindo dos que não são desejáveis, passivos e ativos, ligados a transtorno e conflitos externos e internos. Os comportamentos

definidos como Habilidades Sociais auxiliam a efetivar a Competência Social, na construção de consolidar resultados efetivos por meio da interação social (PRETTE; PRETTE, 2017).

Salienta-se assim que os comportamentos definidos como habilidades sociais, são identificados como grupos de classes ou subclasses, a classificação dos comportamentos é compreendido como reunir algum aspecto que estes têm em comum diferenciando dos demais. Os comportamentos sociais podem ser definidos por meio da topografia, por exemplo: gestos, expressões corporais, tom da voz, de forma funcional, ou seja, forma efetiva para determinadas situações, considerando-se as contingências do que é antecedente ao comportamento e a consequência (PRETTE; PRETTE, 2017).

Durante o desenvolvimento humano o indivíduo se depara com necessidades interpessoais, compreendidos pela adequação nas variedades abrangentes de classes e subclasses das habilidades sociais, contando com comunicação, civilidade, iniciar amizades e as mantê-las, empatia, assertividade, expressão de solidariedade, controlar situações de conflito, expressar afeto e intimidade, coordenação em grupo e dialogar em grupo (PRETTE; PRETTE, 2017).

Além disso, Yalom (2007, p.35) aborda o fator social de um grupo como:

A aprendizagem social – o desenvolvimento de habilidades sociais básicas – é um fator terapêutico que opera em todos os grupos de terapia, embora a natureza das habilidades ensinadas e o grau em que o processo é explícito variem muito, dependendo do tipo de terapia de grupo. Pode haver uma ênfase explícita no desenvolvimento de habilidades sociais em, por exemplo, grupos que preparam pacientes hospitalizados para a alta ou grupos de adolescentes.

Percebe-se, assim através da visão de Yalom, a interferência que um grupo possui em relação ao âmbito social, vale lembrar que é nesse sentido que a construção das habilidades sociais se estabelece, uma vez que a partir do convívio entre as pessoas surgiram fenômenos a ser estudados.

3 MÉTODO

A pesquisa, trata-se de uma revisão exploratória de cunho bibliográfico, elencando materiais que possuem conteúdo orientador, como endereços eletrônicos, referências teóricas, pautados em livros. Além de outros informativos científicos, incorporando com a abordagem qualitativa, de natureza básica.

4 CONCLUSÃO

Pautado nestes conhecimentos, conclui-se a extensão da atividade física, compreendendo que o ser humano não só é um conjunto de um organismo físico mais essencialmente mental. Verifica-se assim a contribuição que esse entendimento tem no desenvolvimento das habilidades sociais, pois a partir do momento em que o indivíduo adere ao exercício físico, agrega um repertório de conhecimentos, que lhe geram uma mudança e crescimento pessoal e social.

Outra questão a ser relatada, são os fatores psicológicos existentes, muito se acredita essencialmente na condição física, no entanto a qualidade de vida e outras motivações afetam a vida do ser humano, significativamente. Vale ressaltar ainda, que diante da pouca existência de artigos e livros direcionando tais assuntos a Psicologia, houve dificuldade em desenvolver um material. Compreendendo assim, a necessidade de novas pesquisas na respectiva área, tão pouco vista, mediante aos demais conhecimentos.

REFERÊNCIAS

ANTUNES H. K. M et al. Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. **Bras Med Esporte**, v. 12, n. 2. Mar/Abr, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbme/v12n2/v12n2a11.pdf>>. Acesso em: 27 Mar. 2019.

BURITI, M. de A. **Psicologia do Esporte**. 2 ed. Campinas, SP: Alínea, 2001.

CABALLO, V. E. **Manual de avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais**. São Paulo: Santos, 2009.

FERNANDES, J. L. **Atletismo: corridas**. 3 ed. Rev. São Paulo: EDU, 2003.

MATTHIESEN, S. Q. **Corridas**: Atletismo. São Paulo: Odysseus, 2007.

MCDUFF D. R.; FADEI H. **Psiquiatria do Esporte**: Estratégias de qualidade de vida e desempenho máximo. Barueri, S: Manole, 2018.

PITANGA, F. J. G. **Epidemiologia da atividade física, do exercício físico e da saúde**. 3 ed. São Paulo: Phorte, 2010.

Portal MS - Portal Principal de Notícias da Saúde - Ministério da Saúde. Saúde Mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

PRETTE, A. D.; PRETTE Z. A. P. D. **Competência Social e Habilidades Sociais**: Manual prático-teórico. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

ROEDER, M. A. **Atividade Física, saúde mental & qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

ROCHA G. M da; MONTEIRO M. F. B. Programa de treinamento de habilidades sociais para a prática do futebol. Champagnat, Curitiba, v.30, n.68, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19561>>. Acesso em: 12 Mar. 2019.

SAMULSKI, D. Psicologia do Esporte: Conceitos e novas perspectivas. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2009.

YALOM, I. D. Psicoterapia de grupo: teoria e prática. 5 ed. São Paulo: Artmed, 2007.

O MÉTODO PILATES NA REABILITAÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DE ALTERAÇÕES POSTURAIS

Thaís Conzatti Leite¹
Prof. Marcos Vinicius Ruski²

RESUMO: Cada vez ano que passa aumenta mais o número de pessoas com desvios posturais, os quais defeitos causam alterações nas curvaturas normais da coluna vertebral, assim tornando mais vulneráveis às tensões mecânicas e traumas. As dores na coluna são muito comuns devido à ação de agentes externos sobre a musculatura. O método Pilates é uma das alternativas para um tratamento reabilitador, o qual é baseado em um programa de exercícios específicos para a condição do paciente. Objetivo: Descrever os benefícios do método Pilates na promoção de saúde em pacientes portadores de dores na coluna. Método: Trata-se de uma revisão de literatura, que consiste na busca sistematizada, on-line de artigos científicos, nas seguintes bases de dados: Scientific Eletronic Library On-line (SCIELO), Google Acadêmico e Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), relacionados ao método Pilates como reabilitação de portadores de dores na coluna. Resultados: Foram selecionadas, revisados e reunidos 14 artigos no total para serem utilizados como fonte de pesquisa, para a construção dessa revisão. Conclusão: Conclui-se que o método Pilates, como tratamento reabilitador de pacientes portadores de dores na coluna é de extrema importância, pois tem como base a contrologia, assim melhorando a flexibilidade, o alinhamento postural e a coordenação motora, além de aumentar a força muscular.

PALAVRAS-CHAVE: Pilates. Dores na coluna. Reabilitação.

ABSTRACT: Each year that passes, the number of people with postural deviations increases, which defects cause changes in the normal curvatures of the spine, thus making them more vulnerable to mechanical stresses and trauma. The pains in the spine are very common due to the action of external agents on the musculature. The Pilates method is one of the alternatives for a rehabilitative treatment, which is based on a specific exercise program for the patient's condition. Objective: To describe the benefits of the Pilates method in health promotion in patients with back pain. Method: This is a literature review, which consists of the systematized search of scientific articles online, in the following databases: Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Google Scholar and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), related to the Pilates method as rehabilitation of spine pain patients. Results: A total of 14 articles were selected, reviewed and collected to be used as a research source for the construction of this review. Conclusion: It is concluded that the Pilates method, as a

rehabilitative treatment of patients with pain in the spine, is extremely important because it is based on control, thus improving flexibility, postural alignment and motor coordination, as well as increasing muscular strength.

KEYWORDS: Pilates. Pains in the spine. Rehabilitation.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com estatísticas atuais é cada vez maior o número de pessoas com desvios posturais; tais defeitos funcionais causam alterações nas curvaturas normais da coluna vertebral, tornando-as mais vulneráveis às tensões mecânicas e traumas. Os desvios posturais são comuns devido à ação de agentes estressores e externos do cotidiano. No entanto, para manter a postura adequada e músculos flexíveis é importante fazer diariamente uma série de exercícios, sobretudo alongamentos, principalmente pessoas que trabalham executando tarefas que requerem muita precisão ou que passam muito tempo sentados (SEGURA et al., 2011).

Uma das alternativas para o tratamento conservador de dores na coluna é a intervenção fisioterapêutica, baseada em um programa de exercícios específicos para essa condição. Alguns dos métodos utilizados são os exercícios de estabilização lombopélvica, reeducação postural global, Iso Stretching e Pilates (MOURA et al., 2014).

O método Pilates foi idealizado pelo alemão Joseph Hubertus Pilates (1880-1967) durante a Primeira Guerra Mundial. Joseph apresentava grande fraqueza muscular por causa de diversas enfermidades, isto o incentivou a estudar e buscar força muscular em exercícios diferentes dos conhecidos em sua época. Quando Joseph se mudou para os Estados Unidos, os exercícios passaram a ser usados por bailarinos, mas a técnica era de uso exclusivo de seu criador. Foi somente nos anos 80 que houve reconhecimento internacional da técnica de Pilates, que na década de 90 ganhou popularidade no campo da reabilitação. (SILVA, MANNRITH, 2009).

O método Pilates caracteriza-se por movimentos projetados de forma que os praticantes mantenham a posição neutra da coluna vertebral, minimizando o recrutamento muscular desnecessário, prevenindo a fadiga precoce e a diminuição da estabilidade corporal. A prática desse método acarreta benefícios sobre a flexibilidade global, o alinhamento postural e a coordenação motora, além do aumento da força muscular, o que demonstra uma relação direta com o processo de reeducação postural (MOURA et al., 2014).

A técnica Pilates apresenta muitas variações de exercícios e pode ser realizada por pessoas que buscam alguma atividade física, por indivíduos que apresentam alguma patologia em que a reabilitação é necessária, como distúrbios neurológicos, dores crônicas, problemas ortopédicos e distúrbios da coluna vertebral (COMUNELLO, 2011).

método

O presente estudo constitui uma revisão sistemática da literatura, de caráter exploratório, com abordagem descritiva. A pesquisa da literatura foi realizada nas bases de dados do Scielo e Google Acadêmico e inclui artigos publicados no período de 2004 a 2014.

Após o levantamento bibliográfico realizou-se uma leitura seletiva utilizando como critério de inclusão aqueles que faziam referência sendo resultado dessa busca quinze artigos, em seus dados, a aspectos relacionados com as palavras-chave anteriormente citadas. Foram excluídos da pesquisa os artigos que não tinham relevância a cerca do tema em questão.

RESULTADOS

AUTOR (ANO)	OBJETIVO	METODOLOGIA	CONCLUSÃO
SEGURA et al., 2011	Realizar uma comparação da evolução clínica, avaliada pela análise do ângulo de Cobb e pela escala visual analógica de dor em 16 pacientes do sexo feminino, idade entre 10 e 16 anos, com diagnóstico de escoliose idiopática toráco-lombar, com angulação anormal entre 10° e 20°.	As meninas foram divididas em dois grupos: um submetido à técnica da RPG, através das posturas sentada e rã no ar, durante cerca de 45 minutos à sessão, e outro ao método Pilates, através da realização dos exercícios spine stretch forward, swimming, leg pull front, leg pull front (variação), leg pull back, one leg up-down e rolling back, com séries de 10 repetições,	Os resultados demonstraram melhora significativa na redução do nível de dor e da curva escoliótica em ambas as técnicas, sendo assim extremamente indicadas no tratamento conservador da escoliose.

		durante 40 minutos a sessão, ambas técnicas efetuadas 2 vezes semanais totalizando 20 sessões.	
MOURA et al., 2014.	Avaliar os efeitos do método Pilates, em curto prazo, nas alterações posturais, na flexibilidade e na força dos músculos flexores e extensores de tronco em uma paciente portadora de escoliose idiopática.	Trata-se de um estudo prospectivo no qual foram avaliadas as seguintes alterações em uma menina de 11 anos de idade, com escoliose idiopática, antes após um protocolo de tratamento pelo método Pilates:1) alterações posturais em vista anterior, posterior e de perfil, analisadas por meio do Software de Avaliação Postural SAPO; 2) flexibilidade de cadeia posterior, avaliada pelo teste de sentar e alcançar e distância dedochão; e 3)força muscular de flexores e extensores de tronco, avaliada pelo teste manual de força muscular. O protocolo de tratamento incluiu exercícios do método Pilates solo e acessórios, constando de 10 sessões, três vezes por semana, durante um mês.	O caso estudado sugere efeitos positivos do método Pilates, em curto prazo, em adolescente com diagnóstico clínico de escoliose idiopática.
SILVA, MANNRITH, 2009.	Este estudo tem como objetivo geral analisar os aspectos relacionados ao uso do método Pilates na reabilitação.	Foi realizada uma revisão sistemática na base de dados da MEDLINE e LILACS, utilizando como termo de procura a palavra Pilates.	Embora seja necessário a realização de mais pesquisas na área e com maior amostra, o Pilates é uma ferramenta útil na reabilitação.
COMUNELLO, 2011.	Tem por objetivo realizar uma revisão de literatura sobre conteúdos importantes do método Pilates =, seus benefícios e sua aplicação na prática clínica, como na reabilitação.	Foi realizada uma revisão de literatura sobre o Método Pilates, seus benefícios e sua aplicação na reabilitação da saúde, baseado em evidências científicas.	O Método Pilates pode ser uma ferramenta eficaz para o fisioterapeuta na reabilitação, apresentando benefícios variados, quando aplicado de acordo com seus princípios, e poucas contra-indicações, além do seu uso voltado ao fitness.
COSTA, RUTH, NORONHA, 2012.	O objetivo deste estudo foi analisar os	Foram realizadas buscas sistematizadas	Em relação aos ensaios clínicos

	efeitos da utilização do método pilates, por meio de uma revisão da literatura com estudos realizados no Brasil.	em três bases de dados eletrônicas (MEDLINE via PUBMED, SCIELO e LILACS). O termo de busca utilizado nas bases foi pilates. As buscas não foram limitadas por língua ou data de publicação. A última busca foi realizada em dezembro de 2011.	randomizados, a melhora da flexibilidade foi controversa, já a melhora da dor e do desempenho funcional foram verificados. Em relação ao ganho de força, não foram encontradas evidências. Outros estudos pré e pós sem grupo controle afirmam que há ganho de força, minimização da dor lombar e aumento da flexibilidade. Em relação aos aspectos biomecânicos dos exercícios quanto ao posicionamento do indivíduo, molas e resistência, há um consenso que há grande variação dos torques resistentes em função destes posicionamentos.
KOLYNIAK, CAVALCANTI, AOKI, 2004.	O objetivo do presente trabalho foi avaliar o efeito do método Pilates® sobre a função de extensores e flexores do tronco.	o, foram selecionadas 20 pessoas (16 mulheres com idade média de 34,06 ± 7,21; quatro homens com idade média de 33,5 ± 6,68 anos) com habilidade para executar os exercícios do nível intermediário-avançado, que completaram 25 sessões durante 12 semanas. Os voluntários foram submetidos ao teste isocinético de avaliação da flexão e extensão do tronco no início e ao final do período de treinamento.	O método Pilates® mostrou-se uma eficiente ferramenta para o fortalecimento da musculatura extensora do tronco, atenuando o desequilíbrio entre a função dos músculos envolvidos na extensão e flexão do tronco.
FIGLIARELLI et al., 2014.	Avaliar o efeito do programa de cinesioterapia postural no tratamento da escoliose idiopática juvenil.	Trata-se de um estudo relato de caso, realizado na Clínica de Fisioterapia da Universidade do Sagrado Coração, Bauru - SP. O sujeito deste estudo de caso foi uma criança do sexo feminino, com 11 anos de idade, apresentando	De acordo com os dados obtidos no presente estudo, conclui-se que o programa de cinesioterapia, englobando diversos métodos e técnicas da fisioterapia, proporcionou importante resultado

		<p>diagnóstico de escoliose idiopática. Foi realizada a avaliação fisioterapêutica postural completa e análise da radiografia da região tóraco-lombar para obtenção do grau de Coob da escoliose nos momentos pré e pós-intervenção fisioterapêutica. O programa de intervenção consistiu de exercícios para o reequilíbrio postural.</p>	<p>radiográfico com redução de 12 graus Cobb da escoliose da criança estudada.</p>
<p>FERREIRA et al., 2007.</p>	<p>Analisar a influência do método Pilates® sobre a resistência de força na flexão de braço e em exercício abdominal em mulheres submetidas a uma intervenção de nove semanas.</p>	<p>O estudo foi composto por 12 voluntárias do sexo feminino com idade entre 25 e 40 anos. Os testes realizados foram o de abdominal e flexão de braço. O grupo foi submetido a um pré e um pós-teste, havendo um período de nove semanas entre cada uma das avaliações. Entre os pré e pós-teste, o grupo foi submetido a três sessões semanais de treinamento de 50 minutos cada com o Método Pilates®.</p>	<p>A prática do Método Pilates® tende a se apresentar como um importante aliado na promoção da saúde e indicando possibilidade de ganhos no que se refere à melhora no perfil dos padrões de resistência de força dos praticantes da atividade.</p>
<p>OLIVEIRA et al., 2013</p>	<p>Verificar os efeitos do Pilates solo na autonomia funcional de idosas fisicamente ativas.</p>	<p>Participaram das intervenções 12 voluntárias do sexo feminino (média de 68,08±3,82 anos), que realizaram 18 sessões de Pilates solo, durante seis semanas. As avaliações constaram de cinco exercícios sugeridos pelo Grupo de Desenvolvimento Latino-Americano para a Maturidade (GDLAM): 1- caminhada de 10 metros (C10m); 2- levantar-se da posição sentada (LPS); 3- levantar-se da posição decúbito ventral (LPDV); 4- levantar-se da cadeira e locomover-se pela casa (LCLC); 5- vestir e tirar</p>	<p>O método Pilates solo possibilitou a melhora da autonomia funcional de idosas fisicamente ativas.</p>

		uma camiseta (VTC), que permitem obter o índice de autonomia (IG). O nível de significância foi de $p < 0,05$.	
--	--	---	--

2 DISCUSSÃO

Segundo Segura et al., 2011, o Pilates caracteriza-se por exercícios que envolvem contrações concêntricas, excêntricas e principalmente isométricas, com ênfase no power house (composto pelos músculos abdominais, transversoabdominal, multífidos e assoalho pélvico), responsável pela estabilização estática e dinâmica do corpo.

Já para Ferreira et al., 2007, o método Pilates® surge como forma de condicionamento físico particularmente interessado em proporcionar bem-estar geral ao indivíduo, sendo assim, capaz de proporcionar força, flexibilidade, boa postura, controle motor, consciência e percepção corporal melhorada.

Os exercícios do método Pilates® são, na sua maioria, executados na posição deitada, havendo diminuição dos impactos nas articulações de sustentação do corpo na posição ortostática e, principalmente, na coluna vertebral, permitindo recuperação das estruturas musculares, articulares e ligamentares particularmente da região sacrolombar (KOLYNIK, CAVALCANTI, AOKI, 2004).

Segundo Silva, Mannrith, 2009, o princípio básico do método inclui um programa de exercícios que fortalecem a musculatura abdominal e paravertebral, bem como os de flexibilidade da coluna, além de exercícios para o corpo todo. Já no sistema intermediário-avançado, são introduzidos gradualmente, exercícios de extensão do tronco, além de outros exercícios para o corpo todo, procurando melhorar a relação de equilíbrio agonista-antagonista.

Para Costa, Ruth, Noronha, 2012, o método Pilates caracteriza-se por um conjunto de movimentos onde a posição neutra da coluna vertebral é sempre respeitada, objetivando a melhora da coordenação da respiração com o movimento do corpo, a flexibilidade geral, a força muscular e a postura, sendo portanto, esses fatores essenciais no processo de reabilitação postural.

Segundo Comunello, 2011, o método Pilates busca promover o alongamento ou relaxamento de músculos encurtados ou tensionados demasiadamente e o fortalecimento ou aumento do tônus daqueles que estão estirados ou enfraquecidos. Portanto, diminuem-se os desequilíbrios musculares que ocorrem entre agonistas e antagonistas e são responsáveis por certos desvios posturais e problemas ortopédicos e reumatológicos. Por se tratar de uma atividade que não impõe desgaste articular e cujo número de repetições de cada exercício é reduzido, promove-se a prevenção e/ou tratamento de certas patologias, especialmente as ocupacionais.

Segundo Oliveira et al., 2013, a dor possui um papel de alerta para comunicar ao organismo que algo está errado e, em se tratando de uma dor crônica, ela gera no organismo um estresse e até mesmo, uma incapacidade física. Portanto, a dor é um problema que demanda cuidados imediatos, e a melhor estratégia para se eliminar qualquer tipo de dor é a remoção do fator causal.

De acordo com estatísticas atuais é cada vez maior o número de pessoas com desvios posturais; tais defeitos funcionais causam alterações nas curvaturas normais da coluna vertebral, tornando-as mais vulneráveis às tensões mecânicas e traumas (SEGURA et al., 2011).

Para Ferreira et al., 2007, as dores na coluna podem ser descritas como uma experiência sensorial e emocional desagradável, sendo associada a lesões potenciais ou reais dos tecidos. Dessa maneira, existe uma probabilidade de a dor ser um fenômeno subjetivo, que envolve processos fisiopatológicos, psicossociais e de comportamento.

A incapacidade de estabilização da coluna vertebral causada pelo desequilíbrio entre a função dos músculos extensores e flexores do tronco é um forte indício para o desenvolvimento de distúrbios da coluna (SEGURA et al., 2012).

Segundo Kolyniak, Cavalcanti, Aoki, 2004, a dificuldade de prevenção e tratamento das dores na coluna é devida a sua etiologia ser multifatorial e também devido ao fato de que muitas das suas causas ainda permanecem desconhecidas. Frequentemente, as dores na coluna estão associada ao sedentarismo, sendo considerada uma das mais comuns doenças hipocinéticas.

O método Pilates® (nível intermediário-avançado) mostrou-se eficiente para promover aumento do pico de torque, trabalho total, potência e quantidade de trabalho total dos músculos relacionados à extensão do tronco. Esses resultados indicam que esse método de treinamento pode ser utilizado como estratégia para o fortalecimento dessa musculatura, atenuando o desequilíbrio entre a função dos músculos envolvidos na extensão e flexão do tronco (OLIVEIRA et al., 2013).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, pode-se concluir que o Método Pilates, como tratamento reabilitador de pacientes portadores de dores na coluna é de extrema importância, pois tem como base a contrologia, a qual é denominada o controle consciente de todos os movimentos musculares do corpo.

Da mesma forma o método é capaz de melhorar a flexibilidade geral do corpo, o alinhamento postural e a coordenação motora, além de aumentar a força muscular, o que irá demonstrar relação direta com o processo de reeducação postural.

Como o Pilates é realizado em decúbito dorsal, ocorre a diminuição dos impactos nas articulações de sustentação do corpo na posição ortostática e, principalmente, na coluna vertebral, permitindo recuperação das estruturas musculares, articulares e ligamentares.

REFERÊNCIAS

COMUNELLO, Joseli Franceschet. **BENEFÍCIOS DO MÉTODO PILATES E SUA APLICAÇÃO NA REABILITAÇÃO.** Disponível em:

<<http://www.pilatesfisios.it/ricerche%20pdf/BENEFICIOS%20DO%20METODO%20PILATES.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2019.

COSTA, Leticia Miranda Resende da; ROTH, Ariane; NORONHA, Marcos de. **O método pilates no Brasil: uma revisão de literatura**. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1151.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2019.

FERREIRA, Cristiane Bainchetti et al. **O método Pilates ® sobre a resistência muscular localizada em mulheres adultas**. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2007000400007>. Acesso em: 17 abr. 2019.

FIORELLI, Alexandre et al. **REDUÇÃO DA ESCOLIOSE IDIOPÁTICA JUVENIL PÓS-INTERVENÇÃO CINESIOTERAPÊUTICA: RELATO DE CASO**. Disponível em:

<https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43454246/REDUO_DA_ESCOLIOSE_IDIOPTICA_JUVENIL_PS-20160307-10229-1bdshvk.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1555453211&Signature=sQAh5cLY4K9Ejt%2BtcRMnl8ncmYY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DREDUCAO_DA_ESCOLIOSE_IDIOPATICA_JUVENIL.pdf>. Acesso em: 17

abr. 2019.

abr. 2019.

KOLYNIK, Inélia Ester Garcia Garcia; CAVALCANTI, Sonia Maria de Barros; AOKI, Marcelo Saldanha. **Avaliação isocinética da musculatura envolvida na flexão e extensão do tronco: efeito do método Pilates**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbme/v10n6/a05v10n6.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2019.

MOURA, Pâmela Miotti de et al. **Efeito do método Pilates sobre a escoliose idiopática: estudo de caso**. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Eloa_Yamada/publication/287325348_Eff

ect_of_the_pilates_method_on_idiopathic_scoliosis_A_case_study/links/5817745008aeffbed6c3341a/Effect-of-the-pilates-method-on-idiopathic-scoliosis-A-case-study.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2019.

SEGURA, Dora de Castro Agulhon et al. **ESTUDO COMPARATIVO DO TRATAMENTO DA ESCOLIOSE IDIOPÁTICA ADOLESCENTE ATRAVÉS DOS MÉTODOS DE RPG.** Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1813/1277>>. Acesso em: 17 abr. 2019.

SILVA, Anne Caroline Luz Grudtner da; MANNRICH, Giuliano. **PILATES NA REABILITAÇÃO: uma revisão sistemática.** Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/19479/18823>>. Acesso em: 17 abr. 2019.

O TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL OU FOBIA SOCIAL: UMA VISÃO DA TEORIA COMPORTAMENTAL

Maria Eduarda Cecchin⁰
Vanessa Kit⁰
Darcielle Mibach⁰

RESUMO: Neste artigo veremos o que é o transtorno de ansiedade social, mais conhecido como fobia social e como essa temática pode ser abordada dentro das técnicas de terapia comportamental. O transtorno trata-se de pessoas que possuem um medo acentuado em expor-se diante de situações que representem perigo para ela, mas que para outros é vista como uma situação comum do cotidiano, como por exemplo, falar em público, comer e escrever na frente de outras pessoas, entre outras circunstâncias onde a pessoa sente medo de comportar-se de forma inadequada e ser julgada pelos demais. A terapia comportamental utiliza de uma técnica científica que busca a melhoria dos comportamentos através da aprendizagem ou aprimoramento dos antigos. O objetivo desse material é apresentar técnicas que possam ser usadas pelos psicólogos dentro da abordagem comportamental na busca da melhoria sintomática do indivíduo em sofrimento, tais técnicas aqui abordadas são a dessensibilização sistemática, treinamento de habilidades, modelação e ensaio comportamental.

PALAVRAS-CHAVE: fobia social, transtorno de ansiedade social, terapia comportamental

ABSTRACT: This article will talk about the concept of social anxiety disorder, as known as social phobia and how this thematic can be approached by the techniques of behavioral therapy. The disorder affects people who have a heightened fear of exposing themselves in situations that represent danger for them, but, at the same time, the situation is common in the daily life of others, such as public speaking, eating and writing in front of other people, among other situations where the person is scared of being judged by other people because of its behavior. The behavioral therapy is based in a scientific technique which looks for na improvement of the behaviors by learning new ones or enhancing the old ones. The goal of this material is to presente techniques that can be used by psychologists in the behavioral approach in the search for a symptomatic improvement of the person in suffering. The techniques here mentioned are systematic desensitization, treinee ability, modelation and behavioral trial.

KEY-WORDS: social phobia, social anxiety disorder, behavioral therapy

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho aborda a temática do transtorno de ansiedade social, também conhecido como fobia social, que se caracteriza como um medo exacerbado de relações interpessoais e contato com outros indivíduos.

⁰ Acadêmica do 3º ano do curso de Psicologia do Centro Universitário do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

⁰ Acadêmica do 3º ano do curso de Psicologia do Centro Universitário do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

⁰ Professora orientadora do Curso de Psicologia do Centro Universitário do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

(KNIKNIK, et al., 2005). A fobia social possui suas ramificações, que são fobia social generalizada e circunscrita ou somente de desempenho. (DSM-V, 2014)

A fobia social generalizada afeta o sujeito em todos os âmbitos de contato e interação social, impossibilitando o contato do sujeito com outras pessoas devido ao seu nível exacerbado de ansiedade. No caso da fobia social circunscrita ou somente de desempenho, a ansiedade está ligada a, no máximo, duas situações sociais, como falar em público. Esta não afeta o convívio em todos os seus níveis. (DSM-V, 2014)

A abordagem escolhida para o tratamento da fobia social, foi a terapia comportamental que trata a fobia social como uma resposta condicionada que ocorre na presença de situações causadoras de ansiedade – como o contato social ou o relacionamento com outras pessoas –, que são tratadas como estímulos condicionados. (GUSMÃO, et al., 2013)

A mesma abordagem possui diversas técnicas de intervenções para o tratamento do transtorno em questão, visando a melhoria da qualidade de vida, tanto interpessoal, como intrapessoal do indivíduo. (SAFFI; SAVOIA; NETO, 2008) Neste trabalho, será discutido quatro tipos de procedimentos que podem ser realizados no contexto clínico, que são: dessistematização sistemática, treinamento de habilidades sociais, modelação e ensaio comportamental, também conhecido como role-play.

Durante o tratamento, o indivíduo pode também necessitar de tratamentos complementares que podem beneficiar no progresso e evolução do caso clínico. Dessa maneira, o tratamento medicamentoso pode ser uma opção de auxílio para o avanço e melhoria do fóbico social, onde existem opções de medicamentos focados no tratamento da fobia em questão. (SILVEIRA; VALENÇA, 2005).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DEFINIÇÃO DE FOBIA SOCIAL

É comum que as pessoas se sintam ansiosas em determinadas situações no convívio social, e normalmente, não é algo que dificulta o funcionamento social aquedado da pessoa, e que de alguma forma prejudique

seus desempenhos sociais. Entretanto, para algumas pessoas a ansiedade é apresentada de uma forma mais elevada, nos casos de transtorno de ansiedade social, onde o indivíduo evita várias situações de interação social por sua intensa preocupação em ser julgado negativamente pelos outros. (GOUVEIA, 2000)

O transtorno de ansiedade social, também conhecido como fobia social, é um medo exacerbado e persistente em momentos de interação social, onde o indivíduo se sente julgado e observado pelos outros. A pessoa com fobia social apresenta medo de agir de forma constrangedora na frente de outras pessoas, sendo assim, tais situações são evitadas e podem ocasionar em um sofrimento e ocorrer uma interferência significativa na rotina e em seus relacionamentos interpessoais. (KNIKNIK; et al., 2005)

Dividida em dois subtipos, a generalizada que está presente na maioria das situações de interação social, associada a um histórico de timidez desde a infância, sendo o tipo mais incapacitante, tendo indícios de comorbidades e origem familiar ou de curso crônico. Pessoas com fobia social generalizada sofrem maior comprometimento e a ansiedade é mais agravante nesse caso, já que está relacionada a quase todos os tipos de interação social e de desempenho, com maiores chances de ser acompanhada por comorbidades (DSM-V, 2014)

O segundo subtipo é a circunscrita, tendo antecedentes traumáticos, sendo restrita a no máximo duas situações de interação social, como nos casos de falar em público ou comer na frente de outras pessoas. É ligada apenas ao desempenho, não afetando a interação social. O que diferencia os dois tipos é a extensão que eles afetam o bem-estar, mesmo tendo uma diferença pouco significativa. (DSM-V, 2014)

Os indivíduos com transtorno de ansiedade social do tipo somente de desempenho têm preocupações com desempenho que são geralmente mais prejudiciais em sua vida profissional ou em papéis que requerem falar em público. Os medos de desempenho também podem manifestar em contextos de trabalho, escola ou acadêmicos nos quais são necessárias apresentações públicas regulares. Os indivíduos com transtorno de ansiedade social somente de desempenho não temem ou evitam situações sociais que não envolvam o desempenho. (DSM-V, 2014, p. 203)

Os indivíduos sentem que serão avaliadas negativamente diante de suas atitudes, ou que passaram por alguma situação embaraçosa, reagindo com

uma ansiedade intensa que pode levar a pessoa a evitar atividades em público. A ansiedade incapacita o indivíduo a passar por situações que são consideradas comuns por grande parte das pessoas, sendo entre eles o medo mais comum o de falar para uma grande plateia. (NARDI, 1999)

Critérios Diagnósticos do DSM-V para o Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social)⁰:

- A Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. Exemplos incluem interações sociais (p. ex., manter uma conversa, encontrar pessoas que não são familiares), ser observado (p. ex., comendo ou bebendo) e situações de desempenho diante de outros (p. ex., proferir palestras)
Nota: Em crianças, a ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvem seus pares, e não apenas interação com adultos.
- B O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente (i.e., será humilhante ou constrangedor; provocará a rejeição ou ofenderá a outros).
- C As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade.
Nota: em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expresso chorando, com ataques de raiva, imobilidade, comportamento de agarrar-se, encolhendo-se ou fracassando em falar em situações sociais.
- D As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade.
- E O medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social e o contexto sociocultural.
- F O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente durando mais de seis meses.
- G O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo
- H O medo, ansiedade ou esquiva não é consequência dos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica.

⁰ Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V [American Psychiatric Association] 2014

- I O medo, ansiedade ou esquiva não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental, como transtorno do pânico, transtorno dismórfico corporal ou transtorno do espectro autista.
- J Se outra condição médica (p. ex., doença de Parkinson, obesidade, desfiguração por queimaduras ou ferimentos) está presente, o medo, ansiedade ou esquiva é claramente não relacionado ou é excessivo.

Os sintomas que acompanham as situações de ansiedade normalmente são descritos como palpitação, tremor, sudorese, tensão muscular, boca seca, náuseas, diarreia ou dor de cabeça, e o medo exagerado. Sendo persistente, durando mais do que seis meses, e é assim que é possível diferenciar o transtorno dos medos comuns, e deve ser usado como um guia geral, com possibilidade de flexibilidade. (DSM-V, 2014)

A estimativa de prevalência do transtorno em muitas partes do mundo é de menos de 12 meses, de maneira geral, é encontrado mais prevalência do transtorno em pessoas do sexo feminino do que nos de sexo masculino, e apresentada mais em adolescentes e jovens adultos. As pessoas do sexo feminino são as que mais relatam medos e transtornos depressivos, bipolar e ansiedade como comorbidade, enquanto as pessoas do sexo masculino recorrem ao uso de álcool e drogas ilícitas para aliviar os sintomas do transtorno. (DSM-V, 2014)

O transtorno de ansiedade social, de certa forma, traz sofrimento e prejuízos significativos para aqueles que apresentam suas características, afetando suas relações sociais, como relacionamentos, sua profissão e desempenho acadêmico, associada a evasão escolar e prejuízos no bem-estar, interferindo na rotina normal do indivíduo. (DSM-V, 2014)

2.2 DEFINIÇÃO DE TERAPIA COMPORTAMENTAL

A terapia comportamental, se conceitua como:

“[...] o processo de aplicação de princípios da teoria da aprendizagem para a melhoria de comportamentos específicos e, simultaneamente, de avaliação de quaisquer modificações observadas, analisando se elas são de fato atribuíveis ao processo de aplicação e, em caso positivo, a que partes desse processo.” (SAFFI; SAVOIA; NETO, 2008, p. 285)

Conforme Skinner (1986, apud. Saffi; Savoia; Neto 2005) essa abordagem se baseia em um método científico, a mesma analisa os problemas do paciente e adapta técnicas especificamente focadas em um resultado que possa ter suas evidências comprovadas. O trabalho do psicólogo comportamental, portanto, é contribuir para a construção ou fortalecimento de repertório comportamental do sujeito.

A terapia comportamental, de acordo com Cordioli (2008) é fundamentada na aprendizagem para a investigação, manutenção e tratamento de determinado sintoma ou transtorno que pode estar acarretando o indivíduo. Esta área abrange o condicionamento clássico de Pavlov, condicionamento operante de Skinner e a aprendizagem social de Bandura.

O condicionamento clássico foi um termo cunhado por Pavlov, qual estudou o condicionamento respondente em cães, observando que eles salivavam todas as vezes que iriam ser alimentados, resolveu então fazer um experimento para estudar seus reflexos. O mesmo consistia em tocar uma sineta todas as vezes em que os animais vissem um pedaço de carne. (LEONARDI, 2015).

Cordioli (2008) explana que os estímulos neutros (sineta) eram pareados com um estímulo incondicionado (comida), até aquele provocar a mesma resposta provocada pelo estímulo incondicionado (salivação), tornando-se um estímulo condicionado. Essa teoria pode esclarecer o aparecimento de medos – antes inexistentes – no sujeito, por exemplo.

Já o condicionamento operante de Skinner, é focado em comportamentos sobre o ambiente, quais, conseqüentemente, irão resultar em uma resposta que irá causar uma mudança. (CORDIOLI, 2008). O comportamento operante abrange a ação do indivíduo no ambiente e a sua consequência nele. (SCHULTZ; SCHULTZ, 2015).

Essas consequências podem aumentar ou diminuir a probabilidade do comportamento ser novamente realizado. Quando a consequência aumenta a frequência comportamental, é chamada de reforço positivo. Caso contrário ocorra, e a retirada do comportamento cause aumento da frequência, denomina-se reforço negativo. (SAFFI; SAVOIA; NETO, 2008)

Cordioli (2008) exemplifica um comportamento operante usando a esquiva fóbica, onde esta tem o objetivo de evitar a ansiedade que o medo poderia gerar, ou seja, a esquiva fóbica é um reforço negativo com a finalidade de evitar uma consequência. Saffi, Savoia e Neto (2008) citam que o trabalho do terapeuta é a modificação das contingências de reforço, mudando o comportamento não desejado.

Por fim, a aprendizagem social de Bandura, é estabelecida a partir de comportamentos observados, onde o sujeito acaba realizando a imitação de comportamentos realizados por terceiros. Esse modelo observado vai ter um impacto no observador, que possui mais probabilidade de reproduzi-los dependendo das suas características pessoais e cognição. (SAFFI; SAVOIA; NETO, 2008)

Saffi, Savoia e Neto (2008) explanam que a terapia comportamental é indicada para o tratamento de quaisquer problemas de saúde e comportamento da área da psiquiatria ou psicologia, como fobias, transtornos alimentares, transtornos de ansiedade, depressão, entre outros. Além disso, é também indicada para o autoconhecimento, onde o terapeuta mostra variáveis influenciadoras de comportamento e possíveis mudanças no ambiente.

2.3 FOBIA SOCIAL PARA A ABORDAGEM COMPORTAMENTAL

A ansiedade, na visão comportamental, é vista como um desconforto emocional que pode causar mudanças somáticas, fazendo dessa maneira, uma relação direta com o medo da situação ou objeto em questão. Na tentativa de afastar ou adiar esse sentimento de medo, o sujeito desenvolve a esquiva fóbica sobre o estímulo considerado ameaçador. (GUSMÃO, et al., 2013)

Gusmão et al. (2013) abordam que, no transtorno de ansiedade social – ou fobia social – o medo é resultado dos relacionamentos e contatos sociais e a aversão de possíveis julgamentos de terceiros, em consequência, são evitados ou eliminados os estímulos que geram esses sentimentos e sensações, assim sendo, o indivíduo passa a se isolar para esquivar prováveis respostas.

Sintetizando o que foi explanado de uma maneira técnica, a ansiedade sentida é uma resposta condicionada que se desencadeia mediante estímulos condicionados, que no caso são as situações fóbicas. A evitação dessas situações é reforçada, porém, por meio desse comportamento de esquiva, a ansiedade é mantida visto que o indivíduo sozinho muitas vezes não consegue comprovar que a situação que causa ansiedade não representa grande perigo. (GUSMÃO, et al., 2013)

2.4 A FOBIA SOCIAL E TÉCNICAS DA TERAPIA COMPORTAMENTAL

2.4.1 Dessensibilização sistemática

A dessensibilização sistemática é uma técnica psicológica adequada para o tratamento de fobias – incluindo, portanto, a fobia social. Zamignani (2004) declara que a técnica foi criada por Joseph Wolpe, nos anos 40, a mesma teria sido inspirada no procedimento de relaxamento progressivo, elaborado por Jacobson na década de 1930.

A dessensibilização sistemática engloba quatro etapas, onde a primeira delas é o relaxamento. É uma etapa ampla, onde o terapeuta pode utilizar de vários métodos, como a meditação, controle da respiração, pensamentos fantasiosos, ou até mesmo o relaxamento progressivo anteriormente citado, qual consiste em tensionar os músculos e logo após relaxá-los. (ZAMIGNANI, 2004)

O segundo momento consiste no desenvolvimento de uma escala de ansiedade subjetiva, também conhecida como SUDS. É necessário que o terapeuta e paciente trabalhem juntos, onde o paciente irá citar qual a sua maior ansiedade ou medo, qual terá o valor de 10 ou 100, e um estado em que ele contemple maior tranquilidade, valendo 0. A partir disso, outras ansiedades são colocadas em ordem hierárquica. O objetivo da escala é de mensurar o que gera a ansiedade, assim como verificar o grau de ansiedade do paciente durante o processo de dessensibilização. (WOLPE, 1973, apud. ZAMIGNANI, 2004)

A terceira etapa é mais específica que a primeira, é nela que o paciente classifica eventos de ansiedade ou esquiva, com isso, coloca-se um nível de

ansiedade nestes, assim como foi usado na escala de ansiedade subjetiva. Zamignani (2004) afirma que esses eventos podem ser reais ou imaginários, os mesmos devem ser elencados pelo paciente após um relaxamento. Essa escala pode ser modificada durante o procedimento da dessensibilização sistemática se o indivíduo se sentir mais ansioso com acontecimentos antes subestimados ou nunca experimentados.

O quarto e último momento é, finalmente, o procedimento de dessensibilização propriamente dita, na qual, conforme Zamignani (2004) o paciente é exposto aos estímulos que eliciam a ansiedade e, ao mesmo tempo, utiliza as técnicas de relaxamento previamente aprendidas. Essa exposição pode ocorrer ao vivo ou por imaginação quando a reprodução do estímulo eliciador é inviável ou impossível.

Uma vantagem da dessensibilização sistemática é que esta gera um nível baixo de aversão por ser diretamente interligada com o relaxamento. Em contrapartida, o nível de probabilidade de habituação é menor. O procedimento pode levar de alguns minutos a até algumas horas, dependendo de quais são os eventos provocadores da ansiedade e do seu nível. (ZAMIGNANI, 2004)

2.4.2 Treinamento de habilidades

Segundo Rocha, Silva e Verdu (2012) os sujeitos que sofrem com o quadro fóbico social possuem um repertório de habilidades no âmbito social inferior se comparado com sujeitos que não apresentam o mesmo quadro clínico. A causa disso é justamente o afastamento que os fóbicos sociais fazem de outras pessoas por medo das relações e julgamentos que podem sofrer.

Uma intervenção que foca no aumento do repertório comportamental do indivíduo, é o treinamento de habilidades sociais. Segundo Murta (2005), a técnica foi criada nos anos de 1970, na Inglaterra. Durante a mesma época, estudos foram estadunidenses adicionaram conteúdo na mesma, tendo contribuições do Treinamento Assertivo.

O treinamento de habilidades sociais consiste em duas etapas, que podem ou não serem separadas. A primeira etapa é a avaliação, podendo ser realizada a partir de entrevistas, questionários, observação direta dos

comportamentos, entre outros. Seu principal objetivo é identificar possíveis déficits comportamentais, ponderando seus antecedentes e consequências, assim como as emoções envolvidas em determinadas circunstâncias. (MURTA, 2005)

A segunda etapa do treinamento, é a intervenção. Assim como Murta (2005) apresenta, são várias as possíveis intervenções. Por exemplo, o profissional pode optar pelo ensaio de comportamentos diante diversas situações, tarefas de casa, relaxamento, reestruturação cognitiva, e assim por diante. Essas técnicas tendem a gerar uma mudança nos componentes cognitivos, fisiológicos e comportamentais do indivíduo.

As intervenções podem ser realizadas de maneira multicomponentes, onde são abordados diversos temas, como empatia, assertividade e relacionamentos, o seu objetivo é desenvolver maior habilidade de comunicação no paciente. Existe também as intervenções unicomponentes possuem apenas um foco, qual pode estar nas habilidades sociais ou outro tema dependendo do contexto. (MURTA, 2005)

2.4.3 Modelação

O termo usado pode ser encontrado de diferentes modos, como modelação, aprendizagem por observação, aprendizagem social, aprendizagem vicariante e identificação, variando conforme o autor. A imitação é uma técnica de aprendizagem em que a pessoa observa um modelo, e com isso aprende novos comportamentos ou modifica seus antigos. (MIKULAS, 1977 apud. DERDYK; GROBERMAN, 2004)

Essa aprendizagem acontece pela possibilidade de que a pessoa seja reforçada assim como ocorre com o modelo, para Skinner (1989/1991, apud DERDYK; GROBERMAN, 2004) é um processo a que se dá através de uma seleção natural e ao condicionamento operante, e a resposta do comportamento imitado só permanece devido ao reforçamento positivo ou negativo.

Dentro da prática clínica, o terapeuta sempre busca encontrar e analisar os comportamentos abertos e encobertos do cliente e quais consequências

geram e, possivelmente, substituir por comportamentos que forneçam consequências mais adaptativas para determinadas situações, buscando sempre o bem-estar e uma vida mais satisfatória para o cliente. (DERDYK; GROBERMAN, 2004)

Segundo Derdyk e Groberman (2004, p. 209) “a modelação é especialmente útil quando uma pessoa apresenta um desempenho inadequado ou não consegue interagir em um determinado contexto”, sendo necessário que o cliente observe uma situação de comportamento de outra pessoa e, em seguida tenta imitar. O terapeuta por sua vez deve falar sobre o desempenho do cliente e reforçar os aspectos positivos e sugerindo dicas para o aperfeiçoamento.

Por exemplo, para uma pessoa com fobia social o terapeuta poderia indicar para que essa participasse de palestras e notasse a postura do palestrante, e em seguida imitasse o comportamento junto do terapeuta, que lhe reforçaria assinalando os aspectos positivos de seu comportamento, e apontaria quais os outros aspectos que poderiam ser melhorados. Após essa prática o terapeuta poderia aumentar o nível de dificuldade pedindo para que a pessoa se apresentasse para um número maior de pessoas, podendo ser em reuniões familiares ou para amigos.

2.4.4 Ensaio comportamental ou role-play

É uma técnica baseada nas ideias de procedimento desenvolvidas por Moreno, criador do Psicodrama, e os trabalhos de Wolpe e Lazarus. Os autores costumavam trabalhar com casos de fobias, e usavam técnicas que focassem na aprendizagem de novos padrões de comportamentos, substituindo aqueles estímulos que anteriormente causavam o medo. Wolpe enfatizava a influência das consequências ambientais para a realização da aquisição de novos comportamentos assim como na oportunidade de ensinar o cliente a resolver os problemas no contexto terapêutico (OTERO, 2004)

A técnica é usada para pessoas que apresentam alguns tipos de dificuldades de interação social, e que em decorrência disso têm problemas com muitas situações de incomodo, onde acabam se isolando e afastando-se

de um convívio saudável como as demais pessoas. Segundo Otero (2004) Ensaio Comportamental é uma técnica que visa instalar ou aperfeiçoar habilidades interpessoais para que o cliente possa melhorar seu convívio social.

O Ensaio Comportamental é como se fosse uma peça teatral onde o terapeuta e o cliente simulam situações da vida real da pessoa onde ela apresenta dificuldades, o terapeuta pode assumir o papel se colocando no lugar do cliente, servindo como um modelo. Sendo uma técnica que pode ser trabalhada com crianças, adolescentes e adultos, podendo ser aplicada em terapia individual, em grupos, em casal ou familiar. (OTERO, 2004)

O Ensaio Comportamental, portanto, é um procedimento essencial e eficaz no desenvolvimento de comportamentos assertivos, na identificação de sentimentos e na aprendizagem da maneira adequada de exprimi-los. Também é eficiente na aquisição do comportamento de observar a si e aos outros com quem se interage. Só deve ser utilizado, a exemplo de qualquer outra técnica, após o estabelecimento de um bom vínculo (terapêutico ou não) e do domínio dos princípios nela envolvidos. (OTERO, 2004, p. 213)

2.5 O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NA FOBIA SOCIAL

De acordo com Silveira e Valença (2005, p. 24) “A fobia social pode ser tratada por meio de medidas psicoterápicas e farmacológicas, sendo o ideal a combinação de ambas. [...]”. Focalizando no tratamento medicamentoso, os autores afirmam que boa parte dos tratamentos para o alívio da fobia social são realizados com Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS). Nardi (1999) pontua que os ISRS são antidepressivos e se caracterizam como a primeira escolha de fármacos para os fóbicos sociais pois a partir de pesquisas, foram os medicamentos que melhor se adaptaram ao paciente.

Uma outra opção medicamentosa são os Inibidores da monoaminoxidase (IMAOs), no entanto, Silveira e Valença (2005) assinalam que este não deve ser a primeira escolha para o paciente, podendo causar efeitos colaterais significativos e sequelas graves no paciente. Nardi (1999) pontua que os IMAOs podem causar crises hipertensivas graves, deixando o paciente em risco por conta da mesma.

Há também a alternativa de antidepressivos tricíclicos, que mostram eficácia em alguns casos, contudo, podem causar sudorese e tremor como

efeitos colaterais. (SILVEIRA; VALENÇA, 2005). Esses efeitos colaterais possuem grande potencial de gerar mais ansiedade e, conseqüentemente, causar maior fobia social no sujeito que deste faz uso. (NARDI, 1999)

O tratamento pode também ser realizado com benzodiazepínicos, quais Nardi (1999) diz que pesquisas mostraram que eles podem ser eficazes, como o clonazepam e bromazepam. Entretanto, não deve ser considerado como primeira escolha pelo fato de que ele possui grande potencial para causar dependência, além do mais, pode desencadear ou intensificar sintomas depressivos.

Há também a opção dos betabloqueadores, todavia, estes são mais indicados quando a fobia social é do tipo circunscrito, pois, conforme Silveira e Valença (2005) pontuam, este fármaco acaba diminuindo alguns sintomas ansiosos, como o tremor e a taquicardia em situações específicas que desencadeia a ansiedade. Ainda não foram pontuados efeitos colaterais nos pacientes que deles fazem uso.

Segundo Nardi (1999) o tratamento com medicamentos deve ser prolongado, com duração superior a dois anos. Caso o uso da medicação seja suspenso, há uma chance estatística de 90% de reaparecimento dos sintomas fóbicos, nessas situações, o tratamento deve ser reiniciado com a opção que resultou em melhor adaptação e reação. Se a medicação foi suspensa por conta dos efeitos colaterais, deve-se investigar aqueles que causem menos prejuízos ao paciente.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, concluímos que a abordagem de terapia comportamental apresenta uma ampla oportunidade de métodos que possam ser utilizados em clínica com pessoas que possuem o transtorno de ansiedade social, visto que pode ser abordado de diferentes formas, dependendo da situação avaliada pelo terapeuta comportamental.

Tais procedimentos aqui explanados tratam a fobia social de forma que o indivíduo busque enfrentar suas limitações junto ao terapeuta, que é quem vai auxiliar nesse processo, para que aos poucos seu comportamento de esquivar

diante de situações onde apresenta os sintomas fóbicos sejam substituídos ou aprimorados para comportamentos mais adequados.

As técnicas abordadas neste artigo têm como finalidade fazer com que o indivíduo consiga uma melhoria em seus sintomas, aprendendo a agir diante das situações que antes eram evitadas pelo medo em demasia. A prática terapêutica é de suma importância para que esses indivíduos possam ter uma rotina saudável, evitando que sofram prejuízos decorrentes de seus medos.

Entretanto, algumas vezes se faz necessário tratamentos complementares que possam contribuir para o avanço dos resultados, o tratamento medicamentoso demonstra-se efetivo em alguns resultados para que ocorra alívio de sintomas ansiosos que de alguma forma interferem no desempenho do indivíduo.

Sendo assim, o método de terapia comportamental exibe capacidade para atender demandas de casos de fobia social, tendo um repertório de procedimentos, que de alguma maneira, servirão para auxiliar no progresso de evolução do tratamento psicoterapêutico.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association, Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM-V**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CORDIOLI, A. V. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DERDYK, P. R. GROBERMAN, S. S. Imitação. In: ABREU, C. N. GUILHARDI, H. J. (Orgs.) **Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas**. 1 ed. São Paulo: Roca, 2004.

GUSMÃO, E. F. S. et al. **Contribuições da terapia cognitivo-comportamental para o tratamento da fobia social**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas 2013, pp.118-125.

KNIJNIK, Daniela Z. et al. **Tratamento Farmacológico da Fobia Social: diretrizes e algoritmo**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GOVEIA, José P. **Ansiedade Social: Da Timidez à Fobia Social**. Coimbra: Quarteto Editora, 2000.

LEONARDI, J. L. **O lugar da terapia analítico-comportamental no cenário internacional das terapias comportamentais: um panorama histórico.** Revista Perspectivas, 2015. vol. 06. nº 02, pp. 119-131.

MURTA, S. G. **Aplicações do Treinamento em Habilidades Sociais: Análise da Produção Nacional.** Psicologia: Reflexão e Crítica, 2005, 18(2), pp.283-291.

NARDI, A. E. **O tratamento farmacológico da fobia social.** Revista Brasileira de Psiquiatria. vol. 21, n. 4. São Paulo, dezembro, 1999.

ROCHA, J. F., SILVA, A. T. B., VERDU, A. C. M. A. **O uso do treino de habilidades sociais em pessoas com fobia social na terapia comportamental.** Perspectivas vol.3 no.1 São Paulo, 2012.

SAFFI, F. SAVOIA, M. NETO, F. L. Terapia comportamental e cognitivo-comportamental. In: CORDIOLI, A. V. (Org.) **Psicoterapias: abordagens atuais.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SCHULTZ, Duane, P. SCHULTZ, Sydney, E. **Teorias da Personalidade.** 3 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015.

SILVEIRA, D. G. e VALENÇA, A. M. **Fobia Social: clínica e tratamento.** Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal. vol. 99, n. 2. Rio de Janeiro, abril/maio/junho, 2005.

OTERO, V. R. L. Ensaio Comportamental. In: ABREU, C. N. GUILHARDI, H. J. (Orgs.) **Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas.** 1 ed. São Paulo: Roca, 2004.

ZAMIGNANI, D. R. Dessensibilização Sistemática ao Vivo. In: ABREU, C. N. GUILHARDI, H. J. (Orgs.) **Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas.** 1 ed. São Paulo: Roca, 2004.

ORIENTAÇÃO VOCACIONAL NO PERCURSO DE ESCOLHA PROFISSIONAL EM ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADAS

Mariane Marques Gaudencio⁰
Ivan Gross⁰
Guidie Elleine Nedochetko Rucinski³

RESUMO: O presente artigo aborda a tentativa de instilar a esperança e perspectiva de vida de adolescentes no contexto institucional em União da Vitória - PR, utilizando-se como proposta de atividade a ser realizada a orientação profissional, obtendo-se uma coleta e análise de dados para entender eventuais expectativas construídas pelas adolescentes. Dessa forma, visto que a adolescência é uma etapa de individualização na qual ocorre um período de transição da infância para a vida adulta, nesta fase o adolescente começa a ter outra visão de realidade, e isso inclui a escolha profissional. Nesse sentido, o método a ser utilizado é um questionário de inclinações pessoais, este aborda aptidões, expectativas e potencialidades dos indivíduos, a fim de se obter um melhor conhecimento dos aspectos psicológicos relacionados ao contexto da dinâmica de grupo. Sendo assim, evidencia-se o importante papel dos profissionais inseridos nesse contexto, uma vez que é fundamental o apoio e um meio facilitador no processo de vida dentro da instituição, garantindo as condições necessárias para o seu desenvolvimento, tanto no presente quanto no futuro.

PALAVRAS-CHAVE: Orientação Profissional. Vocação. Institucionalização. Perspectiva de Vida.

ABSTRACT: The present article broaches the attempt of placing hope and life perspective in adolescents in the educational context in União da Vitória – PR, using as an activity proposal the professional orientation test, obtaining data collection and analysis in order to understand eventual expectations built by the adolescents. Therefore, since the adolescence is a stage of individualization in which occurs a period of transition from childhood to adult life, in this stage the adolescent starts to acquire a new vision of reality, and that includes the professional choice. In this sense, the method used is a questionnaire of personal inclinations, which addresses the individual's aptitudes, expectations and potentialities, in order to obtain a better knowledge of the psychological aspects related to the group dynamic's context. On that account, the significant role of the professionals inserted in this context becomes evident, given the need of support and a facilitator mean in the life process inside the institution, ensuring the necessary conditions for their development, both now and in the future.

KEYWORDS: Professional Orientation. Vocation. Institutionalization. Life Perspective.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo foi realizado com base nas observações de terapias grupais realizadas no Instituto Palazzolo de União da Vitória – PR, onde os grupos terapêuticos, formado por meninas, têm como intuito auxiliar, acolher e

0 Acadêmica do Curso de Psicologia das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU, União da Vitória, Paraná, Brasil. mariane-mg@hotmail.com.

0 Psicólogo, Mestre em Educação. Professor do curso de Psicologia das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU, União da Vitória, Paraná, Brasil. ivangross@yahoo.com.br.³ Psicóloga. Responsável Técnica do Serviço-Escola. Supervisora de Estágio Clínico e Professora do curso de Psicologia das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU, União da Vitória, Paraná, Brasil. prof_guidierucinski@uniguacu.edu.br.

orientar as integrantes a estarem mais bem preparadas para as situações em geral. De acordo com a demanda apresentada pelos responsáveis da Instituição, sentiu-se a necessidade de trabalhar o conhecimento próprio e social, proporcionando uma afinidade de suas características pessoais relacionando-as com profissões.

Nesse sentido, é relevante trabalhar questões voltadas à orientação vocacional das adolescentes institucionalizadas, visto que as mesmas demonstram grande interesse em falar sobre carreiras profissionais e visões de futuro, bem como se torna imprescindível instilar sua perspectiva de vida, principalmente em decorrência da institucionalização. Dessa forma, por meio da orientação vocacional, o artigo visa discorrer sobre as aptidões, expectativas e potencialidades dos indivíduos, apresentando a discussão de uma coleta de dados, com a finalidade de se obter um melhor conhecimento dos aspectos psicológicos relacionados ao contexto da dinâmica de grupo.

2 DESENVOLVIMENTO

As casas abrigo surgiram com o intuito de auxiliar as mulheres, adolescentes e crianças que foram, ou que ainda são, vítimas de violência, principalmente as que, diante de maus tratos, se vêem obrigadas a abandonar o local que residem, sem possuir qualquer recurso, pensando apenas no bem-estar de seus filhos. Sendo assim, as casas abrigo se encaixam em um contexto crucial para a melhoria da segurança, de competências e recursos, estes necessários para que haja à reorganização do novo projeto de vida (COUTINHO; SANI, 2010).

Desde que surgiram as casas de abrigo, muitas pesquisas já foram realizadas e, na maioria delas, as crianças e adolescentes entendem o processo de estar institucionalizado como algo positivo, porém relatam que, com o decorrer dos dias, acabam sentindo saudades de seus familiares ou pessoas com as quais viviam - mãe, irmãos ou avós. Desse modo, crianças e adolescentes que já conseguem entender e refletir sobre o motivo de estarem longe de seus familiares, concluem que toda essa distância, às vezes, acaba

sendo necessária, visto que experimentam novas e construtivas oportunidades, diferente do que estavam acostumadas a viver (FEITOSA, 2011).

Um fator considerado extremamente importante nesse contexto é o apego, este é tido como base para determinar as relações duradoras e mútuas, que reforçam o estado de segurança entre a pessoa apegada e sua figura de apego. Estabelecer uma rede de apoio social, advinda das ligações iniciais da criança, começa a se formar quando a mesma se expande socialmente, relacionando-se com pessoas que não estejam ligadas ao seu vínculo familiar, como, por exemplo, os professores com os quais se relaciona durante o curso escolar, auxiliando-os de diversas maneiras, nos mais variados contextos (ALEXANDRE; VIEIRA, 2004).

Considerando que a rede de apoio social é dinâmica, ou seja, está sempre em constante mudança, é construída ao longo da vida do indivíduo, permitindo que o mesmo tenha maiores oportunidades de desenvolvimento, visto que não está próximo de pessoas que o protejam dos eventos adversos, dessa forma, é capaz de se ajustar a possíveis situações com mais facilidade. Nesse sentido, o indivíduo consegue se tornar um ser mais resiliente, se adaptando a diversos ambientes, assim, pode-se dizer que uma relação segura de apego e apoio pode reduzir os efeitos dos problemas, auxiliando na resiliência do indivíduo apegado (ALEXANDRE; VIEIRA, 2004).

Quando se trata de uma criança institucionalizada, observa-se que, mesmo recebendo cuidados alimentares, higiênicos e médicos, a mesma desenvolve-se tardiamente, pois sente dificuldade de estabelecer vínculos. Uma criança residente de casa abrigo é privada de ter uma família na qual existe intimidade e cumplicidade, e na instituição não é possível relacionar-se assim, pois existe uma enorme proporção de crianças e adolescentes em relação aos adultos. Dessa forma, o afeto recebido dos funcionários tem que ser dividido entre os residentes na casa (ALEXANDRE; VIEIRA, 2004).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) possui leis que diz respeito à questão do abrigo como uma medida de caráter provisório para a proteção de crianças e adolescentes em situações consideradas de risco pessoal e social, garantindo seus direitos. As instituições, geralmente, abrigam crianças e adolescentes cujas famílias não possuem condições de mantê-las,

inclusive por falta de recursos financeiros. O acolhimento nas Instituições está associado à tentativa de garantir a convivência familiar e comunitária e a preservação dos vínculos familiares, possibilitando a participação da comunidade no processo educativo (RIZZINI; RIZZINI, 2004).

As principais características das casas de abrigo devem estar relacionadas aos seguintes critérios: o público-alvo ser composto por crianças e adolescentes que se encontram em situação de risco ou abandono; que possua forma de atendimento em regime aberto, com 15 a 30 crianças e adolescentes; que sejam encaminhados à escola ou a cursos profissionalizantes; que estejam desenvolvendo atividades culturais, pedagógicas e lúdicas, mas que se encontrem orientados por educadores, assistentes sociais ou psicólogos; e, assim, podem permanecer acolhidas, no máximo, até completarem 18 anos (RIZZINI; RIZZINI, 2004).

Existem dois tipos de instituições de acolhimento: as públicas, ligadas aos programas municipais ou estaduais; e as privadas, vinculadas as igrejas e organizações não governamentais, esta, em geral, é recebidos recursos públicos para o desenvolvimento de suas ações. À vista disso, existem diferentes formas pelas quais são institucionalizadas, entre elas: quando são levadas por suas próprias famílias, que se encontram sem condições de prover cuidados; quando são encaminhadas pelo Juizado da Infância e Juventude, estes são os casos em que ocorre a necessidade de proteção perante situações de violência ou privação de liberdade (RIZZINI; RIZZINI, 2004).

Além disso, também é possível chegarem às instituições por vontade própria, quando buscam auxílio devido aos riscos de vida; podem ser encaminhados pela Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, quando os comportamentos incluem violência doméstica, abuso e exploração sexual; ou por encaminhamento do Conselho Tutelar, órgão encarregado por assegurar os direitos das crianças e adolescentes. Nesse sentido, as instituições possibilitam o acolhimento de indivíduos que se encontram momentaneamente sem referência familiar, sendo ameaçados, assediados ou envolvidos com o tráfico de drogas, usuários de drogas ou ainda vítimas de violência intra e extra familiar (RIZZINI; RIZZINI, 2004).

Sendo assim, é importante que a instituição tenha o entendimento que a privação de laços afetivos durante a infância e a adolescência interfere no desenvolvimento dos mesmos, podendo afetar suas relações com as demais. Vale ressaltar que a principal causa norteadora da ação dos que trabalham com crianças e adolescentes residentes em abrigos, deverá ser sempre o de garantir condições necessárias para o seu desenvolvimento, tanto no presente quanto no futuro (ALEXANDRE; VIEIRA, 2004).

Para a maioria das pessoas a adolescência é uma etapa de individualização no desenvolvimento do ser humano, é a fase na qual ocorre um período de transição da infância para a vida adulta, gerando mudanças profundas, nesta fase o adolescente começa a ter outra realidade e isso inclui a escolha profissional. A maior influência no processo de escolhas são advindas do ambiente no qual a pessoa está inserida, auxiliando ou dificultando a tomada de decisão que norteará o futuro profissional de um indivíduo, principalmente no que diz respeito à remuneração, fator este considerado primordial para a maioria dos adolescentes que almejam um futuro com mais estabilidade (JORDANI et al., 2014).

À vista disso, desenvolver as melhores potencialidades em adolescentes institucionalizadas é fundamental para que haja um maior conhecimento sobre si mesmo e sobre o mundo a sua volta. Com isso, a psicologia vocacional contribui para esse desenvolvimento subjetivo, objetivando a compreensão do bem-estar social e educativo dos jovens. Além disso, dispõe de aspectos que avaliam os interesses, capacidades e valores, esclarecendo dúvidas em relação ao futuro profissional de um indivíduo. No entanto, é necessário avaliar a construção de vida dos jovens adultos, pois é a partir desta que podem aparecer problemas de identidade vocacional (OTTATI, 2009).

O processo de orientação vocacional trata-se de um método fundamental para indivíduos que visam à satisfação profissional, mas que se encontram indecisos no momento de optarem pela melhor área de atuação. Escolher qual o melhor caminho a seguir é uma decisão difícil, pois envolve questões de afinidade, aptidões, conhecimento pessoais e diversos outros aspectos que podem influenciar a escolha de um indivíduo. Contudo, pode-se dizer que esse processo é a combinação das características determinadas

pelas profissões, assim como as características individuais, as quais são capazes de auxiliar o autoconhecimento e a tomada de decisão (DUARTE, 2009).

Muitos indivíduos já deixaram de associar a profissão de seus familiares com a sua escolha, isso se deve ao fato de estarem procurando satisfazer mais a si mesmos com o objetivo de garantir uma vida mais equilibrada e segura, no sentido de estarem auto realizados. A orientação profissional é imprescindível para estudantes concluintes do ensino médio, pois é a partir dela que é possível determinar com mais acerto o conhecimento pessoal e profissional, dando continuidade à aquisição do mesmo, com ingresso ao ensino superior (JORDANI et al., 2014).

Considerando que a maioria dos estudantes toma a primeira decisão quando muito jovem, é natural que apareçam preocupações, inseguranças e dúvidas, bem como a falta de confiança nas próprias potencialidades. Desse modo, o processo de escolhas profissionais pode se tornar uma solução diante os casos de confusão mental e incertezas, pois engloba o conhecimento das profissões, contribui para avaliar as opções do adolescente e direciona o mesmo para áreas nas quais possui mais afinidade, identificando suas preferências individuais, além disso, instiga a capacidade dos jovens em construir planos de vida com precisão e confiança (LUZ; MARIUZZI; GELAIN, 2014).

Vale ressaltar que, em meio de muitos adolescentes indecisos, há alguns estudantes que já tem definido o que desejam estudar, no entanto, essas ideias podem se modificar ao longo do caminho, assim como podem amadurecer com a experiência que forem adquirindo. Com isso, quando a orientação é realizada de forma adequada, os indivíduos que se sujeitarão a participar desse processo agregarão mais conhecimentos de si mesmo. Nesse sentido, a orientação vocacional propicia a concretização de uma carreira, possibilitando escolhas oportunas conforme seus conhecimentos sobre as áreas de atuação, seus desejos e características pessoais (LUZ; MARIUZZI; GELAIN, 2014).

A sociedade intervém nas escolhas dos adolescentes durante toda sua vida, e a escola intervém incentivando os alunos a estudar, oferecendo

oportunidades para que os mesmos tenham um futuro promissor. É necessário que os problemas passados não interfiram a escolha do sujeito, dessa forma, o psicólogo se faz fundamental durante o processo de orientação profissional, ele vai servir como um auxiliador para o jovem, o qual está passando por um período de confusões internas. Essa mediação deve ser feita com o objetivo de ajudar o jovem a buscar e decidir pelo seu próprio caminho, esclarecendo seus interesses pessoais e profissionais no futuro (FERNANDES et al, 2011).

No entanto, não permite uma resposta definitiva a respeito da profissão do adolescente, mas provoca o entendimento de suas aptidões, assim, o adolescente poderá tomar suas decisões com autonomia a partir das informações colhidas. A orientação profissional pode ser vantajosa quando realizada em grupos, tanto para quem está aplicando, por conta de atender um maior número de pessoas, quanto para os integrantes, visto que os mesmos podem trocar informações e servem de suporte uns para os outros. As trocas de experiências no decorrer da orientação grupal proporciona a oportunidade de os integrantes dividirem as dúvidas, expectativas e possíveis dificuldades a respeito da escolha profissional, culminando na cooperação do grupo, desde que o mesmo possua vínculo (LUZ; MARIUZZI; GELAIN, 2014).

3 MÉTODO

Este estudo foi desenvolvido em um grupo de adolescentes no âmbito institucional de União da Vitória – PR, trata-se de observações a campo realizadas quinzenalmente, seguidas de uma atividade. Assim, é relevante propor um trabalho dando continuidade às dificuldades apresentadas pelas adolescentes, objetivando ajudar as mesmas a estarem preparadas para outros ambientes. Pelo fato de se encontrarem em um meio educacional diverso, buscar saber a percepção futura das adolescentes é fundamental, pois as mesmas já não estarão mais inseridas na Instituição, ou seja, precisarão seguir o seu caminho sem o auxílio que hoje, dentro do Instituto, lhes é prestado.

A ideia de realizar um questionário de inclinações pessoais para a atividade surgiu através de uma conversa com a professora que ministra a matéria de testes, a qual disponibilizou o mesmo, uma vez que o teste é

conhecido e não é de uso restrito. Em supervisão, foi autorizado a utilização do instrumento, com isso, firmou-se a ideia de aplicar o questionário como meio de atividade em um grupo de quatro meninas. Nesse sentido, trabalhar com a esperança colocando um objetivo no futuro das meninas institucionalizadas, mostrando que as mesmas são capazes de ter novas possibilidades de vida, ainda que não sigam a profissão indicada, é fundamental, pois, assim, elas têm a noção de que não são limitadas.

O questionário de inclinações pessoais, de Keirsey, é baseado na teoria de temperamento de Carl Jung e nos testes de Meyers e Briggs, que desenvolveram a teoria de Jung. Com isso, Keirsey classifica quatro pares de temperamentos: extroversão/introversão (E/I); sensatez/intuição (E/I); razão/sensibilidade (T/F); e julgamento/percepção (J/P), estes estabelecem diferenciações referentes ao modo de pensar, sentir e querer de um indivíduo, totalizando 16 combinações possíveis que conduzem a atitudes e comportamentos. Este instrumento é tido como viés social, utilizado em empresas e universidades, medindo padrões de respostas comportamentais, inferindo, assim um perfil de temperamento (JUNIOR; LAUAND, 2013).

O instrumento consiste na aplicação de um questionário composto de 70 perguntas, estas descrevem situações ou preferências do indivíduo por duas respostas apresentadas, ou seja, deve se escolher entre duas respostas (a) e (b), porém, se em alguma pergunta o indivíduo ficar particularmente indeciso, pode assinalar as duas alternativas. A soma das respostas (a) e (b) de cada grupo determina cada uma das letras, estas indicam quatro preferências que constituirão os 16 tipos mais completos de combinação, caracterizando alguns elementos de estilos psicológicos (JUNIOR; LAUAND, 2013).

Nesse sentido, a proposta de atividade caracteriza-se como uma pesquisa de levantamento de dados. Ao finalizarem o questionário, será realizada uma conversa com as participantes, esta possui finalidade de explorar a forma pela qual a atividade impactou as adolescentes, se foi como as mesmas esperavam, se as agradou ou não. Com isso, será entregue uma devolutiva, individualmente, sobre o resultado do questionário, contendo suas melhores aptidões e áreas a seguir, as quais mais tendem a condizer com as

habilidades pessoais de cada uma, bem como se a atividade trouxe outras visões e opiniões a respeito das profissões sugeridas.

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A atividade realizada no Instituto Palazzolo teve como intuito trabalhar habilidades e aptidões com as meninas institucionalizadas, referente à futura carreira profissional. Dessa forma, com a aplicação da atividade, executada de forma coletiva, e o levantamento de dados, podem ser observados as maiores incidências de perfil profissional para que o indivíduo tenha acesso a uma melhor observância dos aspectos de carreira e profissões. Para que o sigilo não seja comprometido, os sujeitos submetidos a essa atividade serão descritos da seguinte maneira: S1, S2, S3 e S4.

Sendo assim, supõe-se que S1, S2 e S3 apresentam o perfil de personalidade tipo realista judicativo, com características de extroversão e razão. Portanto, entende-se que, por serem naturalmente responsáveis no desempenho das tarefas que lhes são confiadas, e por ser este o seu supremo princípio pessoal, sentem-se gratificadas em atividades devidamente planejadas e definidas. Por essa razão, mostram-se competentes quanto à implantação de regras e procedimentos. Cientes de seu deveres, desagradam-lhes o não cumprimento das normas estabelecidas, o que lhes acarreta, como consequência, a aparência de insensível quando avaliados segundo os parâmetros alheios.

Claros e pontuais nas comunicações, exigem o mesmo dos outros, sem constranger-se no tocante à avaliação dos procedimentos seguidos. É, portanto, o pilar de sustentação das organizações. Quando exerce cargos de autoridade, mostram-se impacientes para ouvir pontos de vista alheios que não se coadunam com os seus. Mantém-se em permanente sintonia com o estabelecimento e com as instituições tradicionais. Por isso, harmonizam-se a

procedimentos rotineiros e nunca são equívocas em seus comportamentos ou decisões.

Segundo os dados mencionados acima, S1, S2 e S3, para a sugestão em análise de escolha profissional, apresentam melhores aptidões nas áreas que giram em torno dos campos de: literatura (história, letras, magistério de 1º e 2º graus), ciências biológicas (biologia), burocracia e cálculo (economia doméstica, administração) burocracia e persuasão (secretariado), burocracia, cálculo e persuasão (comércio). Tem-se, ainda, tendência a algumas áreas de atuação das ciências biológicas, burocracia e artes – veterinária, advocacia e educação física.

Contudo, no que se refere a S4, é possível compreender que possui o perfil de personalidade tipo realista judicativo, com características de extroversão e sentimento. Assim, entende-se que, por esse tipo ser o mais sociável de todos, consegue provocar harmonia e conciliação nos lugares onde está, proporcionando sempre, com sua presença, um ambiente acolhedor. Por ser prestativa e atenta àqueles que necessitam de sua ajuda, a solidão causada sempre ansiedade e inquietação. Por suas características, é geralmente muito apreciada por seus superiores, pois respeita as regras, o dever e o cumprimento das tarefas que lhe são conferidas.

Consegue lidar com aspectos concretos, inquietando-se com situações complexas que demandem análises abstratas de princípios. Porém, necessita da apreciação dos outros e magoa-se com a indiferença. Frequentemente apoia-se em autoridades mais altas, como fontes de suas opiniões e atitudes. Geralmente alegre e bem humorada, pode, entretanto, tornar-se deprimida quando se culpa por algo.

Assim, segundo os dados obtidos e mencionados acima, para a sugestão em análise de escolha profissional, o sujeito apresenta melhor aptidão nas áreas que giram em torno dos campos de: persuasão e burocracia (secretariado, supervisão, direção de escolas e empresas), serviços assistenciais sociais (serviços de assistência), cálculo, persuasão e burocracia (vendas, administração, relações públicas), persuasão (treinamento pessoal), ciências biológicas (medicina, odontologia), serviços sociais assistenciais,

burocracia e persuasão (direito). Tem-se, ainda, tendência a outra área de atuação dos serviços sociais assistenciais, artes e música – educação física.

À vista disso, em um primeiro momento, quando as adolescentes souberam que iria ser aplicado um questionário de inclinações pessoais, ficaram empolgadas, no entanto, quando perceberam que o instrumento precisaria de uma devida atenção, aparentemente, não demonstraram muito interesse. S1, inicialmente, como atividade profissional, desejava desempenhar advocacia, S2 tinha seus interesses voltados para a luta, S3 visava que veterinária seria a melhor opção para si e, S4, portanto, optaria por ser bailarina. Por conseguinte, com a devolutiva entregue, surgiu novamente o conforto e animação das meninas, pois os resultados obtidos estavam de acordo com os seus desejos, com o que as mesmas esperavam como resultado para si.

É importante ressaltar que, esta atividade de levantamento de dados e orientação vocacional, demonstra traços de personalidade compatíveis à idade do indivíduo que participou do processo, assim como os dados acima mencionados estão de acordo com as respostas oferecidas pelo testado. A atividade aplicada expressa a verdade neste momento, podendo, mais tarde, ser modificada a partir de novos levantamentos de dados e se o indivíduo, em tela, se submeter a uma orientação vocacional que delinear novos escores e dados.

Sugere-se, então, que caso ainda não ocorra à escolha profissional, ou o indivíduo encontre-se em dúvidas, a realização de um trabalho de orientação vocacional com testagens em momento futuro. Dessa forma, é necessário evidenciar que essas informações merecem ser consideradas nos planejamentos futuros sobre a carreira profissional que o indivíduo deseja seguir, bem como deve levar em consideração que os dados relatados podem auxiliar no seu planejamento futuro com relação à carreira profissional. Contudo, não apontam área ou profissão específica, ficando a critério do sujeito em tela esta escolha.

5 CONCLUSÃO

Com a realização desse artigo, é possível analisar que a atividade realizada obteve resultados dentro do esperado, assim, concretizando-se a ideia de Luz; Mariuzzi & Gelain (2014), os quais apontam que o processo de escolhas profissionais, seguidos de um instrumento de orientação vocacional, pelo fato de englobar o conhecimento das profissões e de si mesmo, contribui para avaliar as opções do adolescente e direciona o mesmo para áreas nas quais possui mais afinidade, identificando suas preferências individuais e, além disso, instigando a capacidade dos jovens em construir planos de vida com precisão e confiança.

Nesse sentido, possibilitou a compreensão de como é inesperado que os indivíduos que saíram do núcleo familiar, sendo encaminhados para casas de abrigo, apresentem particularidades de responsabilidade e interação social, uma vez que as probabilidades de terem uma desestrutura psíquica são grandes. No senso comum, crianças e adolescentes abrigadas geralmente apresentam um aspecto conflituoso, sensações de não pertencimento ao núcleo familiar e ao abrigo. Desse modo, o intenso afeto que o responsável e os profissionais possuem com as abrigadas se torna um ponto positivo, visto que algumas hipóteses podem ser feitas, como, por exemplo, não precisar buscar apoio financeiro, uma vez que os profissionais estão preparados para isso.

É necessário que o profissional, no contato com as institucionalizadas, se dedique tanto profissionalmente quanto carinhosamente, agregando de diferentes formas na vida das abrigadas. Essa relação afetuosa faz com que as meninas tenham tendência à responsabilidade e interação social. Sendo assim, com os dados repassados para a Instituição, a mesma tem a possibilidade de organizar melhor as atividades propostas, programando o encaminhamento das meninas, direcionando o perfil de cada uma, bem como estruturando qual o melhor futuro que dará segurança e autonomia para as mesmas como cidadãs.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDRE, D. T; VIEIRA, M. L. Relação de apego entre crianças institucionalizadas que vivem em situação de abrigo. Rev. Psicologia em Estudo. Maringá, v. 9, n. 2, pp. 207-217, mai-ago. 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v9n2/v9n2a07.pdf>>. Acesso em: 01 de setembro de 2018.

COUTINHO, M. J; SANI, A. I. Casa abrigo: A solução ou o problema? **Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 26, n. 4, pp. 633-641, out-dez. 2010. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/revistapt/article/view/20748/14798>>. Acesso em: 01 de setembro de 2018.

DUARTE, M. E. Um século depois de Frank Parsons: escolher uma profissão ou apostar na psicologia da construção da vida? **Rev. Brasileira de orientação profissional**. São Paulo, v. 10, n. 2, dez. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902009000200003>. Acesso em: 05 de setembro de 2018.

FEITOSA, A. G. S. **A infância abrigada: Impressões das crianças na casa abrigo**. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul. 2011. Disponível em: <<http://www.ciec-uminho.org/documentos/ebooks/2307/pdfs/3%20Inf%C3%A2ncia%20e%20Prote%C3%A7%C3%A3o/A%20Inf%C3%A2ncia%20Abrigada.pdf>>. Acesso em: 03 de setembro de 2018.

FERNANDES, B. et al. **Influências no processo de orientação vocacional**. O portal dos psicólogos. 2011. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0264.pdf>>. Acesso em: 05 de setembro de 2018.

JORDANI, P. S. et al. Fatores determinantes na escolha profissional: um estudo com alunos concluintes do ensino médio da região Oeste de Santa Catarina. **Rev. ADMpg Gestão Estratégica**. Ponta Grossa, v. 7, n. 2, pp. 25-32. 2014. Disponível em: <http://www.admpg.com.br/revista2014_2/Artigos/3%20-%20Artigo_3.pdf>. Acesso em: 05 de setembro de 2018.

JUNIOR, A. C. T; LAUAND, J. **Reflexões sobre o teste de Keirsey: traduzir ou comentar?** Porto, jan-abr. 2013. Disponível em: <<http://www.hottopos.com/convenit11/15-30JeanAffonso.pdf>>. Acesso em: 01 de novembro de 2018.

LUZ, A. F; MARIUZZI, J; GELAIN, D. **Orientação vocacional e adolescência: encontros e desencontros com a profissão**. A arte de fazer ciência: problematizar, pesquisar e publicar – VIII Mostra de Iniciação Científica IMED, 2014. Disponível em: <https://www.imed.edu.br/Uploads/micimed2014_submission_27.pdf>. Acesso em: 07 de setembro de 2018.

OTTATI, F. Psicologia vocacional: perspectivas para a intervenção. **Rev. Psico-USF**. Itatiba, v. 14, n. 1, jan-abr. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712009000100014>. Acesso em: 05 de setembro de 2018.

Rizzini, I; Rizzini, I. **Institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente**. Rio de Janeiro : Ed. PUC-Rio; São Paulo : Loyola, 2004.

OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH) NA PERSPECTIVA MASCULINA EM MUNICÍPIO DO PLANALTO NORTE CATARINENSE⁰

Eduarda Alves Machado Cordeiro⁰

Maria Luiza Milani⁰

RESUMO: O estudo objetivou pesquisar como vem ocorrendo a atuação das equipes das estratégias da saúde da família (ESF) para efetivação dos recursos previstos pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) na perspectiva masculina em município do Planalto Norte Catarinense. Foi realizado estudo bibliográfico e de campo. Como resultados do estudo bibliográfico realizado que direcionou, estruturou e deu ênfase as ideias iniciais desta pesquisa. Assim, define-se que o “o gênero masculino em geral possui maior resistência em relação ao cuidado com a saúde, sendo desta forma mais vulneráveis, pois não realizam a prevenção na saúde primária, ocasionando desta forma em uma maior morbidade e mortalidade. Para entender esse processo é necessário, portanto observar que o homem vivencia influências de estereótipos culturais, o qual a sociedade refere-se ao homem, como sendo o “sexo forte”, cabendo ao homem sempre ser mais forte, resultando desta maneira no descuido em relação a sua saúde.” (ANTONOWICZ, 2017, p.16). O reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada, tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. É necessário fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis. Conclui-se que mesmo com a ideia disseminada historicamente de homens serem o “sexo forte” que não adoecem e que não necessitam de ajuda médica, eles vêm procurando ajuda quanto a sua saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Homem. Políticas Públicas. Saúde Pública.

⁰ Financiamento: financiado pelo projeto de pesquisa art 170 UNIEDU

⁰ Estudante, Medicina Veterinária, Universidade do Contestado.
dudaam99@yahoo.com.br

⁰ Docente, Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional,
Universidade do Contestado.

ABSTRACT: The study aimed to search as the performance of the teams of the family health strategy (FHS) for implementation of resources provided for by the National Policy of Integral attention to health (PNAISH) in the male perspective in municipality of Plateau North Of Santa Catarina. Bibliographical study was conducted and field. As results of the bibliographical study performed that targeted, structured and emphasized the initial ideas of this research. So, that " the male generally has greater resistance in relation to health care, being thus more vulnerable, did not realize the prevention in primary health care, resulting in increased morbidity and mortality. To understand this process is necessary, therefore, to note that the man experiences influenced by cultural stereotypes, which the company refers to the man as the "stronger sex", and the man always be stronger, resulting in this way on oversight in about health (ANTONOWICZ, 2017, p. 16). The recognition that men enter the healthcare system through the specialized attention, has as a consequence the morbidity by delay aggravation on attention and greater cost to the SUS. It is necessary to strengthen and qualify to ensure primary care, health promotion and prevention the diseases preventable.. It is concluded that even with the widespread idea of men being historically the " gender " that don't get sick and that do not require medical help, they come looking for help about your health.

KEYWORDS: Men's health. Public Policies. Public health

1 INTRODUÇÃO

A questão que subsidiou a pesquisa refere-se a saúde pública e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), na perspectiva masculina em município do Planalto Norte Catarinense e sustenta-se em afirmações de que os homens vêm adentrando ao sistema de saúde em busca da atenção especializada, mas raramente visando a promoção de saúde.

Para a sustentação dessa afirmação se leva em conta aspectos relacionados aos territórios nos quais se configuram processos pelos quais as pessoas enfrentam seus desafios. Desse modo, no Planalto Norte Catarinense há curiosidades relacionadas as práticas humanas em relação à saúde. A priori o que se sabe é que a tendência registrada nos bancos de dados como do Ministério da Saúde (MS), a realidade da morbi-mortalidade masculina tem aumentado configurando-se em patamar de alerta.

Em relação a morbidade masculina, os dados de 2015 do MS, mostram que dos 5,9 milhões de internações no Sistema Único de Saúde (SUS) na faixa de 20 a 59 anos no Brasil, 51% foram do sexo masculino na faixa etária de 50 a 59 anos (30%). (BRASIL, 2018).

Desdobrando-se esse percentual, as internações por envenenamento foram de 82%, principal causa de morbidade de homens e estas na faixa etária entre 20 a 29 anos; doenças do aparelho digestivo, 86% das internações, segunda maior causa da morbidade, atingiu homens na faixa etária 20 a 29 anos. Com doenças do aparelho circulatório somou 69% das internações, terceira maior causa da morbidade, atingindo a faixa etária 50 a 59 anos; por doenças infecciosas e parasitárias, foi de 65%, quarta causa e atingiu homens entre 30 a 39 anos. As doenças de origem do aparelho respiratório foi a que levou 54% de homens na faixa etária de 50 a 59 anos o internamentos em 2015. (BRASIL, 2018)

A provável explicação e justificativa para esse cenário se pauta em afirmações de que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres, e quando o fazem, entram no sistema por meio da média e alta complexidade. (GOMES; NASCIMENTO e ARAÚJO, 2007). Significa que nos homens, salvo em casos em que as relações de trabalho preveem, o hábito da promoção da saúde não é uma preocupação. O homem tem adentrado nos serviços de saúde (sejam públicos ou privados), já por se encontrarem em estado de enfermidade agravada (neoplasias, acidente vascular cerebral, diabetes, pressão alta), que ceifam vidas, impactam no contexto do trabalho e familiar e nessa condição oneram a saúde pública.

Os problemas relacionados às doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, seriam evitáveis, se a promoção da saúde tivesse ser tornado uma rotina com a universalização da saúde no Brasil. Se a situação de saúde já se encontra instalada, a prevenção dos agravos poderia ser resolvida nas unidades de saúde, que conforme preconiza a Política Pública de Atenção Básica dispõe de profissionais, aparelhagem e medicamentos. Quando os problemas de saúde já se encontram instalados requerem exames diagnósticos da média e alta complexidade (consultas com especialistas ou realização de cirurgias que necessitem de encaminhamentos).

Estes são fatores interagem nesse contexto: mas há uma insinuação sobre a questão cultural masculina a qual pode ser concatenada à reversão da saúde pública como direito contributivo no passado para universalizado depois da Constituição Federal do Brasil de 1988, situações que avolumaram os quadros de morbi-mortalidade no Brasil.

Com relação a mortalidade masculina no Brasil no ano de 2014, do total de 361.577 óbitos na faixa etária de 20 a 59, 68% foi de homens e na faixa etária de 50 a 59 anos (38%). Especificando por causas externas, os óbitos de homens foram decorrentes de agressão por meio de disparo de outra arma de fogo, 95% desses óbitos, faixa etária de 20 a 29 anos. As mortes por doenças do aparelho circulatório, foram de 70% (faixa etária 50 a 59 anos); por neoplasias (tumores), 54% (faixa etária 50 a 59 anos); aparelho digestivo, 88% (faixa etária 50 a 59 anos); doenças infecciosas e parasitárias, por HIV foram 8.162 óbitos, dos 67% das mortes masculinas e estas se concentram mais na faixa etária dos 40 a 49 anos (com 34%). (BRASIL, 2018)

Novas doenças advindas da condição sócio ocupacional (motoristas, professores, para citar duas situações) fazem com que os serviços de saúde possuem elevada demanda. Nesse caso, a demora por alguma resposta esperada pelo homem pode dar-lhe a deixa para não se envolver mais intensivamente na atenção à sua saúde.

Outra questão que reforça a ausência dos homens nos serviços de saúde poderia ser o medo da descoberta de uma doença grave, assim, o não saber pode ser avaliado como um fator de “proteção” para estes homens. (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Para modificar o cenário atual da morbi-mortalidade masculina a saúde pública deve intensificar estratégias e ações dos profissionais da saúde, visando expandir a atenção integral à saúde masculina, com a presença efetiva dos homens nos serviços, o que institui rever maneiras e posturas de atenção e atendimento que ainda se baseiam numa masculinidade estereotipada.

A partir desses aspectos a pergunta que orientou esta pesquisa referia-se à como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) é entendida por homens em município do Planalto Norte Catarinense?

A questão levantada, bem como os aspectos apontados que subsidiam a problematização considerada para a pesquisa sustenta a relevância de um monitoramento continuado sobre como essas pessoas.

Por isso, se justifica a importância de agora saber como acontece efetivamente no cotidiano de micro territórios esse processo, o que torna a proposta da pesquisa inovadora e relevante para complementar estudos nessa direção. Portanto, a contribuição deste estudo complementar os já concluídos por docentes, pesquisadores sobre a execução da PNAISH como parte da Estratégia de Saúde de Família em um município situado no Planalto Norte Catarinense-Canoinhas-SC.

Para direcionar o estudo, foi definido como objetivos geral se estudar a adesão masculina aos recursos previstos pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) na perspectiva masculina em município do Planalto Norte catarinense. O texto a seguir apresenta primeiramente a descrição dos procedimentos de pesquisa, em seguir as principais definições que envolvem o tema da pesquisa, também dados coletados e análises e as considerações finais.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Por se tratar de tema recente, a pesquisa foi desenvolvida com o aporte do tipo bibliográfico, de característica exploratória. Foram levantadas fontes (artigos, livros, trabalhos de conclusão de curso de graduação, mestrado e doutorado), bem como de legislações que abordassem a relação homem-saúde. Entre os materiais encontrados, foram selecionados os mais recentes e com enfoque mais direto no tema. Estes foram estudados e foi elaborado os conteúdos do referencial teórico. Também foi desenvolvida pesquisa de campo, tendo como orientação um roteiro caracterizado como entrevista, aplicada a homens que estiverem em locais que ofereciam atendimento pela saúde pública. Foi solicitada autorização para a realização da pesquisa de campo em três municípios do Planalto Norte Catarinense e não se obteve respostas de dois municípios, apesar dos reiterados contatos com gestores e técnicos desses municípios. Portanto, a coleta de dados foi concluída em um município apenas.

A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade do Contestado.

Para a apresentação dos dados, estes foram sistematizados quantitativamente e em seguida analisados. Para direcionar o procedimento da análise de conteúdo, se utilizou de categorias empíricas:: homem e saúde; masculinidade, machismo e saúde; políticas públicas de saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONTEXTO DA RELAÇÃO SAÚDE-HOMEM = MASCULINIDADE, MACHISMO E SAÚDE

O gênero masculino em geral é uma parte da discussão recente das ciências sociais e humanas, organizada para sustentar reflexões e práticas acerca do ser mulher e do ser homem. Neste sentido as ciências da saúde encampam as diretrizes do pensamento social seguindo o caminho esse complexo e nem sempre pacífico das mobilizações sociais. Nesta direção, a saúde humana vem se alargando pela também complexa e conflituosa relação do ser humano com sua saúde e sua vida. Na amplificação dos aspectos próprios da vida humano e social, a segmentação das intervenções vem procurando abranger as particularidades de cada segmento (criança e adolescente, mulher, idoso, o ser humano com deficiência), que neste estudo se volta ao segmento homem – o homem adulto, o trabalhador e o âmbito de sua saúde perante o avanço da ciência e da tecnologia.

Neste processo na sociedade brasileira o ser humano, aquele do gênero masculino, é evidenciado pelas intervenções com uma política pública específica, A Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) somente em 2009. Por outro lado se constatou que é o segmento do homem aquele que tem maior resistência em relação ao autocuidado com sua saúde.

Para entender esse processo é necessário observar que o homem vivencia influências culturais de formação social e atribuições de papéis e posições no mundo, assumindo uma posição de “sexo forte”. (LANÇANA, 2018). Não significa dizer que a vida cotidiana tenha isentado esse ser mais forte das ameaças. O resultando mais evidente desta maneira descuidada em

relação a sua saúde é o cenário dos agravados quadros de morbi-mortalidade apresentados na introdução deste estudo.

Também, os comportamentos tidos como tipicamente masculinos, como o uso de álcool, o tabagismo e a violência também podem ser considerados fatores culturais, que levam a uma maior morbidade e mortalidade dos homens. (LANÇANA, 2018)

Os estereótipos em relação ao homem estão enraizados há séculos em nossa cultura, na qual o homem é colocado como ser superior em relação à mulher. Desde que o menino nasce, a ideia de superioridade vem sendo construída. Geralmente quem mais contribui para a educação do filho são as mães, já que passam mais tempo com seus filhos. (CREPALDI, et al, 2006). Inicialmente devido a amamentação e depois devido a “maior” licença maternidade. A criança cresce em um ambiente onde as diferenças são claras. A mulher (em alguns casos) além de trabalhar fora, vai se encarregar dos serviços domésticos. Enquanto o homem geralmente só irá trabalhar fora. Quando há filhas na família, é ensinado desde muito cedo a ajudar nos serviços de casa enquanto o menino pode brincar. A mulher sempre receberá uma educação mais “rígida” vai aprender como deve se sentar, se vestir, se comportar, como cuidar de uma casa e como criar filhos. (PILLEGI e MUNHOZ, 2010). O menino aprenderá a gostar de carros, terá certas “liberdades”, poderá iniciar as relações com o sexo oposto mais cedo e sem ser julgado, mas sim parabenizado. (PILLEGI e MUNHOZ, 2010)

Aprenderá a ser forte, não demonstrar fraqueza, a não chorar. Será cobrado desde cedo a provar que é “macho” e apenas isso.

Desde antes de nascer, o homem já começa a receber “rótulos” masculinos, como por exemplo, o enxoval azul ou os primeiros carrinhos que ganha. Quando criança, o homem aprende que meninos não choram, meninos brincam de carrinho e meninas de boneca. Assim, conforme vai crescendo, o homem vai aprendendo que é mais forte que a mulher, que deve protegê-la, e tudo isso vem trazendo uma série de associações. (ARAUJO, 2000, p. 01)

Por isso vimos que, desde muito pequeno o homem aprende a não demonstrar suas fraquezas. Também, o papel da mulher era criar e educar os filhos e cuidar do lar, do domicílio, da casa na qual a família morava. Ao homem coube o papel de provedor, de que pelo trabalho fora de casa, ele cumprisse

seu papel de sustentas a família. Situação que se modifica recentemente com a alteração dos papéis sociais entre homens e mulheres, por um lado, por outro a concepção de igualdade e de direitos universais, o que significa dizer que todos indistintamente se encontram no mesmo patamar de riscos e ameaças bem como de proteção social e direitos.

3.2 HOMEM + SAÚDE = POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

.Segundo o Ministério da Saúde (2008b), morrem mais homens que mulheres ao longo do ciclo da vida, e muitas dessas mortes poderiam ser evitadas se não fosse a posição masculina frente à procura pelos serviços de saúde. Reitera-se os valores e percentuais mostrados na introdução deste texto.

O homem é evidentemente amparado pelas políticas públicas de saúde no Brasil com a Constituição da República brasileira, de 1988, quando a saúde passa a ser legal e legitimamente reconhecida na dimensão social de universalidade. Logo de abrangência de todos os brasileiros independente de idade, sexo, cor e localização territorial. Mas é com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990 por meio da Lei Complementar 8080 de deste mesmo ano que a CFB de 1988, instaura na saúde no país um novo olhar, que demanda se olhar a saúde como um direito do cidadão. Na CFB (1988), art 196 é explícito o caráter universal, logo o homem (no âmbito do enfoque de gênero é mais um dos aspectos de estudos, pesquisas, ciência e tecnologia).

Em relação as bases históricas sobre a política de saúde do homem podemos observar que os primeiros estudos em relação a essa temática surgiram no fim dos anos 1970 nos Estados Unidos, voltados para as instâncias biológicas e epidemiológicas em torno do homem. A partir da década de 1990, de acordo com as discussões sobre saúde do homem, voltou-se para outros aspectos entre a singularidade do ser saudável e do ser doente, interpretando s saúde do homem na sua integralidade. (SCHRAIBER; GOMES e COUTO, 2005).

No processo brasileiro de atenção à saúde do homem, em 2006 se instituiu o Pacto pela Saúde, como um conjunto de reformas nas relações

institucionais e fortalecimento da gestão do SUS. Entre essas reformas, foram definidos enfoques prioritários, organizados em eixos. No Pacto pela Vida firmaram-se compromissos de medidas, que resultaram na melhoria da situação de saúde da população brasileira com algumas prioridades: Saúde do Idoso; Controle do Câncer do colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2009a).

O Pacto pela Vida ampliado em 2009 incluiu a saúde do homem. Assim, Port. GM/MS nº 2.669 de 03 de novembro de 2009: I - atenção à saúde do idoso; {...{ IV - fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e Aids; V - promoção da saúde; VI - fortalecimento da atenção básica; VII - saúde do trabalhador; VIII - saúde mental; IX - fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; X - atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e XI - saúde do homem.

A fim de aumentar a expectativa de vida dos homens, foi lançada em 2009 pelo governo federal, com base na Portaria nº 1.944/GM/MS, de 27 de agosto de 2009, política específica para a saúde do homem, intitulada Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), regida sob os princípios da universalidade, equidade e humanização dos serviços e ações voltadas ao homem (BRASIL, 2009).

Pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) se reconhece o comprometimento significativo da saúde da população masculina como um problema de saúde pública. Por isso esta política está organizada em cinco (5) eixos temáticos sendo eles: Acesso e Acolhimento, Saúde Sexual e Reprodutiva, Paternidade e Cuidado, Doenças prevalentes na população masculina, Prevenção de Violências e Acidentes: visa propor e/ou desenvolver ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população masculina e as violências (em especial a violência urbana) e

acidentes, sensibilizando a população em geral e os profissionais de saúde sobre o tema. (ANTONOWICZ, 2017)

A PNAISH tem o objetivo de abranger a população masculina em idade ativa, dos 20 a 59 anos de idade, para romper com os obstáculos que impedem o homem acessar com maior frequência o serviço de saúde pública. (LANÇANA, 2018). A PNAISH tem em vista esse foco de público alvo, pois homens crianças, adolescentes e idosos se encontram inseridos em políticas específicas.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem objetiva orientar as ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção. (BRASIL, 2009).

Segundo a portaria do PNAISH, em seu art. 2º esta política é regida pelos princípios: I - universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos; II - humanização e qualificação da atenção à saúde do homem, com vistas à garantia, promoção e proteção dos direitos do homem, em conformidade com os preceitos éticos e suas peculiaridades socioculturais; III - co-responsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida da população masculina, implicando articulação com as diversas áreas do governo e com a sociedade; e IV - orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos e das enfermidades do homem. (BRASIL, 2009).

A PNAISH teve se desenvolver com o objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade do gênero masculino em especial do homem adulto, pela operacionalização de ações que facilitem o homem ao acesso a saúde, a ser oferecendo serviços de forma igual e integral, buscando melhoras nos indicadores em relação à saúde do homem, com o intuito de cuidar melhor desta parcela de homens.

Na operacionalização das ações há aspectos que devem considerar primeiro, as dificuldades em relação aos homens quando se trata de ir até uma unidade de saúde e estas são muitas. Em regiões nas quais se mantém certa

tendência produtiva (industrialização por exemplo), a relação capital e trabalho acaba cerceando a possibilidade desse acesso devido a convergência dos horários de trabalho com a oferta de serviços em um mesmo horário. O estudo de Krug (2011) sobre acessibilidade da mulher aos serviços de promoção constatou que os agravos no caso da mulher, são em parte devido a incompatibilidade de horários das pessoas com os dos serviços.

A ocorrência da baixa acessibilidade da população masculina aos serviços de atenção primária aponta para uma vulnerabilidade desses indivíduos em especial quanto a mortalidade alarmante, o que pede para que mudanças aconteçam. Isto é uma das principais causas da mortalidade elevada são externas, principalmente acidentes e homicídios.

No tocante à saúde pública e para operacionalizar as intervenções preconizadas pelas políticas públicas e seguindo um princípio da concepção ampliada de saúde, foram organizadas as políticas de atenção básica (primária).

A Atenção Básica caracteriza-se pela promoção, reabilitação, manutenção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento, nos âmbitos individual e coletivo, sobretudo este último, pois o trabalho das Equipes Saúde da Família (ESF), é a estratégia prioritária da Atenção Básica no SUS. Em seguida se define a reconfiguração da atenção básica como atenção primária

Para colocar em prática os preceitos do Pacto pela Vida, depois da adesão pelo municipal, a atenção Básica de Saúde se torna a estratégia mais relevante e esta se apresenta como Atenção Primária de Saúde, considerada uma estratégia de Atenção a Saúde, definida pelos critérios e diretrizes. Os profissionais e serviços assim previstos, devem oportunizar atenção ampliada, para todos igualmente, pela atenção continuada por meio das intervenções da equipe técnicas centrada no indivíduo, na família e na comunidade (BRASIL, 2011).

Nessa direção é a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, que define a implementação das Equipes de Saúde da Família, a serem compostas minimamente médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Deve ter uma jornada de trabalho de 40 horas

semanais para todos os integrantes. Em municípios brasileiros se contratou outros profissionais como farmacêuticos, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistente social,.

A partir da Portaria 2.488/2011, a atenção primária é caracterizada pelas ações sobre o âmbito individual e coletivo, para que se efetive a promoção da saúde e a prevenção de agravos. A atenção integral à saúde de todos e em particular para os homens, deve ser desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão participativa em território definido, observando critérios de risco, vulnerabilidade e necessidade de saúde da população (BRASIL, 2011).

Segundo documento Política Nacional de Atenção Básica, a atenção primária de saúde tem como diretrizes e fundamentos: a responsabilidade sanitária sobre o território que atua; possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde; adscrever os usuários e desenvolver ações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita; efetivar a integralidade em diversos aspectos; estimular a participação dos usuários como uma forma para ampliar a autonomia e a capacidade na construção do cuidado à saúde.

Portanto, o trabalho nas ESF refere-se às ações estratégicas que priorizam as ações de proteção, promoção e recuperação da família, do recém-nascido ao idoso sadios ou doentes de forma integral e contínua. Desta forma, o contexto da estratégia de saúde da família é uma oportunidade para que a saúde das pessoas na atenção básica se consolide, pois o desafio é mudar o modelo médico-assistencial; para um modelo preventivo e de promoção de saúde.

A Saúde da Família é uma estratégia de múltiplos objetivos, como forma de territorialização permite a demarcação de um espaço concreto de atuação da equipe de saúde, tendo núcleo familiar como base e unidade para o desenvolvimento de sua atenção (BRASIL, 2003).

Isso se pode constatar com a expansão da cobertura de serviços pelas equipes das Estratégias de Saúde da Família (ESF), mas que evidenciar questões Como funcionamento no mesmo horário do período de trabalho, não

funcionamento em fins de semana, dificuldade para atender os usuários sem agendamento prévio, entre outros. Esses fatos podem estar prejudicando a maior procura dos homens para os atendimentos de seus problemas de saúde. Ou seja, os homens só procuram os serviços de saúde, quando já estão numa situação avançada de doença.

Um último aspecto a ser indicado, refere-se ao conceito ampliado de saúde que deve ser a diretriz das ações da saúde pública, por meio das políticas públicas, dos programas e no caso da saúde, pela Estratégia de Saúde e suas equipes na execução de Política de Atenção Primária.

A concepção ampliada de saúde vem sendo intensificada desde 1986 quando foi realizada a VIII Conferência Nacional da Saúde, quando se constituiu esse conceito, o qual foi ratificado em 1988 na Constituição Federal Brasileira. Nessa concepção foram considerados fatores que interferem nos níveis de saúde da população, tais como: alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. (BRASIL, MIN. SAÚDE, 1986).

A concepção ampliada de saúde é uma reação aos conceitos reducionistas da doença e considera o contexto sócio-histórico de determinada sociedade, de forma ampla e complexa, na qual a o sujeito, o ser humano e o cidadão, passam a serem vistos como cidadania em construção.

Para tanto, a saúde como direito implica em um

Trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho; Alimentação para todos, segundo suas necessidades; Moradia higiênica e digna; Educação e informação plenas; Qualidade adequada do meio ambiente; Transporte seguro e acessível; Repouso, lazer e segurança; Participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; Direito à liberdade, à livre organização e expressão; Acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis. (BRASIL. MIN. SAÚDE, 1986).

Como aporte das afirmações até apontadas, que impactam na reconstrução da concepção de vida e autocuidado (LANÇANA, 2018), a vida moderna e a autonegligência (LANÇANA, 2018), são decorrentes dessas situações agravadas pelo contexto sócio produtivo e político nas regiões. Em outro foco, a negligência ou falta de hábitos e alimentação saudável, práticas

corporais e com atividade física; alto consumo de tabaco, uso abusivo de álcool e outras drogas, faz com que se tenha constante demanda e agravamento e permanência de doenças cujos fatores de risco poderiam ser modificáveis se ocorresse mais ações preventivas da promoção de saúde. Contata-se aumento da dependência química e das doenças crônicas degenerativas em todas as faixas etárias e sem distinção de gênero (obesidade, diabetes, hipertensão).

Isto posto, a preocupação dos homens gira mais em torno de temas que atentam contra a virilidade, como o tamanho do pênis e disfunção erétil, doenças sexualmente transmissíveis, problemas na próstata e AIDS do que efetivamente sobre as questões que ceifam vidas a exemplo das doenças evitáveis que a atenção primária pode promover. Portanto, a estratégia da atenção primária por meio da estratégia da saúde da família (ESF) tem entre seus desafios, as ações de prevenção de doenças e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua.

A sua contribuição, portanto, é ampla e irrestrita, pois as mudanças culturais para o autocuidado (LANÇANA, 2018), deverão repercutir nas responsabilidades do Estado (CFB, 1988), para que se avance na organização dos serviços de saúde, ordenando a demanda, direcionando o financiamento e conciliando os interesses organizados em torno da saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Esta tem sido uma das preocupações que o cenário concreto pode oferecer que por meio de estudos e pesquisas se evidencie se há ou não avanços e resolutividades

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

A apresentação dos dados da pesquisa de campo está organizada de forma a mostrar dados advindos dos profissionais e em seguida os dados advindos dos homens (sujeitos das políticas públicas), em especial como enfoque das intervenções da PNAISH.

Para sustentar o que o profissional de saúde, responsável pela atenção primária, participante da pesquisa expressou se utiliza a afirmação: o gênero masculino possui resistência quando se trata de procurar recursos de saúde e ajuda médica. Seja ela uma simples consulta de rotina ou em casos mais

complexos como, por exemplo, realizar um tratamento. Ocasionalmente uma realidade de morbi-mortalidade alarmante.

Nas afirmações dos participantes da pesquisa foi evidenciado que a resistência e autonegligência emite um desafio continuado para a saúde pública, na qual, todos os trabalhadores devem se encontrar sintonizados com os preceitos constitucionais, da saúde pública direito de todos e dever do Estado. Portanto, é responsabilidade o conhecimento aprofundado e continuado de todo o processo (ou seja, desde o protocolo de atendimento interno, formulado na base na política de atenção a saúde do homem), por todos os envolvidos ou seja da equipe multiprofissional mínima (composta por um médico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta), a qual não pode e deve esquecer seu entendimento com relação à saúde do homem e as questões do gênero (mas em particular do gênero masculino) e devem permanecer atentos às linhas norteadoras da política públicas.

Se denota questão abordada em outros estudos sobre a formação profissional e a ênfase que essa deve dar ao sujeito integral e as múltiplas determinações que a concepção ampliada de saúde preconiza.

Para o atendimento ao homem, os dados da pesquisa informam que esse é realizado por demanda livre e sugere que as campanhas e mobilizações para o enfrentamento às dificuldades culturais (socioeconômicas) estão sendo entregues ao tempo históricos para serem revertidas, ou seja, se se continuar com elas, com o tempo o atual cenário poderá se reverter.

Sobre a disposição dos homens para tratar ou não sua saúde, os dados da pesquisa são reveladores de vários aspectos, bem como confirmam que esse processo é iniciante, mas que mesmo assim uma avaliação na perspectiva da autonegligência é notada.

Quando os homens buscam a unidade geralmente tem uma boa adesão aos tratamentos. Contudo por questões culturais e de gênero muitos não procuram, neste quesito mesmo que for feita a busca ativa destes homens, dificilmente não terá adesão ao tratamento. Na maioria dos casos dos homens com dificuldade (doença) tem buscado a UBS antes da situação se agravar. Tendo tempo de tratar sem ter efeitos colaterais irreversíveis. Muitos são encaminhados para especialidade de urologia, fazer acompanhamento e se necessário a cirurgia. (SIC, EE1)

Os homens adentram o sistema de saúde pela atenção especializada, que como consequência atrasa e dificulta o tratamento, sem mencionar o maior custo para o SUS. (LANÇANA, 2018).

Por outro lado, a estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua afinidade com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Os serviços de saúde, em sua maioria, porém, ainda não estão habilitados para absorver a demanda representada pelos homens, pois sua organização não estimula o acesso e as próprias campanhas de saúde pública não se voltam para este segmento. Além disso, o mercado de trabalho em regra, não garante formalmente a adoção de tal prática, assim, o homem em dado momento pode ser prejudicado e sentir sua função de provedor ameaçada. (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

A necessidade de programas voltados exclusivamente a prevenção de doenças e a promoção da saúde do homem é indiscutível. A saúde que é garantida por lei a todos. Mas segundo os dados da pesquisa, os homens, (30 ao todo) expuseram que buscam serviços de saúde em especial a unidade de saúde,

Quadro 1 – Frequência busca atendimento à sua saúde

SEMPRE	PERIODICAMENTE	QUANDO NECESSÁRIO	RARAMENTE	TOTAL
04	08	13	05	30

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Tudo isso reflete na atenção primária, o homem não vai ao médico regularmente, não se importa tanto com a saúde quanto as mulheres, por entender como algo do “espaço feminino”. Esta realidade está por trás da visível diferença de longevidade entre homens e mulheres

Observa-se que em geral o homem tem uma maior resistência em procurar cuidar à sua saúde. Os índices brasileiros (BRASIL, 2018) destacam a predominância do sexo masculino nos âmbitos da morbi-mortalidade. Muitas vezes nem realiza as medidas de prevenção primária a saúde, acarretando desta forma ônus para o Sistema Único de Saúde, com agravos para ele e sofrimento para sua família. Foi a partir do reconhecimento da necessidade de

atenção integral a saúde do homem, que foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde pela portaria MS nº 1944, de 27 de agosto de 2009.

Questão 2 – Por que nem sempre procura a UBS?

NÃO	SIM	TOTAL
21	09	30

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

A questão enfocou particularmente a estrutura organizacional e nela a acessibilidade pelo homem. Como o funcionamento das UBS ocorre no mesmo horário da população e raramente há funcionamento em fins de semana, dificuldade para atender os usuários sem agendamento prévio, pode prejudicar uma maior procura pelos homens por atendimentos aos seus problemas de saúde. Ou seja, os homens só procuram os serviços de saúde, quando já estão com a situação da doença avançada.

Os estados precários que incluem falta de uma equipe de atendimento preparada, a demora seja em filas para a realização e exames ou na unidade de saúde em si, a falta de recursos financeiros ou estrutural, entre outros motivos, fazem os homens desistirem de consultas, tratamentos ou exame.

Quadro 3 – Autocuidado

BOM	INTERMEDIÁRIO	EM TRATAMENTO	TOTAL
21	06	03	30

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

A questão visou levantar a situação de saúde dos homens. A compreensão das barreiras socioculturais e institucionais é importante para a proposição de medidas que venham a gerar o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, a fim de resguardar a prevenção como peça fundamental de intervenção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a).

Não se pode esquecer que falamos de um segmento que historicamente integra o grupo, sobre o qual as convenções sociais destinaram a responsabilidade pela família, pela sociedade. Logo, o que interfere nos interesses dos homens, por coincidir com os horários de seus empregos, pois para eles as atividades de trabalho vêm em primeiro lugar na lista de

preocupações, não é priorizada. Se a saúde pública não lhes oportuniza o acesso, os homens não farão questão de se utilizarem dela.

Quadro 4 – Conhecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

SIM	NÃO	TOTAL
09	21	30

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

O desconhecimento sobre o sistema de proteção social é um fator que pode sustentar essa negativa. O histórico desconhecimento da população sobre seus direitos e como eles se materializam sobre as expressões da questão social.

Quadro 5 – Esclarecimento sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

	SIM	NÃO	TOTAL
	14	16	30
NOVEMBRO	04		04
AZUL			
SAÚDE DO TRABALHADOR	01		01

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Nesse aspecto as campanhas e o avanço das políticas públicas foram indicadas como recursos de se disseminar o conhecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, além disso a saúde como direito deve levar em conta que a resistência à prevenção de agravos e a promoção da saúde aumenta a sobrecarga financeira da sociedade, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, mas pode encontrar aliado quando a própria saúde pública deveria intensificar a pressão sobre o autocuidado.

Quadro 5 – Mudanças para a adesão à saúde do homem

CONSCIENTIZAÇÃO	DIVULGAÇÃO	SEM RESPOSTA	TOTAL
10	05	08	23

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Entre as mudanças indicadas para que se melhore a adesão dos homens aos serviços de saúde, o indicativo ao como, (Quadro 6), fundamenta as respostas e o ponto de vista dos participantes da pesquisa.

Quadro 5 – Indicativos da intensificação da adesão dos homens ao autocuidado

MAIS ACESSO	MAIS MÉDICOS	MAIS RAPIDEZ	TUDO	TOTAL
03	02	01	01	07

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

A realidade em que os serviços públicos se encontram diversas vezes é o principal motivo pela sua não procura. Os estados precários que incluem falta de uma equipe de atendimento preparada, a demora seja ela em filas para a realização e exames ou na unidade de saúde em si, a falta de recursos financeiros ou estrutural, entre outros motivos que fazem os homens desistirem de consultas, tratamentos ou exame.

Quadro 7 – Quem promove mais autocuidado? Os homens ou as mulheres?

SIM	NÃO	DEPENDE	TOTAL
03	26	01	30

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

A melhor maneira de prevenção seja ela no quesito econômico, de facilidade de acesso, de tempo para deslocamento para buscar prevenção, ou ainda, por outros motivos seriam as ações que a promoção da saúde deveria preconizar. É certo de que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres e isto por diversos motivos.

Outro problema enfrentado pelo sexo masculino é por observarem nos serviços públicos, as estruturas dos profissionais como um espaço feminizado levando em conta como principal obstáculo a vergonha de expor seu corpo como, por exemplo, para realizar um exame de próstata, o que torna algo simples em algo complexo. Quando são feitos os exames de rotina e encontrada alguma enfermidade, o tratamento torna-se mais fácil, pois a doença muitas vezes encontra-se em estado inicial facilitado o trabalho dos médicos e o bem-estar do paciente. Já quando não é dada essa atenção primária e eventualmente há o desenvolvimento de uma doença, o medo de procurar ajuda pelo fato de descobrir algo grave tardará o tratamento piorando ainda mais a situação.

Quadro 8 – Sobre o avanço na inclusão do homem aos serviços de saúde

SIM	NÃO	TOTAL
25	05	30

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Uma primeira estratégia no sentido desse reverter esse quadro advém da saúde da família, programa de abrangência familiar. Na recente história brasileira, para a universalização da saúde, o núcleo familiar seria base e unidade para o desenvolvimento de atenção à saúde (BRASIL, 2003), que pelo menos em proposta não deixou de fora os homens da sua abrangência. Esse programa proporciona a aproximação da saúde e seus profissionais com a população, além da expansão da cobertura de serviços pelas equipes das Estratégias de Saúde da Família (ESF), bem como pela diretriz do SUS, norteado pelo conceito ampliado de saúde, o qual deve ser a diretriz das ações da saúde pública, por meio das políticas públicas, dos programas e no caso da saúde, pela Estratégia de Saúde e suas equipes na execução de Política de Atenção Primária, mas que não pode ficar retiro no âmbito do Estado e dos profissionais. Sim, deve ser a diretriz da mudança cultural da população, do sujeito, do cidadão em construção na sociedade brasileira.

Quadro 9 – Olhar sobre os profissionais e atendimento da atenção primária e estratégia de saúde da família

SIM	NÃO	TOTAL
18	11	30

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Como nos dizem as pesquisas, a exemplo de Sosa (2017), a unidade básica de saúde e a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF), são a porta de entrada ao Sistema Municipal de Saúde. O PSF representa ações combinadas a partir da noção ampliada de saúde - que reúne tudo que possa levar a pessoa a ser mais saudável e produtiva - e se propõe a humanizar as práticas de saúde, procurando a satisfação do usuário pelo relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao conceito da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida.

Ainda, segundo o Ministério da Saúde (2011), a estratégia de saúde da família serve para a reorientação do modelo assistencial, ao cumprir os

objetivos de: prestar assistência integral, contínua, com resolubilidade e qualidade às necessidades de saúde da população atendida; intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; humanizar as práticas de saúde por meio dos vínculos entre profissionais e população; estabelecer cooperações com ações intersetoriais; contribuir na democratização do conhecimento sobre o processo saúde-doença; bem como, deve participar ativamente na organização dos serviços e da população para que a saúde seja reconhecida com um direito de cidadania.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na finalização do presente estudo pode-se afirmar que a polêmica homem-saúde ainda se encontra longe de ser dirimida, mesmo com as alterações substanciais promovida na saúde pública brasileira (CFB de 1988, LOS e SUS em 1990, atenção primária a partir de 2006). O processo de trabalho nas estratégias de saúde da famílias, se deparam com desafios para contribuir para a reversão de fatores tais como::

1.Reconhecimento o alcance das políticas públicas de saúde do homem é universal e se depara com condições objetivas da recente Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a qual entra com apelo á situação mais sensível do homem, sua macheza e sexualidade (exames de próstatas) e a polêmica resistência em todos desses exames.

2.No estágio que se encontra a atenção primária esta se debate entre uma proposta arrojada ao mesmo tempo com resistências políticas, morosidade na sua implementação (Em Canoinhas as ESF cobrem cerca de 57,16% (2018) do município, pela escassez de recursos humanos com esse olhar da saúde ampliada.

3.A saúde do homem é um tema polêmico, complexo, com negligências históricas sobre o segmento que avançaram no tempo e na sociedade, munido de um discurso machista e de super poderes, quando na verdade sua vulnerabilidade se constata pelos índices do cenário da morbi-mortalidade masculina.

4. Por fim a sustentação teórica sobre um dos principais programas—ESF e suas intervenções quanto a melhoria do quadro da saúde da população brasileira, que possa contribuir com controle social no acompanhamento da operacionalização dessas políticas públicas nas esferas locais e regionais, precisam ser ampliados para toda a sociedade e esta superar os equívocos e desvios de suas concretas atribuições. O controle social é negligente sobre este aspecto.

De posse dos dados coletados destaca-se a complexa cotidianidade dos profissionais na linha de frente da saúde pública brasileira. Afora esclarecer a complexa prática cotidiana das ESF, estes profissionais se deparam com processo cultural que morosamente vem se envolvendo na questão da saúde do homem.

As dificuldades e defasagens na resolutividade dos problemas sociais da saúde do homem necessitam de intensidade, envolvimento, adesão e valorização. Os homens não podem ser mais vistos como custos econômicos e sujeitos de direitos.

A pesquisa ampliada e contínua deve acontecer sobre os problemas e anseios da população local-regional. A região do Planalto Norte Catarinense tem expressiva realidade de neoplasias e de doença mental. Canoinhas onde ocorreu essa pesquisa não é diferente, se se amplia o olhar, se constata dados que confirmam essas ameaças sobre a população e especial sobre os homens.

Que fatores, sob a concepção ampliada de saúde devem ser enfocados então? Desvelar as realidades é constituir conhecimentos efetivos sobre formas de intervenção pessoal e profissional de todos. Alterar os quadros e cenários que influenciem o ritmo de desenvolvimento que se pretende, é partilhar conhecimentos, vivências, projetos e resultados, Por isso indica-se que a posição ausente das gestões e profissionais sobre dados deve ser revisada, uma vez que estes tratam da coisa pública, cuja dimensão privada dos sujeitos homens deve eticamente ser preservada, mas a saúde pública como direito de todos e dever do Estado, deve ser pública ao melhorar o cenário da saúde da população.

REFERÊNCIAS

ANTONOWICZ, Silvana. **A.PATERNIDADE RESPONSÁVEL: UMA ANÁLISE SOBRE AS CONTRIBUIÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM EM PAULA FREITAS-PR.** Trabalho de Concluso de Curso em Serviço Social. Faculdades Integradas Vale do Iguaçu (UNIGUAÇU), 2017.

ARAUJO, G.B. (2000). **A questão do gênero masculino.** Universidade Federal Fluminense. Disponível em html>. Acesso em 13 de junho de /2018..

BRASIL.1986. MINISTÉRIO DE SAÚDE. CARTA DE OTTAWA. 1986. **Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde.** Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em 18 de maio de 2018.

BRASIL. 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 1988. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em 15 de abril de 2018.

BRASIL. 2003. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de atenção às urgências/Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.** (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf>. Acesso em 01 de Maio de 2018.

BRASIL. 2008. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2008 a. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO DE 2008. **Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde-SUS.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em 08 de maio de 2018.

BRASIL. 2009b. PORTARIA Nº 1.944, DE 27 DE AGOSTO DE 2009. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.h tml](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html)>. Acesso em: 20 de maio de 2018.

BRASIL,2009c. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 2.669 de 03 de novembro de 2009 . Disponível em:><http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/>. Acesso em 20 de outubro de 2018.

BRASIL, 2010a. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos. 2008-2011 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – 3 ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 138 p. – (Série C. Projetos,**

Programas e Relatórios). Disponível em:<<http://docplayer.com.br/74678-Mais-saude-direito-de-todos-2008-2011.html>>. Acesso em 20 de maio de 2018.

BRASIL, 2012a. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília – DF. 2012 Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em 15 maio de 2018.

BRASIL. 2011. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> . Acesso em: 18 de outubro de 2018.

BRASIL. 2016. MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. 2016. **Mais Saúde Direito de Todos**. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABJTcAF/mais-saude-direito-todos-ms?part=2>>. Acesso em 12 de junho de 2018.

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/19/Folder---dados-de-morbimortalidade-masculina-no-Brasil.pdf>

CREPALDI, Maria Aparecida. et al. **A PARTICIPAÇÃO DO PAI NOS CUIDADOS DA CRIANÇA, SEGUNDO A CONCEPÇÃO DE MÃES**. *Psico.estud* . SET-DEZ 2006. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=452971&indexSearch=ID>. Acesso em 21 de novembro de 2018

[GOMES, Romeu](#); [NASCIMENTO, Elaine Ferreira do](#) and [ARAUJO, Fábio Carvalho de](#). **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior**. *Cad. Saúde Pública*[online]. 2007, vol.23, n.3, pp.565-574. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>. Acesso em 18 de abril de 2018.

KRUG, Eliani Aparecida. W. **POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER NO MUNICÍPIO DE UNIÃO DA VITÓRIA-PR, NO PERÍODO DE 2000 A 2011**. *Dissertação* apresentada ao Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade do Contestado, campus Canoinhas.. 2011 Disponível em:<<https://www.unc.br/mestrado/editais/Dissertacao-final-Eliani-Krug.pdf>>. Acesso em 15 de abril de 2018.

LANÇANA, Juliano Antonio. **POLÍTICAS PÚBLICAS E O GÊNERO MASCULINO: A SAÚDE DO HOMEM ENTRA EM CENA**. *Dissertação* apresentada ao Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade do

Contestado, campus Canoinhas. 2018 Disponível em:<<https://www.unc.br/mestrado/> Acesso em 15 de abril de 2018.

MERHY, E. E; MALTA, D. C; SANTOS, F. P. **Desafios para os gestores do SUS hoje:** compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E. (org.). **Municípios:** a gestão da mudança em saúde. Recife: UFPE, 2004.

PILLEGI. Priscilla Mendes Pillegi¹, MUNHOZ, Maria Luiza Puglisi. **A importância da conduta paterna no processo de ensino e aprendizagem.** Centro Universitário FIEO. *versão impressa* ISSN 1676-1049. Cad. psicopedag. vol.8 no.14 São Paulo 2010. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-10492010000100001 acesso em 20 de novembro de 2018.

_____. **Quais países oferecem as maiores e as menores licenças-maternidade?** Globo.com, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:<http://g1.globo.com/concursos-e-emprego/noticia/2015/08/quais-paises-oferecem-as-maiores-e-as-menores-licencas-maternidade.html>
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html. Acesso em 17 de novembro de 2018.

SCHRAIBER L.B., GOMES R., COUTO M.T. **Homens na pauta da saúde coletiva.** Ciências Saúde Coletiva, 2005.

SOSA, Ana Paula Hupalo. **INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR PELAS EQUIPES DA ESF NA 6ª. REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA-PR: ATENÇÃO PRIMÁRIA E O DESENVOLVIMENTO.** *Dissertação* apresentada ao Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade do Contestado, campus Canoinhas. 2017 Disponível m:<<https://www.unc.br/mestrado/dissertacoes/>>. Acesso em 15 de abril de 2018.

OS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE TREINAMENTO ESPECÍFICO PARA O DESENVOLVIMENTO DA AGILIDADE DE GOLEIROS DE FUTEBOL DE CAMPO

Lucas Vozniak
Andrey Portela

RESUMO: Este estudo teve como objetivo identificar os efeitos no desempenho da agilidade de goleiros após a aplicação de um programa de treinamento específico para esta habilidade. Trata-se de uma pesquisa aplicada, de campo, quantitativa, experimental do tipo pré-experimental, de caso. A amostra do tipo não probabilística intencional foi composta por 3 goleiros com idades entre 14 e 16 anos, da Associação Desportiva Independente (ADI), clube de futebol de campo do município de São Mateus do Sul - PR. Para coleta de dados foi utilizado o teste Shuttle Run (JHONSON; NELSON, 1979 apud FERNANDES FILHO, 2003), um cronômetro, uma fita adesiva. Para a realização do estudo, este foi aprovado pelo Núcleo de Ética e Bioética da Uniguaçu, seguido da aprovação da ADI, e assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido pelos pais/responsáveis pelos atletas. Os testes e as sessões de treinamento aconteceram entre os meses de julho e setembro de 2016, totalizando sessenta dias de treinamento específico de agilidade. Após a coleta todos os dados foram analisados através da estatística descritiva e distribuídos em tabelas. Ao final, conclui-se que um programa de treinamento específico para o desenvolvimento da agilidade em goleiros de futebol de campo afeta positivamente no desempenho desta habilidade. Também, considera-se que alguns fatores estão ligados ao desempenho desta, como o tempo de treinamento e a estatura dos atletas.

PALAVRAS-CHAVE: Futebol de Campo; Goleiros; Agilidade; Treinamento.

ABSTRACT: This study aimed to identify the effects on goalkeeper agility performance after applying a specific training program for this ability. It is an applied, field, quantitative, experimental, pre-experimental, case-based research. The sample of the non - probabilistic intentional type was composed by 3 goalkeepers aged 14 to 16 years, of the Independent Sports Association (ADI), field soccer club of the municipality of. For data collection, the Shuttle Run test (JHONSON; NELSON, 1979 apud FERNANDES FILHO, 2003) was used, a stopwatch, an adhesive tape. In order to carry out the study, it was approved by the Ethics and Bioethics Center of Uniguaçu, followed by the approval of the ADI, and signing of a free and informed consent form by the parents / guardians of the athletes. The tests and training sessions took place between July and September 2016, totaling sixty days of specific agility

training. After the data collection, all data were analyzed through descriptive statistics and distributed in tables. At the end, it is concluded that a specific training program for the development of agility in field soccer goalkeepers positively affects the performance of this ability. Also, it is considered that some factors are related to its performance, such as the training time and the stature of the athletes.

KEYWORDS: Soccer; Goalkeepers; Agility; Training.

1 INTRODUÇÃO

Como é de conhecimento de todos, a prática de qualquer desporto, quer seja individual ou coletivo, exige de seus praticantes habilidades motoras fundamentais para tal ato.

Falando especificamente do futebol, sobre o fato de existir diversas posições dentro de campo, cada atleta deverá dominar as habilidades gerais que qualquer jogador necessita, mais as específicas da sua posição.

Com isso, pode-se destacar a posição de goleiro de futebol. Mesmo tendo que dominar as funções básicas de outro jogador de linha, como passe, chute, percepção de jogo, entre outras, o goleiro também necessita de habilidades específicas que são fundamentais para um bom desempenho dentro de campo por parte do atleta. Segundo Rose Junior (2006), as características específicas das ações exigidas para desempenhar a função de goleiro exigem treinamento especializado, orientado por profissionais que se dediquem, de forma exclusiva, a esta finalidade.

Entre estas, a agilidade é uma das que se destaca. Um goleiro sem esta capacidade se torna um alvo fácil para o fracasso. Para Young, James e Montgomery (2002), agilidade é um conjunto complexo de habilidades interdependentes que convergem para o atleta responder a um estímulo externo com uma desaceleração rápida, mudança de direção e reaceleração.

Desta forma, diante do tema abordado, se faz a seguinte pergunta: Quais são os efeitos de um treinamento específico de agilidade no desempenho físico-motor de goleiros?

O seguinte trabalho traz como objetivo identificar os efeitos no desempenho da agilidade de goleiros após a aplicação de um programa de treinamento específico para esta habilidade.

A realização do presente trabalho justifica-se pela necessidade de avaliar se através de treinamentos específicos de agilidade, seja possível observar uma melhora na habilidade citada, e, conseqüentemente, um melhor desempenho dos goleiros. Se comprovado, um treino específico de agilidade seria necessário não apenas para goleiros de futebol, mas também para goleiros de outros desportos como handebol e futsal, como, possivelmente, para jogadores de outras posições nas quais precisam ser ágeis para um bom desempenho.

2 MÉTODO

A presente pesquisa é do tipo aplicada, de campo, quantitativa, experimental do tipo pré-experimental, de caso (THOMAS, 2012).

A população investigada compreende os goleiros da categoria de base de futebol de campo. A amostra do tipo não probabilística intencional foi composta por três goleiros da Associação Desportiva Independente (ADI), clube de futebol de campo do município de São Mateus do Sul, Paraná. Os investigados apresentavam idades entre 14 e 16 anos, onde, para participarem da pesquisa, os atletas deveriam frequentar regularmente as seções de treino e terem o mínimo de um ano de experiência e prática com a modalidade.

Como instrumento de pesquisa, foi utilizado o teste Shuttle Run (JHONSON; NELSON, 1979 apud FERNANDES FILHO, 2003), sendo necessário um cronômetro, uma fita adesiva e blocos de madeira medindo 5x5x10cm.

Para a realização do estudo, primeiramente este foi aprovado pelo Núcleo de Ética e Bioética da Uniguaçu (Parecer nº 2016/097). Após aprovação do comitê de ética, seguido da aprovação da ADI, os atletas foram convidados a

participarem do estudo, sendo familiarizados com os objetivos da pesquisa e com os instrumentos utilizados. Estes tiveram um termo de consentimento livre e esclarecido assinado por seus pais/responsáveis, por se tratar de menores de idade.

Os testes e as sessões de treinamento aconteceram entre os meses de julho e setembro de 2016, totalizando sessenta dias de treinamento específico de agilidade com os goleiros, que foram realizados dentro das dependências do Clube do Empregados da Petrobrás (CEPE), onde se encontram os campos de treinamento da ADI. Os treinos (treinamento geral) eram realizados nas segundas e quartas-feiras, das 14:00 horas às 16:30 horas, sendo que o treinamento específico para agilidade girava em torno de 30 minutos.

Após o período de treinamento e testagem, todos os dados coletados foram analisados através da estatística descritiva, sendo distribuídos em tabelas para melhor compreendê-los.

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com a organização dos dados coletados com a utilização do referido instrumento, segue a apresentação dos resultados, suas interpretações e discussões.

Participaram deste estudo dois goleiros da categoria sub-15 e um da categoria sub-16. Segundo Weineck (1999), o momento ideal para o desenvolvimento da agilidade, ocorre na infância escolar tardia (a partir dos dez anos até a entrada na puberdade). Barbanti (1997) explica que na idade adulta, é quase impossível desenvolver a habilidade em alto nível, e por isso, deve-se oferecer às crianças e jovens múltiplas experiências de movimentos.

Para que pudesse ser feita uma melhor análise dos resultados obtidos durante os testes, foi feita uma caracterização dos atletas. Na tabela 1, encontram-se as informações obtidas nesta caracterização que poderiam ou não influenciar no resultado dos testes.

Tabela 1. Caracterização dos atletas

Atleta	Idade	Peso	Estatura	Tempo de
---------------	--------------	-------------	-----------------	-----------------

				treinamento
Atleta 01	14 anos	61,5kg	1,72m	6 anos
Atleta 02	15 anos	72,2kg	1,80m	3 anos
Atleta 03	16 anos	73,9kg	1,75m	4 anos

Fonte: Dados da pesquisa

Como pode ser observado nesta tabela, um dos fatores que apresentam uma maior diferença entre os atletas é o tempo que o indivíduo está treinando. O Atleta 01 é o que está há mais tempo dentro do clube, enquanto o Atleta 02 é o que está há menos tempo. Outro fator que apresenta uma maior diferença entre os atletas é o peso. O Atleta 01 tem aproximadamente 11 quilos a menos do que os outros dois atletas. Já referente à idade e a estatura, os três atletas apresentam aproximadamente os mesmos valores.

Depois de feita esta caracterização e a aplicação do pré-teste, foram realizadas, durante o período de 60 dias, 17 sessões de aproximadamente 30 minutos de treinamento específico de agilidade. Todos os exercícios foram montados e aplicados pelos autores deste estudo com o auxílio do treinador de goleiros do clube, confirmando o que Rose Junior (2006) defende ao falar que as características específicas das ações exigidas para desempenhar a função de goleiro exigem treinamento especializado, orientado por profissionais que se dediquem, de forma exclusiva, a esta finalidade. Já para Borsari (1989), entre as qualidades físicas específicas necessárias para um goleiro, está a flexibilidade, o equilíbrio, a explosão muscular (reação rápida), entre outras, incluindo a agilidade. Todos os exercícios aplicados eram específicos de agilidade, sendo todos adaptados e voltados para as ações realizadas por um goleiro durante a partida.

Tanto para o pré-teste quanto para o pós-teste, foram realizadas sessões de alongamentos e aquecimentos para preparar os atletas fisiológica e psicologicamente, com o objetivo de diminuir os riscos de lesão devido ao esforço que iriam realizar. Ambos os testes aconteceram em uma situação climática parecida, para que não houvesse influência deste nos resultados.

O teste foi devidamente explicado sobre como ocorreria e a sua importância. Cada atleta teve duas tentativas de realizar o teste, com um

intervalo de dois a três minutos entre elas. A tabela 02 apresenta os resultados do pré e do pós-teste realizado com os goleiros.

Tabela 2. Resultados do Teste Shuttle Run

Atleta	Pré-teste(s)		Pós-teste(s)		Diferença(s)
	1º tentativa	2º tentativa	1º tentativa	2º tentativa	
Atleta 01	8,47	8,50	8,97	8,36	0,11
Atleta 02	9,59	9,47	9,63	9,19	0,28
Atleta 03	8,66	8,94	8,69	8,54	0,12

Fonte: Dados da pesquisa

Com os dados apresentados na tabela 02, podemos observar que todos os três goleiros participantes da pesquisa mostraram uma pequena melhora da agilidade depois da aplicação dos treinos específicos durante o período de 60 dias, respondendo positivamente ao objetivo deste estudo.

Considerando os resultados do teste aplicado junto com a caracterização dos atletas feita antes dos testes, podemos tirar algumas conclusões específicas deste estudo, podendo, possivelmente, se estender para outros grupos de atletas.

Dentre os três atletas analisados, o Atleta 02 foi o indivíduo que apresentou uma maior diferença na agilidade, melhorando seu tempo em 0,28 segundos a menos do pré-teste. Este mesmo é o atleta que treina há menos tempo no clube. Ao contrário desses dados, o Atleta 01 foi o indivíduo que apresentou a menor diferença de tempo (0,11 segundos), e é o atleta que possui mais tempo de treinamento. Observando esses dados, podemos afirmar que o tempo de treinamento que o atleta possui, influenciou diretamente no resultado desta pesquisa, mostrando que quem treina há mais tempo, teve uma dificuldade maior de melhorar a sua agilidade.

Nesse mesmo raciocínio, com relação ao tempo de treinamento dos atletas, outro dado pode ser constatado. Quanto mais o atleta treina, mais ágil ele é. Podemos conferir isso com os dados dos indivíduos. O Atleta 01, é o que treina há mais tempo (6 anos), seguido do Atleta 03 (4 anos), e, por último, o Atleta 02 (3 anos). Nessa mesma ordem podemos listar os atletas mais ágeis da pesquisa, onde, o Atleta 01 fez o seu melhor tempo nas quatro tentativas,

em 8,36 segundos, seguido dos Atletas 03 e 02, com seus melhores tempos em 8,54 segundos e 9,19 segundos, respectivamente. Explicando isso, Kunze (1987) afirma que a agilidade desenvolve-se por meio de exercícios que exigem uma inversão rápida dos movimentos com participação de todo o corpo, e que também a agilidade está ligada a velocidade, podendo treinar as duas capacidades juntamente, ou seja, atletas com mais treinos, mesmo não sendo específicos da agilidade, podem desenvolvê-la com mais sucesso.

Outro dado que podemos destacar é a relação estatura-agilidade. Dentre os indivíduos participantes desta pesquisa, fica evidente que, quanto menor for o atleta, mais ágil ele será. Conforme os dados apresentados nas Tabelas 01 e 02, apontamos os Atletas 01 e 03 como os atletas de menor estatura e maior agilidade, enquanto o Atleta 02 possui uma maior estatura e um tempo maior do que os outros goleiros. Já sobre as relações peso-agilidade e idade-agilidade, não fica claro nenhuma evidência dentro desta pesquisa.

4 CONCLUSÕES

Com base nos objetivos propostos e nos dados analisados, conclui-se que um programa de treinamento específico para o desenvolvimento da agilidade em goleiros de futebol de campo afeta positivamente no desempenho desta habilidade. A pesquisa mostra que, apesar de um curto período de treinamento específico, todos os atletas apontaram um melhor resultado no desempenho de sua agilidade.

Também conclui-se que alguns fatores estão ligados ao desempenho da agilidade dos goleiros, onde atletas com mais tempo de treinamento, apresentaram-se mais ágeis, porém, a melhora apresentada após o período de treino específico foi menor do que o atleta que tem o menor tempo de treinamento. Outro fator que possivelmente interferiu no resultado da pesquisa foi a estatura dos atletas, ou seja, ao que tudo indica, atletas menores possuem uma agilidade maior do que os atletas mais altos.

Por fim, sugere-se que mais estudos sejam realizados dentro da área da agilidade. Além de goleiros, atletas de outras posições, e até mesmo de outros

esportes, necessitam da agilidade para realizar suas tarefas dentro de suas respectivas modalidades, confirmando assim, que um programa de treinamento específico de agilidade tem um efeito positivo sobre os atletas.

REFERÊNCIAS

BARBANTI, V. J. Teoria e prática do treinamento esportivo. 2.ed. São Paulo: Edgard Blücher, 1997.

BOMPA, T. O. Periodização: teoria e metodologia do treinamento. São Paulo: Phorte, 2002.

BOMPA, T. O. Periodização: teoria e metodologia do treinamento. 5.ed. São Paulo: Phorte, 2012.

BORSARI, J. R. (Coord.). Futebol de campo. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1989.

FERNANDES FILHO, J. A prática da avaliação física. 2.ed. Rio de Janeiro: [s.n.], 2003.

KUNZE, A. Futebol. Tradução de Ana Maria de Oliveira Mendonça. Coleção Desporto, n.10. Lisboa: Estampa, 1987. Cap. 6, p. 129-141.

MARINS, J. C. B.; GIANNICHI, R. S. Avaliação e prescrição de atividade física: guia prático. 3.ed. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

ROSE JUNIOR, D. Modalidades esportivas coletivas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

THOMAS, J. R. Métodos de pesquisa em atividade física. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

WEINECK, J. Treinamento ideal. Tradução de Maria Romano Carvalho. 9.ed. São Paulo: Manole, 1999.

OS EFEITOS DO TREINAMENTO *HIGH INTENSE INTERVAL TRAINING* (HIIT) NA CAPACIDADE RESPIRATÓRIA DE PRATICANTES DE MUSCULAÇÃO

Taciano Jean Tratch
Andrey Portela

RESUMO: O objetivo deste estudo foi identificar a influência do treinamento HIIT na capacidade respiratória de praticantes de musculação. A pesquisa de campo, aplicada, quantitativa, experimental do tipo pré-experimental, contou com uma amostra do tipo não probabilística intencional composta por 10 praticantes de musculação, independente do objetivo de prática, mas com no mínimo seis meses de frequência assídua, sem nenhuma experiência com o treinamento HIIT, com faixa etária entre 18 e 40 anos. Os materiais utilizados para coleta foram: Monitor de frequência cardíaca; Esteira ergométrica; Metrômetro; Banco reto com 41,3cm de altura, 1,20cm de comprimento e 30cm de largura, além do teste Banco do Queens College (MCARDLE et al., 1972). Para a realização do estudo, primeiramente este foi aprovado pelo Núcleo de Ética e Bioética da Uniguaçu, seguido da aprovação da academia de ginástica, onde os testes e o treinamento ocorreram. Na sequência, os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido autorizando a divulgação dos resultados, entre outros quesitos. A coleta ocorreu durante outubro e novembro de 2016, ocorrendo a avaliação do nível de condicionamento físico inicial (Teste); Aplicação do período de treinamento; Reavaliação física (Re-Teste). Após a coleta, os dados foram analisados através da estatística descritiva, distribuindo as informações em tabelas e gráficos. Ao final, considera-se que o HIIT proporcionou mudanças positivas na aptidão cardiorrespiratória dos sujeitos, como também, possivelmente no que diz respeito a maior tolerância a fadiga muscular, pois ambas variáveis apresentaram resultados satisfatórios, ocorrendo uma melhora nos índices de condicionamento aeróbico.

PALAVRAS-CHAVE: Treinamento Físico; Musculação; HIIT; Aptidão Física.

ABSTRACT: The objective of this study was to identify the influence of HIIT training on the respiratory capacity of bodybuilders. The experimental, applied, quantitative, experimental, pre-experimental field study had a sample of the non-probabilistic intentional type composed by 10 bodybuilders, Regardless of the practice objective, but with at least six months of assiduous attendance, with no experience with HIIT training, with ages ranging from 18 to 40 years. The materials used for collection were: Heart rate monitor; Treadmill; Meter; Straight bench 41.3cm high, 1.20cm long and 30cm wide, in addition to the Bank test of Queens College (MCARDLE et

al., 1972). In order to carry out the study, it was first approved by the Ethics and Bioethics Center of Uniguaçu, followed by the approval of the gym where tests and training took place. Subsequently, participants signed a free and informed consent term authorizing the dissemination of results, among other things. The collection took place during October and November of 2016, with the evaluation of the initial fitness level (Test); Application of the training period; Physical Re-evaluation (Re-Test). After the data collection, the data were analyzed through descriptive statistics, distributing the information in tables and graphs. At the end, it is considered that HIIT provided positive changes in the subjects cardiopulmonary fitness, as well as possibly with regard to the greater tolerance to muscle fatigue, since both variables presented satisfactory results, with an improvement in the aerobic conditioning indexes.

KEYWORDS: Physical Training; Body Building; HIIT; Physical Aptitude.

1 INTRODUÇÃO

O treinamento é de extrema importância para a melhora do condicionamento físico e de seus componentes, proporcionando uma melhora na saúde e na qualidade de vida das pessoas que, conseqüentemente, são afastadas do sedentarismo.

Gobbi, Vilar e Zago (2005) apresentam o condicionamento físico como um processo sistematizado que, por meio de estímulos motores e princípios científicos, realizados por um certo período de tempo, caracteriza-se por adaptações morfológicas e funcionais que provocam o aumento ou a manutenção da capacidade orgânica através do desempenho físico.

Atualmente, a prática do treinamento contra resistido vem ganhando cada vez mais adeptos e, de certa forma, o número de estudos e pesquisas só vem crescendo, comprovando a visão de que o conhecimento sobre sua prática requer uma análise de inúmeras variáveis e fatores do treinamento muscular. É

uma modalidade de atividade física muito diversificada, por haverem inúmeros modos de ser praticada, transcrita e repassada para os praticantes.

Sabemos que se o indivíduo tiver um bom condicionamento físico, conseqüentemente ele obterá melhores resultados na prática da musculação, pelo fato, por exemplo, de haver uma melhora na oxigenação das células musculares. Sendo assim, também potencializará os efeitos da captação de nutrientes.

Um dos componentes mais importantes para o condicionamento físico é o aumento da resistência cardiorrespiratória, isto porque é uma defesa contra a fadiga nas atividades executadas em geral. Para McArdle et al. (2002) o treinamento aeróbico induz alterações significativas na dinâmica pulmonar, durante o exercício, que contribui para uma resposta mais efetiva ao estresse da atividade física. O treinamento de exercícios submáximos intensifica a capacidade de se sustentarem altos níveis de ventilação submáxima. No caso, com apenas 4 semanas de treinamento, consegue-se reduzir consideravelmente o equivalente ventilatório para o oxigênio no exercício submáximo.

Para haver uma melhora significativa no treinamento aeróbico, não basta treinar todos os dias, mais sim dar ênfase no aumento da intensidade do treino. Com isso surge a possibilidade do treinamento intervalado, onde se treina alternando a intensidade respeitando o nível de condicionamento de cada indivíduo. De acordo com McArdle et al. (2008) com o espaçamento correto de exercício e repouso, podem ser realizadas quantidades extraordinárias de um exercício de alta intensidade, que normalmente não seriam possíveis se o exercício progredisse continuamente.

Os autores Foss e Keteyian (2000) relatam que no treinamento intervalado, como o próprio nome indica, são sessões repetidas de treinamento ou exercícios alternados com períodos de recuperação, sendo exercícios cíclicos como nadar, correr, pedalar, com intervalos de recuperação incluindo exercícios leves, como o caminhar ou outro exercício de baixa intensidade, sem haver um repouso por completo.

Wilmore e Costil (2001) descrevem que o treinamento intervalado vem sendo utilizado para melhorar a capacidade anaeróbica. Porém, como

consequência, devido as sessões de exercícios repetidos em velocidade que produzem grandes quantidades de lactato, vem desenvolvendo também a capacidade aeróbia, sendo que a chave para esse tipo de treinamento está no volume de séries de trabalho e recuperação.

Desta forma, elaborou-se a seguinte questão problema: Quais são os efeitos do treinamento *High Interval Intense Training* (HIIT), na capacidade respiratória de praticantes de musculação?

O objetivo deste estudo foi identificar a influência do treinamento HIIT na capacidade respiratória de praticantes de musculação, após um período de treinamento.

Através deste estudo será possível conhecer o real nível de condicionamento físico dos praticantes, justificando dessa forma, a importância da elaboração do mesmo, pois, a partir destes dados além do reconhecimento da realidade, será possível atuar de maneira estratégica no nível de condicionamento físico dos praticantes de musculação.

2 MÉTODO

A presente pesquisa caracteriza-se como sendo de campo, aplicada, quantitativa, experimental do tipo pré-experimental.

A amostra do tipo não probabilística intencional foi composta por 10 praticantes de musculação (6 mulheres e 4 homens), independente do objetivo de prática, mas com no mínimo seis meses de frequência assídua, sem nenhuma experiência com o treinamento HIIT, com faixa etária entre 18 e 40 anos. Todos os sujeitos frequentaram a mesma academia de musculação e se auto avaliaram em perfeitas condições de saúde.

Os materiais utilizados para coleta de dados foram: Monitor de frequência cardíaca da marca Garmin, modelo FR70; Esteira ergométrica da marca Movement, modelo RT250; Foi utilizado um Metrômetro do aplicativo Digital Metronome; Banco reto com 41,3cm de altura, 1,20cm de comprimento e 30cm

de largura. Além destes, foi aplicado o teste submáximo Banco do Queens College (MCARDLE et al., 1972), conhecido também como Teste do Banco.

Para a realização do estudo, primeiramente este foi aprovado pelo Núcleo de Ética e Bioética da Uniguaçu. Após aprovação do comitê de ética, também teve a aprovação da academia de ginástica, onde os testes e o treinamento ocorreram. Na sequência, os praticantes foram convidados a participarem do estudo, sendo familiarizados com os objetivos da pesquisa e com os materiais/métodos que utilizados. Estes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido autorizando a divulgação dos resultados, entre outros quesitos.

Os procedimentos para coleta de dados, que ocorreram durante os meses de outubro e novembro de 2016, foram: Avaliação do nível de condicionamento físico que se encontraram (Teste); Aplicação do período de treinamento; Reavaliação física (Re-Teste).

Durante as avaliações e as sessões de treinamento, os executantes estavam com vestimentas apropriadas para a prática de atividade física. A realização dos testes aconteceu de maneira aleatória, de acordo com a disponibilidade dos praticantes, variando os dias e horários de coleta. A frequência de treinamento aconteceu em três sessões semanais, durante quatro semanas, onde os alunos treinaram separadamente, em horários diferentes. Foi estipulado uma atividade aeróbica (corrida) de vinte minutos, na esteira ergométrica, aplicando o método HIIT, composto por 1 minuto correndo em alta intensidade, trabalhando aproximadamente entre 80% e 95% da Frequência Cardíaca Máxima (FCMáx), e 2 minutos em baixa intensidade, onde deveria correr entre 55% e 65% da FCMáx, sempre alternado. É importante salientar que os sujeitos continuaram treinando musculação, também em dias aleatórios,

Após a coleta, os dados foram analisados através da estatística descritiva, distribuindo as informações em tabelas e gráficos.

3 AVALIAÇÃO FÍSICA

Para Fontoura (2013), avaliação física está composta por inúmeros métodos e instrumentos, e é um processo que utiliza medidas que objetiva ou subjetivamente, determinam critérios relacionados a aptidão física, coletando dados para análise e utilização dos resultados, para uma determinada finalidade proposta pelo treinador.

Aptidão física são atributos de como se realiza a atividade física. Está relacionada à saúde e, se exercitado de maneira correta, tem relação com a qualidade da saúde e prevenção de alguns tipos de doenças. Está distribuído em cinco componentes, sendo eles a aptidão aeróbica ou cardiovascular, a composição corporal, a resistência muscular localizada, a força muscular e a flexibilidade, estando diretamente relacionada a performance atlética e com qualidades físicas como velocidade, potência, equilíbrio e agilidade (McARDLE, 2013).

O Teste de Banco Queen's College é um dos inúmeros instrumentos/testes aplicados para a avaliação física humana. Também conhecido com o Teste de Banco de McArdle, tem como finalidade avaliar a aptidão cardiorrespiratória do indivíduo, de forma simples e econômica. O teste do Banco de McArdle tornou-se um ótimo instrumento para avaliação do $VO_2Máx$.

A frequência cardíaca tornou-se um parâmetro de comparação no período pós-teste (recuperação), após o indivíduo subir e descer do banco. Ao final do teste (subida e descido do banco), a frequência cardíaca é mensurada e o resultado aplicado em equações específicas a fim de averiguar o nível de capacidade aeróbica ($VO_2Máx$) dos avaliados (McARDLE et al., 2002).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após organização e análise dos dados coletados, fruto das duas avaliações físicas realizadas com os participantes da pesquisa, chegou-se aos seguintes resultados, apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Resultados das avaliações do $VO_2Máx$ dos praticantes de musculação

Momentos de Avaliação	VO₂Máx (ml/kg/min)		
	Média	Valor Mínimo	Valor Máximo
Teste	41,4 ±1,66	32	63,03
Re-Teste	45,2 ±1,08	34,78	64,21

Fonte: dados da pesquisa.

Na tabela 1 são identificadas as médias, o desvio padrão e os valores mínimos e máximos alcançados pelos praticantes de musculação, considerando o fato de que foram realizadas duas avaliações, uma antes de iniciar o treinamento e outra no final do período de treinamento.

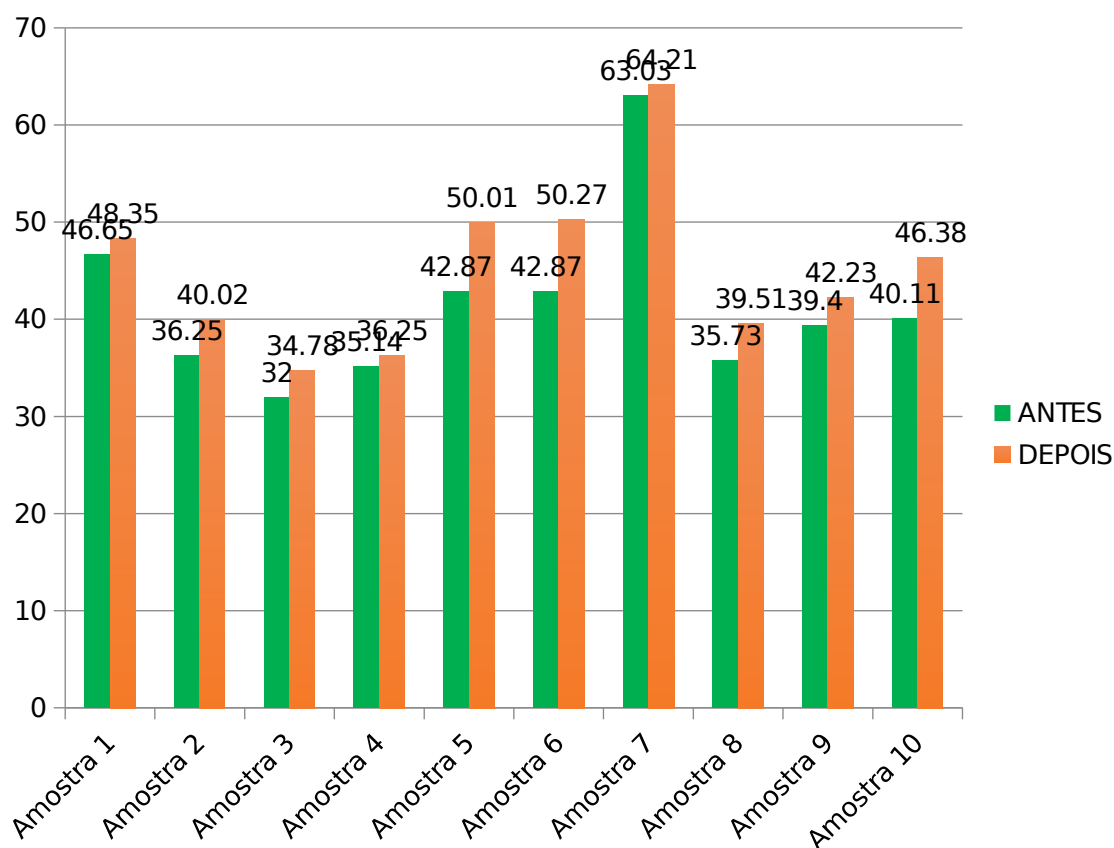
Os testes de aptidão física permitem medir as capacidades físicas dos sujeitos, qualidades estas que são úteis na vida cotidiana ou na prática de qualquer esporte. Temos como exemplo destes, os testes de medição da força muscular, os testes de resistência muscular, testes para medir a capacidade cardiovascular, entre outros (MELO, 1986).

Para o referido estudo, onde foi realizado o Teste de Banco de McArdle, chegou-se a média da capacidade respiratória (VO₂Máx) dos sujeitos nos dois momentos do estudo, permitindo observar uma evolução no VO₂Máx dos participantes. Como demonstrado na tabela 1, no Teste, a média do VO₂Máx foi de 41,40ml/kg/min, e no Re-Teste, a média foi de 45,20ml/kg/min, apresentando uma melhora de 9,15% no VO₂Máx dos sujeitos investigados.

De acordo com Barbanti (1990), o funcionamento do corpo é mantido por atividades físicas. Para se obter um equilíbrio dinâmico e um desequilíbrio, pode se ocasionado um risco de doenças e desordens no organismo, onde, estudos comprovam que a falta de uma aptidão física satisfatória, por exemplo, aumenta a probabilidade de risco de doenças cardiovasculares, sendo que e prática de atividades físicas regulares contribuem também para o combate de desordens emocionais e estresses psicológicos, melhorando a sensação de bem estar do indivíduo.

Para uma melhor exibição comparativa dos resultados dos testes, estes foram expostos no gráfico 1, facilitando a visualização do desempenho dos sujeitos, individualmente, em cada momento de avaliação.

Gráfico 1. Valores do VO₂Máx dos praticantes de musculação nos diferentes momentos de testagem



Fonte: dados da pesquisa.

No gráfico 1 são identificados os valores do VO₂Máx alcançados pelos avaliados, individualmente.

É importante salientar que antes de cada momento de testagem, foi demonstrado aos avaliados, de forma prática, como se procederia a realização do teste. Logo após a explicação detalhada, cada indivíduo realizou um ciclo de movimentos, subindo e descendo do banco, para o primeiro contato com o aparelho. Após terem o primeiro contato, deu-se início ao teste propriamente dito. O teste foi realizado por um período de 3 minutos. A frequência cardíaca foi mensurada através de um frequencímetro cardíaco, e foi utilizada no cálculo do VO₂Máx (McARDLE et al., 2007).

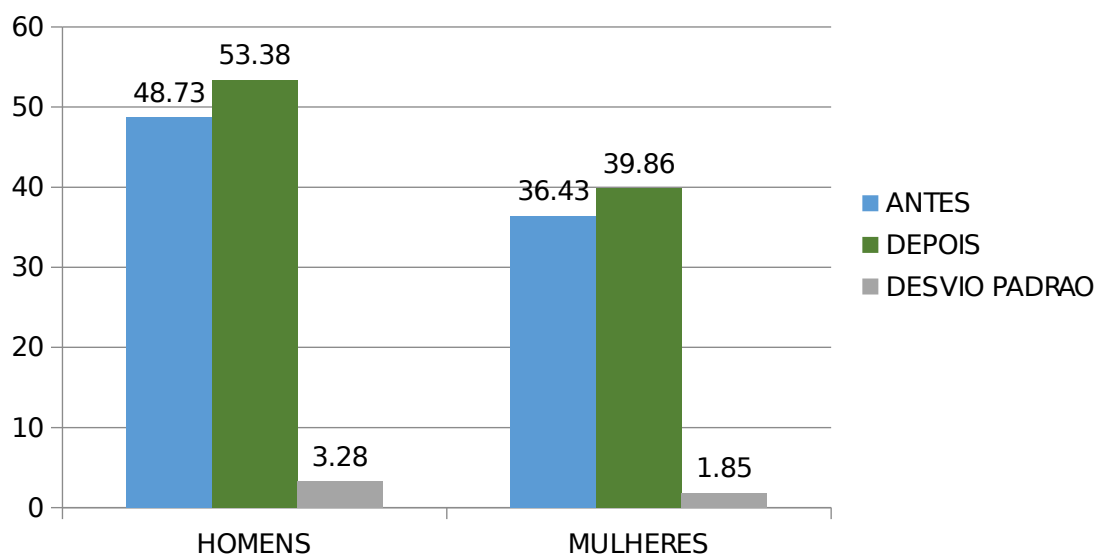
No gráfico 1 fica evidente o efeito positivo do HIIT na melhora do VO_2 Máx dos praticantes, uma vez que todos tiveram um melhor desempenho no que diz respeito a capacidade cardiorrespiratória, quando comparado os resultados do Teste com os do Re-Teste (1ª e 2ª avaliação física).

Sem sombra de dúvidas, a atividade física regular reduz a carga de trabalho do coração, incluindo a melhoria no funcionamento de enzimas que utilizam o oxigênio e a intensificação do metabolismo das gorduras, que permite ao coração atingir demandas maiores de exercícios, com frequências mais baixas (SHARKEY, 2006). Para os sedentários, a resistência muscular, juntamente com a resistência cardiorrespiratória, composição corporal, força e flexibilidade, podem ser considerados além de importantes para as atividades diárias, também como indicadores de saúde, pois oferecem uma proteção contra possíveis doenças causadas pelo estilo de vida sedentário (BOHME, 1993).

Observando mais especificamente os resultados para as situações de Teste e Re-Teste, o gráfico 2 exibe uma comparação evolutiva entre homens e mulheres.

Gráfico 2. Representação evolutiva da capacidade cardiorrespiratória média de homens e mulheres nos dois momentos de testagem

MEDIA DAS AMOSTRAS COLETADAS



Fonte: dados da pesquisa.

Segundo Fernandes Filho (2003) os indivíduos que possuem $VO_2Máx$ entre 45 e 52ml/kg/min, possuem uma boa condição aeróbica, levando em consideração a idade e o gênero do grupo avaliado. Sendo assim, se levar em consideração os valores apresentados do primeiro ao segundo teste realizado, os avaliados já apresentavam uma boa capacidade respiratória já no primeiro teste.

Pelo fato do primeiro teste ter sido realizado com pessoas ativas fisicamente, praticantes de musculação, onde já sabemos que existe um ganho de condicionamento físico, os alunos foram submetidos a um programa de treinamento aplicando o HIIT.

O que se percebe no gráfico 2 é que os homens, o que já é típico de sua característica fisiológica, já apresentavam na primeira avaliação um $VO_2Máx$ superior ao feminino. Este comportamento permaneceu na segunda avaliação, onde, apesar das mulheres evoluírem na sua capacidade cardiorrespiratória, os homens também evoluíram e, ainda, tiveram uma evolução superior as mulheres, padrão este que já era esperado, como comumente é reportado na literatura.

A capacidade aeróbica ou capacidade cardiorrespiratória é um componente da aptidão física de extrema importância para saúde, prevenindo o

risco de doenças coronárias, diabetes, hipertensão e acidente vascular cerebral. O treinamento físico aeróbico está diretamente ligado a diminuição de gordura corporal, mobilizando os ácidos graxos livres do tecido adiposo como fonte de energia (SHARKEY, 1998).

Para Nieman (2011) a capacidade cardiorrespiratória ou condicionamento aeróbico, é a capacidade dos sistemas circulatório e respiratório de fornecerem oxigênio durante o exercício físico ou durante as atividades diárias. Sendo um importante índice relacionado à saúde, sua medição pode ser realizada por testes diretos ou indiretos, que determinam o nível de condicionamento e o risco de doenças.

Desta forma, uma boa capacidade aeróbica é de extrema importância para os praticantes de musculação, tanto pela saúde, quanto por serem submetidos a exercícios intensos de força, onde elevará a frequência cardíaca a altos níveis de exigência durante a prática da modalidade. Sendo o condicionamento cardiorrespiratório de extrema importância, neste estudo fica claro a eficiência do treinamento HIIT na melhora desta variável da aptidão física.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Seguindo os objetivos propostos, ao final considera-se que o treinamento intervalado de alta intensidade (HIIT), oferecido aos praticantes de musculação, proporciona mudanças positivas referente a aptidão cardiorrespiratória dos mesmos, como também, possivelmente no que diz respeito a maior tolerância a fadiga muscular, pois ambas variáveis apresentaram resultados satisfatórios, ocorrendo uma melhora nos índices de condicionamento físico aeróbico referente ao primeiro e segundo teste.

Em uma avaliação geral, as expectativas foram superadas e nota-se a importância de um programa de condicionamento físico aos praticantes de musculação, não só durante o treino muscular resistido, mas também com atividades aeróbicas cíclicas, garantindo boas condições de saúde e mantendo-os fisicamente preparados para enfrentarem suas rotinas diárias com qualidade.

Sendo assim, sugere-se novos estudos que se aprofunde na compressão desta correlação entre o treinamento muscular tradicional com o treinamento aeróbico, principalmente no que diz respeito à aplicação do Treinamento Intervalado de Alta Intensidade - HIIT.

REFÊRENCIAS

- BARBANTI, V. J. Aptidão física: um convite a saúde. São Paulo: Manole, 1990.
- BOHME, M. T. S. Aptidão física, aspectos teóricos: Revista Paulista de Educação Física. v. 7, n. 2, p. 52-65, 1993.
- FERNANDES FILHO, J. A prática da avaliação física: testes, medidas e avaliação física em escolares, atletas e academias de ginástica. 2.ed. Rio de Janeiro: Shape, 2003.
- FONTOURA, A. S.; FORMENTIN, C. M.; ABECH, E. A. Guia prático de avaliação física: uma abordagem didática e atualizada. 2.ed. São Paulo: Phorte, 2013.
- FOSS, M. L.; KETEYIAN, S. J. Bases fisiológicas do exercício e do esporte. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- GOBBI, S.; VILLAR, R.; ZAGO, A. S. Educação Física no ensino superior: bases teórico-práticas do condicionamento físico. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- MCARDLE, W. D. et al. *Reliability and interrelationships between maximal oxygen uptake, physical work capacity and step test scores in college women*. Medicine and Science in Sports, v. 4, p. 182-186, 1972.
- MCARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. Fundamentos da fisiologia do exercício. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- MCARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- MCARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MCARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. Fisiologia do exercício: nutrição, energia e desempenho humano. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

MELO, B. R. P. Teoria e prática dos exercícios abdominais. São Paulo: Manole, 1986.

NIEMAN, D. C. Exercício e saúde: testes e prescrição de exercícios. 6.ed. Barueri: Manole, 2011.

SHARKEY, J. B. Condicionamento físico e saúde. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

SHARKEY, J. B. Condicionamento físico e saúde. 8.ed. São Paulo: Artmed, 2006.

WILMORE, J. H.; COSTIL, D. L. Fisiologia do esporte e do exercício. São Paulo: Manole, 2001.

OS FATORES ENVOLVIDOS NA EFETIVAÇÃO DO ATO SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA: REVISÃO DE LITERATURA

Karine Packer
Amália Beatriz Dias Mascarenhas

RESUMO: O objetivo geral do presente estudo é realizar uma análise sobre a produção teórica de autores que debatem a respeito dos fatores de risco associados ao comportamento suicida em adolescentes com idades entre 15 e 24 anos. Para isso, foram selecionados materiais bibliográficos da base de dados Scielo e Pepsic, além do mais, foi utilizado como recursos: livros, cartilhas oficiais e também artigos de revistas eletrônicas e impressas, de modo que todos os documentos consultados foram escritos em língua portuguesa ou estrangeira e tratam especificamente sobre o assunto em tela. Após a seleção e análise dos estudos que preencheram os critérios de elegibilidade, foi possível constatar a associação do suicídio com a presença de transtornos mentais, especialmente, a depressão. Também, verificou-se como fatores importantes para a ocorrência do fenômeno relacionamentos interpessoais insatisfatórios, história de suicídio na família, tentativas anteriores de suicídio e o uso de substâncias psicoativas. Os resultados ainda evidenciaram que a maioria destes aspectos podem ser prevenidos quando identificados precocemente. Portanto, pode-se concluir a partir da elaboração deste artigo, que existem inúmeros fatores interligados ao ato suicida, sendo necessário maior foco de atenção à esta temática, uma vez que existe a grande incidência entre os adolescentes e por se tratar de um assunto pouco discutido, o qual sofre tanto preconceito por parte das pessoas que desconhecem a complexidade e delicadeza do assunto.

PALAVRAS-CHAVE: Fatores de Risco. Suicídio. Adolescência.

ABSTRACT: The overall objective of the present study is to conduct an analysis of the theoretical production of authors who discuss the risk factors associated with suicidal behavior in adolescents between the ages of 15 and 24 years. For this purpose, bibliographic materials were selected from the Scielo and Pepsic databases, in addition, it was used as resources: books, official booklets and also articles of electronic and printed magazines, so that all documents consulted were written in Portuguese or and deal specifically with the subject on screen. After the selection and analysis of the studies that met the eligibility criteria, it was possible to verify the association of suicide with the presence of mental disorders, especially depression. Also, important factors for the occurrence of the phenomenon were unsatisfactory interpersonal relationships, family suicide, previous suicide attempts and the use of psychoactive substances. The results also showed that most of these aspects can be prevented

when identified early. Therefore, it can be concluded from the elaboration of this article, that there are innumerable factors interconnected to the suicidal act, being necessary a greater focus of attention to this theme, since there is a great incidence among adolescents and because it is a little subject discussed, which suffers so much prejudice from people who are unaware of the complexity and delicacy of the subject.

KEYWORDS: Risk factors. Suicide. Adolescence.

1 INTRODUÇÃO

A morte é uma consequência natural da vida e normalmente é vista como algo a ser evitado. No entanto, existem pessoas que desejam e decidem acabar com a própria vida, isto denomina-se suicídio que ao contrário da morte natural é uma morte decidida e programada. Até o final do século XIX, o suicídio era considerado pelo cristianismo um pecado, um crime contra si e contra Deus, uma possessão demoníaca, porém esta visão foi se modificando ao longo dos anos e passou a ser considerada como uma doença psicológica (MACEDO, 2012).

Algumas pessoas tem medo da morte, outras, podem considerá-la como um alívio quando não encontram alternativas para os seus problemas e buscam por meio de comportamentos autodestrutivos tirar a própria vida (MOREIRA; BASTOS, 2015). À vista disso, sabe-se que o suicídio é um grave problema de saúde pública e que vem ocorrendo com intensa frequência entre os adolescentes por ser um período marcado por grandes modificações de ordem biológica, psíquica e social (TEIXEIRA; LUIS, 1997). Diante disso, nota-se que muitos jovens não sabem como enfrentar estas mudanças tendo como consequência o agravo da sua saúde mental.

Sendo assim, Macedo (2012) afirma que a adolescência é um período conturbado e de grandes transformações em que, muitas vezes, o fato do jovem não conseguir lidar com as questões provindas desta fase como a pressão social, as angústias e as mudanças corporais, podem contribuir para que o mesmo apresente atitudes autodestrutivas. No entanto, apesar da

grande incidência, o suicídio é um fenômeno pouco investigado entre os jovens, devido a sua complexa etiologia que compreende além dos fatores biológicos e psicológicos, o contexto socioeconômico (CASTRO; CUNHA; SOUZA, 2011).

Nessas circunstâncias, o presente estudo tem por finalidade analisar a literatura específica sobre o suicídio consumado em adolescentes com até 24 anos de idade, de modo que pretende-se, a partir deste trabalho, contribuir para o planejamento de programas de prevenção, pois segundo Silva *et al.* (2006, p.1836) a prevenção do suicídio “[...] fundamenta-se na identificação de fatores de risco, seja através da elaboração de estratégias de prevenção específicas para grupos específicos, ou estratégias de base populacional [...]”.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA

Entende-se por comportamento suicida qualquer lesão provocada pelo indivíduo, independentemente do grau, a si mesmo. Classifica-se em três categorias diferentes: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado, de modo que a tentativa fica entre os dois extremos (WERLANG; BORGES; FENSTERSEIFER, 2005). Em relação ao termo suicídio, Macedo (2012) define como um contínuo de comportamentos, que podem evoluir desde ideias de autodestruição, planejamento, ameaças e tentativas, até o ato sucedido de matar a si próprio.

Em compensação, a Organização Mundial da Saúde (2001) define suicídio como todo caso de morte que resulta de um ato deliberado, realizado pela própria vítima que possui pleno conhecimento de um resultado fatal. Diante desta conceituação, subentende-se que quando o indivíduo decide tirar a própria vida ele está consciente do resultado que vai alcançar mediante o seu comportamento, porém é uma ação realizada devido ao grande sofrimento psíquico apresentado, de modo que a morte é vista como a única solução para os problemas.

Corroborando, Araújo; Vieira; Coutinho (2010) enfatizam que muitas pessoas podem considerar a morte como um alívio quando não encontram

alternativas para os seus problemas e buscam mediante comportamentos autodestrutivos tirar a própria vida. Cassorla (2017) comenta ainda que as pessoas que pensam em suicídio ou tentam se matar estão obviamente sofrendo e, quando elas não encontram meios de reduzir ou compreender esse sofrimento, que se torna insuportável, o suicídio é visto como a única saída.

Por conseguinte, a morte além de representar o fim da vida retrata também o fim do sofrimento. Diante deste contexto, faz-se necessário ressaltar que o suicídio é um processo gradual, sendo que em muitos casos as vítimas expressam o seu desejo de morrer, de acordo com o Centro de Valorização da Vida (2019) as pessoas que tentam o suicídio frequentemente pedem ajuda, de modo que a vontade de viver resiste ao desejo de se autodestruir. As mesmas, se veem diante de sentimentos opostos, o que faz levar em conta a possibilidade de lutar para continuar vivendo.

Referindo-se a ideação suicida, é um termo que antecede a tentativa de suicídio e caracteriza-se como ideias e planejamento em torno de como tirar a própria vida. Refere-se aos pensamentos de autodestruição envolvendo desejos, atitudes ou planos que devido as suas especificidades é considerada um importante fator de risco para o suicídio consumado, logo, não pode ser ignorada e menosprezada (BORGES; WERLANG, 2006). Macedo (2012) coloca que para prevenir a ocorrência de morte prematura, deve-se ficar atento as ideações suicidas, pois estas indicam o risco da pessoa vir a cometer o suicídio.

Por fim, dando sequência a última categoria do comportamento suicida, é conveniente explicar sobre a tentativa de suicídio que é um termo que pode ser compreendido de acordo com Correa; Barrero (2006 *apud* Moreira; Bastos, 2015) como o ato de tirar a própria vida sem resultado letal, no qual a pessoa decididamente causa danos a si próprio. É considerado um importante fator de risco para futura tentativa de morte por suicídio.

Nesse sentido, entende-se que é um comportamento autodestrutivo, no qual o indivíduo tenta tirar a própria vida, mas, por algum motivo não consegue caracterizando-se como uma tentativa sem eficácia no resultado final esperado. Como mencionado acima pelos autores, se uma pessoa tenta tirar a própria vida há grandes chances de ela tentar novamente e obter o resultado desejado.

Atualmente, sabe-se que o suicídio é um problema de saúde pública, o qual vem ocorrendo cada vez mais, principalmente, entre as pessoas do sexo masculino com idades entre 15 e 45 anos, pois, geralmente, eles recorrem a métodos mais violentos e letais (enforcamento, arma de fogo) do que as mulheres, estas, optam por métodos menos violentos (uso de remédios). O Brasil ocupa o nono lugar em números absolutos de suicídio, sendo que os maiores índices são na região sul (MACEDO, 2012).

A literatura traz a alta prevalência de suicídio entre adolescentes, pois segundo Moreira; Bastos (2015) o suicídio, no mundo inteiro, é uma das maiores causas de mortes entre jovens de 15 a 19 anos. A World Health Organization (2014) traz que o suicídio ocorre em todas as faixas etárias, sendo a segunda causa de morte entre meninos e meninas de 15 a 29 anos, apontando ainda para um aumento de números de casos no Brasil.

2.1.1 Fatores de risco ao suicídio na adolescência

Quanto aos fatores de risco⁰ associados ao suicídio na adolescência, pode-se dizer que muitos são os fatores predisponentes, dessa forma, é considerado como uma causa multifatorial que envolve desde aspectos do próprio sujeito, como a personalidade, até os aspectos sociais como o padrão de relacionamentos interpessoais. Nesse sentido, Bertolote; Mello-Santos; Botega (2010) destacam que nenhum fator apresentado de forma isolada possui força suficiente para desencadear ou prevenir um comportamento

⁰ Nas palavras de Luiz; Cohn (2006, p. 2342) fator de risco é “[...] toda característica ou circunstância que está relacionada com o aumento da probabilidade de ocorrência de um evento”.

suicida e, sim, é a combinação de vários fatores que leva à crise, resultando em tal comportamento.

Van Egmond; Diekstra (1989 *apud* Mello, 2000) defendem que o suicídio pode estar relacionado a algumas particularidades como o desemprego, etnia, em especial, a branca, presença de problemas psicossociais, como: separações e perda de pessoas queridas. Desse modo, verifica-se a existência de uma grande variedade de fatores que podem estar influenciando a prática de comportamentos suicidas entre os adolescentes, sendo que os estudos classificam tais fatores em duas categorias os predisponentes e os precipitantes.

Define-se como fatores predisponentes, aqueles, que criam as condições para o surgimento do comportamento suicida, em contrapartida, os precipitantes são aqueles que desencadeiam o comportamento suicida, podendo ser denominado também de estressores associados ao risco de comportamentos suicidas (BATTY; *et al.*, 2010). De acordo com Associação Brasileira de Psiquiatria (2009) o fator predisponente é mais complexo visto ser a causa do suicídio, se comparado, ao precipitante que caracteriza-se por um acontecimento recente, como a perda do emprego ou o término de um relacionamento amoroso.

Diante dos diversos fatores dispostos pela literatura é importante demonstrar os principais fatores de risco identificados, mediante as leituras realizadas, são eles: presença de um transtorno mental diagnosticável e pacientes psiquiátricos. Os grupos diagnósticos em ordem decrescente de risco são: depressão (todas as formas); transtorno de personalidade (antissocial e *borderline* com traços de impulsividade, agressividade e frequentes alterações do humor); alcoolismo (e/ou abuso de substância em adolescentes); esquizofrenia e transtorno mental orgânico (OMS, 2000).

A Associação Brasileira de Psiquiatria (2009) reafirma que os transtornos mentais frequentemente associados ao suicídio são: depressão, transtorno do humor bipolar, dependência de substâncias psicoativas – álcool e drogas, esquizofrenia e certas características de personalidade. A situação de risco é agravada quando duas condições ocorrem simultaneamente, como por

exemplo depressão e alcoolismo. Dessa maneira, verifica-se que a maioria das pessoas com risco ao suicídio apresentam algum tipo de transtorno mental.

De acordo com Bertolote, *et al.* (2002 *apud* ABP, 2014) a maior prevalência está nos transtornos de humor (35,8%), seguido do transtorno por uso de substância psicoativa (22,4%), esquizofrenia (10,6%) e outros transtornos de personalidade (11,6%). No entanto, a Associação Brasileira de Psiquiatria (2009) ressalta que não é correto afirmar que todo suicídio está relacionado a um transtorno mental, nem que toda pessoa portadora de uma doença mental vai se suicidar, porém não se pode ignorar o fato da presença de uma doença mental ser um importante fator de risco para o suicídio consumado.

Outro importante fator levantado pela literatura é a tentativa de suicídio, pois pessoas que tentaram suicídio anteriormente possuem de cinco a seis vezes mais chances de repetir o ato. Estima-se que cinquenta por cento das pessoas que se suicidaram já haviam tentando antes. Logo, considera-se as tentativas com um fator preditivo isolado mais importante a ser considerado (ABP, 2014).

Além dos fatores de risco para o suicídio, existem fatores protetores contra o suicídio, segundo Araújo; Vieira; Coutinho (2010) a prevenção pode acontecer mediante o reforço de fatores protetores e diminuição dos fatores considerados de risco, tanto no nível individual quanto no coletivo. Entende-se por fatores protetores o bom relacionamento interpessoal com os familiares, colegas e professores(as), apoio familiar, possuir boa integração social, habilidades sociais e autoconfiança, dentre outros.

Assim sugere a Organização Mundial de Saúde (2006) que a prevenção envolve uma série de atividades, que inclui a adequada educação das crianças, o aconselhamento familiar, o tratamento dos transtornos mentais, o controle ambiental dos fatores de risco e a educação da comunidade. Portanto, conclui-se que a identificação dos fatores de risco são importantes para a prevenção de casos, sendo que profissionais que atendem esta demanda devem levar em consideração todo um contexto no qual o sujeito está inserido.

3 METODOLOGIA

O referido trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica, cujo o método adotado consiste na análise de estudos publicados sobre o tema em discussão. Sendo assim, a produção deste artigo foi realizado por meio do levantamento de trabalhos na base de dados Scielo e Pepsic, além do mais, foi utilizado como recursos: livros, cartilhas oficiais e também artigos de revistas eletrônicas e impressas, de modo que todos os documentos consultados foram escritos em língua portuguesa ou estrangeira. Os descritores pesquisados foram: suicídio, comportamento suicida, adolescência e fatores de risco.

Ainda para a seleção dos trabalhos, foi adotado como critério de inclusão os que abordam sobre o suicídio consumado entre adolescentes de 15 a 24 anos. Em contrapartida, excluíram-se os documentos que direcionavam-se exclusivamente para ideação e tentativa de suicídio, os que não tratavam a respeito do suicídio consumado entre as idades preestabelecidas, os não redigidos em língua portuguesa e estrangeira, os não localizados na íntegra, assim como, aqueles que não discutiram sobre os fatores de risco associados ao comportamento suicida.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da pesquisa realizada, verificou-se que a temática suicídio envolve uma variedade de fatores de riscos, os quais, podem ser ordem comportamental e/ou psicológica, estando associados ao contexto familiar, ambiental, social, econômico e cultural do sujeito (TAVARES, 2013). Confirmando, Scavacini (2014, p.40) afirma que o suicídio é “o evento final de uma complexa rede de fatores, sendo então um fenômeno multifatorial, em que fatores biológicos, psiquiátricos, psicológicos, sociais, econômicos e culturais têm influência nesse comportamento”.

Corroborando, Albers (2014) traz que o ato de suicidar-se corresponde a um evento complicado, que envolve diversos aspectos da vida familiar, social e profissional do indivíduo podendo ser de ordem filosófica, antropológica e psicológica. O quadro 1 apresenta os principais fatores de risco associados ao ato suicida.

Quadro 1 – Principais fatores de risco associados ao suicídio

Fatores de Risco ao suicídio
Depressão
Uso de álcool e drogas
Tentativa anterior de suicídio
Antecedentes familiares
Relacionamentos interpessoais insatisfatórios

Fonte: à autora, 2019

Sendo assim, como dado importante do estudo, verificou-se que a grande maioria dos autores consultados trouxeram em seus trabalhos os seguintes fatores de risco: presença de transtornos mentais, sendo destaque a depressão, o uso de substâncias psicoativas, tentativas anteriores de suicídio, antecedentes familiares e relacionamentos interpessoais insatisfatórios.

Para tanto, cabe expor as diversas informações encontradas nos artigos, cartilhas, revistas e livros, cujo o objetivo é reafirmar o exposto anteriormente. Em relação ao trabalho elaborado por Tavares (2013), o mesmo, aponta como aspectos significativos para a ocorrência do suicídio os transtornos mentais, a negligência ou abuso na infância, o uso de substâncias psicoativas, isolamento, problemas interpessoais graves e situação social desfavorável.

Segundo Lovisi *et al.* (2009 *apud* Moreira; Bastos, 2015) os principais fatores relacionados são: tentativas anteriores de suicídio; doenças mentais, em especial, a depressão e o abuso de substâncias psicoativas; falta de apoio social, histórico familiar de suicídio, forte intenção suicida, eventos estressantes e nível socioeconômico. Diante do exposto, percebe-se a concordância entre as ideias dos autores citados acima, bem como a relação de conformidade com o resultado apresentado no presente estudo.

Berti (2010 *apud* Pereira; Macêdo; Farias, 2017) complementa que o suicídio ainda pode estar relacionado à falta de habilidade do adolescente para lidar com assuntos domésticos, dificuldades para a solução dos problemas, desavenças familiares, fracassos e rejeições, instabilidade afetiva, baixo desempenho escolar, gravidez não planejada, dúvidas quanto à orientação sexual, busca por autonomia e identidade, uso de substâncias psicoativas, de

modo que todos esses fatores são desencadeantes da depressão, um dos principais fatores de risco para as ideações suicidas e ato consumado.

À vista disso, Baptista; Assumpção (1999) escrevem que a relação entre família, depressão e suicídio fundamenta-se nos relacionamentos pouco afetivos ou problemáticos, que envolvem pouca estimulação, problemas de comunicação e violência infantil na infância e pré-adolescência e, isso, contribui significativamente para a aquisição de problemas de comportamentos durante a vida, trazendo como consequência modelos insatisfatórios de relacionamentos e a maior probabilidade para a instalação de sintomas depressivos.

Os estudos de Prieto e Tavares (2005 *apud* Braga; Dell’Aglío, 2013, p.08):

[...] verificaram a presença de várias experiências adversas ou estressoras durante o desenvolvimento de indivíduos que tentam o suicídio, dentre elas: situações de violência física, sexual, negligência e rejeição na infância e na adolescência. Também foi constatada a presença de mudanças frequentes nas condições de vida destes indivíduos, como, por exemplo, o divórcio dos pais e a perda de pessoas significativas [...].

De modo que Baptista, Assumpção Jr. (1999, p.35) concorda com estudo referido, pois “os conflitos familiares e infelicidades conjugais afetam negativamente a qualidade afetiva dos relacionamentos entre pais e filhos”. Ainda, é verificado que adolescentes com pais divorciados apresentam maior risco de suicídio, sendo que a melhor forma de prevenção é o relacionamento satisfatório entre pais e filhos (KOKKEVI *et al.*, 2010 *apud* BRAGA; DELL’AGLIO, 2013).

O trabalho realizado por Braga; Dell’Aglío (2013, p.2) evidencia que “dentre os principais fatores de risco, destaca-se a depressão como tendo um papel fundamental no desenvolvimento de pensamentos e comportamentos de morte”. Baptista; Assumpção Jr. (1999) afirmam que o suicídio é mais comum em adolescentes que comentam sobre o seu desejo de morrer, assim como as ideações suicidas são mais comuns em jovens depressivos do que em jovens não depressivos.

Devido à grande importância que a depressão assume em casos de suicídio, muitos autores dizem que o suicídio é sinônimo de depressão, pois é considerada dentre as doenças psiquiátricas a maior responsável pelo

acontecimento de casos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2000) em situações de ocorrência de suicídio a depressão é o diagnóstico mais comum recebido pelas vítimas. Considera-se então, que é um transtorno mental grave e que se não for dada a devida importância e tratamento pode levar ao suicídio.

Portanto, para finalizar, ressalta-se que os fatores de risco mais relevantes para o comportamento suicida são a presença de transtornos mentais que estão presentes em mais de 90% daqueles que cometem suicídio, antecedentes familiares, sexo, idade, relações familiares, abuso de substâncias psicoativas, problemas físicos, situação social desfavorável, como a pobreza e o desemprego (ABREU, *et al.*, 2010).

Como pode-se observar muitos são os fatores apresentados pela literatura, diante disso, nota-se que é difícil estabelecer apenas uma causa para tal comportamento disfuncional, sendo importante que os profissionais que atendem estes tipos de casos avaliem a pessoa como um todo, suas relações interpessoais, sua personalidade, a presença de transtornos mentais, o abuso excessivo de substâncias psicoativas, dentre outros fatores que podem vir a contribuir para a ocorrência do fenômeno.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação ao acervo bibliográfico analisado, foi possível verificar que os principais fatores predisponentes para o suicídio na adolescência são: a presença de transtornos psicológicos, especialmente, a depressão, o uso de álcool e drogas, os problemas familiares, antecedentes familiares e tentativas anteriores de suicídio. Além do mais, constatou-se que o suicídio não envolve apenas um fator isolado e sim vários aspectos influenciam em tal comportamento.

À vista disso, percebe-se o quão complexo e sério é este problema, fazendo-se necessário um estudo aprofundado para a adequada compreensão dessa rede de riscos e, a partir disso, poder auxiliar para a prevenção de casos, uma vez que a maioria dos fatores considerados de risco podem ser evitados. Nesse sentido, é importante que os profissionais da área da saúde

estejam capacitados para a identificação e manejo adequado destes aspectos que circundam o suicídio.

Embora que neste estudo foi dada ênfase em relação a identificação dos fatores de risco, não pode-se desconsiderar a importância do conhecimento a respeito dos fatores de proteção ao suicídio na adolescência, pois são aspectos importantes para a elaboração de programas de prevenção, além do mais, para que se possa amenizar os efeitos dos fatores de risco.

Ademais, pôde-se concluir por meio da pesquisa realizada, que os comportamentos suicidas vem sendo praticados em uma incidência cada vez maior pelos adolescentes devido aos motivos já expostos no corpo deste trabalho. Devido a ao cenário atual, que Organização Mundial da Saúde considera o suicídio como um grave problema de saúde pública, o qual merece uma atenção especial por parte da população para que esta questão entre os adolescentes seja combatida e deixe de ser tratada como um tabu.

REFERÊNCIAS

ABREU, Kelly Piacheski de; *et al.* Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n.1, p.195-200, 2010. Disponível em: <http://fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a24.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2019.

ALBERS, Myriam. Depressão preocupa. **Psique: ciência&vida**, São Paulo, n. 107, p.05-82, nov. 2014. Mensal.

ARAÚJO, Luciene da Costa; VIEIRA, Kay Francis Leal; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. **Psicologia - Universidade São Francisco**, v. 15, n. 1, p. 47-57, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n1/06.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Comportamento Suicida: Conhecer para Prevenir**. Brasília: CFM/ABP, 2009. Disponível em: http://www.proec.ufpr.br/download/extensao/2017/abr/suicidio/manual_cpto_suicida_conhecer_prevenir.pdf. Acesso em: 28 mar. 2019.

_____. **Suicídio: Informando para Prevenir**. Brasília: CFM/ABP, 2014. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf. Acesso em: 30 mar. 2019

BATTY, G David; *et al.* **Psychosis alters association between IQ and future risk of attempted suicide**: cohort study of 1 109 475 Swedish men. 2010. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/340/bmj.c2506>. Acesso em: 28 mar.2019.

BERTOLETE, José Manoel; MELLO-SANTOS, Carolina de; BOTEGA, Neury José. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, p. 587-595, out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a05.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2019.

BORGES, Vivian Roxo; WERLANG Blanca Susana Guevara. Estudo de Ideação Suicida em Adolescentes de 13 e 19 Anos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 7, n. 2, p. 195-209, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v7n2/v7n2a04.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2019.

BRAGA, Luiza de Lima; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. **Suicídio na Adolescência**: fatores de risco, depressão e gênero. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822013000100002. Acesso em 24 mar. 2019.

CASSORLA, R.M.S. **Suicídio**: Fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução. 1º ed. São Paulo: Edgard Blücher, 2017.

CASTRO, Marta de Lima; CUNHA, Sergio Souza da; SOUZA, Delma P. Oliveira de. Comportamento de violência e fatores associados entre estudantes de Barra do Garças, MT. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n.6, p. 1054-1061, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/2697.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2019.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA. **Falando Abertamente sobre Suicídio**. 2017. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/falando_abertamente_sobre_suicidio.pdf. Acesso em: 28 mar. 2019.

MACEDO, Mônica Medeiros Kother. **Adolescência e psicanálise**: intersecções possíveis. 2º ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012. 217p.

MELLO, Marcelo Feijó de. O Suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 163-170, jan./mar. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1575.pdf>. Acesso em: 05 set. 2018.

MOREIRA, Lenice Carrilho de Oliveira; BASTOS, Paulo Roberto Haidamus de Oliveira. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v.19, n. 3, p. 445-453, set./dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v19n3/2175-3539-pee-19-03-00445.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Genebra, 2001. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0205.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

_____. **Prevenção do Suicídio: Um Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária.** Genebra, 2000. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf. Acesso em 20 mar. 2019.

_____. **Prevenção do Suicídio: Um recurso para conselheiros.** Genebra, 2006. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf. Acesso em: 20 mar. 2019.

PEREIRA, Ellen Caroline Oliveira; MACÊDO, Cinthya Karina Ventura de; FARIAS, Aponira Maria de. **Suicídio e Adolescência: as redes sociais e o efeito copycat.** II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde. 2017. Disponível em: https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD1_SA5_ID1312_15052017231858.pdf. Acesso em 18 jun. 2019.

SCAVACINI, Karen. As crianças e o luto por suicídio. **Psique: ciência&vida**, São Paulo, n. 107, p.05-82, nov. 2014. Mensal.

SILVA, Viviane Franco da, *et al.* Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p.1835-1843, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/07.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2019.

TAVARES, Marcelo da Silva Araújo. **Suicídio: o luto dos sobreviventes.** In: Conselho Federal de Psicologia, **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia.** Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

TEIXEIRA, Ana Maria Fortaleza; LUIS, Margarita Antonia Villar. Suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes: um estudo epidemiológico. **Rev. Latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, número especial, p. 31-36, mai. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5nspe/v5nspea04.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2019.

WERLANG, Blanca Susana Guevara; BORGES, Vivian Roxo; FENSTERSEIFER, Liza. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 39, n. 2, p. 259- 266, 2005. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/dcart.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2019.

World Health Organization. **Preventing suicide: a global imperative.** Geneva: WHO, 2014. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=9A37B3E3836888CAE778228F08935F3B?sequence=1. Acesso em: 19 mar. 2019.

OS NOVOS CONCEITOS DE SEPSE E CHOQUE SÉPTICO

Poliana Silva de Oliveira
Folmer Quintão Torres

RESUMO: A sepse e o choque séptico são condições de saúde que possuem altas taxas de mortalidade, sendo assim considerados graves problemas de saúde pública que podem levar a consequências graves como o óbito. As novas definições de sepse e de choque séptico levam a mudanças significativas e discussões na comunidade médica e científica, com vários avanços em relação às definições anteriores e com a recusa de importantes sociedades, como o Instituto Latino-Americano de Sepse (ILAS), de endossar os novos critérios. Observa-se que independente dos critérios a serem seguidos, a sepse e o choque séptico devem ser identificados precocemente para a realização do manejo adequado. Além disso, essas novas definições e critérios clínicos devem substituir as definições anteriores, por oferecerem uma maior consistência para estudos epidemiológicos e ensaios clínicos, e facilitar o reconhecimento precoce e gerenciamento mais oportuno de pacientes com sepse ou com risco de desenvolvê-la.

PALAVRAS-CHAVE: novo conceito sepse; sepse JAMA, choque JAMA, sepsis

ABSTRACT Sepsis and septic shock are health conditions that have high mortality rates and are therefore considered serious public health problems that can lead to serious consequences such as death. The new definitions of sepsis and septic shock lead to significant changes and discussions in the medical and scientific community, with advances in relation to previous definitions and the rejection of important societies such as the Latin American Sepsis Institute (ILAS), endorse the new criteria. It is observed that regardless of the criteria to be followed, sepsis and septic shock should be identified early to perform the appropriate management. In addition, these new definitions and clinical criteria should replace previous definitions, as they provide greater consistency for epidemiological studies and clinical trials, and facilitate the early recognition and more timely management of sepsis patients or those at risk of developing sepsis.

KEYWORDS: new sepsis concept; sepsis JAMA, shock JAMA, sepsis 3.

1 INTRODUÇÃO

Em 1991, foram estabelecidas as primeiras definições para a sepse, considerando esta condição como uma síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS) associada a um foco infeccioso. Em 2001, uma nova rodada de definições foi realizada, porém sem modificar efetivamente o conhecimento e a conceituação da sepse, mantendo-se assim os critérios da SIRS. Em 2016, a comunidade científica se reuniu novamente e houve uma extensa revisão da fisiopatologia, assim como incorporação de novos conceitos para atualizar as definições de sepse e choque séptico que foram baseados em dados de países desenvolvidos. Dessa forma, observa-se um avanço em relação às definições anteriores, que utilizaram critérios apenas baseados na opinião de especialistas. (Singer, 2016.)

Os avanços da Medicina, da patologia, gestão e epidemiologia da sepse, sugeriram a necessidade para o surgimento de um novo conceito, sendo que este foi divulgado no artigo publicado no dia 23 de fevereiro de 2016 pela Revista *Journal of American Medical Association (JAMA)*, com o título: “The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock – Sepsis-3”, de autoria de Mervyn Singer e outros 19 especialistas colaboradores, sendo que esse artigo trouxe novas definições consensuais sobre sepse e choque séptico, envolvendo especialistas de várias áreas. No entanto, essa atualização das definições para sepse e choque séptico vem gerando bastante polêmica na sociedade médica, na medida em que muitos discordam dessa mudança. (Machado, 2016.)

1.1 OBJETIVOS

O presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre a mudança do conceito de sepse e de choque séptico proposta pelo JAMA em 2016, avaliar essas novas definições e discutir suas vantagens e desvantagens. Esse artigo reforça a necessidade de mudanças na medicina, visando à atualização dos profissionais de saúde, para reconhecer precocemente e realizar o tratamento adequado dos pacientes com sepse ou com risco de desenvolvê-la.

1.2 JUSTIFICATIVA

Devido à importância da detecção e manejo eficazes da sepse e do choque séptico, torna-se imprescindível a análise dos novos conceitos que surgem na sociedade médica, visando atualizar o nosso conhecimento, na medida em que a Medicina é uma ciência mutável que requer atualização contínua.

1.3 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica de cinco principais artigos, sendo estes em língua portuguesa e inglesa, nas bases de dados *Pubmed* e *SciELO* durante o período de 28 de setembro a 03 de outubro de 2017, utilizando como palavras-chave: novo conceito sepse; sepse JAMA, choque JAMA, sepsis 3.

2 DISCUSSÃO

A sepse grave e o choque séptico são grandes problemas de saúde, cuja incidência está aumentando e afetam milhões de pessoas em todo o mundo, podendo levar a consequências graves como o óbito. (Angus, 2013.) Até as últimas diretrizes, a sepse era definida como um conjunto de alterações orgânicas resultantes de uma síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS) associada a uma infecção. A SIRS é definida como a presença de dois ou mais dos seguintes critérios: temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ (febre) ou $<36^{\circ}\text{C}$ (hipotermia); frequência cardíaca > 90 bpm (taquicardia); frequência respiratória $> 20/\text{min}$ ou $\text{Paco}_2 < 32$ mmHg; contagem de leucócitos no sangue $>12.000/\text{mm}^3$ ou $>10\%$ de células jovens (bastonetes, etc.). (Shankar, 2016.)

O principal motivo para tal mudança das definições é a atualização da medicina para melhor manejar os pacientes. Estudo recentemente publicado na conceituada revista *JAMA* vem causando discussões por grupos que concordam e outros que discordam drasticamente das novas definições e dos novos critérios diagnósticos para sepse e choque séptico. (Singer, 2016.)

O novo consenso propõe as seguintes definições sobre sepse e choque séptico: sepse é a disfunção de órgãos, potencialmente fatal, causada por uma resposta desregulada e exagerada do hospedeiro perante uma infecção; e choque séptico é a sepse associada às alterações celulares, circulatórias e metabólicas capazes de aumentar significativamente a mortalidade. Os pacientes com choque séptico podem ser clinicamente identificados pelo fato de manterem a pressão arterial média de 65 mmHg ou superior, necessitando o uso de uma droga vasopressora -como adrenalina- e o nível de lactato sérico superiores a 2 mmol / L (> 18 mg / dL) na ausência de hipovolemia e após a reposição de fluidos adequada. (Abraham, 2016.)

Da mesma forma como era nas anteriores recomendações, o atual consenso leva em consideração a disfunção de órgãos para graduar o estado de sepse. Com isso, um novo escore clínico foi apresentado, sendo este denominado Sequential Organ Failure Assessment (SOFA), que gradua anormalidades em diferentes sistemas do organismo e também leva em conta intervenções clínicas. Em ambientes de terapia intensiva o escore utilizado é o qSOFA. No entanto, valores de **exames laboratoriais**, como PaO₂, plaquetas, creatinina e bilirrubinas são necessários para completar a avaliação. O atual consenso recomenda-se a utilização desse escore para avaliar a probabilidade de morte, ou seja, quanto maior o SOFA, pior o prognóstico do paciente e maior a mortalidade. As variáveis que o índice de SOFA avalia são: a razão PaO₂/FiO₂, a escala de coma de Glasgow (atividade mental alterada), pressão arterial sistólica de 100 mmHg ou menos, a frequência respiratória de 22 / min, a administração de drogas vasopressoras, a creatinina sérica ou a diurese, as bilirrubinas e a contagem de plaquetas. Pacientes adultos com suspeita de infecção podem ser rapidamente identificados como mais propensos a ter um pior prognóstico da sepse se tiverem, pelo menos, dois dos critérios clínicos do escore SOFA. Porém, trata-se apenas de uma ferramenta para avaliar a gravidade, que não deve ser utilizada para diagnóstico ou definição de sepse, pois existem algumas **limitações** claras como a ausência de validação prospectiva do SOFA e a ausência do nível de lactato no SOFA (Abraham, 2016.)

Certamente estas definições trazem mudanças significativas e geram muita discussão na comunidade médica e científica, na medida em que os novos conceitos de sepse incorporaram notáveis avanços em relação às definições anteriores, que foram baseadas na opinião de especialistas. A noção prévia de sepse exclusiva de uma resposta inflamatória do hospedeiro não é mais plausível do ponto de vista fisiopatológico, pois em um processo infeccioso deve-se levar em conta a presença do agente infeccioso que, por si só, é capaz de lesar tecidos e levar ao óbito. Assim, o termo “resposta desregulada do hospedeiro” é mais apropriado para descrever o processo fisiopatológico. Observa-se que os critérios de SIRS não foram incluídos nas novas definições de sepse e choque séptico e o principal motivo para isso é o fato de que esses critérios de SIRS são inespecíficos, ocorrendo, por exemplo, na ausência de infecção e em grandes cirurgias. Além disso, estudos realizados na Austrália e Nova Zelândia indicam que um a cada oito pacientes admitidos nos cuidados intensivos com infecção e disfunção de órgãos, não apresentavam pelo menos dois critérios de SIRS, comprovando assim a sua baixa especificidade no manejo da sepse. Embora os critérios para SIRS, continuem a ser de grande relevância como ferramenta de triagem para pacientes potencialmente infectados, eles não são fundamentais para definir a presença de sepse. (Machado, 2016.)

Nesse novo consenso, houve a simplificação da nomenclatura de sepse “grave” para apenas “sepse”. A nova definição ampla de choque séptico também representa um avanço em relação às antigas definições, que não definiam adequadamente o que o estado de choque significa, sendo que este é melhor definido como uma forma generalizada de falência circulatória aguda ameaçadora à vida. Assim, foi apropriado acrescentar este conceito à definição de choque séptico, pois esta é a condição mais grave na evolução da sepse. (Machado, 2016.)

Na publicação realizada pelo JAMA em 2016, as definições foram elaboradas a partir de revisão sistemática da literatura, com o uso de metodologia baseada em evidências e validação dos novos critérios em bases de dados que incorporam milhares de pacientes, de vários países desenvolvidos. No entanto, como em tudo que se trata de sepse, a divulgação

das novas definições foi seguida de extensa controvérsia, com algumas sociedades importantes como o Instituto Latino-Americano de Sepse (ILAS) se recusando a endossar os novos critérios. (Singer, 2016)

O ILAS se posicionou contra as novas definições, pois salienta que as decisões foram tomadas em países de primeiro mundo, cuja sepse se comporta de maneira diferente nesses locais. Além disso, citam que os novos conceitos limitam os critérios para definir a presença de disfunção orgânica e irão selecionar uma população mais gravemente doente. O ILAS discorda do uso do escore SOFA para triagem e manejo de pacientes, pois para eles, aguardar a ocorrência de dois critérios do SOFA para desencadear conduta não é aceitável porque esses pacientes já possuem elevada mortalidade no nosso país. O ILAS refere ainda que, níveis elevados de lactato (mesmo se > 4 mmol/k) não fazem mais parte dos critérios de disfunção orgânica que definem sepse. A hiperlactatemia é um componente necessário, se disponível, para a definição de choque séptico. Ou seja, os novos critérios assumem que pacientes sem hipotensão e com hiperlactatemia não tem maior risco de morte, fato que o ILAS refuta, pois sugere que a presença de ambas as variáveis aumenta o risco de morte. (Shankar, 2016.)

3 CONCLUSÃO

Portanto, devemos lembrar que **sepse é uma condição com alta taxa de mortalidade que deve ser identificada precocemente e realizado o manejo adequado**. Estas definições atualizadas e critérios clínicos devem substituir as definições anteriores, por oferecerem uma maior consistência para estudos epidemiológicos e ensaios clínicos, e facilitar o reconhecimento precoce e gerenciamento mais oportuno de pacientes com sepse ou com risco de desenvolvê-la. As principais diferenças entre o antigo conceito de sepse e choque séptico e as novas definições são a exclusão da SIRS; exclusão do termo sepse severa; utilização do escore SOFA; associação de hiperlactatemia e hipotensão com necessidade de droga vasoativa para definição de choque séptico. Essa atualização mostrou-se necessária e importante devido ao maior número de **recursos na medicina e ao melhor entendimento dos mecanismos fisiopatológicos** responsáveis pela sepse, tornando válida essa

forma de atualizar a Medicina, com o objetivo de melhorar o atendimento dos pacientes. (Singer, 2016.)

REFERÊNCIAS

Abraham E. New Definitions for Sepsis and Septic Shock Continuing Evolution but With Much Still to Be Done. **JAMA**. 2016;315(8):757–759. Disponível em: <<http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2492856>> Acesso em 03 Out. 2017.

Angus DC, van der Poll T. Severe sepsis and septic shock. **N Engl J Med** 2013. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/citedby/10.1056/NEJMra1208623#t=citedby>> Acesso em 03 Out. 2017

MACHADO, Flavia Ribeiro et al . Chegando a um consenso: vantagens e desvantagens do Sepsis 3 considerando países de recursos limitados. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 28, n. 4, p. 361-365, Dec. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2016000400361&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Out. 2017.

Shankar-Hari M, Phillips GS, Levy ML, et al; Sepsis Definitions Task Force. Developing a new definition and assessing new clinical criteria for septic shock: for the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). **JAMA**. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26903336>>. Acesso em 03 Out. 2017.

Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, Bellomo R, Bernard GR, Chiche J, Cooper-Smith CM, Hotchkiss RS, Levy MM, Marshall JC, Martin GS, Opal SM, Rubenfeld GD, van der Poll T, Vincent J, Angus DC. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). **JAMA**. 2016; 315(8):801–810. doi:10.1001/jama.2016.0287. Disponível em: <<http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2492881>> Acesso em 02 Out. 2017.

PACIENTES ANSIOSOS E DEPRESSIVOS AUXILIADOS PELA ABORDAGEM TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL E A TÉCNICA DE CONFRONTO DE PENSAMENTOS

Janete Stachera⁰
Daniel Ribeiro Branco⁰

RESUMO: O presente artigo tem como finalidade apresentar e relatar as observações realizadas em um grupo de indivíduos beneficiários do programa de Atenção de Saúde Mental de Mallet, grupo de psicoeducação, tem a demanda de depressão e ansiedade, este que é dirigido pela psicóloga Denize Aparecida Teixeira que trabalha a abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental. Contraindo assim com a prática de estágio dentro do curso de psicologia, este que adentra todo um conjunto de características de normas técnicas desenvolvidas durante a atividade de estágio supervisionado que serão exploradas no contexto do artigo, é importante também salientar o conhecimento adquirido durante todo o processo do curso. O estágio de observação que a instituição desempenha para o acadêmico do curso de psicologia tem como finalidade de enriquecer a experiência do mesmo, unindo assim a vivência de como seria a prática do profissional no âmbito social e na integração das relações humanas. Este trabalho foi desenvolvido durante o mês de agosto a novembro de 2018, trabalho este que foi realizado em um grupo de psicoeducação, que acolheu pessoas com ansiedade e depressão, foi trabalhar a TCC. A linha teórica Terapia Cognitivo Comportamental TCC foi desenvolvida por Aaron T. Beck, sendo essa linha teórica voltada para os transtornos de depressão e ansiedade, mas pode-se trabalhar com todas as patologias. Percebe-se o quão importante são tratar as formas de pensamentos automáticos e pensamentos negativos pensamentos confrontativos e os pensamentos compensatórios. A TCC pode ser trabalhada tanto terapia clínica ou terapia de grupo. E abrange todas as pessoas, e a técnica de confronto de pensamentos, sendo que o exercício aplicado é dentro da abordagem da TCC, com o objetivo de auxiliar e mostrar formas de como esses participantes pode trabalhar seus pensamentos de forma com que não abale sua saúde emocional.

PALAVRAS CHAVE: Saúde mental. Psicoeducação. Ansiedade. Depressão. Pensamentos.

O Acadêmica do curso de psicologia das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu - UNIGUAÇU, União da Vitória, Paraná, Brasil. Email janestacherast@hotmail.com

O Psicólogo clínico. Mestre em psicologia (PPI-UEM), com especialização em Psicanálise, docente das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu- UNIGUAÇU, União da Vitória-Paraná, Brasil. Email prof-danielribeiro@uniguacu.edu.br

ABSTRACT: The present article aims to present and report the observations made in a group of individuals who are beneficiaries of the Mallet Mental Health Care program, a psycho education group, which has the demand for depression and anxiety, which is directed by a psychologist who works with the Cognitive Behavioral Therapy approach. In contrast to the practice of internship within the course of psychology, which introduces a whole set of characteristics of technical standards developed during supervised internship activity that will be explored in the context of the article, it is also important to highlight the knowledge acquired throughout the process. The stage of observation that the institution performs for the academic of the psychology course has the purpose of enriching the experience of the same, thus uniting the experience of how it would be the practice of the professional in the social sphere and in the integration of human relations. Work was developed during the month of August to November of 2018, this work was carried out in a group of psycho education, which hosted people with anxiety and depression, was working the CBT. The theoretical line Cognitive Behavioral Therapy CBT was developed by Aaron T. Beck, being this theoretical line directed to the disorders of depression and anxiety but can work with all pathologies. One realizes how important it is to treat forms of automatic thoughts and negative thoughts confrontational thoughts and compensatory thoughts. CBT can be worked on either clinical therapy or group therapy. And it covers all people, and the brainstorming technique, and the applied exercise is within the CBT approach, with the purpose of helping and showing ways in which these participants can work their thoughts in a way that does not affect their health emotional

KEY WORDS: Mental health. Psycho education. Anxiety. Depression. Thoughts.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como finalidade apresentar e relatar as observações realizadas em um grupo de indivíduos beneficiários do programa de Atenção de Saúde Mental de Mallet, grupo este que está sendo formado, com a demanda de ansiedade e depressão, este que é dirigido pela psicóloga Denize Aparecida Teixeira, que trabalha com a abordagem da Terapia Cognitiva Comportamental.

Contrapondo assim com a prática de estágio dentro do curso de psicologia, este que adentra todo um conjunto de características de normas técnicas desenvolvidas durante a atividade de estágio supervisionado que

serão exploradas no contexto do relatório, é relevante também apontar o conhecimento adquirido durante todo o processo do curso.

O estágio de observação que a instituição desempenha para o acadêmico do curso de psicologia tem como finalidade de enriquecer a experiência do mesmo, unindo assim a vivência de como seria a prática do profissional no âmbito social e na integração das relações humanas. Vale também ressaltar que dentro deste contexto é fornecido princípios éticos que esclarecem a orientação do estagiário, estes que são de extrema importância uma vez que serão fornecidas informações particulares que devem ser em sigilo absoluto. Sua finalidade é desenvolver habilidades, e uma grande aprendizagem para o crescimento do acadêmico. É importante ressaltar que essas são apenas algumas das contribuições que o estágio fornece ao aluno, de uma forma geral este será determinante para seu crescimento não só profissional mais pessoal.

Com base nestes esclarecimentos o artigo foi desenvolvido, dentro da disciplina de estágio supervisionado III, com orientação do professor Daniel Ribeiro Branco, coordenado pela instituição das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu- União da Vitória. A carga horária do estágio será realizada em 48 horas sendo destas 24 em campo de estágio, e as demais 24 horas de estágio são supervisão na sala de aula.

2 ANSIEDADE E DEPRESSÃO SENDO TRABALHADAS EM GRUPO.

O grupo que foi trabalhado tem a demanda de depressão e ansiedade. Nesse contexto envolvem vários fatores que desencadeiam as patologias nos pacientes. A depressão e ansiedade são patologias que acarretam a vida social, emocional e cognitiva do indivíduo, um tratamento eficaz e adequado se torna de suma importância para a ajuda para com o paciente.

Greenberger e Padeski, (2008, pag.149) ressaltam que pensamentos que acompanham o paciente que tem depressão e ansiedade são diferentes. A ansiedade se torna em pensamentos para o indivíduo como forma de perigo constante, ou ameaças e os torna vulneráveis. E assim o indivíduo sofre com

seu estado psíquico alterado. O acompanhamento para ajudar essa pessoa com os sintomas como o medo de uma ameaça mental, que esta se desligando de tudo o que a rodeia em sua vida social deve consistir em ajudar esse paciente a restabelecer uma vida de qualidade tanto física como psíquica.

A padronização de comportamentos, as regras as normas e as leis, o padrão cultural influenciando na vida do sujeito e assim, as patologias e os riscos causados é enorme. Em todo momento de nossa vida temos que seguir regras padrões e comportamento nos qual são impostos como corretos e de ideal vivencia, mas com isso as sobrecargas de talvez não aceitação dessas regras possam levar o ser humano ao seu declínio psíquico.

Segundo Meyers diz que a conformidade é algo que aceitamos:

Assim a conformidade é uma mudança de comportamento ou de crença para concordar com os outros. Quando em meio a multidão, você se levanta para aplaudir um gol de vitoria, você esta se conformando? (Myers, 2014, pag. 162).

Foucault 1978, em sua obra História da Loucura descreve fatos onde a percepção que se tem nas observações feitas no grupo terapêutico mostra como o ser humano se delimita em seus anseios e frustrações e com isso a sobrecarga vem e os sintomas e limitações aparecem na trajetória da vida e com isso as energias depositadas extravasam, e acontece o que chamam de loucura, e isso se agrega a sentimentos e sobrecargas diárias.

Foucault em sua obra ressalta que:

Mas às vezes não há necessidade desse distanciamento. É no interior da quase-percepção do delírio que vem alojar-se por um ardil, um elemento perceptivo, de inicio silencioso, mas cuja progressiva afirmação vira contestar todo sistema. É nele mesmo, e na percepção que confirma seu delírio, que o doente percebe a realidade liberadora. Trallion conta como um médico dissipou o delírio de um melancólico que imaginava não ter mais cabeça, sentindo em seu lugar uma espécie de vazio. (Foucault, 1978. pag.368).

A linha teórica Terapia Cognitivo Comportamental TCC foi desenvolvida por Aaron T. Beck, sendo essa linha teórica voltada para os transtornos de depressão e ansiedade, mas pode-se trabalhar com todas as patologias. Percebe-se o quão importante é tratar as formas de pensamentos automáticos e pensamentos negativos. A TCC pode ser trabalhada tanto terapia clínica ou terapia de grupo. E abrange todas as pessoas.

Beck (2013 pag. 159) salienta que os pensamentos de uma pessoa influenciam toda a vida dela, pensamentos automáticos quando não treinadas são armas poderosas para a destruição psíquica e social desse indivíduo, sabendo como confrontar esses pensamentos Beck fala que a vida pode ser mudada, pois esse confronto de saber o que fazer naquele devido momento faz com que a pessoa saia de situações que lhe causariam sofrimento.

Beck em seu estudo diz que:

A terapia cognitivo-comportamental tem sido adaptada a pacientes com diferentes níveis de educação e renda, bem como a uma variedade de culturas e idades, desde crianças pequenas até adultos com idade mais avançadas. (Beck,S Judith, pag. 23, 2013.)

No contexto que será a demanda do grupo a abordagem será a Terapia Cognitivo-Comportamental TCC, sendo o foco central nas patologias depressão e ansiedade, nesse contexto entra as crenças centrais ou crenças nucleares do individuo, pensamentos intermediários, pensamentos automáticos e reação. Tudo que a TCC mostra nesse contexto de patologias tem algum fundamento de como surgiu, nas crenças centrais, por exemplo, a forma como a criança desenvolve-se e tem as suas capacidades estimuladas são fatores que certamente a influenciara na forma de seu desenvolvimento psíquico, na TCC a forma como essa criança vai ter as convicções sobre si e os outros são de crucial importância de como suas crenças centrais serão desenvolvidas. Se ela sempre ouve de sua mãe, por exemplo, que é uma menina ou menino que não consegue fazer nada direito isso certamente delimitara essa criança a pensar assim sobre si.

Beck salienta que:

No começo da infância, as crianças desenvolvem determinadas idéias sobre si mesmas, sobre outras pessoas e o seu mundo. As suas crenças mais centrais ou crenças nucleares são compreensões duradouras tão fundamentais e profundas que freqüentemente não são articuladas nem para si mesmo. (Beck,S Judith, pag. 52, 2013.)

Enfatizando o que a autora diz se percebe claramente a influencia de fatores externos para desencadeamento das patologias, e com isso a TCC vem ajudar o paciente a conseguir delimitar o melhor para si, para sua melhor qualidade de vida. Nesse contexto a TCC na questão grupal, ou seja, trabalho em grupo, mostra várias técnicas de como poder auxiliar o paciente em seu sofrimento psíquico, como a terapia influencia na sua melhora pessoal, a TCC

tem uma das formas de trabalho a psicoeducação onde juntamente com a técnica serão mostrados através de palestras, vídeos conteúdos voltadas para que o paciente consiga ter a coragem de ir gradativamente mudando hábitos, costumes ou talvez medos que estão lhe causando males psíquicos.

Bieling e McCabe e Antony enfatizam sobre o formato grupal que:

O formato TCC em grupo foi usado de forma pioneira na depressão, sendo que as evidências da efetividade desta abordagem se acumularam há mais de 20 anos. As técnicas usadas na depressão incluem quase todas as estratégias cognitivas básicas e, por esse motivo, os grupos de TCC para depressão consistem em uma introdução muito eficaz para os terapeutas no formato grupal. (Bieling e McCabe e Antony, pag.216, 2008).

No contexto do grupo que será formado e que aplicarei à dinâmica, percebo que a abordagem da TCC condiz com o que será trabalhado atendendo a demanda dos pacientes, sendo a mesma uma abordagem que trabalha com o contexto da ansiedade e depressão e também tem a opção de se trabalhar em grupo com a mesma ou individual, dependendo da demanda dos pacientes, a qual para um futuro profissional se torna uma linha abrangente para se trabalhar.

3 MÉTODO

A respectiva atividade foi aplicada no grupo de psicoeducação de uma unidade de saúde, formado por uma psicóloga. Utilizando a abordagem da Terapia Cognitivo Comportamental. A atividade CONFRONTANDO PENSAMENTOS será realizada em uma sala da biblioteca Miguel Bakun na cidade de Mallet, em que serão realizados os encontros do grupo de psicoeducação.

A proposta tem como base o livro A Mente Vencendo o Humor de Greeberger e Padeski. O registro de pensamentos é um requisito do livro da qual utilizei para compreender o processo do confronto de pensamentos. Vou distribuir um questionário de pré e pós- teste para os participantes, onde se propõe com que eles respondam seguintes questões do pré-teste: 1=Situação. Quem? O que? Quando? Onde? 2=estados de humor: o que você sentiu? Meça o estado de humor de 0 a 100%. Algum outro pensamento ou imagem?

Circule o pensamento quente. Quando responderem ao pré- teste que é sobre os pensamentos negativos, logo após entregarei o sinaleiro onde os participantes vão expor seus pensamentos automáticos, os confrontativos e os pensamentos compensatórios, sendo que logo após responderão ao questionário de pós- teste, onde responderão as seguintes questões para medir o que mudou após a atividade, os participantes vão medir seu pensamento alternativo compensatório, e logo após vão medir novamente de 0 a 100% se mudou algo no seu estado de humor com a realização da dinâmica. O pré-teste e o pós-teste estão anexados ao final do artigo.

A proposta de atividade se baseia no confronto de pensamentos. Vou montar um sinaleiro de transito para cada participante e explicar que os pensamentos **automáticos**, são os que paralisam que fazem a gente parar e a pessoa não consegue seguir em frente e resolver a coisas e dar o melhor da gente nas situações. São pensamentos que param a pessoa como: não vou conseguir sendo, necessário essa pessoa buscar identificar quais os pensamentos automáticos que fazem essa pessoa parar, então vai propor para os participantes escrever dentro do sinaleiro na parte vermelha qual seriam esses pensamentos que não a deixam seguir em frente.

Seguindo para os pensamentos **confrontativos** vou explicar que é o pensamento que vai desafiar os fazendo refletir: mas será que em algum momento você já não conseguiu porque esta tão difícil agora? Pergunto quais as evidências que isso não vai dar certo, propondo para eles escrever no sinaleiro amarelo quais são os pensamentos que eles identificam nessa parte.

Seguindo para o pensamento **alternativo** que vai ser o que vai dar a auto-estima de pensar, já consegui porque não consigo agora? Vou conseguir dessa vez novamente sim. É o pensamento de confronto, alternativo. E vou pedir para eles colocarem dentro do verde quais são esses pensamentos que eles têm.

Bieling, McCabe, Antony e Cols (2008,) vêm mostrar que a psicoeducação vem sendo na atualidade um tema que condiz ao que as pessoas estão trazendo em suas patologias, a psicoeducação mostra em vídeos, palestras, aulas focalizando o que a pessoa quer aprender, e assim como a ansiedade é um tema no momento que vivemos uma patologia que se vivencia no cotidiano

de muitas pessoas, a psicoeducação vem para auxiliar informando sobre o problema do transtorno, o impacto que a ansiedade traz para a vida do indivíduo e os que convivem com o mesmo, descreve para a pessoa a forma de tratamento adequada para seu bem estar, assim a forma com que a psicoeducação lida com o transtorno, se torna um componente importante para o tratamento e de próprio tratamento, sendo que a pessoa vai aprender muito com essa técnica, e poder auxiliar seu sofrimento diário amenizando a patologia.

Segundo Farina, Terroso, Lopes e Argimon, (2013) a psicoeducação é uma técnica muito utilizada dentro da TCC, sendo que dentro da psicoeducação pode-se esclarecer dúvidas que o paciente tenha com determinado assunto, e também ensinar técnicas para o alívio de sintomas, melhorando a qualidade de vida desse paciente, os autores salientam que:

Dentre as técnicas mais utilizadas na TCC destaca-se a psicoeducação que consiste na transmissão de informação acerca do problema do indivíduo, elucidando-o sobre aspectos da psicopatologia (Figueiredo, Souza, Dell'Áglio&Argimon, 2009). Esta intervenção se caracteriza por informar ao paciente dados sobre o seu diagnóstico, a etiologia, o funcionamento, o tratamento mais indicado e o prognóstico de sua doença. Cabe à aplicação desta técnica, também, esclarecer informações insuficientes ou distorcidas, tendo em vista a importância de um conhecimento amplo do paciente sobre seu problema. (Farina, Terroso, Lopes e Argimon, 2013).

Bieling, McCabe, Antony e Cols,(2008) dizem que:

Porquanto a TCC é uma abordagem baseada em habilidades, a psicoeducação é um componente importante para o tratamento. Ela pode tomar a forma de leituras, demonstrações, apresentações didática ou vídeos. (Bieling, McCabe, Antony e Cols (2008, pag.187)

Segundo Farina, Terroso, Lopes e Argimon, (2013)

A TCC é uma terapia que se caracteriza por ser uma abordagem estruturada, na qual terapeuta e cliente possuem papéis ativos. Esta é voltada para o presente e se utiliza de técnicas específicas, cognitivas e comportamentais, que visam modificar os padrões de pensamentos e crenças que trazem sofrimento e/ou distúrbios psicológicos (Farina, Terroso, Lopes e Argimon, 2013).

Greeberger e Padeski (2008) salientam sobre uma dica infalível para a identificação de pensamentos automáticos, que seria identificar o que se passa na sua mente quando você passa por situações ou sentimentos fortes. Os autores querem dizer que devemos saber identificar o que nos causa alegrias ou sofrimentos, e quando não sabemos trabalhar com isso procurar ajuda terapêutica se torna fundamental.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para concluir esse artigo se vê a importância de ressaltar os resultados obtidos dentro da dinâmica aplicada do confronto de pensamentos. Diante da aplicação da dinâmica percebe-se a mudança da porcentagem do nível de estado de humor antes e depois do teste, sendo que antes do teste os participantes não sabiam como confrontar seus pensamentos automáticos, e logo após com a técnica utilizada do sinaleiro, eles conseguiram distinguir situações e estados de humor que poderão modificar e trabalhar durante todos os dias de sua vida, em situações que exijam o discernimento necessário.

Comparações do teste são quatro participantes que foi aplicado a dinâmica de confronto de pensamentos os resultados são os seguintes:

A1; a paciente A1 fez sua dinâmica começando com o pensamento automático relatando de seu ex- namorado, sendo que no pensamento automático A1 colocou: traição: pensamento automático: ele vai me trair. Logo em seguida partindo para o pensamento confrontativos; A1 colocou: confiança; sempre ouve confiança de ambos. Seguindo para o pensamento compensatório; S1 relatou escrevendo que: independente de tudo sempre pode confiar, nunca houve traição, simplesmente nesse dia ele posou na casa de sua Irmã e não houve traição.

Fazendo a comparação do pré-teste e o pós-teste, ressalta-se a seguinte conclusão: A1 salientou no pré-teste que seu estado de humor, ou seja, o pensamento quente, a raiva naquele momento estava em 100%, pois não sabia como trabalhar esse sentimento. Logo após a aplicação no pós-teste A1 relata que seu nível de 100% de raiva baixou para 80%, sendo que agora A1 saberia lidar com a situação. Argumentou algo muito importante no seu pós-teste, que sente 100% de raiva de si mesma por não saber lidar com esse sentimento naquele momento, e não precisava ter terminado seu relacionamento se soubesse confrontar os pensamentos automáticos antes.

A2 salienta no seu pensamento automático sobre seu marido destaca que: ele não se importa comigo, não se preocupa, não gosta de mim. Logo após nos pensamentos confrontativos, A2 argumenta que: de alguma maneira

ele gosta de mim, quando deixa de fazer algo para ele para me ajudar. Nos pensamentos compensatórios A2 salienta que: ele se importa que ele goste de A2 de uma forma geral, que não será uma situação que definira o relacionamento.

Contrapondo com os resultados, o pré-teste mostra que o seu pensamento quente é que ele não se importa com A2 seu estado de humor esta em 100%, contrapondo com o resultado de seu pós-teste o nível baixou para 50%, e seu pensamento alternativo compensatório foi que: ele gosta de A2 se importa e demonstra em diversas situações.

A3 em seu pensamento automático descreve que esta sendo traída e rejeitada por todos. Contrapõe em seus pensamentos confrontativos que já passou por essas situações anteriormente e sabe que não é verdade, salientou que sua mãe foi falar com ela, e que um amigo ligou. No pensamento compensatório A3, ressalta que: eles se preocupam comigo; eles querem o meu bem; eles me amam e já deram muitas provas disso.

O pré-teste ressalta que os pensamentos quentes de A3 são; raiva tristeza e solidão. A rejeição esta em nível de 90%; a raiva nível de 60%; impotência nível de 80%; medo de perder nível de 100% e a solidão 100%. Contrapondo com o pós-teste, A3 salienta que aprendeu a confrontar pensando que eles se preocupam, querem meu bem, e me amam. E o nível de porcentagem caiu consideravelmente em A3 no pós-teste sendo que: rejeição 30%, raiva 10%, impotência 50%, medo de perder 50% e a solidão 50%, notando-se uma queda significativa, com o aprendizado do confronto de pensamentos.

A4 em seus pensamentos automáticos fala que nada vai dar certo, que não vai conseguir. Em seu pensamento confrontativos consegue falar que, já passei por tudo isso, tudo deu certo; eu consegui! Em seu pensamento compensatório A4 fala que; eu consigo, meu histórico profissional prova isso. A4 em seu pré-teste salienta o medo e a ansiedade em 80%. E se pensamento quente é o que não vai conseguir fazer o que deseja. Contrapondo com o pós-teste seu medo cai para 60%, e repete escrevendo que: eu consigo, meu histórico profissional prova isso.

5 CONCLUSÃO

O desenvolvimento da atividade confrontando pensamentos possibilitou uma análise de grande valia e com resultados positivos, sendo exposto que se pode ajudar as pessoas em situações de seu dia a dia a terem uma qualidade de vida psíquica, física e emocional, com uma tarefa que lhes foi repassada e que vão utilizar em situações do seu cotidiano.

A atividade realizada no grupo de psicoeducação verificou que o modo de agir sem confrontar os pensamentos de forma correta pode mudar o rumo de uma vida. A importância do modo de saber confrontar os pensamentos foi de valia positiva para esses participantes, sendo que as amostras colhidas em seus pré-teste e pós-teste comprovam esse fator, sendo que em todos depois da aplicação seu nível de resistência baixou e conseguiram pensar na determinada situação de forma com que seja com mais qualidade de vida. E com notória força de vontade para continuar aplicando o exercício no cotidiano, em situações que requerem mais atenção para a tomada de decisão, que os auxiliara na tomadas de decisão de seu cotidiano.

REFERÊNCIAS

- BECK, S. Judith. **Terapia Cognitivo-Comportamental**. Artmed, 2ªed. 2013.
- BIELING, J. Peter ANTONY M. Martin. McCABE, E. Randi. **Terapia Cognitiva comportamental em grupos**. Artmed. 2008.
- FARINA, Marianne; TERROSO, Lauren Bulcão; LOPES, Regina Maria Fernandes e ARGIMON, Irani I. de Lima. Importância da psicoeducação em grupos de dependentes químicos: relato de experiência. *Aletheia* [online]. 2013, n.42 [citado 2018-10-23], pp. 175-185. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000300015&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1413-0394.
- FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. Perspectiva, 1978.

MYERS, David G. **PSICOLOGIA SOCIAL**. Artmed. 10° Ed. 2014.

PADESKI A. Christiane. GREEBERGER Dennis. **A mente vencendo o humor**.
Artmed 1999.

PERCEPÇÃO DOS IDOSOS SOBRE OS EFEITOS DA REALIZAÇÃO DE EXERCÍCIOS FÍSICOS COMO AUXÍLIO DO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Marcos Luis Longui⁰
Eliani A. Winhar Krug⁰

RESUMO: O objetivo deste estudo foi identificar os efeitos do exercício físico no auxílio do tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em um grupo da terceira idade. A pesquisa foi de campo, aplicada, quantitativa, que contou com a amostra composta de 20 participantes de ambos os sexos (06 homens e 14 mulheres), estes na faixa etária entre 60 a 90 anos. Os materiais usados na coleta de dados foram: balança digital, Esfigmomanômetro digital. Para realização dos estudos, primeiramente este foi aprovado pelo Núcleo de Ética e Bioética da Uniguaçu, seguido da aceitação do estabelecimento onde os testes ocorreram. Na sequência, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando a divulgação dos resultados em outros quesitos. A coleta ocorreu durante o mês de agosto de 2018 onde primeiramente foi preenchido um questionário pré-teste, e logo após as práticas com exercícios para a captação do conteúdo. Após a coleta de dados foi preenchido um questionário pós-avaliação onde os dados foram analisados através da estatística descritiva distribuindo as informações em tabelas e gráficos. Ao final considera-se que a prática de exercícios físicos é sim um grande aliado no auxílio do tratamento a hipertensão arterial, considerados como benefícios para o idoso, auxiliando na redução das doenças não transmissíveis, proporcionando mudanças positivas tanto musculares quanto cardiovascular ocorrendo à melhora dos índices de condicionamento físico e respiratório.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento, Exercícios físicos, Pressão Arterial.

ABSTRACT: The objective of this study was to identify the effects of physical exercise on the help of the treatment of Systemic Hypertension in a group of the elderly. The experimental, quantitative, field-based research consisted of a sample composed of 20 participants (6 men and 14 women), aged between 60 and 90 years. The materials used in the collection were

⁰ Bacharel em Educação Física do Centro Universitário Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

⁰ Professor (a) Orientador (a). Docente do Centro Universitário Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU.

Digital heart rate monitor, digital scale, and tape measure. For the accomplishment of the studies, first it was approved by the nucleus of Ethics and Bioethics of Uniguaçu, followed by the acceptance of the establishment where the tests occurred. Subsequently, participants signed a free and informed consent form authorizing the disclosure of results in other matters. The collection took place in August 2018, where a pre-test questionnaire was filled out, and soon after the exercises with exercises to capture the content. After the data collection, a post-evaluation questionnaire was filled in, where the data were analyzed through descriptive statistics, distributing the information in tables and graphs. At the end, it is considered that the practice of physical exercises is rather a great ally in the treatment of hypertension, considered as benefits for the elderly, helping to reduce communicable diseases, providing positive changes both muscular and cardiovascular occurring to improve the rates of physical and respiratory fitness.

KEYWORDS: Seniors, Aging, Physical exercises, Blood Pressure.

1 INTRODUÇÃO

O processo do envelhecimento constitui-se a quinta etapa da vida humana. Mesmo sabendo que o envelhecer faz parte do ciclo normal da vida, esse fase devido às mudanças fisiológicas habituais, pode ser vista como uma patologia (VONO, 2011).

Como a estimativa é de aumento do número de pessoas acima de 60 anos, há necessidade de serem tomadas medidas para que a vida dessa população seja de qualidade, pois segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2017), esse aumento pode torna-se um problema de ordem política e social, uma vez que as pessoas possam chegar á velhice com doenças associadas, entre elas as doenças crônicas não transmissíveis, como exemplo a hipertensão arterial sistêmica, o diabete tipo 2, as cardiopatias e, as doenças respiratórias.

Como uma das formas de colaborar para a qualidade de vida da população idosa, pode-se incluir no hall de orientações, as práticas de exercícios físicos, realizados de forma responsável em Educação Física.

O exercício físico é toda prática programada e sistematizada, diferente de atividade física, que são quaisquer movimentos do dia a dia. Sendo o exercício físico reconhecido como fator de proteção para a saúde estando associada a redução de doenças crônicas e reduzindo o risco de mortes prematuras de pessoas com doenças cardiovasculares, como exemplo a hipertensão arterial sistêmica, sendo essa, a destacada nesse projeto de pesquisa (POLISSENI; RIBEIRO, 2014). A longevidade cada vez maior do ser humano acarreta uma situação ambígua, vivenciada por muitas pessoas: o desejo de viver cada vez mais e, ao mesmo tempo, o temor de viver em meio à incapacidade e à dependência.

São considerados benefícios da atividade física para terceira idade: a redução da probabilidade de diabetes, de ataques cardíacos, derrames cerebrais, doenças reumáticas e hipertensão. E, existem evidências claras de que os músculos de pessoas acima de 60 anos de idade são capazes de responder ao exercício de forma semelhante ao dos jovens, desde que treinados adequadamente (VARELLA; JARDIM, 2009).

Sabe-se a eficiência dos exercícios físicos para saúde dos idosos, esses influenciam em atividades do cotidiano dando maior autonomia, resistência, flexibilidade, e todos os outros aspectos relacionados à qualidade de vida.

A Educação Física que se destina a prática de exercícios físicos para idosos, pode ser um aliado para a aquisição de uma vida com qualidade e está fortemente ligada ao nível de atividade física executada por estes, contribuindo para que sejam ativos saudáveis, aumentando a autoestima e o relacionamento social.

Diante do exposto elaborou-se a questão problema: Quais as percepções relatadas pelos idosos quanto à realização de exercícios físicos para o controle da pressão arterial?

A pesquisa teve como objetivo analisar as percepções relatadas pelos idosos que fazem tratamento para hipertensão arterial sistêmica sobre a melhoria entre as aferições quando associado às pratica de exercícios físicos.

Com isso a elaboração desta pesquisa é justificada plenamente pela importância e a inclusão dos exercícios físicos como coadjuvante na prevenção a hipertensão arterial sistêmica.

2 MÉTODOS

A pesquisa caracteriza como sendo de campo, quantitativa, aplicada. A amostra do tipo não probabilística intencional foi composta por 20 participantes de ambos os sexos (14 mulheres e 06 homens), com faixa etária entre 60 e 90 anos de idade frequentadores do Grupo da Terceira Idade no bairro Santa Rosa, no município de Porto União - SC. Acontecendo a coleta de dados uma vez por semana durante o mês de agosto do ano de 2018, em conjunto com a Unidade Básica de Saúde do bairro Santa Rosa, que para não fugir da rotina dos idosos, aproveitou-se essa ocasião para a realização da coleta de dados e aplicação dos exercícios, visto que na equipe não há um profissional da Educação Física para a realização de exercícios.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados além do questionário elaborado pelo autor da pesquisa foi: para realização do peso corporal utilizou-se uma balança clínica da marca FILIZOLA – BRASIL; para a aferição da pressão arterial (PA) o monitor de pressão arterial de pulso digital da marca OMRON – CHINA; e para acomodar os participantes para a realização da verificação da PA foi utilizado cadeiras próprias do estabelecimento, o braço do idoso estava despido, apoiado em uma mesa e altura do coração, bem como o manguito do esfigmomanômetro adequado a circunferência de seu braço, de acordo com as normas da American Heart Association (AHA, 2018), e material para anotações dos dados.

Durante as sessões de treinamento os executantes estavam com roupa apropriada para prática dos exercícios físicos e a aferição da PA aconteceu em três momentos: antes para identificar o escore inicial da PA; durante, para identificar se no transcorrer das aconteceriam alterações significativa da PA e após, 10 minutos da finalização das séries de exercícios, com a finalidade de diagnosticar como a pressão arterial comportou-se com o estresse ocorrido com a realização dos exercícios mesmos esse sendo de baixa intensidade.

Os exercícios foram realizados da seguinte maneira: em primeiro momento foi realizado aquecimento, com elevação dos braços, pés, andar, esses, tem por finalidade aumentar a temperatura corporal, aumentar a circulação para os músculos e evitar lesões, além de adequar o corpo gradualmente ao exercício físico. Em seguida foi realizado exercícios para fortalecimento de membros superiores e inferiores, como a flexão, extensão, adução e abdução de membros. Trabalhando também o equilíbrio, com exercício de andar lateralmente, andar de olhos fechados e por fim, uma sessão de alongamentos e relaxamento para que o organismo lentamente retorne ao estado prévio.

Após a coleta de dados, o tratamento será estatística descritiva, que será distribuído em tabelas e gráficos.

Para a realização pesquisa, seguiram-se as orientações da Resolução 466/2012.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 EXERCÍCIOS FÍSICOS E O IDOSO

São considerados benefícios da atividade física para terceira idade: a redução da probabilidade de diabetes, de ataques cardíacos, derrames cerebrais, doenças reumáticas e hipertensão. E, existem evidências claras de que os músculos de pessoas acima de 60 anos de idade são capazes de responder ao exercício de forma semelhante ao dos jovens, desde que treinados adequadamente (VARELLA; JARDIM, 2009).

Com intuito de motivar o idoso na prática de exercícios físicos, o profissional de educação física terá que buscar sempre oferecer novidades para a participação de exercícios físicos.

A longevidade cada vez maior do ser humano acarreta uma situação ambígua, vivenciada por muitas pessoas: o desejo de viver cada vez mais e, ao mesmo tempo, o temor de viver em meio à incapacidade e à dependência.

São considerados benefícios da atividade física para terceira idade: a redução da probabilidade de diabetes, de ataques cardíacos, derrames

cerebrais, doenças reumáticas e hipertensão. E, existem evidências claras de que os músculos de pessoas acima de 60 anos de idade são capazes de responder ao exercício de forma semelhante ao dos jovens, desde que treinados adequadamente (VARELLA; JARDIM, 2009).

A realização de exercícios físicos esta relacionada diretamente à saúde das pessoas, e se exercitado de maneira correta, atribui-se a qualidade de saúde e prevenção de alguns tipos de doenças.

3.2 PRESSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A pressão arterial normal é quando o coração se contrai, bombeia sangue para o interior das artérias, criando pressão nelas. Essa pressão é chamada de arterial e faz com que o sangue possa fluir por todo o organismo, a partir desse mecanismo é levado oxigênio e nutrientes para vários órgãos e o sangue volta para o coração pelas veias (OMS, 2011).

Recentemente os valores da pressão arterial como ponto de referencia sofreram atualizações em seus escores, ficando da seguinte maneira de acordo com a American Heart Association (AHA, 2018):

Normal: Menos de 120/80 mmHg;
Elevado: PA sistólica entre 120-129 e PA diastólica inferior a 80;
Hipertensão Fase 1: Sistólica entre 130-139 ou diastólica entre 80-89;
Hipertensão Fase 2: Sistólica pelo menos 140 ou diastólica pelo menos 90 mm Hg;
Crise hipertensiva: Sistólica superior a 180 mmHg e/ou Diastólica acima de 120 mmHg, com pacientes que necessitam de mudanças imediatas na medicação em pacientes sem sintomas relevantes, ou hospitalização imediata se houver sinais de danos nos órgãos-alvos.

Com o processo do envelhecimento e as alterações fisiológicas que ocorrem isoladamente ou associados as alterações cardiocirculatórios, neuro-humorais e renais, podendo assim o idoso apresentar a pseudo hipertensão (SGAMBOTTI; PIERIN; MION JUNIOR, 2000).

Com essa afirmação, entende-se que o idoso pode apresentar elevação dos níveis da pressão arterial, sem ter o diagnostico de hipertensão. Desta forma, pode-se manter dos valores a pressão arterial, através de exercícios físicos, e mesmo os idosos que recebem o diagnostico e fazem uso de medicamentos, com a prática de exercícios tende-se a manterem-se estáveis.

Os autores Nogueira et al (2012) ainda afirmam que o exercício aeróbico é uma ferramenta eficaz no tratamento de idosos hipertensos. O exercício do tipo aeróbico corresponde aos processos metabólicos de produção de energia por meio do sistema oxidativo. Enfatizam-se os exercícios dinâmicos, repetitivos e submáximos de grandes grupos musculares, as contrações são seguidas de movimentos articulares, não existindo obstrução mecânica do fluxo sanguíneo, aumentando a atividade nervosa simpática, causando um incremento da frequência cardíaca, do débito cardíaco e também do volume sistólico e uma redução da resistência vascular periférica (RVP).

Os efeitos benéficos do exercício físico devem ser aproveitados no tratamento inicial do indivíduo hipertenso, visando evitar o uso ou reduzir o número de medicamentos e de suas doses. Em indivíduos sedentários e hipertensos, reduções clinicamente significativas na pressão arterial podem ser conseguidas com o aumento relativamente modesto na atividade física, acima dos níveis dos sedentários, além do que o volume de exercício requerido para reduzir a pressão arterial pode ser relativamente pequeno, possível de ser atingido mesmo por indivíduos sedentários (MONTEIRO, FILHO 2004).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

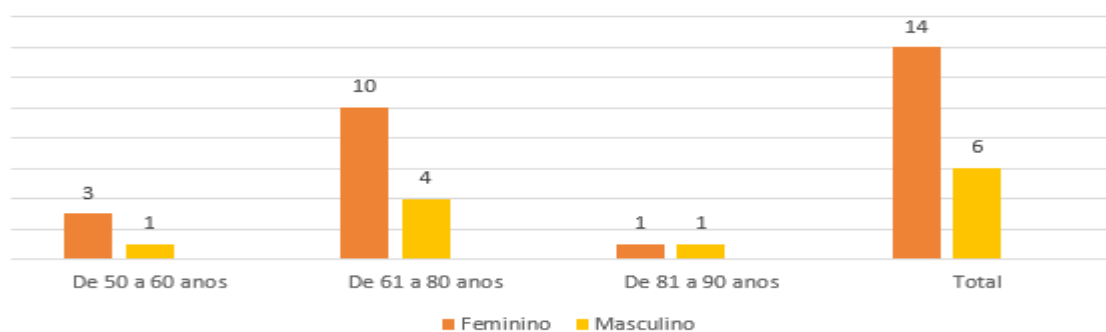
Após organização e análise de dados coletados, fruto dos testes realizados com todos os participantes da pesquisa, chegou-se aos seguintes resultados, iniciando pela caracterização dos envolvidos na pesquisa.

De acordo com o gráfico 1, nota-se que a faixa etária dos participantes do Grupo da Terceira Idade Conselho Comunitário do Bairro Santa Rosa, está em uma média de 70 anos, tendo como idade mínima 50 e máxima 90 anos. A maioria desses participantes é do sexo feminino com 70% (n=14), enquanto o sexo masculino totaliza 30% (n=6) do grupo.

A pressão arterial dos envolvidos na pesquisa no primeiro contato, antes de se iniciar a aplicação dos exercícios estava da seguinte maneira: para os

participantes do sexo masculino, a média de aferição foi de 123X 85 mmHg e para as participantes do sexo feminino foi de 122X87 mmHg. Tomou-se esse primeiro contato como base para as demais aferições.

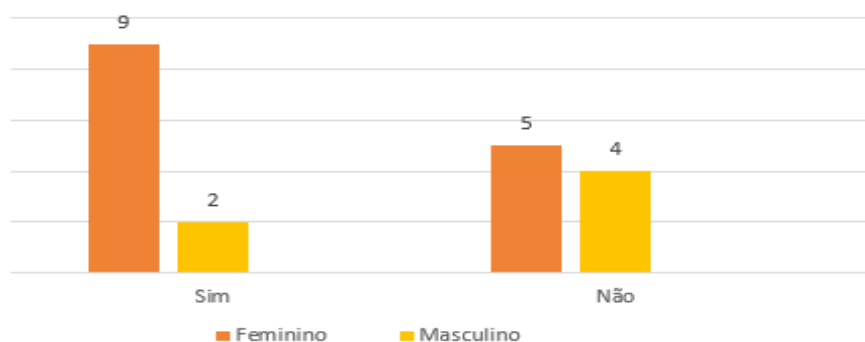
Gráfico 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa



Fonte: Autor da pesquisa, 2018.

Na sequência foi analisado quantos, dentre o sexo feminino e o masculino utilizam medicamentos para controle da pressão arterial, como apresentado no gráfico 2:

Gráfico 2 – Utilização de medicamentos para controle de pressão arterial



Fonte: Autor da pesquisa, 2018.

Observou-se através do gráfico 2, que 64% (n=9) das mulheres e 33% (n=2) dos homens fazem uso de medicamentos para o controle da pressão arterial, porém 36% (n=5) das mulheres e 67% (n=4) dos homens não realizam essa medicação.

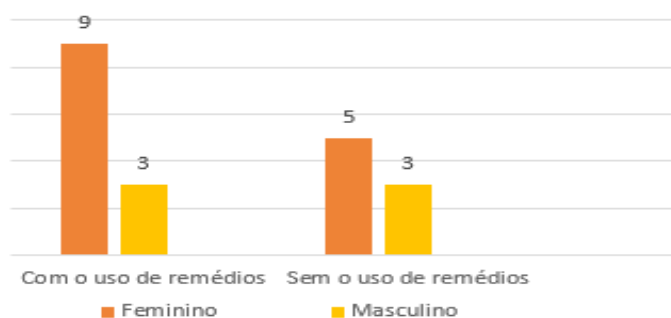
Dando sequência a caracterização dos idosos, foi perguntado se além do uso de medicamentos para controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), se fazem uso de medicamentos para outras patologias. Obteve-se para essa pergunta 100% dos entrevistados referem que sim. Evidenciam que

fazem uso de algum tipo de medicamentos, entre eles para controle de: colesterol; depressão; “coração”; dores na coluna, tireoide e para os “ossos”. Dentre os participantes, 08, sendo 05 do sexo feminino e 03 do sexo masculino, referem não fazer uso de medicamentos para controle da HAS, porém fazem uso de outros medicamentos.

Além disso, foi necessário saber se os idosos faziam controle da pressão arterial e com que frequência. Entre os participantes, 3 (três) mulheres, realizavam diariamente o controle da pressão arterial, 8 (oito) delas semanalmente, 1 (uma) mensalmente e 2 (duas) não realiza. Entre os homens, 4 (quatro) realizavam semanalmente, 1 (um) mensalmente e 1 (um) não realiza o controle da pressão arterial.

Juntamente com a frequência que realizavam o controle da pressão arterial, buscou avaliar se os idosos mantem a pressão arterial com ou sem o uso de medicamentos, como apresentado no gráfico a seguir:

Gráfico 3 – Mantem a pressão arterial com ou sem medicamento



Fonte: Autor do estudo, 2018.

Como visto no gráfico 3, das 14 (quatorze) mulheres, 9 (nove) fazem uso de medicamento para o controle da pressão arterial, enquanto 5 (cinco), mantem a pressão estável sem o uso de medicamentos. Para os homens, 3 (três) realizam uso de medicamentos e 3 (três) não.

Após o questionário, iniciaram-se os exercícios físicos, que foram realizados uma vez por semana durante um mês, sempre aferindo a pressão

arterial antes de começar os exercícios, durante a prática e após 10 minutos do término das atividades com o objetivo de verificar se houve alterações significativas de acordo com os escores iniciais.

Com duração de 30 a 40 minutos, os exercícios aplicados foram funcionais, ou seja, exercícios que não utilizam sobre carga e sim exercícios básicos e dinâmicos que utilizam o peso do próprio corpo, como por exemplo, atividades aeróbicas, agachamentos na cadeira, caminhadas e alongamento em pé ou sentado de acordo com a possibilidade de cada idoso, que ajudaram na individualidade e mobilidades cotidianas de cada um.

O resultado do controle da pressão arterial dos participantes e a média antes, durante e após os exercícios são apresentados nas tabelas a seguir:

Quadro 1 – Escores da pressão arterial durante aplicação dos exercícios no sexo masculino

Masculino 01						
	02/08/01 8	09/08/01 8	16/08/01 8	23/08/01 8	30/08/01 8	Média
Antes	120/80	120/80	130/87	121/70	120/80	120/79
Durante	130/90	131/91	128/83	130/80	130/70	130/83
Depois	120/85	120/90	126/80	125/87	120/80	122/84
Masculino 02						
	02/08/01 8	09/08/01 8	16/08/01 8	23/08/01 8	30/08/01 8	Média
Antes	120/80	120/80	120/80	120/80	123/87	120/81
Durante	127/90	126/87	126/87	126/87	127/80	126/86
Depois	123/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80
Masculino 03						
	02/08/01 8	09/08/01 8	16/08/01 8	23/08/01 8	30/08/01 8	Média
Antes	130/80	130/80	142/85	137/89	137/89	135/84
Durante	134/84	137/84	144/90	142/80	141/97	139/87
Depois	129/80	129/80	149/90	140/80	139/90	140/86
Masculino 04						
	02/08/01 8	09/08/01 8	16/08/01 8	23/08/01 8	30/08/01 8	Média
Antes	147/87	129/89	147/87	146/89	129/85	139/87
Durante	129/82	126/87	129/82	128/83	131/85	128/84
Depois	116/74	145/75	116/74	116/71	128/87	124/76
Masculino 05						
	02/08/01 8	09/08/01 8	16/08/01 8	23/08/01 8	30/08/01 8	Média
Antes	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80
Durante	130/87	128/94	126/87	126/87	129/82	128/87
Depois	120/81	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80

Masculino 06						
	02/08/01 8	09/08/01 8	16/08/01 8	23/08/01 8	30/08/01 8	Média
Antes	120/84	120/80	120/80	120/80	120/80	120/81
Durante	128/83	128/83	126/80	128/83	128/87	127/84
Depois	120/80	123/85	120/82	124/82	120/80	121/82

Fonte: Autor do estudo, 2018

Quadro 2 – Escores da pressão arterial durante aplicação dos exercícios no sexo feminino

Feminino 01						
	02/08/01 8	09/08/01 8	16/08/01 8	23/08/01 8	30/08/01 8	Média
Antes	120/90	120/90	120/90	120/90	120/90	120/90
Durante	128/83	128/83	126/87	126/85	128/83	127/84
Depois	120/90	120/90	120/90	120/90	120/90	120/90
Feminino 02						
	02/08/01 8	09/08/01 8	16/08/01 8	23/08/01 8	30/08/01 8	Média
Antes	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80
Durante	123/83	123/90	123/90	123/90	123/93	123/89
Depois	120/80	120/85	120/86	120/86	120/80	120/83
Feminino 03						
	02/08/01 8	09/08/01 8	16/08/01 8	23/08/01 8	30/08/01 8	Média
Antes	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80
Durante	126/87	126/81	126/85	126/85	126/87	126/85
Depois	120/80	120/85	120/80	120/80	120/80	120/80
Feminino 04						
	02/08/01 8	09/08/01 8	16/08/01 8	23/08/01 8	30/08/01 8	Média
Antes	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80
Durante	128/87	126/87	126/87	126/83	128/87	127/86
Depois	120/80	120/85	120/80	120/80	120/80	120/80
Feminino 05						
	02/08/01 8	09/08/01 8	16/08/01 8	23/08/01 8	30/08/01 8	Média

Antes	120/85	120/80	120/90	120/80	120/80	120/83
Durante	123/85	123/90	124/90	127/95	123/90	124/90
Depois	120/80	120/80	120/80	121/83	120/80	120/81
Feminino 06						
	02/08/018	09/08/018	16/08/018	23/08/018	30/08/018	Média
Antes	130/90	130/90	130/90	130/90	130/90	130/90
Durante	138/80	139/70	139/80	139/80	138/80	138/78
Depois	130/90	130/90	130/90	132/93	130/90	130/91
Feminino 07						
	02/08/018	09/08/018	16/08/018	23/08/018	30/08/018	Média
Antes	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80
Durante	123/81	128/94	128/91	125/83	128/90	126/88
Depois	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80
Feminino 08						
	02/08/018	09/08/018	16/08/018	23/08/018	30/08/018	Média
Antes	150/10	150/10	150/10	150/10	150/10	150/10
Durante	156/80	155/80	155/70	154/80	153/70	154/76
Depois	150/10	150/10	148/87	147/89	147/87	148/56
Feminino 09						
	02/08/018	09/08/018	16/08/018	23/08/018	30/08/018	Média
Antes	130/80	137/85	130/80	130/80	130/80	131/80
Durante	135/87	137/85	135/85	135/80	137/93	123/74
Depois	130/85	130/80	130/87	130/80	130/80	120/82
Feminino 10						
	02/08/018	09/08/018	16/08/018	23/08/018	30/08/018	Média
Antes	120/70	120/80	120/80	120/80	120/80	120/78
Durante	125/80	123/70	123/70	123/80	123/70	123/74
Depois	120/80	120/83	120/80	120/80	120/85	120/82
Feminino 11						

	02/08/01 8	09/08/01 8	16/08/01 8	23/08/01 8	30/08/01 8	Média
Antes	120/80	125/80	120/80	120/80	120/80	121/80
Durante	125/87	129/85	129/85	127/87	127/89	127/86
Depois	120/80	122/87	120/80	120/80	120/87	120/83
Feminino 12						
	02/08/01 8	09/08/01 8	16/08/01 8	23/08/01 8	30/08/01 8	Média
Antes	140/90	140/80	140/90	140/90	140/90	140/88
Durante	146/89	146/89	147/87	146/80	146/80	146/85
Depois	140/90	140/90	140/90	140/90	140/90	140/90
Feminino 13						
	02/08/01 8	09/08/01 8	16/08/01 8	23/08/01 8	30/08/01 8	Média
Antes	130/80	131/84	130/80	130/80	130/85	130/82
Durante	135/80	135/84	135/80	134/80	134/80	134/81
Depois	130/80	130/88	130/85	130/80	130/90	130/84
Feminino 14						
	02/08/01 8	09/08/01 8	16/08/01 8	23/08/01 8	30/08/01 8	Média
Antes	130/80	128/95	120/80	120/80	121/70	124/81
Durante	132/80	130/90	125/94	125/93	125/85	127/87
Depois	130/80	128/85	120/85	120/80	120/80	123/82

Fonte: Autor do estudo, 2018.

De acordo com o quadro (01 e 02) a pressão arterial entre os participantes, manteve-se da seguinte forma como mostra o quadro 03:

Quadro 03 – Comparação da média da pressão arterial inicial e final entre os sexos

	Masculino	Feminino
Média PA inicial	126 /82	127/80
Média PA final	124,5/81	125/81

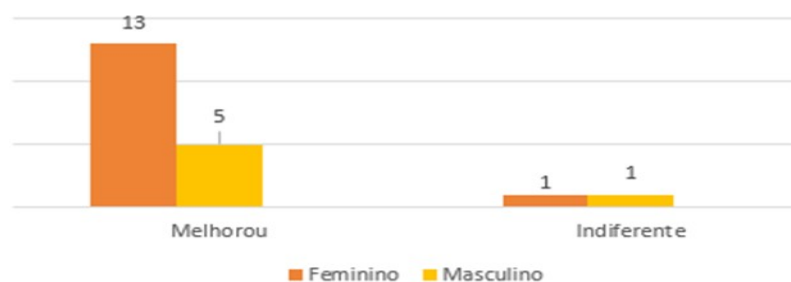
Fonte: Autor do estudo, 2018.

Observa-se que após o término da aplicação da série de exercícios houve uma pequena redução dos escores da PA, em relação com as aferições iniciais, o que se entendeu que com a prática contínua de exercícios físicos

poderá contribuir para se manter a PA nos níveis estáveis, contribuindo além da melhora da auto estima, também, menores chances de ocorrer complicações das doenças ocasionadas pela elevação da PA.

No final do período da realização dos exercícios, foram feitas algumas perguntas para o grupo de idosos, primeiramente se eles sentiram alguma dificuldade na realização dos exercícios físicos, e todos responderam que não sentiram nenhuma dificuldade. Também foi questionado qual a percepção em relação a prática de exercícios físicos para idosos, como apresentado no gráfico 4:

Gráfico 4 – Percepção dos idosos em relação a prática de exercícios

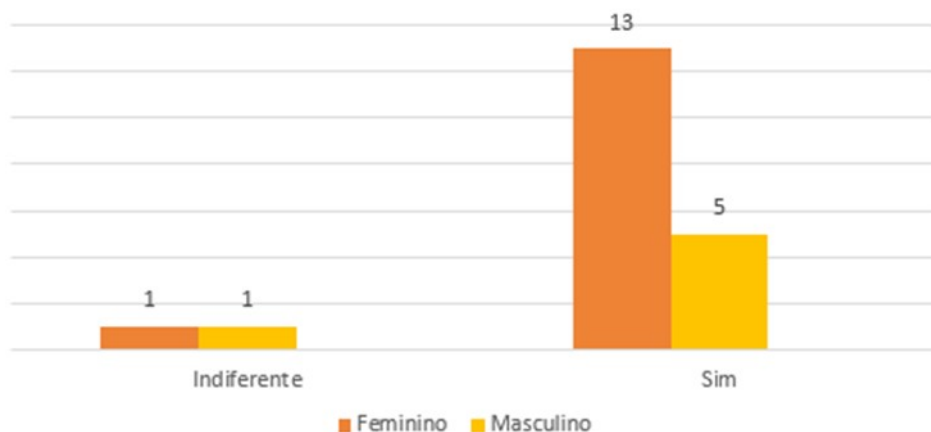


Fonte: Autor do estudo, 2018.

Para a grande maioria dos idosos, a percepção deles quanto ao exercício físico melhorou, apenas dois idosos, sendo um do sexo feminino e um do sexo masculino, responderam que foi indiferente.

Quando questionado se a prática do exercício fez com que houvesse melhora em algumas situações como: sono, humor, maior equilíbrio e menos dores musculares, 100% (n=20) dos idosos responderam que sim, e que por conta disso, grande maioria deseja continuar a prática de exercícios físicos. Podemos comprovar isso com o gráfico 5:

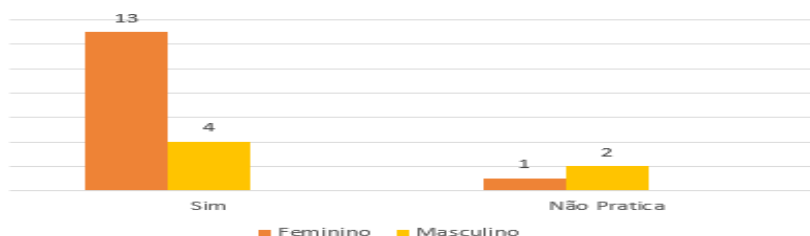
Gráfico 5 – Continuar com a prática de exercícios físicos



Fonte: Autor do estudo, 2018.

De acordo com o gráfico 5, pode-se perceber que 1 (um) participante de cada sexo declarou ser indiferente continuar a prática, no entanto o restante do grupo pretende continuar. Mas a principal questão era discutir se os exercícios físicos trouxeram uma melhora na pressão arterial dos idosos, como apresentado no gráfico 6:

Gráfico 6 – Melhora na pressão arterial com a prática dos exercícios



Fonte: Autor do estudo, 2018.

Conforme o gráfico 6, juntamente com o resultado das quadros 1; 2 e 3, observa-se que para os idosos houve melhora na PA, além de uma melhora na qualidade de vida através dos exercícios físicos, dando assim, mais disposição para realizar suas atividades diárias.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Seguindo os objetivos propostos pela pesquisa, considera-se que o exercício físico para a terceira idade, proporcionou mudanças positivas

referente ao controle da pressão arterial sistêmica, mesmo que com discreta variação (quadro 03) como também, possivelmente no que diz respeito a maior tolerância cardiorrespiratório e resistência muscular, pois ambas variáveis apresentaram resultados satisfatórios, ocorrendo uma melhora nos índices de controle da PA referente ao teste. Assim entendeu-se que a pesquisa obteve êxito na elucidação de seus objetivos.

Em uma avaliação geral, as expectativas foram superadas e nota-se a importância de um programa de exercícios físicos a um grupo da terceira idade para o controle da PA, garantindo boas condições de saúde e mantendo-os fisicamente preparados para enfrentarem suas rotinas diárias com qualidade, é umas atribuições do bacharel em Educação Física que ganha destaque no cenário como facilitador da qualidade de vida da população.

Sendo assim, sugerem-se novos estudos em uma rotina mais prolongada onde possa acompanhar e que se aprofunde na compreensão desta correlação entre o Exercício Físico e o controle da PA para a terceira idade.

REFÊRENCIAS

BARRET, S.J; SILVA, C. A. Da GUERRA FILHO, R.R. **Contato – sentir os sentidos e a alma – saúde e lazer para o dia a dia**. Blumenau: Acadêmica, 2004.

CORAZZA, M. A. **Terceira Idade e Atividade Física**. 2. Ed. São Paulo: Phorte, 2005.

FACHIN, O; **Fundamentos de metodologia**. Porto Alegre: Saraiva 2001.

FONSECA, J. J. J. S; **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza, UFC, 2002, Apostila.

Fortaleza, v. 18, n. 01, p. 152-156, mar. 2005. Disponível em: www.redalyc.org/pdf/408/40818308.pdf. Acesso em 09 de. 20 fev18.

FRANCHI, K M. B.; MONTENEGRO, R. M. **Atividade Física: Uma necessidade para a boa saúde na terceira idade**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde.

GEIS, P.P. **Atividade Física e Saúde na Terceira Idade**. Porto Alegre, Artmed. 2

GIL, A; **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 Ed, São Paulo, Atlas 2007.

GRHAR, D. T; SILVEIRA D. T; **Métodos de pesquisa**. Rio Grande do Sul, UFRGS 2009.

Idosos: uma revisão sistemática. 2012. Disponível em <<http://www.scielo.org/php/index.php>>. Acesso em 20 mar. 2018.

LOPES, Jorge. **O fazer do trabalho científico**. Recife: Universitária, 2006.003.

MAGALHÃES. **Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em**

MONTEIRO, Maria de Fátima; SOBRAL FILHO, Dário C.. **Exercício físico e o controle da pressão arterial**. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v10n6/a08v10n6>>. Acesso em: 04 abr. 2018.

NASRI, Fabio. **O envelhecimento populacional no Brasil**. Einstein, v. 6, n. Supl 1, p. S4-S6, 2008.

Nogueira, I. C; Santos, Z. M. S. A; D. G. B. Mont'Alverne; A. B. T. Martins; C. B. A.

NUNES, V. **Larousse da terceira idade**. São Paulo: Larousse do Brasil 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Atlas Global em Prevenção e Controle de Doenças Cardiovasculares**. Mendis S, Puska P, editores Norrving B. Genebra: Saúde Mundial Organização; 2017.

POLISSENI, M. L de C; RIBEIRO, L. C. **Exercício Físico como fator de proteção para a saúde em servidores públicos**. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. Vol. 20. Nº 5, set/out, 2014, pp. 340-344. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v20n5/1517-8692-rbme-20-05-00340.pdf>. Acesso em 23/03/2018.

RAMPAZZO, Lino. **Metodologia científica**. 3. Ed. São Paulo: Loyola, 2005.

Saúde Coletiva. v. 8, n. 3, p. 246-252, 2005. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/11992>>. Acesso em 02 de abr. 2018.

SOUZA, W. C, et al. **Exercício Físico na Promoção da Saúde na Terceira Idade**. UnC, Saúde e Meio Ambiente: Revista Interdisciplinar, 2015.

SPIRDUSO, W.W. **Dimensões físicas do envelhecimento**. Barueri: Manole, 2005.

VARELLA, D; JARDINS, C. **Guia Prático de Saúde e Bem-Estar: Envelhecimento**. São Paulo: Gold. 2009.

Vecchia, R. D. et al. **Qualidade de vida na terceira idade:** um conceito subjetivo. Revista Brasileira de Epidemiologia. Associação Brasileira de Pós-Graduação em 19.

VELASCO, C. G. **Aprendendo a envelhecer:** à luz da psicomotricidade. São Paulo: Phorte, 2006.

VONO, Z. E. **Enfermagem gerontológica:** atenção a pessoa idosa. 2ª edição revista e ampliada. Editora SENAC São Paulo: São Paulo, 2014.

PERCEPÇÕES DOS INDIVÍDUOS DE UM GRUPO DA TERCEIRA IDADE DO MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS DO SUL-PR SOBRE HIV/AIDS: E O PAPEL DO ENFERMEIRO COMO EDUCADOR EM SAÚDE

Rafael Orowski⁰
Marly Terezinha Della Latta⁰

RESUMO: É possível afirmar que a infecção pelo HIV atingiu o estágio de pandemia no mundo, apresentando-se no Brasil como uma epidemia de proporções preocupantes e com variados perfis epidemiológicos. Com o passar dos anos, o aumento da expectativa de vida somado aos avanços da medicina e do mercado farmacêutico com a criação de inúmeros medicamentos que interferem na qualidade de vida dos indivíduos, como é o caso da descoberta do (Viagra), medicamento para disfunção erétil, permitiram ao indivíduo idoso ter uma vida sexualmente ativa, e com isso homens e mulheres desta faixa etária, por não estarem mais em idade reprodutiva e não acreditarem que estão suscetíveis a contaminação pelo vírus HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, acabam não fazendo uso do preservativo. Devido a estes fatores somado a falta de informação ou percepções errôneas dos mesmos no que diz respeito às DSTs, formas de prevenção e tratamento, acarretaram no aumento consideravelmente significativo do número de casos de HIV/AIDS nesta população nos últimos anos. O objetivo deste estudo foi identificar as percepções dos indivíduos idosos frequentadores de um grupo da terceira idade do município de São Mateus do Sul-PR, acerca do tema HIV/AIDS. Os resultados da pesquisa, serviram para demonstrar que os idosos pelo pouco conhecimento que possuem acerca do tema HIV/AIDS, muitas de suas percepções são errôneas, e isso contribui para o aumento da vulnerabilidade dos mesmos frente a infecção pelo vírus HIV. E sendo assim, a pesquisa pôde contribuir para a sugestão de ações de educação em saúde dirigidas a este público em franco crescimento.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde, Idosos, HIV, AIDS.

0 Bacharel em Enfermagem das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU, União da Vitória-PR, Brasil.

0 Graduada em Enfermagem e Obstetrícia. Mestre em Ciências da Saúde Humana e Desenvolvimento Regional. Coordenadora do curso de Enfermagem do Centro Universitário Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU, União da Vitória-PR, Brasil.

ABSTRACT: It is possible to affirm that the HIV infection has reached the stage of the pandemic in the world, presenting itself in Brazil as an epidemic of staggeringly high and with diverse epidemiological profiles. With the passing of the years, the increase of life expectancy added to the progress of medicine and of the pharmaceutical market with the creation of numerous drugs that interfere in the quality of life of individuals, as is the case of the discovery of the (Viagra), a drug for erectile dysfunction, allowed the individual elderly person to have a sexually active and with this men and women of this age range for not being more in the reproductive age and do not believe they are susceptible to contamination by the HIV virus and other sexually transmitted diseases end up not making use of condoms. Due to these factors plus the lack of information or misperceptions of the same in regards to Stis, prevention and treatment, have resulted in increased considerably significant number of cases of HIV/AIDS in this population in recent years. The aim of this study was to identify the perceptions of elderly individuals attending a group of the third age in the municipality of São Mateus do Sul-PR, on the theme HIV/AIDS. The results of the research served to demonstrate that older people with the little knowledge they have about HIV/AIDS, many of their perceptions are erroneous, and this contributes to the increased vulnerability of the same front of the infection by the HIV virus. And being so, the research may contribute to the increase of new health education interventions targeting this audience growing.

KEYWORDS: Health Education, Elderly, HIV, AIDS.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A patologia se caracteriza pela destruição progressiva e gradativa das células responsáveis pela defesa do nosso organismo e assim passa a fazer parte do código genético. Assim, a pessoa pode se tornar vulnerável a outras infecções devido a incapacitação imunológica, podendo assim estar susceptível aos cânceres incomuns e outras anormalidades distintas (KUMAR et al., 2012).

Segundo Unids (2017), Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, o total de pessoas infectadas pela doença no mundo já chega a 36,7 milhões. No Brasil desde o ano de 1980, até 2017, esse número já alcança a

faixa de aproximadamente 882 mil casos notificados, sendo 36 mil somente no estado do Paraná (BRASIL, 2017).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aponta que o crescimento da população idosa no Brasil até o ano de 2025, será o sexto do mundo em número de idosos, o que corresponderá a 15% da população total brasileira (30 milhões de pessoas aproximadamente). O crescimento significativo apresenta-se 3 vezes maior que o aumento da população adulta (FLORES et al., 2009).

Atualmente, o conceito de velhice é deteriorado e negativo, principalmente no âmbito sexual, havendo pouca orientação por parte dos profissionais da área da saúde. Além disso, os próprios familiares impõem obstáculos ao indivíduo idoso para que o mesmo não continue sua vida sexual de modo ativo, os próprios meios de comunicação lhes proporcionam uma visão pouco atrativa do processo de envelhecimento e conseqüentemente da pessoa idosa (PASCUAL, 2012).

O aumento da prevalência da infecção pelo HIV entre pessoas com mais de 60 anos emerge como importante desafio à saúde pública. Segundo o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde o número de casos notificados em idosos acima de 60 anos entre os anos de 1980 a 2017, já alcança o número de aproximadamente 31 mil casos no país (BRASIL, 2017).

Através disso, para se ter uma melhor compreensão do crescimento constante do HIV/AIDS na população idosa, o enfoque principal desta pesquisa é procurar investigar quais são as percepções e conhecimentos dos indivíduos de um grupo da terceira idade sobre HIV/AIDS.

2 METODOS

O presente estudo foi realizado com base na pesquisa aplicada que para Gerhardt e Silveira (2009) tem por objetivo gerar novos conhecimentos, para aplicação prática dirigidos à solução de problemas específicos.

Quando o pesquisador apenas registra e descreve os fatos observados sem interferir neles, Freitas e Prodanov (2013) fala que a pesquisa quantitativa visa a descrever as características de determinada população ou fenômeno ou

o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática.

A pesquisa de campo, segundo Gil (2008) tem por objetivo buscar informações com a população a ser estudada, neste caso o pesquisador necessita ir até o local onde ocorrem os fatos para coletar as informações.

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos material já publicado, e atualmente com material disponibilizado na Internet (GIL, 2008).

E por fim Freitas e Prodanov (2013) descrevem que a pesquisa exploratória se dá quando a pesquisa se encontra na fase preliminar, tem por objetivo proporcionar mais informações sobre o assunto que vamos investigar, sendo assim possibilita sua definição e seu delineamento, isto é, facilitar a delimitação do tema da pesquisa; orientar a fixação dos objetivos e a formulação das hipóteses ou descobrir um novo tipo de enfoque para o assunto.

Utilizou-se 100% de todos os tipos de casos de sífilis notificados no município de União da Vitória – PR, no período de 2012 a 2017, através do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) da Vigilância Epidemiológica do município.

A população deste estudo foi formada por indivíduos frequentadores do grupo da terceira idade “CONVIVER” que foi fundado em novembro de 1996, e conta com a participação de aproximadamente 100 integrantes sendo 75 % formado por mulheres e 25% por homens. E como critérios de inclusão para a pesquisa foram inseridos no estudo os 26 indivíduos com idade superior a 60 anos, de ambos os sexos, que aceitaram participar da pesquisa.

A coleta de dados se deu por meio de uma entrevista com os indivíduos que preencheram um questionário contendo 19 perguntas fechadas, que foi elaborado pelo pesquisador.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para Ruipérez e Llorente (2002), o processo do envelhecimento é um conjunto de alterações que todos os serem vivos passam em decorrer do

tempo, sendo assim é um fenômeno sem precedentes na história da humanidade. Este processo deve-se a diminuição da natalidade juntamente com o aumento da expectativa de vida, onde o percentual de indivíduos com idade acima de 65 anos ultrapassa os 15 %.

Envelhecimento ainda é definido como um conjunto de alterações que ocorrem durante a vida adulta de modo progressivo e com frequência, mas nem sempre reduzem a viabilidade do indivíduo, portanto, o que chamamos de senescência é o processo de perda da função ligada ao tempo, contribui decisivamente para o comprometimento da qualidade de vida e da autonomia dos indivíduos idosos (RAMOS; CENDOROGLIO, 2011).

A fim de se planificar e estabelecer objetivos para com os indivíduos idosos, podemos caracterizar o idoso como tendo as características físicas, funcionais, mentais e sociais de acordo com a idade cronológica, sendo assim estima-se que 15 a 40% dos indivíduos de 70 anos não têm enfermidades explícitas, mas há aqueles que apresentam patologias agudas ou crônicas, de gravidade variável e raramente invalidante, e os que não se ajustam aos critérios de paciente geriátrico (RÚIPÈREZ; LIORENTE, 2002).

O processo de envelhecimento contribui para uma profunda modificação na resposta sexual humana. Os distúrbios sexuais têm um aumento na sua incidência com o avançar da idade, tendo fatores correlacionados entre os quais apresenta queda do status hormonal, deterioração da condição social, sintomas depressivos e a relação marital pobre. A disfunção sexual é classificada por 50% das mulheres como um dos piores problemas nessa etapa da vida segundo alguns autores, nos homens a disfunção erétil após os 40 anos apresenta-se como um dos maiores problemas no sexo masculino, onde 50 % desta população apresenta algum grau de dificuldade seja em alcançar ou manter uma ereção (CUNHA; GUIMARÃES, 2004).

Nos dias atuais muitos fatores estimulam e contribuem para o prolongamento da atividade sexual do indivíduo idoso, como a decorrência de novas drogas para disfunção erétil, medicamentos que diminuem os efeitos da menopausa, lubrificantes íntimos, próteses, correção e prolongamento peniano, cirurgias plásticas e estéticas e os exames preventivos de câncer de colo de útero e de próstata, que faz com que essa população procure com mais

frequência os serviços de saúde. Com a crescente difusão das práticas de exercícios físicos, turismo, dentre outros recursos, permitem que os idosos prolonguem ainda mais o exercício de sua sexualidade, e com isso deve-se associar as iniciativas de prevenção e de assistência para o controle de eventos relacionados a exposição dos mesmos às DSTs (BRASIL, 2006).

Descrita pela primeira vez em 1981 nos Estados Unidos, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) constitui a mais nova pandemia da era atual. Identificou-se que o agente etiológico da doença é o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Nos anos de 1983-1984 rapidamente foi caracterizado o vírus e quais eram suas células alvos a serem infectadas, e no entanto, as inúmeras consequências dessa infecção. Estudos epidemiológicos tiveram como objetivo a identificação da população que corria risco de contrair a infecção, e bem como as formas de se contrair (PARSLOW et al., 2004).

A AIDS, é uma doença que se manifesta no organismo após a infecção pelo vírus HIV, assim a mesma constitui-se da incapacidade do sistema imunológico do indivíduo se defender contra microrganismos que podem a vir a invadi-lo, como bactérias, fungos e vírus, mas o HIV tem um longo período de incubação antes do indivíduo apresentar os primeiros sintomas da doença. Sendo assim o indivíduo pode ser portador do HIV e não estar necessariamente com AIDS. A doença propriamente dita não tem cura, mas tem tratamento específico que visa prevenir a evolução da infecção, e assim impedir que o indivíduo desenvolva a doença (BELDA, 2009).

Podemos agrupar em três grandes categorias as formas de transmissão do vírus HIV: a primeira provém da exposição sexual ao vírus (heterossexual, homossexual e bissexual); a segunda deriva da exposição parenteral ou de mucosas a sangue e hemoderivados, instrumentos e tecidos contaminados pelo vírus; e a terceira é representada pela transmissão perinatal, a qual pode ocorrer através da via transplacentária, durante o parto ou amamentação (BELDA, 2009).

A evolução da Aids é descrita em três fases, sendo a primeira caracterizada pela infecção aguda, caracterizada pela infecção primária, onde o HIV alcança picos de viremia e dissemina-se pelo organismo, atingindo o sistema nervoso central e os linfonodos, isto geralmente ocorre após 2 a 8

semanas de exposição ao vírus, sintomas como febre, adenopatia, faringite, mialgia, artralgia, tosse seca, fadiga, perda de peso sem motivo aparente e diarreia intensa, apresentando o término dentro de 2 semanas, em decorrência da acentuada diminuição da viremia plasmática (AGUIAR; RIBEIRO, 2006).

No diagnóstico da infecção pelo HIV utilizam-se os mesmos recursos básicos para qualquer outra doença, sendo assim a anamnese, exame físico e exames subsidiários laboratoriais. Algumas particularidades em si são somadas na anamnese para limitar o diagnóstico e a necessidade de exames complementares específicos, que são utilizados para aferir a evolução tanto da infecção como do comprometimento sistêmico do paciente (BELDA, 2009).

O exame sorológico para triagem do indivíduo com HIV é o ELISA anti-HIV, que tem uma sensibilidade extremamente alta, sendo maior que 99%, sendo assim um exame de alta eficácia e baixo custo, foi considerado o teste de triagem de escolha para detectar a infecção pelo HIV. Porém à especificidade limitada deste teste, podem ocorrer os falsos-positivos, devido a reação cruzada de outros anticorpos antivirais ou mesmo auto anticorpos com os antígenos do HIV, sendo assim este teste não pode se propor a confirmação diagnóstica (MARINHO, 2011).

Para Aguiar e Ribeiro (2006), ao iniciar o tratamento da AIDS deve-se considerar alguns princípios como a replicação viral persistente que contribui para a destruição do sistema imunológico, sendo assim, quanto maior a viremia plasmática e a replicação viral, conseqüentemente mais rápida será a destruição dos linfócitos CD4. Devido à perda dos linfócitos haverá uma maior dificuldade de reconstituição do sistema imunológico. A terapia antirretroviral deve ser potente para suprimir a replicação viral até se tornarem indetectáveis pelos testes, os medicamentos devem ser usados de melhor forma possível para dificultar o aparecimento de cepas resistentes ao HIV, por isso a infecção aguda deve ser tratada com medicações potentes.

Parslow (2010), refere que as principais estratégias para a prevenção da infecção pelo HIV consistem na educação dos indivíduos quanto a prática do sexo seguro, em que se evita a transmissão dos líquidos corporais especificamente o sêmen, secreções vaginais e sangue e ao não compartilhamento de seringas e agulhas.

Assim como outras doenças transmissíveis, a Aids é também uma doença de investigação compulsória após a confirmação do diagnóstico, que se dá por meio dos testes de triagem reagentes ou um confirmatório para detectar anticorpos anti-HIV, somando-se as evidências de imunodeficiência. O critério óbito é excepcional, refere-se à menção de Aids/sida ou termos equivalentes em algum campo da declaração de óbito. A partir de 2000, o Ministério da Saúde tornou obrigatório a notificação de casos de HIV em gestantes e crianças expostas a infecção vertical (AGUIAR; RIBEIRO, 2006).

As ações básicas de promoção, prevenção, cura e reabilitação, são estratégias da educação em saúde, tendo por objetivo a identificação das causas do adoecimento e compreensão que sua ocorrência, não é somente a falta de orientações ou ensinamentos dos profissionais de saúde. A educação em saúde no Brasil tem dois pressupostos, sendo o primeiro as medidas preventivas e curativas, que visam a obtenção da saúde e o enfrentamento das doenças, e o segundo a promoção da saúde como construção social e bem-estar. Sendo assim, o pressuposto das estratégias preventivas e curativas é coerente com os princípios que regem as atuais sociedades e culturas, ou seja, são baseados em uma incessante e renovada produção de serviços variados, fundamentados na tecnologia e na ciência, oferecidos para o consumo da população (GUEDES; FREITAS; SILVA, 2004).

Os investimentos na educação em saúde pelo SUS, tem como tática a reorientação de suas estratégias na maneira de cuidar da saúde individual e coletiva da população. O sistema tem a expectativa de que estas práticas educativas sejam transformadoras em todos os níveis, gestão e também de controle Social (BRASIL, 2003).

A educação em saúde se insere no contexto da atuação da enfermagem como meio para o estabelecimento de uma relação dialógico-reflexiva entre o enfermeiro e o idoso/família, na qual se procura conscientizá-los sobre sua situação de saúde/doença e onde cada um possa agir como sujeito de transformação de sua própria vida, sendo assim, a enfermagem como disciplina voltada para o cuidado humano e o ensino do autocuidado, pode formar/estimular os profissionais da área a praticarem a educação em saúde tendo como base a dialogicidade e o respeito pelo outro, e assim desenvolver

ações que visem à manutenção da autonomia e independência dos idosos. Desse modo, as práticas de educação em saúde podem tornar os idosos conscientes de decisões sobre sua saúde e capazes de realizar seu autocuidado (GAUTÉRIO et al., 2013).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir do instrumento de coleta de dados que foi disponibilizado aos idosos que aceitaram participar da pesquisa, contendo 19 perguntas fechadas, totalizando 26 participantes. Foram obtidos os seguintes resultados a respeito do perfil dos idosos e o conhecimento dos mesmos acerca do tema HIV/AIDS:

Quadro 01- Perfil dos Idosos

Variáveis		%
Faixa etária	60 a 70 anos	61%
	71 a 80 anos	31%
	81 a 90 anos	8%
	91 a 100 anos	0%
Sexo	Masculino	69%
	Feminino	31%
Profissão	Aposentados	69%
	Outros	31%
Estado civil	Casado(a)	42%
	Solteiro(a)	27%
	Divorciado(a)	19%
	Viúvo(a)	8%
	Amazeado(a)	4%
Local de residência	Zona Urbana	85%
	Zona Rural	15%
Escolaridade	1° a 4° série	54%
	Ensino Médio	23%
	Ensino Fundamental	15%
	Nível Superior	8%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A velhice é caracterizada como uma etapa da vida e só pode ser compreendida entre os diferentes aspectos, sejam eles, biológicos, cronológicos, psicológicos e sociais, pois são estes fatores que iram categorizar se um indivíduo é velho ou não. O número de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo rapidamente, antes de qualquer outra faixa etária no mundo. A população de idosos, cresceu 7,3 milhões entre os anos de 1980

e 2000, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000. O Brasil até o ano de 2025 será o sexto país no mundo em número de idosos, como já apontando na introdução desta pesquisa (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Vários estudos nacionais e internacionais confirmam que os homens morrem mais do que as mulheres pelas principais causas de morte, os homens são os principais atores na violência cometida contra mulheres, crianças, outros homens e contra eles mesmos; o desemprego compromete o bem-estar masculino e pode se relacionar a suicídios de jovens (SCHWARZ et al, 2012).

A aposentadoria ou o encerramento de alguma atividade, como a criação dos filhos no caso de muitas mulheres, leva a um sentimento de angústia que precisa ser compensado com uma nova atividade que propicie à pessoa um novo sentido de produção e utilidade. Ainda no que se diz respeito ao número de idosos que continuam trabalhando, pode-se atribuir isto ao aumento da perspectiva de vida e pela permanência dos trabalhadores por mais tempo no mercado de trabalho, induzida primordialmente pelo aumento da idade mínima para aposentadoria, bem como pela permanência ou retorno a uma atividade remunerada objetivando complementar a renda. No caso dos brasileiros com 65 anos ou mais, cerca de 3,1 milhões (22,5%) continuam trabalhando, sendo que a grande maioria (74,7%) é aposentada e boa parte da renda dos idosos provém dos benefícios da Previdência Social (COCKELL, 2014).

Andrade et al. (2014) identificou em uma pesquisa realizada na cidade de Cajazeira-PB, sobre a percepção de idosos sobre grupos de convivência, e identificou-se também a resistência masculina, que por sua vez foi um fator significativo, pois quando perguntadas pelos esposos, as casadas respondiam que os companheiros, por preconceito não as acompanhavam aos encontros. O autor ainda aponta achados semelhantes encontrados em outro estudo, nos quais a participação masculina não ultrapassou 10%, o que se justificou pelo processo de feminização da velhice. A motivação feminina em participar das atividades de lazer é diferente da masculina, pois as mulheres mais do que os homens, buscam entrar em contato com novas pessoas e ampliar o círculo de amizades. Pode-se supor também que as mulheres têm maior atenção com a saúde e com o autocuidado, da mesma forma as idosas que frequentam

grupos de terceira idade em sua maioria não desenvolveram atividades profissionais, ao contrário foram donas de casa, mães e esposas.

Segundo uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul por Tonezer, Trzcinski e Dal Magro, (2017), a pouca adesão dos idosos rurais aos grupos de idosos, segundo aos participantes, é consequência do local em que estes são oferecidos. Em Camaquã localizam-se todos na sede do município e em Canguçu, apenas um é oferecido em uma comunidade rural. Ainda em relação aos grupos de idosos, os gestores e prestadores de serviço observam o quanto estes são importantes à geração idosa.

O grau de escolaridade é considerado um bom indicador do nível socioeconômico dos indivíduos e do seu impacto sobre a saúde, portanto, com um indicador mais instável ao longo da vida do indivíduo por sofrer pouca interferência em função de mudanças vivenciadas pela população e por grupos, ou eventuais consequências advindas do processo de adoecimento. Dessa forma, pode-se observar que os idosos com menor escolaridade estão mais expostos a contrair a AIDS, o que reforça a importância do ensino como forma de medida preventiva no combate as doenças (ROCHA et al. 2013).

Para finalizar os dados que caracterizam o perfil dos indivíduos frequentadores deste grupo, faz-se um comparativo com outra pesquisa com idosos frequentadores de grupos de convivência de Belo Horizonte- MG (BORGES,2008).

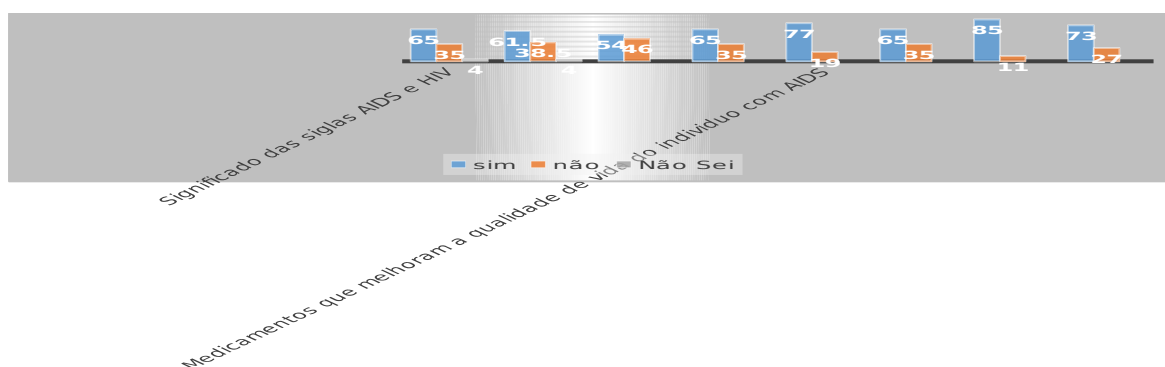
As características demográficas dos idosos, apontam que ao observar o perfil demográfico quanto a idade, sexo, escolaridade e o estado civil, observou-se o predomínio de mulheres (86,29%), na faixa etária de 65 a 74 anos (65,49%, média de 71,66 ± 6.8 anos) e escolaridade primária (45,69%), e a predominância de viúvas (49,75%),

Sendo assim em comparação com a pesquisa acima, a presente pesquisa que procurou identificar as percepções dos indivíduos de um grupo da terceira idade quanto ao conhecimento dos mesmos sobre HIV/AIDS, o perfil dos idosos frequentadores de um grupo de convivência, analisou-se que o perfil dos mesmos nos critérios de maior relevância que são, a idade, sexo, e escolaridade não teve grande mudanças de perfil, apontando que a maioria dos indivíduos são mulheres(69%) estão entre a faixa etária entre 60 a 70anos

(61%), a escolaridade predominante é a primária (54%) e tivemos somente uma mudança de perfil quanto ao estado civil, que nesta pesquisa predominou os casado(as) totalizando (42%).

Para Azevedo et. al, (2008), o levantamento do perfil dos idosos que participam de grupos de convivência, podem direcionar ações nos planos de saúde quanto nos aspectos físicos, sociais, emocionais, culturais e econômicos, além de delinear as necessidades de adequações destes locais e de suas atividades para o público frequentador e assim contribuir para a participação de mais idosos. Investir na qualidade de vida de idosos da comunidade, para mantê-los em uma situação de envelhecimento ativo, deveria ser considerado de fundamental importância para se reduzir a necessidade de investimento em prevenção secundária e terciária, em tratamentos, reabilitação e institucionalização.

Gráfico 01- Conhecimento Acerca do Tema AIDS e HIV



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Ao analisarmos o gráfico 01 quanto ao conhecimento dos indivíduos acerca do tema HIV/AIDS, obteve-se os seguintes resultados.

A respeito do conhecimento dos mesmos sobre o significado das siglas HIV e AIDS, 65% dizem saber o significado e apenas 35 % não tem conhecimento,

Quanto ao conhecimento sobre qual é a diferença entre AIDS e HIV, 61,5% afirmam não ter conhecimento, e apenas 38,5 % tem conhecimento.

Observa-se que o número de indivíduos que tem conhecimento sobre o que é HIV é de 54%, e os de que não tem é de 46%.

Os indivíduos que tem conhecimento sobre o que é AIDS totalizam 65% e os que não tem 35%.

O percentual de indivíduos que tem conhecimento e afirmam sobre a existência de medicamentos que melhoram a qualidade de vida do indivíduo com AIDS é de 77%, os que dizem que não existem medicamentos é de 19% e os que não souberam responder é de 4%.

Observamos que o percentual de indivíduos que tem conhecimento sobre se a AIDS é uma doença que tem cura, 65% responderam que tem cura e 35% responderam que não tem cura.

Quanto à possibilidade de um indivíduo com aparência saudável ser portador do vírus HIV, 85% dizem que mesmo não aparentando estar doente ela pode ser portadora do vírus HIV, 11% dizem que um indivíduo aparentemente saudável não pode ser portador do vírus e apenas 4% não souberam responder.

Quanto ao indivíduo que não morrer devido a AIDS em si, mas devido a doenças oportunistas, 73% afirmam que o indivíduo morre devido a doenças oportunistas e 27% responderam que morrem devido a AIDS.

Quanto a forma de contrair e se prevenir da infecção pelo vírus, 100% dos indivíduos responderam corretamente, devido a este resultado, não foi realizado confecção de gráfico.

Em um comparativo com uma pesquisa realizada por Rocha et al. (2013), quanto ao conhecimento dos idosos sobre HIV/AIDS, de um grupo de idosos em Anápolis-GO e outros artigos que apontam a percepção do idoso frente ao tema, apontam que os mesmos tendo conhecimento sobre HIV/AIDS, ainda prevalecem muitas dúvidas importantes que podem interferir na conjuntura da epidemia, incluindo-se ao fato das credices populares frente a sexualidade do indivíduo idoso. Ao analisar o conhecimento do nível de conhecimento entre os idosos, pode-se evidenciar que existem muitas lacunas em relação aos fatores de risco que podem vir a contribuir para o aumento da infecção pelo HIV nessa faixa etária, portanto as dúvidas sobre os meios de transmissão do vírus, merecem destaque, pois ainda os mesmos têm muitos conceitos envolvidos por crenças e mitos, e torna-se necessário implantar medidas de elucidação das principais formas de transmissão do vírus.

Pimenta et al. (2014) conclui, que os indivíduos idosos fazem parte de um grupo de risco devido ao fato de não possuírem nenhum conhecimento sobre a

doença, ou apresentar percepções errôneas, muitas vezes envolvidos em mitos e crenças enraizados no cotidiano da sociedade, e isto faz com que essa população seja suscetível com mais facilidade a infecção pelo vírus HIV.

Ainda que o conhecimento dos idosos em relação a AIDS esteja aumentando em alguns aspectos, incluindo os fatores de risco para transmissão e etiologia das doenças, esta população ainda se encontra desinformada sobre o risco que os mesmos tem de contrair a doenças e de como tratar a mesma, por isso o reconhecimento das formas de prevenção e transmissão são de extrema importância para os idosos, pois estes tendem a ter uma relevância cada vez maior, uma vez que a falta de informações pode resultar no contágio pelo vírus HIV e a demora no diagnóstico e tratamento pode culminar em óbito (BATISTA et al. 2011).

Gerardi e Almeida (2016), apontam que se torna necessário o desenvolvimento de mais estudos epidemiológicos para avaliar o conhecimento dos idosos sobre a AIDS, devido ao baixo nível de informações que os mesmos tem a respeito do assunto, pode-se dizer que é um dos fatores relevantes para explicar o diagnóstico tardio da doença, pois as pessoas e até mesmo alguns profissionais da saúde não consideram os idosos um grupo de vulnerabilidade significativa em relação a AIDS, devido terem idade avançada para manter uma vida sexual ativa, e por isso não solicitam exames para diagnosticar HIV nestes pacientes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo pode-se identificar a percepção do indivíduo idoso acerca do tema HIV/AIDS, pois embora a população já tenha tido contato com informações sobre a doença, nota-se percepções confusas e errôneas acerca de aspectos básicos importantes para a prevenção, proteção e tratamento, demonstrando a necessidade de ações educativas nesse sentido. Dessa forma, chega-se à conclusão da relevância deste trabalho, pois mostra a suscetibilidade dos idosos a essa doença, pela desvalorização da importância do uso de preservativos pelos entrevistados, tendo em vista que a infecção nos

idosos progride mais rapidamente, com maior morbidade e letalidade. Contudo, percebe-se que é de suma importância a implementação de programas de educação em saúde pública que sejam voltados para essa população, para que eles possam tirar suas principais dúvidas em relação à AIDS e/ou outras doenças sexualmente transmissíveis, de forma a tentar reduzir o crescimento da infecção pelo HIV nesta faixa etária.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z.N.; RIBEIRO, M.C.S. **Doenças Transmissíveis**. 2º ed. São Paulo: Martinari, 2006.

AZEVEDO, S.F. Et. al. **Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil**. Rio de Janeiro: v.24, n.12, p.2798-2808, Dez 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/08.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2018.

BATISTA, A.F.O. Et al. **Idosos: Associação entre o conhecimento da Aids, atividade sexual e condições sociodemográficas**. Rio de Janeiro: v:14, n:1 p.39-48, Abr-jan 2011. Disponível em:<http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF5/003383_Rev%20Bras%20Geriatria%20e%20Gerontologia%203.pdf> Acesso em; 01 set. 2018.

BELDA, W. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 2º ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

BORGES, P.L.C. Et al. **Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil**. Rio de Janeiro: v24, n:12 p.2798-2808, Dez 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/08.pdf>> Acesso em; 26 ago. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. **Cad. Atenção Básica**, Brasília, n.19, p.34-35-117-118, jan/dez. 2006. Disponível em<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação da Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes da ação política para assegurar Educação Permanente no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde: Boletim Epidemiológico-HIV/AIDS, 2017.** Disponível:< <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hiv-aids2017> > Acesso em: 01 mar. 2018

COCKELL, F.F. **Idosos aposentados no mercado de trabalho informal: trajetórias ocupacionais na construção civil.** São Paulo: v:26, n:2 p.461-471, Out-Jan 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n2/a22v26n2.pdf>> Acesso em: 26 Ago. 2018.

CUNHA, U. G. V.; GUIMARÃES, R.M. **Sinais e Sintomas em Geriatria.** 2° ed. São Paulo: Artmed, 2004.

FLORES et al., **Aids na Terceira Idade: Uma Revisão Bibliográfica.** 2009.48 f. TCC (Graduação)- Curso de Enfermagem, Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2009. Disponível em< <http://srvwebbib.univale.br/pergamum/tcc/Aidsnaterceiraidadeumarevisaodaliteratura.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

GAUTÉRIO, D.P et al; **Ações Educativas do Enfermeiro Para a pessoa Idosa: Estratégia Saúde da Família.** **Rev.Enfer.UERJ.**, Rio de Janeiro, p.824-828, dez. 2013. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a21.pdf> >. Acesso em: 03 mar. 2018.

GERARDI, A.F. ALMEIDA, J.B **O Representações sociais: Conhecimentos dos idosos sobre HIV/AIDS.** São Paulo, Jan-Dez 2016. Disponível em< http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2016/anais/arquivos/RE_0492_0304_01.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018.

GUEDES, M.V.C; SILVA, L. F; FREITAS, M.C. **Educação em Saúde: Objeto de estudo em Dissertações e Teses de Enfermeiras no Brasil.** **Rev.Bras.Enfer.**, Brasília, p.662-665, nov/dez. 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a05.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

KUMAR.V. et al. **Robbins&Cotran: Fundamentos de Patologia.** 8° ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MARINHO, M. Et al. **Medgrupo** ciclo 1: **Medcurso: Síndrome da imunodeficiência Adquirida/AIDS.** 2° ed. Rio de Janeiro: Medyklin, 2011.

PARSLOW, T. G.et al. **Imunologia Médica.** 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan,2004.

PASCUAL, C. P.; **A Sexualidade do Idoso Vista Com Novo Olhar.** São Paulo, SP: Loyola, 2002.

PIMENTA, C.J.L. Et al. **Conhecimento de idosos sobre HIV/AIDS.** São Paulo: p.01-05, 2014. Disponível em:< http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2016/anais/arquivos/RE_0492_0304_01.pdf> Acesso em; 01 set. 2018.

RAMOS, L. R.; CENDROGOLO, M. S. **Geriatría e Gerontologia**. 2° ed. São Paulo: Manole, 2011.

ROCHA, F.C.V. Et al. **Conhecimento dos idosos sobre HIV/AIDS**. Rio de Janeiro: v:6, n:2 p.137-143, Abr-jun 2013. Disponível em:<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/57/pdf_31 > Acesso em; 01 set. 2018.

RUIPÉREZ, I.; LIORENTE, P. **Geriatría**. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2002.

SCHNEIDER, R.H. IRIGARAY, T.Q O **Envelhecimento na atualidade**: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. São Paulo: v.25, n.4, p.585-593, Out-Dez 2008. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018

UNAIDS, Brasil. **Resumo global da epidemia de AIDS**. 2017. Disponível em<[http:// unaid.org.br /](http://unaid.org.br/)>. Acesso em: 25 fev. 2018.

TONEZER, C.; TRZCINSKI C.; MAGRO, M.L.P.D. **As vulnerabilidades da velhice rural: um estudo de casos múltiplos no Rio Grande do Sul**. Rio Grande do Sul p.7-38, Jul-Set 2017. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/desenvolvimentoemquestao/artic/e/view/5743>> Acesso em: 28 Ago. 2018.

SCHWARZ, e. Et. al. **Política de saúde do homem**. Brasília: v.46 (supl), p.108-116, Fev-Set 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/co4221.pdf> > Acesso em: 26 ago. 2018.

PLANTAS ALIMENTÍCIAS NÃO CONVENCIONAIS: uma revisão de literatura sobre *Pereskia aculeata* Miller (ora-pro-nóbis) e extração de óleos essenciais associados à composição química e atividades biológicas de PANCs

Julia Helena da Silva⁰
Elias da Costa²
Melissa Geórgia Schwartz³
Ivonilce Venturi⁴

RESUMO: As plantas contêm diversas propriedades nutricionais e compostos naturais, com complexas misturas químicas, das quais são produzidas misturas para os óleos essenciais e extratos. Estes geralmente possuem vários efeitos biológicos como atividades antibacterianas, antifúngicas e [antioxidantes](#) gerando a promoção da saúde humana. Os antioxidantes presentes nas plantas como vitaminas (C, E, carotenoides, etc.) são um grande grupo de inibidores de espécies reativas de oxigênio e nitrogênio protegendo nosso organismo contra os ataques de radicais livres. Os óleos essenciais extraídos de plantas com ações antibacterianas podem ser usados em muitas aplicações, incluindo no tratamento de diversas doenças ocasionadas por bactérias, como doenças infecciosas do trato gastrointestinal e de sistemas biliares. As Plantas Alimentícias Não Convencionais (PANC's) são uma opção alimentar natural para melhorar a alimentação das pessoas e são consideradas alimentos funcionais por conter compostos fisiologicamente capazes de fornecer diversos benefícios para a saúde além da nutrição básica do dia a dia. A espécie *Pereskia aculeata* Miller, faz parte da família Cactaceae Juss, popularmente conhecida em brasileiro como ora-pro-nóbis, é considerada uma PANC, apelidada de “carne para os pobres” devido ao alto teor de proteína. Contém também grandes quantidades de vitaminas (A, C e ácido fólico), minerais (manganês, zinco, cálcio e magnésio), fibras e hemicelulose, importantes para a nutrição humana. Sua constituição proteica apresenta aminoácidos essenciais e não essenciais, com alto teor de lisina, um aminoácido encontrado em proteínas animais.

PALAVRA-CHAVE: Plantas Alimentícias Não Convencionais, *Pereskia aculeata*, óleos essenciais, atividade antibacteriana, atividade antioxidante

⁰ Acadêmica de Nutrição pelo Centro Universitário Vale do Iguaçu – Uniguaçu. ² Químico, Doutor em Química Inorgânica pela Universidade Federal do Paraná – UFPR.

³ Química, Mestre em Química Orgânica Avançada pela Fundação Universidade Regional de Blumenau.

⁴ Nutricionista, Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. Docente do curso de nutrição do Centro Universitário Vale do Iguaçu – Uniguaçu.

ABSTRACT: The plants contain various nutritional properties and natural compounds, with complex chemical mixtures, from which mixtures are produced for the essential oils and extracts. These usually have several biological effects as antibacterial, antifungal and antioxidant activities generating the promotion of human health. The antioxidants present in plants like vitamins (C, E, carotenoids, etc.) are a large group of inhibitors of reactive oxygen and nitrogen species protecting our body against free radical attacks. Essential oils extracted from plants with antibacterial actions can be used in many applications, including in the treatment of various diseases caused by bacteria, such as infectious diseases of the gastrointestinal tract and biliary systems. Non-Conventional Food Plants (PANC's) are a natural food option to improve people's nutrition and are considered functional foods because they contain compounds that are physiologically capable of providing various health benefits beyond basic daily nutrition. The species *Pereskia aculeata* Miller, part of the family Cactaceae Juss, popularly known in Brazilian as ora-pro-nóbis, is considered a PANC, nicknamed "meat for the poor" due to the high protein content. It also contains large amounts of vitamins (A, C and folic acid), minerals (manganese, zinc, calcium and magnesium), fibers and hemicellulose, important for human nutrition. Its protein constitution presents essential and non-essential amino acids, with high lysine content, an amino acid found in animal proteins.

KEYWORDS: Non-Conventional Food Plants, *Pereskia aculeata*, essential oils, antibacterial activity, antioxidant activity

1 INTRODUÇÃO

A alimentação está relacionada simultaneamente na saúde das pessoas, estando associada aos riscos ou aos benefícios nutricionais, conforme os hábitos alimentares individuais (KAPTAN, 2018). Uma dieta rica em alimentos naturais como frutas e plantas podem ajudar no controle de peso e no menor risco de doenças crônicas, como cânceres, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e diabetes (BURNS; ROTHMAN, 2016).

Deste modo, as Plantas Alimentícias Não Convencionais (PANC's) aparecem como uma opção alimentar natural para melhorar a alimentação das pessoas, sendo boas fontes de minerais como ferro e zinco, proteínas, fibras e compostos antioxidantes como carotenoides, tocoferóis e ácido ascórbico. São descritas como alimentos funcionais porque contêm compostos fisiologicamente capazes de fornecer diversos benefícios para a saúde além da

nutrição básica do dia a dia (PINELA; CARVALHO; FERREIRA, 2017), consideradas uma estratégia para manter a diversidade alimentar e estimular a manutenção das florestas (BARREIRA et al., 2015).

As plantas são fonte de compostos naturais, com complexas misturas químicas, das quais são produzidas misturas para os óleos essenciais e extratos. Estes geralmente possuem atividades antibacterianas e antioxidantes (FIGUEIREDO; PEDRO; BARROSO, 2014), além de servirem como aditivos naturais em alimentos (KITAOKA et al., 2015).

Os óleos essenciais são fluídos hidrofóbicos e aromáticos extraídos das plantas, geralmente obtidos a partir de matrizes biológicas. Constituídos por moléculas voláteis, como monoterpenos, sesquiterpenos e fenilpropenos. Os compostos dos óleos essenciais são biossintetizados pelas plantas como metabólitos secundários desempenhando um papel importante na proteção contra patógenos e predadores (DE MATOS; LUCCA; KOESTER, 2019).

Para realizar a extração dos óleos, partes das plantas como folhas, flores, brotos, sementes ou frutos são colhidas durante os estágios de maturação. Então, são armazenados sob condições controladas de luz, temperatura e umidade, e submetidos aos métodos de extração (DIMA; DIMA, 2015). Os principais métodos são hidrodestilação, destilação, destilação à vapor, maceração, extração de solvente orgânico e prensagem a frio. Entre esses métodos, a hidrodestilação tem sido a mais utilizada para extrair os óleos das diferentes partes das plantas. Os métodos de extração de óleos são um dos principais fatores que determinam a qualidade do módulo final (TONGNUANCHAN; BENJAKUL, 2014).

A extração de óleos de plantas que contenham ações antibacterianas podem ser utilizados em muitas aplicações, incluindo a conservação de alimentos crus e de produtos farmacêuticos (ALIHOSSEINI, 2016). São também utilizados por diversos países para tratar diferentes doenças ocasionadas por bactérias (SHARMA et al., 2017). O óleo essencial de ora-pro-nóbis (*Pereskia aculeata* Mill.) demonstrou retardar ou inibir o crescimento de microrganismos patogênicos e produtores de toxinas, evitando doenças transmitidas por bactérias (GARCIA et al., 2019).

As plantas também são grande fonte de antioxidantes (BRAININA et al., 2018), estes reagem com componentes da peroxidação lipídica, transformando-os em espécies menos reativas para as células do organismo (JAARIN; MASBAH; KAMISAH, 2018). Dentre as PANC's com ação antioxidante, destaca-se a espécie *Pereskia aculeata*, do gênero *Pereskia* e da família Cactaceae Juss, popularmente conhecida como ora-pro-nóbis, que no latim significa “rogai por nós” (MARTIN et al., 2017). As folhas de *Pereskia aculeata* são ricas em aminoácidos essenciais, carotenoides, minerais como o cálcio, magnésio, manganês e zinco e vitaminas como a A, C e o ácido fólico. O fato da planta não ser tóxica e a grande diversidade de nutrientes torna essa planta extremamente rica para a dieta dos seres humanos (ZEM et al., 2017).

A espécie *Pereskia aculeata* Miller é uma planta perene, nativa da América Tropical e do Brasil. Adapta-se aos diferentes tipos de solo e não é exigente em termos de fertilização (OLIVEIRA et al., 2019). No Brasil, é encontrada entre os estados da Bahia e do Rio Grande do Sul, bastante utilizada em Minas Gerais, como fonte alimentar, pois produz uma massa gelatinosa para colocar no feijão, na polenta e no recheio de massas e salgados (RANIERI, 2017).

Poucas pessoas têm conhecimento destas plantas, pois foram consideradas durante muito tempo como “plantas daninhas” ou até mesmo “inços”, por simplesmente nascerem sozinhas em locais onde não foram cultivadas (BARREIRA et al., 2015; KELEN et al., 2015).

Portanto, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de literatura sobre Plantas Alimentícias Não Convencionais em especial sobre a espécie *Pereskia aculeata* Miller, incluindo dados sobre a família Cactaceae Juss e o gênero *Pereskia* no qual se encontra, no intuito de contribuir para a divulgação da espécie e de suas atividades biológicas.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Buscou-se nas principais bases de dados como *Scielo*, *Sciencedirect*, Google Acadêmico, utilizando como termos indexadores alimentação saudável, conhecimento, biodiversidade, PANC's, plantas não convencionais, óleos

essenciais, atividade antibacteriana e atividade antioxidante. Resultou em 51 artigos, sendo que destes 42 foram selecionados para esta revisão, foram utilizados textos e livros a partir do ano 2006.

3 PLANTAS ALIMENTÍCIAS NÃO CONVENCIONAIS

Nos últimos 50 anos, está ocorrendo o que chamamos de transição nutricional, processo que corresponde ao aumento da obesidade e diminuição da atividade física (MUKTADIR et al., 2019), onde também são observadas modificações na qualidade e na quantidade da dieta, no qual vê-se que a quantidade consumida de frutas, legumes e verduras (FLV) no Brasil, corresponde a menos da metade das recomendações nutricionais, a redução no consumo varia entre 16% e 30%, sendo ainda mais deficiente entre famílias de baixa renda (DAMIANI; PEREIRA; FERREIRA, 2017).

Neste período de transição nutricional, as Plantas Alimentícias Não Convencionais (PANC's) aparecem como uma opção alimentar de diversificação cultural e para enriquecer a alimentação das populações, pois essas frutas e hortaliças não-convencionais apresentam maiores teores de minerais e proteínas do que as plantas domesticadas como o trigo, arroz e milho, além de serem ricas em fibras e compostos antioxidantes (ALMEIDA; CORRÊA, 2012). Embora atualmente, as PANC's ainda são pouco consumidas pela população e estão ganhando relevância na sociedade atual, desempenhando um papel importante na complementação de alimentos agrícolas básicos e alívio da pobreza, e dos efeitos percebidos da promoção de saúde e tendências culturais (PINELA; CARVALHO; FERREIRA, 2017).

O termo PANC é uma sigla para Plantas Alimentícias Não Convencionais, que começou a ser utilizado no Brasil no ano de 2008 pelo biólogo e professor Valdely Ferreira Kinupp e pelo engenheiro agrônomo e mestre em ciências Harri Lorenzi. Entende-se como PANC todas as plantas que tenham uma ou mais partes que possam ser consumidas na alimentação, mesmo que não seja comum, corriqueira ou do dia a dia (KINUPP; LORENZI, 2014).

O consumo das PANC's vem crescendo, dentre elas destacam-se o almeirão-do-campo ou radite (*Hypochaeris chillensis*), begônia (*Begonia*

cucullata), buva (*Conyza bonariensis*), ora-pro-nóbis (*Pereskia aculeata*), urtigão-de-baraço (*Urera aurantiaca*) (KELEN et al., 2015), feijão guandu (*Cajanus cajan*), azedinha (*Rumex acetosella*), caruru (*Amaranthus spp.*), castanha-do-maranhão (*Pachira glabra*) e espinafre-de-okinawa (*Gynura bicolor*) (RANIERI, 2017).

Muitas das famílias de PANC's mais prolíficas estão entre as mais produtivas em plantas comestíveis. É o caso das Asteraceae, Fabaceae, Poaceae, Euphorbiaceae e Rubiaceae, que ocupam as primeiras posições no ranking de espécies comuns e comestíveis. Entre os casos mais sugestivos está o número de gêneros da família Cactaceae Juss, que aparece no quarto lugar para comestíveis, mas é o 31º no ranking de plantas comuns (RAPOPORT; DRAUSAL, 2013).

A espécie *Pereskia aculeata* Miller, faz parte da família Cactaceae Juss, popularmente conhecida em brasileiro como ora-pro-nóbis, é considerada uma PANC, apelidada de “carne para os pobres” devido ao alto teor de proteína. Contém também grandes quantidades de vitaminas (A, C e ácido fólico), minerais (manganês, zinco, cálcio e magnésio), fibras e hemicelulose, importantes para a nutrição humana. Sua constituição proteica apresenta aminoácidos essenciais e não essenciais, com alto teor de lisina, um aminoácido encontrado em proteínas animais (MARTIN et al., 2017). Esta planta se adapta aos diferentes tipos de solo e não é exigente em termos de fertilização (OLIVEIRA et al., 2019).

3.1 FAMÍLIA CACTACEAE JUSS

A Família Cactaceae Juss abrange 128 gêneros e 1450 espécies diferentes, a distribuição geográfica ocorre do norte ao sul do país. Está dividida em quatro subfamílias das quais apenas Pereskioideae, Opuntioideae e Cactoideae ocorrem no Brasil (FLORA DO BRASIL, 2020a). A flora do Brasil inclui 39 gêneros e 261 espécies no território brasileiro, com grande percentagem de espécies ameaçadas de extinção. As espécies são altamente afetadas por distúrbios antrópicos, o que causa a rápida destruição de seus habitats, especialmente sobre os táxons endêmicos estreitos, com 31% da

família ameaçada, demonstrando a alta taxa antropogênica pressões sobre a biodiversidade em terras áridas (GONZAGA et al., 2016).

Tem como características principais:

Plantas perenes, geralmente com caule suculento e fotossintetizante, com morfologia variada, ramos comprimidos, cilíndricos, costados ou tuberculados. Meristemas axilares representados por aréolas (caules encurtados e compactos) de onde surgem tricomas, espinhos, flores ou raramente folhas (*Pereskia*, *Quiabentia* e outras *Opuntioideae*, ausentes na subfamília *Cactoideae*). Flores vistosas, originando-se de aréolas modificadas ou não, em sua maioria solitárias, actinomorfas, hipanto abrigo ovário ínfero receptacular, externamente portando escamas e aréolas ou glabro, tubo-floral curto a conspícuo, segmentos do perianto dispostos espiraladamente, transicionando entre externos sepaloides e internos petaloides, estames numerosos, espiralados, inseridos no interior do tubo floral, ovário unilocular com placentação parietal e inúmeros óvulos. Frutos bacáceos, deiscentes ou indeiscentes, globosos a turbinados, sementes cocleariformes (FLORA DO BRASIL, 2020a).

Plantas da família *Cactaceae* Juss apresentam uma alta resistência a seca e ao calor, podem sobreviver usando diferentes estratégias de adaptação a efeitos de alta temperatura. Por outro lado, durante os estágios iniciais de desenvolvimento, as plantas da subfamília *Cactoideae* são especialmente sensíveis às condições áridas. A hipertermia, assim como outros fatores de estresse abióticos, é conhecida por causar estresse oxidativo em várias plantas, causando acúmulo de ERO e intensificação da peroxidação lipídica. Como uma forma de proteção dos tecidos vegetais os flavonoides atuam contra a radiação excessiva, participam também na fotossíntese e atuam como antioxidantes por meio da absorção da luz ultravioleta (UV) (NUZHYNNA et al., 2018).

Entre os gêneros mais conhecidos da família estão a *Pereskia*, *Opuntia* (KELEN et al., 2015), *Arrojadoa*, *Cereus*, *Nopalea*, *Parodia*, *Quiabentia*, *Lepismium*, *Leocereus*, *Harrisia*, *Facheiroa*, dentre outros (FLORA DO BRASIL, 2020a).

3.2 GÊNERO *PERESKIA*

Gênero que tem a distribuição neotropical, é representado por várias espécies consideradas endêmicas do Brasil, além das distribuições limítrofes como a *Pereskia nemorosa* e *Pereskia sacharosa*, existe também a *Pereskia*

bleo, originária do Caribe e é cultivada no nordeste do país (FLORA DO BRASIL, 2020b). Devido as elevadas quantidades de proteínas pelas cactáceas do gênero *Pereskia*, essa planta é chamada também de “carne de pobre” (ALMEIDA; CORRÊA, 2012).

No Brasil, este gênero é amplamente distribuído, conta com 9 espécies diferentes, dentre elas estão *Pereskia aureiflora* Ritter, *Pereskia aculeata* Miller, *Pereskia grandifolia* Haword, *Pereskia bahiensis* Gurke, *Pereskia bleo* (Kunth) DC., *Pereskia nemorosa* Rojas Acosta, *Pereskia sacharosa* Griseb, *Pereskia stenantha* Ritter e *Pereskia violacea* (Leuener) N.P. Taylor (FLORA DO BRASIL, 2020b) e apenas 2 no sudeste e sul do país. Dentre as mais conhecidas destacam-se *Pereskia aculeata* Miller e *Pereskia grandifolia* Haword (ZAPPI; AONA; TAYLOR, 2007).

3.3 ESPÉCIE *PERESKIA ACULEATA* MILLER

A espécie *Pereskia aculeata* Mill. é popularmente conhecida como ora-pro-nóbis, que no latim significa “rogai por nós” (ALMEIDA; CORRÊA, 2012). A *Pereskia aculeata* Mill. é típica de Florestas Ombrófilas, podendo ter ocorrência também em sub-bosques de Florestas Ombrófilas Mistas, em Floresta Ciliar, Floresta Estacional Semidecidual, Caatinga e Restinga. Esta espécie encontra-se registrada como sinônimo o heterotípico *Peireskia aculeata* Plum. (FLORA DO BRASIL, 2020c). É uma planta perene, nativa da América tropical e do Brasil, se adapta facilmente aos diferentes tipos de solo e não é exigente em termos de fertilização (OLIVEIRA et al., 2019).

No Brasil, esta cactácea pode ser encontrada ao longo da extensão territorial entre os estados da Bahia e do Rio Grande do Sul e é muito utilizada em Minas Gerais, para colocar no feijão, na polenta e no recheio de massas e salgados (RANIERI, 2017). Esta espécie é caracterizada por ser trepadeira com caules curvos e espinhos. Suas folhas são de formato oval e elíptica, a nervura lateral é em ângulo de 40 a 60 graus. As flores são cimeiras e cerdas estaminoides ausentes. Os frutos são de forma globosos e as sementes variam de 1 a 5 cm (FLORA DO BRASIL, 2020c).

O extrato aquoso e a mucilagem das folhas apresentam promissores resultados farmacológicos. A falta de toxicidade desta planta e seu maior teor

de fibra e arabinogalactanos tornam a *Pereskia aculeata* economicamente importante como fonte de alimento, pois produz frutos suculentos, pericarpo e sementes imersas em uma massa gelatinosa, a cor varia entre amarelo e vermelho. As frutas pequenas (1,8 a 2,0 g) podem ser consumidas frescas ou como geleia, xarope ou sucos (AGOSTINI-COSTA et al., 2012).

3.4 ÓLEOS ESSENCIAIS

As plantas são uma fonte prolífica de produtos naturais, com suas complexas misturas químicas (KITAOKA et al., 2015), conhecidas como metabólitos secundários, muito utilizado nos mais diversos setores, como nas indústrias alimentícias, cosmética, perfumaria e farmacêutica. Entre os compostos produzidos pelas plantas, as essências naturais ou os óleos essenciais são os que mais atraem a atenção das indústrias, por aliarem o seu perfume às propriedades antimicrobianas e antioxidantes. As flores, folhas e caules são os órgãos vegetais onde se localizam as maiores estruturas secretoras, das quais são produzidas misturas complexas de óleos essenciais (FIGUEIREDO; PEDRO; BARROSO, 2014).

Os óleos essenciais são combinações de substâncias lipofílicas, voláteis, de baixo peso molecular, geralmente líquidos, de estrutura cíclica e aromáticas presentes nas plantas. Possuem grande valor para as indústrias de alimentos, cosméticos, agricultura, aromaterapia, farmácias, perfumaria e afins (MORAIS, 2009). Estes geralmente apresentam atividades antioxidantes e antimicrobianas e assim, também servem como aditivos naturais em alimentos e produtos alimentícios (TONGNUANCHAN; BENJAKUL, 2014).

Desde a sua descoberta, os óleos essenciais são usados como sabores e aditivos alimentares, medicamentos, afrodisíacos e cosméticos, ou mesmo durante rituais de culto. Mais de 3000 tipos de óleos essenciais são conhecidos, dos quais apenas 300 são de interesse comercial. As partes das plantas como folhas, flores, brotos, sementes, frutos, raízes, madeira ou cascas são colhidas durante os estágios específicos da planta de maturação. Então, eles são armazenados sob condições controladas de luz, temperatura e

umidade, e então submetidos a diferentes métodos de extração (DIMA; DIMA, 2015).

A determinação de qualidade do óleo essencial depende de uma série de parâmetros, tais como variedade vegetal, estação do ano, solo, condições ambientais, procedimento de secagem, condições de armazenamento, método de destilação, bem como a presença ou ausência de catalisador ou antioxidante e as análises usadas para identificação dos compostos químicos (STANOJEVIĆ et al., 2015).

Os métodos de extração de óleo são um dos principais fatores que determinam a qualidade destes. Um procedimento de extração inadequado pode danificar ou alterar a ação química do óleo essencial, resultando na perda da bioatividade e das características naturais. Essas alterações devem ser evitadas (TONGNUANCHAN; BENJAKUL, 2014). Os principais métodos para obter os óleos essenciais de plantas são hidrodestilação, destilação, destilação a vapor, maceração, extração de solvente orgânico e prensagem a frio (GOLMAKANI; REZAEI, 2008).

O método mais utilizado para extração do óleo essencial é a destilação a vapor d'água onde basicamente, a planta é colocada em água fervente ou aquecida por vapor, o calor é a principal causa da quebra da estrutura celular da planta, tendo como consequência a liberação dos compostos aromáticos ou essenciais. Com esse método é possível obter óleos das mais diversas partes dos vegetais (TONGNUANCHAN; BENJAKUL, 2014).

A destilação é o método mais antigo e mais simples de extrair os óleos essenciais, aplicável em diversas tecnologias. A principal diferença tecnológica subjacente a métodos como hidrodestilação, hidrodestilação de vapor e a destilação a vapor é a presença ou ausência de água em contato com material vegetal. No entanto, esses métodos apresentam algumas desvantagens, como alto consumo de energia, longo tempo de extração (4 a 6 horas), extração simultânea de outros componentes polares (cumarinas e pigmentos de plantas), degradação de compostos sensíveis à temperatura e poluição ambiental (DIMA; DIMA, 2015).

No método de hidrodestilação é utilizado o aparelho Clevenger, é o melhor método para determinar o teor de óleo essencial presente na planta.

Compreende-se em duas etapas: a extração (hidrodestilação, destilação a vapor) e a análise da composição química (Cromatografia Gasosa (CG), Cromatografia Gasosa Acoplada a Espectrometria de Massa (GC-MS)). Embora o segundo passo requer apenas 15-30 minutos, a extração leva várias horas. A extração é frequentemente feita por um aquecimento e agitação em água quente (FERHAT et al., 2006).

Em muitos casos, os métodos de extração, tais como aquecimento, evaporação do solvente e homogeneização à alta pressão, fazem com que os componentes do óleo essencial fiquem sujeitos a condições que podem causar degradação, oxidação e perda de conteúdo ativo por volatilização (DE MATOS; LUCCA; KOESTER, 2019). Além da oxidação e degradação, o aquecimento causa hidrólise, polimerização e fissão como resultado da exposição à alta temperatura na presença de ar e umidade. O óleo poliinsaturado é mais propenso à oxidação em comparação com os óleos saturados e monoinsaturados (JAARIN; MASBAH; KAMISAH, 2018).

A composição química dos óleos essenciais é produzida através de três diferentes vias biosintéticas: a via metil-eritritol para mono-terpinas e diterpenos, a via mevalonato para sesquiterpenos e a via do ácido chiquímico para os fenilpropanóides. Um único tipo de óleo essencial pode conter mais de 100 componentes diferentes em várias proporções (1 a 70%). Seus nomes científicos são baseados em suas propriedades ou fontes proeminentes, por exemplo como terpenos, limoneno, pineno, timol, entre outros. Os componentes químicos dos óleos essenciais contêm diferentes propriedades biológicas, tais como propriedade antibacteriana, antifúngica, anticâncer, antiviral, antimutagênica, antiprotozoária, anti-inflamatória, antidiabética e antioxidante. Esses recursos podem ser explorados para desenvolver produtos alimentícios farmacêuticos ou funcionais inovadores que contribuem para a saúde do consumidor (DIMA; DIMA, 2015).

Em geral, os componentes químicos dos óleos essenciais são derivados principalmente de terpenos ou terpenóides (monoterpenos, sesquiterpenos, fenilpropenos e sespenpenes), compostos aromáticos (aldeído, álcool, fenol, metoxi e derivados), compostos contendo enxofre ou contendo nitrogênio e fenilpropanóides (TONGNUANCHAN; BENJAKUL, 2014).

Os terpenos, principalmente os monoterpenos, possuem uma alta atividade antifúngica, antibacteriana e antioxidante, sendo estes os constituintes mais importantes dos óleos essenciais (DE MARTINO et al., 2015). Os terpenóides são terpenos que foram desnaturados pela oxidação, a adição de oxigênio aumenta a polaridade ou solubilidade e confere capacidade de ligação de hidrogênio, possibilitando interações de ligação específicas, bem como fornecendo grupos funcionais para modificações posteriores. São derivados de 5 átomos de carbono, nomeadamente difosfato de isopentenilo e dimetilalil difosfato. Essas unidades são produzidas por duas vias distintas, a via dependente do mevalonato, que opera no citosol das plantas, e a via dependente 2-C-metil-D-eritritol-4-fosfato, encontrada nos plastídios, assim é originado os diferentes terpenos (KITAOKA et al., 2015).

As plantas são as maiores fontes de terpenos ou seus derivados, essas substâncias se formam como um grupo de moléculas orgânicas produzidas como metabólitos secundários para evitar estragos promovidos por agentes externos. Dentre algumas funções do terpeno nas plantas são as de fornecer pigmentos adicionais na fotossíntese, apresentando absorção máxima do ultravioleta e os determinados carotenoides apresentam expressiva atividade antioxidante (FELIPE; BICAS, 2017).

O óleo extraído das folhas de *Pereskia aculeata* é rico em aminoácidos essenciais, carotenoides, minerais (cálcio, magnésio, manganês e zinco) e vitaminas (A, C e ácido fólico), e é um alimento de fonte suplementar na dieta de muitos brasileiros. A falta de toxicidade e a alta diversidade de nutrientes torna essa planta extremamente rica para a dieta dos seres humanos. No entanto, estudos sobre essa espécie ainda são raros, mas pode-se ressaltar que a espécie tem em média 20% de proteína, com 85% de digestibilidade e altos níveis de aminoácidos essenciais, principalmente lisina, leucina e triptofano e, portanto, pode ser indicado para prevenir a desnutrição. Conseqüentemente, as indústrias alimentícias e farmacêuticas demonstraram grande interesse no gênero *Pereskia* devido a sua alta taxa de proteína, fibra e mineral (ferro e cálcio) e boa digestibilidade (ZEM et al., 2017).

3.5 ATIVIDADE ANTIBACTERIANA DE PLANTAS

As plantas contêm diversas propriedades funcionais e compostos naturais, incluindo os óleos essenciais, tais como resinas, monoterpenos, terpenóides e biopolímeros, que possuem vários efeitos biológicos como atividade antibacteriana, antifúngica e [antioxidante](#) gerando a promoção da saúde humana (ALIHOSSEINI, 2016). Devido à sua natureza hidrofóbica, os óleos essenciais movem-se significativamente através dos lipídios das membranas celulares das bactérias, rompendo as estruturas da parede celular e tornando-as mais permeáveis. Essa mudança de permeabilidade da membrana leva ao vazamento de íons e outros materiais celulares, levando à morte celular (BHAVANIRAMYA et al., 2019).

Os óleos e extratos vegetais antibacterianos podem ser usados em muitas aplicações, incluindo a conservação de alimentos crus e processados, produtos farmacêuticos, medicina alternativa e terapias naturais (ALIHOSSEINI, 2016). Sendo utilizados também em diversos países para tratar diferentes doenças ocasionadas por bactérias, incluindo doenças infecciosas do trato respiratório, gastrointestinal, urinário e sistemas biliares (SHARMA et al., 2017).

O uso indistinto de vários antibióticos favoreceu ao aumento e a resistência de bactérias. Alguns microrganismos como *Staphylococcus aureus* que são caracterizados por serem causadores de infecção hospitalar, já estão apresentando um perfil de resistência a vários tipos de antibióticos. Por conta dessas bactérias resistentes, a busca por novos fármacos provenientes das plantas está maior e apresenta uma alternativa eficaz, uma vez que o princípio ativo poderá inibir ou retardar a replicação bacteriana (CRUZ et al., 2016). As propriedades biológicas extraídas de folhas frescas têm recebido uma maior atenção como alternativa no controle de microrganismos, porém há poucos relatos de atividades antibacterianas presentes em óleos essenciais extraídos de folhas secas (CORREA et al., 2019)

Os efeitos antibacterianos do óleo essencial extraído de folhas de ora-pro-nóbis (*Pereskia aculeata* Mill.) podem retardar ou inibir o crescimento de microrganismos patogênicos e produtores de toxinas, evitando doenças

transmitidas por bactérias, alimentos e deterioração de alimentos (GARCIA et al., 2019).

3.6 ATIVIDADE ANTIOXIDANTE DE PLANTAS

Os antioxidantes são um grande grupo de inibidores de espécies reativas de oxigênio e nitrogênio em um organismo vivo. São constituintes essenciais do corpo, atuando como um sistema de defesa antioxidante, prevenindo ou reduzindo o efeito indesejável do estresse oxidativo. A causa bioquímica do estresse oxidativo é a superprodução de espécies reativas de oxigênio (ERO) e nitrogênio (ERN). Estes compostos produzem duplo efeito no organismo vivo, podem danificar biomoléculas tais como DNA, proteínas, lipídios e fornecem processos de regulação redox intracelular. O estresse oxidativo é um fator causal importante no desenvolvimento e progressão de muitas doenças, como as cardiovasculares, câncer e neurodegenerativas. Manter um equilíbrio entre a geração de ERO e ERN e o desempenho do sistema de defesa antioxidante é vital. As plantas têm sido uma fonte importante de antioxidantes e têm uma capacidade inata de biosintetizar antioxidantes não enzimáticos (BRAININA et al., 2018).

As plantas sintetizam e acumulam vitaminas (C, E, carotenoides, etc.) e possuem atividade antioxidante potente (tocoferóis, ácido ascórbico) (GUTBROD; ROMER; DÖRMANN, 2019). A vitamina C, E, o β -caroteno e as enzimas antioxidantes primárias endógenas, como a superóxido dismutase, a glutathione peroxidase e a catalase, protegem nosso organismo contra os ataques de radicais livres. Os antioxidantes reagem com produtos de peroxidação lipídica, transformando-os em espécies menos reativas que causam pouco danos às células (JAARIN; MASBAH; KAMISAH, 2018).

As deficiências de vitaminas têm sido relacionadas a uma infinidade de doenças que podem ser até mesmo letal em alguns casos. Considerando o fato do desenvolvimento econômico, a facilidade no acesso de produtos industrializados e o menor consumo de alimentos in natura, muitas pessoas não têm uma alimentação saudável e equilibrada. Com isso, deficiências vitamínicas estão entre os principais problemas de saúde nos países em

desenvolvimento, onde bilhões de pessoas sofrem de fome e/ou desnutrição (MELLIDOU et al., 2019).

Dentre as PANC's consideradas antioxidantes destaca-se a planta ora-pro-nobis (*Pereskia aculeata* Mill.), do gênero *Pereskia*, cuja família é a Cactaceae Juss, por conter em sua composição fontes de substâncias bioativas, especialmente carotenoides e compostos fenólicos, com potencial para diversificar e enriquecer a dieta (AGOSTINI-COSTA et al., 2012).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ora-pro-nobis é uma PANC que vem ganhando mercado devido ao seu alto valor nutricional, por isso a importância desta revisão, que visa demonstrar que as PANCs tem outros potenciais que devem ser explorados, incluindo as atividades antioxidantes e antimicrobianas, além do potencial de explorar óleos essenciais destas.

Os poucos estudos realizados sobre as folhas de ora-pro-nobis mostram que os óleos essenciais extraídos contêm propriedades antibacterianas e antioxidantes. Em geral, os óleos essenciais são considerados como produtos químicos de qualidade pela *Food and Drug Administration* (FDA) dos Estados Unidos da América (EUA), como tal, não existem problemas de toxicidade associados a eles. Além disso, devido à sua fragrância agradável, eles podem até ser usados em aplicações alimentícias.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINI-COSTA, T. S. et al. Carotenoids Profile and Total Polyphenols in Fruits of *Pereskia aculeata* Miller. **Rev. Bras. Frutic**, v. 34, n. 1, p. 234–238, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbf/v34n1/v34n1a31.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2019.
- ALIHOSSEINI, F. (Org.). **Plant-based compounds for antimicrobial textiles**. 1^a ed. Isfahan, Iran: Elsevier Ltd, 2016. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-08-100576-7.00010-9>>. Acesso em: 01 jun. 2019.

ALMEIDA, M. E. F.; CORRÊA, A. D. Utilização de cactáceas do gênero *Pereskia* na alimentação humana em um município de Minas Gerais. **Ciência Rural**, v. 42, n. 4, p. 751–756, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cr/v42n4/a111112cr5075.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2019.

BARREIRA, T. F. et al. Diversidade e equitabilidade de Plantas Alimentícias Não Convencionais na zona rural de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, v. 17, n. 4, p. 964–974, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbpm/v17n4s2/1516-0572-rbpm-17-4-s2-0964.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2019.

BHAVANIRAMYA, S. et al. Role of essential oils in food safety: Antimicrobial and antioxidant applications. **Grain & Oil Science and Technology**, p. 1–20, 2019. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S259025981930007X>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

BRAININA, K. et al. Potentiometric method of plant microsuspensions antioxidant activity determination. **Food Chemistry**, v. 278, p. 653–658, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.foodchem.2018.11.098>>. Acesso em: 23 mar. 2019.

BURNS, R. J.; ROTHMAN, A. J. Evaluations of the health benefits of eating more fruit depend on the amount of fruit previously eaten, variety, and timing. **Appetite**, v. 105, p. 423–429, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2016.06.013>>. Acesso em: 04 maio 2019.

CORREA, M. S. et al. Antimicrobial and antibiofilm activity of the essential oil from dried leaves of *Eucalyptus staigeriana*. **Arquivos do Instituto Biológico**, v. 86, p. 1–8, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-16572016000100203&lang=pt>. Acesso em: 02 jun. 2019.

CRUZ, A. J. F. et al. Avaliação da atividade antibacteriana e moduladora dos extratos metanólico e hexânico da folha de *Allium cepa*. **Revista Ciencias de la Salud**, v. 14, n. 2, p. 191–200, 2016. Disponível em:

<<http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v14n2/v14n2a05.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2019.

DAMIANI, T. F.; PEREIRA, L. P.; FERREIRA, M. G. Consumo de frutas, legumes e verduras na Região Centro-Oeste do Brasil: prevalência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 369–382, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/1413-8123-csc-22-02-0369.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2019.

DE MARTINO, L. et al. Essential Oils from Mediterranean Aromatic Plants. In: **The Mediterranean Diet**. Elsevier Inc., 2015.

DE MATOS, S. P.; LUCCA, L. G.; KOESTER, L. S. Essential oils in nanostructured systems: Challenges in preparation and analytical methods. **Talanta**, v. 195, p. 204–214, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.talanta.2018.11.029>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

DIMA, C.; DIMA, S. Essential oils in foods: extraction, stabilization, and toxicity. **Current Opinion in Food Science**, v. 5, p. 29–35, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.cofs.2015.07.003>>. Acesso em: 11 mar. 2019.

FELIPE, L. O.; BICAS, J. L. Terpenos, aromas e a química dos compostos naturais. **Química Nova na Escola**, v. 39, n. 2, p. 120–130, 2017. Disponível em: <http://qnesc.s bq.org.br/online/qnesc39_2/04-QS-09-16.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2019.

FERHAT, M. A. et al. An improved microwave Clevenger apparatus for distillation of essential oils from orange peel. **Journal of Chromatography A**, v. 1112, n. 1–2, p. 121–126, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.chroma.2005.12.030>>. Acesso em: 23 mar. 2019.

FIGUEIREDO, A. C.; PEDRO, L. G.; BARROSO, J. G. Plantas Aromáticas e Medicinais - Óleos essenciais e voláteis. **Revista da APH**, v. 114, p. 29–33, 2014. Disponível em: <http://cbv.fc.ul.pt/2014_Revista_da_APH_114_20_PAM.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

FLORA DO BRASIL. **Família Cactaceae Juss.** 2020a. Disponível em: <<http://floradobrasil.jbrj.gov.br/reflora/listaBrasil/ConsultaPublicaUC/BemVindoConsultaPublicaConsultar.do?invalidatePageControlCounter=1&idsFilhosAlgas=%5B2%5D&idsFilhosFungos=>

%5B1%2C10%2C11%5D&lingua=&grupo=5&familia=70&genero=&especie=&autor=&nomeVerna>. Acesso em: 27 mar. 2019.

_____. **Pereskia Mill.** 2020b. Disponível em: <<http://floradobrasil.jbrj.gov.br/reflora/listaBrasil/ConsultaPublicaUC/BemVindoConsultaPublicaConsultar.do?invalidatePageControlCounter=1&idsFilhosAlgas=%5B2%5D&idsFilhosFungos=%5B1%2C10%2C11%5D&lingua=&grupo=5&familia=null&genero=Pereskia&especie=&autor=>>>. Acesso em: 28 mar. 2019.

_____. **Pereskia aculeata Mill.** 2020c. Disponível em: <<http://floradobrasil.jbrj.gov.br/reflora/listaBrasil/ConsultaPublicaUC/BemVindoConsultaPublicaConsultar.do?invalidatePageControlCounter=1&idsFilhosAlgas=%5B2%5D&idsFilhosFungos=%5B1%2C10%2C11%5D&lingua=&grupo=5&familia=null&genero=Pereskia&especie=&autor=>>>. Acesso em: 28 mar. 2019.

GARCIA, J. A. A. et al. Phytochemical profile and biological activities of “Orapro-nobis” leaves (*Pereskia aculeata* Miller), an underexploited superfood from the Brazilian Atlantic Forest. **Food Chemistry**, v. 294, p. 302–308, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.foodchem.2019.05.074>>. Acesso em: 27 mar. 2019.

GOLMAKANI, M. T.; REZAEI, K. Comparison of microwave-assisted hydrodistillation with the traditional hydrodistillation method in the extraction of essential oils from *Thymus vulgaris* L. **Food Chemistry**, v. 109, n. 4, p. 925–930, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.foodchem.2007.12.084>>. Acesso em: 26 mar. 2019.

GONZAGA, D. R. et al. Rediscovery, considerations about type locality and conservation of *Rhipsalis agudoensis* (Cactaceae) from the Brazilian Atlantic forest. **Phytotaxa**, v. 278, n. 1, p. 74–78, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11646/phytotaxa.278.1.10>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

GUTBROD, K.; ROMER, J.; DÖRMANN, P. Phytol metabolism in plants. **Progress in Lipid Research**, v. 74, p. 1–17, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.plipres.2019.01.002>>. Acesso em: 23 mar. 2019.

JAARIN, K.; MASBAH, N.; KAMISAH, Y. Heated Oil and Its Effect on Health. **Food Quality: Balancing Health and Disease**, v. 13, p. 315–337, 2018.

Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128114421000109>.

Acesso em: 20 maio 2019.

KAPTAN, G. Consumer Perceptions of Food-Related Risks and Benefits. **Reference Module in Food Science**, p. 1–4, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-100596-5.21416-9>. Acesso em: 02 maio 2019.

KELEN, M. E. B. et al. **Plantas Alimentícias Não Convencionais (PANCs): hortaliças espontâneas e nativas**. 1ª ed. Porto Alegre, RS: UFRGS, 2015. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/viveiroscomunitarios/wp-content/uploads/2015/11/Cartilha-15.11-online.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2019.

KINUPP, V. F.; LORENZI, H. **Plantas Alimentícias Não Convencionais (PANC) no Brasil: guia de identificação nutricionais e receitas ilustradas**. São Paulo, SP: Plantarum, 2014.

KITAOKA, N. et al. The application of synthetic biology to elucidation of plant mono-, sesqui-, and diterpenoid metabolism. **Molecular Plant**, v. 8, n. 1, p. 6–16, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.molp.2014.12.002>. Acesso em: 04 maio 2019.

MARTIN, A. A. et al. Chemical structure and physical-chemical properties of mucilage from the leaves of *Pereskia aculeata*. **Food Hydrocolloids**, v. 70, p. 20–28, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.foodhyd.2017.03.020>. Acesso em: 23 mar. 2019.

MELLIDOU, I. et al. Vitamins. In: YAHIA, Elhadi M. (Ed.). **Postharvest Physiology and Biochemistry of Fruits and Vegetables**. 1ª ed. Thessaloniki, Greece: Elsevier Inc., 2019.

MORAIS, L. A. S. Influência Dos Fatores Abióticos Na Composição Química Dos Óleos Essenciais. **Horticultura Brasileira**, v. 27, n. 2, p. 4050–4063, 2009. Disponível em: http://www.abhorticultura.com.br/eventosx/trabalhos/ev_3/P_4_Palestra_Resumo_Lilia_Ap.pdf. Acesso em: 14 mar. 2019.

MUKTADIR, M. H. A. et al. Nutrition transition – Pattern IV: Leads Bangladeshi youth to the increasing prevalence of overweight and obesity. **Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews**, v. 13, n. 3, p. 1943–

1947, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.dsx.2019.04.034>>. Acesso em: 25 maio 2019.

NUZHYNIA, N. et al. Anatomically distinct representatives of Cactaceae Juss. family have different response to acute heat shock stress. **Flora**, v. 242, p. 137–145, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.flora.2018.03.014>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

OLIVEIRA, N. L. et al. Development and characterization of biodegradable films based on *Pereskia aculeata* Miller mucilage. **Industrial Crops and Products**, v. 130, p. 499–510, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.indcrop.2019.01.014>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

PINELA, J.; CARVALHO, A. M.; FERREIRA, I. C. F. R. Wild edible plants: Nutritional and toxicological characteristics, retrieval strategies and importance for today's society. **Food and Chemical Toxicology**, v. 110, p. 165–188, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.fct.2017.10.020>>. Acesso em: 16 abr. 2019.

RANIERI, G. R. **Guia prático sobre PANCs: plantas alimentícias não convencionais**. 1. ed. São Paulo, SP. Disponível em: <<https://institutokairos.net/wp-content/uploads/2017/08/Cartilha-Guia-Pratico-de-PANC-Plantas-Alimenticias-Nao-Convencionais.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2019.

RAPOPORT, E. H.; DRAUSAL, B. S. Edible Plants. **Encyclopedia of Biodiversity: Second Edition**, v. 3, p. 127–132, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384719-5.00160-X>>. Acesso em: 17 mar. 2019.

SHARMA, A. et al. Antibacterial activities of medicinal plants used in Mexican traditional medicine. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 208, p. 264–329, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jep.2016.04.045>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

STANOJEVIĆ, L. P. et al. The yield, composition and hydrodistillation kinetics of the essential oil of dill seeds (*Anethii fructus*) obtained by different hydrodistillation techniques. **Industrial Crops and Products**, v. 65, p. 429–436, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.indcrop.2014.10.067>>. Acesso em: 14 mar. 2019.

TONGNUANCHAN, P.; BENJAKUL, S. Essential Oils: Extraction, Bioactivities, and Their Uses for Food Preservation. **Journal of Food Science**, v. 79, n. 7, p. 1231–1249, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/1750-3841.12492>>.

Acesso em: 23 mar. 2019.

ZAPPI, D.; AONA, L. Y. S.; TAYLOR, N. Cactaceae. **Flora Fanerogâmica do Estado de São Paulo**, São Paulo, SP, v. 5, p. 163–193, 2007. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/63184700/cactaceae-artigo>>.

Acesso em: 23 mar. 2019.

ZEM, L. M. et al. *Pereskia aculeata*: biological analysis on wistar rats. **Food Science and Technology**, v. 37, n. 1, p. 42–47, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cta/v37s1/0101-2061-cta-1678-457X29816.pdf>>.

Acesso em: 29 mar. 2019.

PRECONCEITO NO FUTSAL FEMININO: VISÃO E PERSPECTIVA FORA DAS QUATRO LINHAS

Cleverson Gomes dos Santos⁰
Luciano Vozniak⁰

RESUMO: O esporte moderno ainda é considerado um fenômeno social e mesmo estando sob mudanças na atualidade, ainda há uma predominância de valores masculinos, devido ao fato da existência de um modelo esportivo carregado de crenças e valores discriminatórios. Estes valores acabam influenciando instituições, quanto a inclusão da participação feminina nos esportes em geral. Contudo, entre os grupos em que a prática cresceu nas últimas décadas, o sexo feminino apresenta-se em destaque. Segundo estudos da FIFA, mais de 20 milhões de mulheres praticam futebol ou futsal atualmente. Portanto o objetivo desse estudo foi identificar qual é a visão e a perspectiva para a prática do futsal feminino. A presente pesquisa é de campo, básica e caracterizada por uma abordagem qualitativa. A população investigada compreende em treinadores de futsal e também secretários de esportes. A amostra do tipo não probabilística intencional contou com 5 treinadores de futsal e 3 secretários de esporte da região AMSULPAR. Foram utilizados 2 questionários como instrumento, desenvolvidos juntamente com o orientador. Para realizar a presente pesquisa, primeiramente ela foi aprovada pelo Núcleo de Ética e Bioética da instituição, em seguida foi solicitada a participação voluntária dos profissionais, ocorrendo a coleta de dados de maneira aleatória, de acordo com o tempo e disponibilidades dos mesmos.

PALAVRAS CHAVE: Futsal, Futsal Feminino, Preconceito.

ABSTRACT: Modern sport is still considered a social phenomenon and even under current changes, there is still a predominance of masculine values, due to the existence of a sports model loaded with discriminatory beliefs and values. These values end up influencing institutions, regarding the inclusion of female participation in sports in general. However, among the groups in which the practice has grown in the last decades, the feminine gender stands out. According to FIFA studies, more than 20 million women currently play soccer or futsal. Therefore, the objective of this study was to identify the vision and perspective for the practice of women's futsal. The present research is field, basic and characterized by a qualitative

⁰ Orientando do curso de Bacharel em Educação Física

⁰ Professor Orientador

approach. The population investigated comprises in futsal coaches and also sports secretaries. The sample of the non-probabilistic intentional type counted on 5 futsal trainers and 3 secretaries of sports of the AMSULPAR region. Two questionnaires were used as instruments, developed with the counselor. In order to carry out the present research, it was first approved by the Center of Ethics and Bioethics of the institution, then the voluntary participation of the professionals was requested, occurring the collection of data in a random manner, according to their time and availability.

KEYWORDS: Futsal, Women's Futsal, Prejudice.

1 INTRODUÇÃO

O futsal é uma modalidade que tem duas versões sobre seu surgimento, e assim, como outras modalidades, há desencontros quanto a sua criação. Uma das versões diz que o futsal foi criado no Uruguai em 1930, na Associação Cristã de Moços de Montevideu e a outra versão aponta que o futsal começou a ser jogado por frequentadores da Associação Cristã de Moços, em São Paulo (BELLO JUNIOR; ALVES, 2008).

Apesar da divergência sobre sua origem, pode se dizer que, o futsal é uma das modalidades esportivas que vem ganhando, mundialmente, ascensão no número de praticantes, modernizando-se e sempre procurando suprir necessidades, uma delas é a participação do sexo feminino na modalidade, isso porque, a participação feminina no esporte sempre foi alvo de muitas controvérsias.

“O número de mulheres brasileiras que hoje pratica o futsal em clubes, escolas e áreas de lazer aumentaram se comparado às décadas anteriores” (OLIVEIRA, 2008 apud SANTOS, 2017, p. 27).

Santos (2017) relata que [...] o número de meninas que já praticaram futsal em algum momento de suas vidas é muito alto.

O desenvolvimento do futsal percorre indiscutivelmente pelas pessoas que diariamente trabalham com esse desporto, independentemente do sexo ou idade dos praticantes. Uma dessas pessoas é o treinador, uma peça chave da equipe. Pois é ele o responsável pela preparação de atletas e equipes, a

condução das mesmas, a organização e planejamento do processo de treino e de competição. O crescimento da prática apresenta íntima relação com o ensino e evolução dos elementos técnico/táticos do mesmo. Nesse contexto, o treinador é figura importante na preparação dessas praticantes, pode-se dizer que os treinadores são os principais responsáveis pelo desenvolvimento e desempenho dos seus atletas.

O futsal como todo esporte, pode ser visto como um momento de lazer no qual as regras de convivência imposta muitas vezes pela sociedade, dá lugar ao cenário de igualdade, proporcionando aos indivíduos de todas as classes, raças, religiões e credo condição igual de participação. O futsal é um desporto muito praticado no Brasil e praticado noutros países. Trata-se de um fenômeno de elevada magnitude no quadro da cultura desportiva contemporânea.

Para tentar esclarecer uma inquietação no âmbito desse esporte feminino, tendo em vista que habitamos o país cuja referência nacional passa pelo futebol, este estudo teve por objetivo procurar saber qual a visão dos treinadores sobre a modalidade, quais os fatores motivacionais que o levam a trabalhar com as meninas e também quais as perspectivas futuras para o esporte.

Desta forma, elaborou-se a seguinte questão problema: Qual a visão e perspectiva dos treinadores e órgãos responsáveis a respeito da prática do futsal feminino?

2 MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa, qualitativa, básica e de campo. Básica, pois tem por objetivo gerar conhecimentos novos, sem aplicação prática. E será de campo, uma vez que, consiste na observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente. O objetivo da pesquisa de campo é conseguir informações e/ou conhecimentos (dados) acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta (SOUZA, 2017).

A população do estudo foi composta por treinadores de futsal da região AMSULPAR (Associações dos Municípios Sul Paranaenses). Sendo a amostra

composta por 5 treinadores de futsal escolhidos de forma intencional não probabilística, bem como 3 Secretários de Esportes;

O procedimento de coleta de dados da pesquisa foi realizado através de 2 questionários de avaliação, 1 para o treinador e 1 para o secretário de esporte.

Após o procedimento de coleta, os dados foram interpretados, discutidos e analisados para futura discussão dos resultados, amparada no referencial teórico construído anteriormente.

O presente estudo foi avaliado e aprovado pelo NEB (Núcleo de Ética e Bioética em pesquisa da Uniguaçu).

3 CARACTERÍSTICAS DO FUTSAL

Segundo Bittencourt (2013) no Brasil e no mundo o futsal é um dos esportes mais praticados, as conquistas da seleção brasileira na modalidade é sinal de orgulho para todos os brasileiros, por conta disso a aceitação do esporte cresce dia após dia.

Pelo fato de ser muito semelhante ao futebol de campo, e que rapidamente conquistou um grande número de participantes, o futsal é um esporte que faz parte da cultura nacional (FERREIRA, 2010).

As regras do futsal são basicamente as mesmas do futebol, apresentando algumas particularidades como um menor tamanho e peso da bola, menor número de jogadores, substituições ilimitadas, cobrança de lateral com os pés, não tem “impedimento”, o gol é menor, dimensão do espaço de jogo menor e piso rígido. (SANTOS; RÉ, 2013).

Bello Junior e Alves (2008) relatam que as primeiras regras foram redigidas pelo professor Juan Carlos Ceriani em 1933, o tempo de jogo do basquete, a validação dos gols foi relacionada com o handebol, utilizou como base a essência do futebol e a ação dos goleiros teve como modelo o pólo aquático. Já Tolussi, (1982), diz que o futebol é “pai” do futsal, este, sofrendo adaptações e modificações do futebol jogado nos campos.

Segundo Melo (2004) o futsal é um esporte que vem em um crescente muito grande, pode se dizer que é um dos fenômenos mais expressivos da

atualidade, pois vem modernizando-se e sempre procurando suprir as necessidades, tanto de quem o pratica, como, de quem o assiste.

4 MULHER E FUTSAL

Para que pudessem entrar no mundo esportivo as mulheres sofreram muitos preconceitos e várias proibições, a discriminação e a luta em busca de espaço sempre marcaram a trajetória das mulheres no esporte, isso porque desde o seu surgimento, o mesmo tem sido predominantemente masculino, aliás, o que se vê, é que desde o seu início, o esporte foi criado pelos homens e para os homens (FERREIRA, 2010).

Futebol, basquete e judô, esportes que exigiam maior esforço, confronto corpo a corpo e movimentos violentos eram permitidos aos homens. Já para as mulheres só eram permitidos esportes onde a suavidade de movimentos e a distância de outros corpos, estivessem presentes, exemplo era o voleibol e a ginástica rítmica. Se algum homem praticasse esses esportes, ele correria o risco de ser taxado pela sociedade como afeminado. Contudo se praticasse o futebol, ou algum esporte violento, isso o tornaria o homem viril e, se os mesmos esportes fossem praticados pelas mulheres, poderia masculinizá-las, além da possibilidade de lhe provocar lesões, especialmente nos órgãos reprodutores. (STEVANUX; RODRIGUES 2008, p. 2162).

Para Zaratim (2012), as mulheres estão gradativamente sendo integradas ao futsal, mesmo muitos acreditando que processo esportivo não é compatível com o gênero feminino. Silveira (2008, p. 21) complementa falando que, “hoje, o esporte ainda é um mundo masculino, mas as mulheres estão fazendo sentir sua presença”.

A inserção das mulheres brasileiras no mundo do esporte começou a partir do século XIX, pois até então eram poucas as mulheres que realizavam alguma atividade física ou esporte, geralmente eram aquelas que pertenciam a elite (SOUZA, 2011).

A pouca participação e oportunidades oferecidas as mulheres talvez seja um dos motivos para o atraso da prática do futsal por elas (SOUZA JÚNIOR; DARIDO, 2002).

A modalidade que apresentou maior resistência da sociedade em relação à inserção da mulher foi o futebol, isto porque representava um esporte de contato e era ligado totalmente ao ideal masculino, arrogante e fisicamente forte (VENTURA; HIROTA, 2009).

Segundo Oliveira (2008 apud SANTOS, 2017, p. 20), “a afirmação feminina no futebol ainda é recente, porém houve uma rápida e impressionante expansão desse esporte entre as mulheres, mundialmente registrada a partir da década de 80”.

Santana e Reis (2003) relatam que a Federação Internacional de Futebol de Salão (FIFUSA) autorizou a prática do futsal feminino em 23 de abril de 1983. E Dacosta (2005) diz que se comparado com as décadas anteriores, o número de mulheres brasileiras que praticam o futsal aumentou muito.

5 TREINADOR DESPORTIVO

Segundo Becker Jr. (2000) a função do treinador é uma profissão muito difícil, contudo, ela pode ser muito satisfatória. Uma vez que, pode proporcionar um clima de crescimento individual e grupal para seus atletas, vencer competições em vários lugares diferentes e também ter um grande reconhecimento profissional.

“Para alguns é a função mais ingrata do esporte, se a equipe perder, o treinador é geralmente o responsável”. (OLIVEIRA; VOSER; HERNANDEZ, 2004, p. 2).

De acordo com Becker Jr. (2000 apud OLIVEIRA; VOSER; HERNANDEZ, 2004, p. 3) “para ser um bom treinador deve-se ter as qualidades de um professor. Para que isso ocorra, ele deve ter conhecimento sobre o que vai ensinar e habilidade para executar essa tarefa”.

Para ser treinador é necessário acompanhar as evoluções dos conhecimentos e das aplicações das ciências ao meio esportivo e não apenas ter conhecimento teórico, prático e metodológico para potencializar as capacidades dos atletas (VARGAS; CAPUTO; SILVA, 2017).

Para o treinador ser efetivo durante o treinamento, ele deve compreender nitidamente a intenção de cada sessão de treino e sua relevância na

periodização global. É necessário que o treinador compreenda as transformações proporcionadas pelas sessões de treinamento na personalidade dos atletas e as influências que o esporte exercerá em suas vidas, uma vez que, é o treinador o responsável por ajudar os atletas a conseguir o seu mais elevado nível de rendimento (COSTA, 2003).

Quando se fala de futsal, Costa (2003, p. 72) relata que nessa modalidade “o treinador é o responsável direto pelo desenvolvimento técnico e tático dos seus atletas, cabendo também a ele a função de supervisionar o treinamento físico e psicológico realizado dentro da equipe”.

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo destina-se a apresentar os dados coletados e relacioná-los com a literatura existente na área pesquisada.

Tabela 1 - Qual a visão dos treinadores e órgãos responsáveis a respeito da prática do futsal feminino	
Treinador A	“As mulheres devem treinar, e buscar o melhor do seu desempenho”.
Treinador B	“Acho importantíssimo, sou praticante também e nunca deixo de incentivar minhas atletas, além de fazerem o que gostam, estão se exercitando”.
Treinador C	“Sou uma grande incentivadora da prática, porque é uma forma de exercício, é um momento de bastante diversão, além de fazer novas amizades”.
Treinador D	“Acho muito importante, além das meninas estarem se exercitando, também estão interagindo entre elas, criando assim um laço afetivo grande, sem contar que estão fazendo o que gostam o que é principal”.
Secretário 1	“Acho de suma importância, tanto que sempre dou prioridade ao futsal feminino quando monto os campeonatos municipais, é uma forma de interação e lazer entre as meninas”.
Secretário 2	“Acho louvável, pois é uma forma de inserção e integração”.
Secretário 3	“Muito importante, sobre vários aspectos, principalmente na pratica de lazer”.

Fonte: Autor do estudo (2018)

Foram várias as respostas quando perguntados sobre qual é a visão a respeito da prática do futsal feminino, todos os treinadores e Secretários de Esporte responderam de forma bastante parecida, deixando a entender que

coisas como lazer, integração, fazer novas amizades ou até mesmo o simples fato de estar praticando um exercício físico é o que representa o futsal feminino para eles.

Contudo o que se sabe é que a identificação da mulher com o futsal não é só lazer e prazer de jogar, mas sim como uma profissão, ou seja, deixam de serem passatempos ou artifícios para serem alternativas profissionais, no cotidiano da mulher moderna.

Então se torna relevante procurar compreender exatamente o que está em jogo quando as mulheres se tornam atletas, identificadas com o esporte não só pelo prazer de praticá-lo, mas como forma de ganhar a vida e de participar de uma cultura, anteriormente masculina, que torna a atleta um símbolo do sucesso em seu meio (HILLEBRAND; GROSSI; MORAES, 2008).

Tabela 2 - Opiniões dos treinadores sobre os estereótipos criados sobre a prática esportiva

Treinador A	“As mulheres têm as mesmas oportunidades de participação nas competições, embora os homens tenham mais determinação nos treinos e competições”.
Treinador B	“Acho que não existe rótulo e nem regras a respeito disso. Existe sim preconceito, mas nós nunca desistiremos e pouco a pouco estamos ganhando nosso lugar e também respeito”.
Treinador C	“Eu acho que realmente existe bastante preconceito por mulheres jogarem futsal, mas é algo que vem mudando, pois as mulheres estão ganhando muito respeito por mostrarem que são capazes e sabem jogar”.
Treinador D	“Infelizmente ainda existe uma resistência, certo preconceito em relação a pratica do futsal feminino, contudo as mulheres estão quebrando essas barreiras e fazendo sentir sua presença no esporte”.

Fonte: Autor do estudo (2018)

Quando questionados sobre os estereótipos criados sobre a prática esportiva, tal como “futsal é coisa para homem”, os treinadores enfatizaram a questão do preconceito sofrido pelas mulheres praticantes do futsal. Para eles existe preconceito na participação feminina no futsal, contudo percebem que isto está mudando, uma vez que as mulheres estão quebrando barreiras impostas, mostrando que são capazes e que sabem jogar, conquistando assim o seu lugar e o respeito dos outros.

Segundo Drinkwater (2000) ainda existe na prática de esportes pela mulher preconceito, principalmente no futsal feminino, porém o autor relata que as mulheres vêm superando todos esses obstáculos, e que nos dias de hoje vemos a evolução da participação feminina em jogos e competições em todo o mundo.

Para Souza (2011) as mulheres têm superado muitas barreiras e vem conquistando seu espaço no meio esportivo, e um exemplo disso é o futsal feminino que mesmo sendo pouco divulgado pela mídia, já começou sua expansão, e diante disso, já é possível ver meninas e mulheres praticando essa modalidade em escolas, clubes, competições e com diferentes objetivos.

Tabela 3 - Fatores motivacionais que levam os treinadores a trabalhar com essa modalidade

Treinador A	“Que as meninas podem ter um nível tão bom quantos os meninos”
Treinador B	“Ver a felicidade do time e de quem torce, a cada vitória alcançada. Somos família e juntas fazemos algo que gostamos”.
Treinador C	”Poder observar a alegria das meninas e a evolução de cada uma nos treinos”.
Treinador D	“Saber que cada uma acredita em si, que mesmo enfrentando vários problemas, estão sempre determinadas a conseguir o que querem”.

Fonte: Autor do estudo (2018)

Quando indagados sobre o que faz com que se sintam motivados a trabalhar com o público feminino, os treinadores destacaram pontos como a determinação das meninas em conseguir atingir seu objetivo mesmo enfrentando vários problemas, também foi citada a alegria das atletas tanto nos treinos quanto nos jogos, a capacidade de chegar a um nível tão bom quanto os meninos.

Carraveta (2002) diz que ser treinador é uma função que consiste em um permanente desafio para si mesmo e que exige um empenho pessoalmente gratificante. O treinador é quem exerce influência no comportamento dos mesmos, por vezes é técnico, educador, conselheiro, estrategista e líder, isso porque é o profissional mais próximo dos atletas. Segundo Barbanti (1994) o treinador é aquele que direciona o atleta ou a equipe, oferecendo orientações técnicas, táticas e motivacionais.

Costa (2003) afirma que ser treinador vai além de conhecer a técnica do esporte e de como competir. Segundo o autor, essa profissão envolve várias outras situações, que precisam de outros conhecimentos no campo do ensino, da Psicologia do Esporte, do planejamento e organização do treinamento, da competição e, finalmente, do modo como lidar com os atletas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no objetivo do estudo proposto, verificou-se que nos dias de hoje ainda existe preconceito em relação à prática do futsal feminino. De acordo com os relatos dos participantes da pesquisa o preconceito fica evidente em algumas ocasiões, contudo as mulheres praticantes da modalidade estão superando essa barreira e fazendo valer sua presença no esporte. Elas estão mostrando que são capazes e que sabem jogar e que além de um momento de lazer, hoje em dia o futsal para as mulheres também funciona como forma de ganhar a vida e de participar de uma cultura que a torna um símbolo do sucesso fazendo o que gosta.

Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas, sobretudo analisando depoimentos de pessoas envolvidas profissionalmente com a modalidade.

REFERÊNCIAS

- BARBANTI, V.J. **Dicionário de educação física e do esporte**. São Paulo: Manole, 1994.
- BECKER JÚNIOR, B. **Manual de Psicologia do Esporte e Exercício**. Porto Alegre: Novaprova, 2000.
- BELLO JUNIOR, N. **Futsal: Conceitos Modernos**. / Nicolino Bello, Ubiratan Silva Alves- São Paulo: Phorte, 2008.
- BITTENCOURT, A. L. C. **Futebol e futsal: a influência dos pais na escolha das modalidades esportivas dos filhos**. 2013. Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/1618/1/Ant%C3%B4nio%20Luiz%20Coan%20Bittencourt.pdf>>. Acesso em: 15.mar.2018.
- CARRAVETA, E. **O jogador de futebol**. Técnicas, Treinamento e Rendimento. Porto Alegre: Mercado Aberto, 2002.

COSTA, V. T. **Análise do perfil de liderança atual e ideal de treinadores de futsal de alto rendimento, através da escala de liderança no desporto (ELD)**. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

DRINKWATER, B. L. **Mulheres no Esporte** – A Enciclopédia de Mulheres no Esporte uma Publicação da Comissão Médica do COI em Colaboração com o Comitê Internacional de Medicina do Esporte. São Paulo: Ed. Guanabara, 2000.

FERREIRA, H. J. et al. **Preconceito de gênero: a visão das atletas de futsal feminino**. Pesquisa em Educação Física, p. 223-230, 2010. Disponível em: <<http://www.editorafontoura.com.br/periodico/vol-9/Vol9n2-2010/Vol9n2-2010-pag-223a230/Vol9n2-2010-pag-223a230.pdf>>. Acesso em: 24.abr.2018.

HILLEBRAND, M. D; GROSSI, P. K; MORAES, J. F. **Preconceito de gênero em mulheres praticantes do esporte universitário**. Psico, v. 39, n. 4, p. 9, 2008.

MELO, R. S. **Futsal, 1000 exercícios**/ Rogerio Silva de Melo – Rio de Janeiro: 4ª edição: Sprint, 2004.

OLIVEIRA, J. L; VOSER, R. C.; HERNANDEZ, J. A. E. **A comparação da preferência do estilo de liderança do treinador ideal entre jogadores de futebol e futsal**. Lecturas en Educación Física y Deportes, Buenos Aires, Ano10, n. 76, 2004.

SANTANA, W. C. REIS, H. H. B. **Futsal feminino: perfil e implicações pedagógicas**. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, Brasília, v. 11, n. 4, p. 45-50, out./dez. 2003.

SANTOS, C. G. **Futsal feminino: estudo comparativo entre escolas públicas e escolas privadas**. 42f. Trabalho de Conclusão de Curso. Licenciatura em Educação Física. Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU, União da Vitória - PR, 2017.

SANTOS, F. M. C. RÉ, A. H. N. **Características do futsal e o processo de formação de jogadores**. RBFF-Revista Brasileira de Futsal e Futebol, v. 6, n. 19, 2013.

SILVEIRA, R. **Esporte, homossexualidade e amizade: estudo etnográfico sobre o associativismo no futsal feminino**. 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/13800>>. Acesso em: 16.abr.2018.

SOUZA JÚNIOR, O. M. DARIDO, S. C. **A prática do Futebol feminino no ensino fundamental**. Motriz, v. 8, n. 1, p. 1-9, 2002. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/suraya_darido/publication/266339634_a_pratica_do_futebol_feminino_no_ensino_fundamental/links/55b2271108aec0e5f431548d/a-pratica-do-futebol-feminino-no-ensino-fundamental.pdf>. Acesso em: 22.abr.2018.

SOUZA, M. M. **Futsal também é coisa de mulher: por que será que elas o praticam?** 2011. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/39326>>. Acesso em: 19.abr.2018.

STEVAUX, R. P. U. RODRIGUES, C. U. **As questões de gênero no futsal feminino.** In: VIII Congresso Nacional de Educação-EDUCERE. III Congresso Ibero-Americano sobre violências nas escolas-CIAVE. 2008.

TOLUSSI, F. C. **Futebol de salão: Tática – regra- história.** São Paulo: Editora Brasipal, 1982.

VARGAS, L. F; CAPUTO, E. L; SILVA, M. C. **Caracterização do perfil dos treinadores de futsal feminino de equipes que disputam os jogos abertos de Pelotas.** RBFF-Revista Brasileira de Futsal e Futebol, v. 9, n. 33, p. 151-159, 2017.

VENTURA, T. S.; HIROTA, V. B. **Futebol e salto alto: por que não?** Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte, v. 6, n. 3, 2009.

ZARATIM, S. **Aspectos socioculturais do Futsal.** RENEFARA, v. 2, n. 2, p. 51-62, 2012.

PROCESSOS VIVENCIADOS NA ANOREXIA A PARTIR DA ANÁLISE DO FILME “O MÍNIMO PARA VIVER”

Jaiane Larissa Chagas⁰
Mariane Marques Gaudencio⁰
Tatiane Janaina de Moraes Passarini⁰
Amália Beatriz Dias Mascarenhas⁰

RESUMO: O presente artigo, baseado na disciplina de Intervenções Terapêuticas na Infância e Adolescência, aborda a maneira pela qual os transtornos alimentares impactam na vida dos jovens, principalmente no que se refere à anorexia nervosa, tema central de análise do filme “O mínimo para viver”. O método escolhido para tal análise foi o uso de referências bibliográficas, as quais estão correlacionadas com artigos científicos que podem ser encontrados no endereço eletrônico "Jornal da Pediatria" e "SciELO", com o critério de inclusão de artigos com a língua portuguesa, referente ao tema abordado. Desta forma, a anorexia pode ser descrita por alterações extremas com relação ao hábito alimentar, juntamente associadas a outros comportamentos voltados para o controle obsessivo do peso. Caracterizada pelo comportamento de recusa à alimentação e associada a uma distorção da imagem corporal, ocorre a partir da junção de quatro fatores – a adolescência, conduta alimentar restritiva, emagrecimento e amenorreia. Nesse sentido, o método de tratamento a ser utilizado envolve o trabalho das questões voltadas ao tratamento da anorexia da adolescente, visto que o transtorno alimentar é um tema delicado que exige devida atenção em muitos aspectos. Desta forma, a aplicação de técnicas, a partir da abordagem análise do comportamento, como trabalhar a autoestima; autocontrole; autoconfiança; autoconhecimento; desenvolvimento de habilidades sociais; e elaboração de uma análise funcional implica enriquecer o tratamento e a obtenção de melhores resultados nesse contexto. Para isso, os profissionais devem estar cada

0 Acadêmica do Curso de Psicologia do Centro Universitário Vale do Iguaçu – Uniguauçu. União da Vitória, Paraná, Brasil. psi-jaianechagas@uniguacu.edu.br.

0 Acadêmica do Curso de Psicologia do Centro Universitário Vale do Iguaçu – Uniguauçu. União da Vitória, Paraná, Brasil. mariane-mg@hotmail.com.

0 Acadêmica do Curso de Psicologia do Centro Universitário Vale do Iguaçu – Uniguauçu. União da Vitória, Paraná, Brasil. tatianepassarini@hotmail.com.

0 Psicóloga. Mestre em Psicologia Forense. Professora do curso de Psicologia do Centro Universitário Vale do Iguaçu – Uniguauçu. União da Vitória, Paraná, Brasil. prof_amalia@uniguacu.edu.br

vez mais atentos no que diz respeito aos transtornos alimentares, intensificando seus trabalhos para que consigam abranger de forma mais eficiente estratégias preventivas acerca desses problemas.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia. Transtornos Alimentares. Anorexia Nervosa. Adolescência.

ABSTRACT: This article, based on the discipline of Therapeutic Interventions in Childhood and Adolescence, addresses the way in which eating disorders impact on the lives of young people, especially regarding anorexia nervosa, central theme of analysis of the film "The minimum for to live". The method chosen for such analysis was the use of bibliographical references, which are correlated with scientific articles that can be found in the electronic address "Jornal da Pediatria" and "SciELO", with the inclusion criterion of articles with Portuguese language, referring to the theme addressed. Thus, anorexia can be described by extreme changes in dietary habits, coupled with other behaviors aimed at obsessive weight control. Characterized by the refusal behavior and associated with a distortion of the body image, it occurs from the junction of four factors - adolescence, restrictive alimentary conduct, slimming and amenorrhea. In this sense, the treatment method to be used involves work on the issues of the treatment of adolescent anorexia, since eating disorder is a delicate subject that requires due attention in many aspects. In this way, the application of techniques, from the behavior analysis approach, how to work on self-esteem; self control; self confidence; self knowledge; development of social skills; and the elaboration of a functional analysis implies enriching the treatment and obtaining better results in this context. To this end, professionals should be more and more attentive regarding eating disorders, intensifying their work so that they can more effectively cover preventive strategies about these problems.

KEYWORDS: Psychology. Eating Disorders. Anorexia Nervosa. Adolescence.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo foi realizado com base no filme "O Mínimo para Viver", que conta a história de uma jovem que sofre de transtorno alimentar muito comum e que afeta grande parte da sociedade, a anorexia. Deste modo, a partir da trama, é apresentado como alguém com distúrbios alimentares se enxerga e se coloca diante do mundo, bem como as pessoas a sua volta lidam

com a situação, uma vez que, além da anorexia, a jovem apresenta, também, alguns episódios bulímicos. O filme traz a tona possíveis comportamentos que um indivíduo com anorexia pode ter, e estes incluem: contar as calorias dos alimentos; vomitar sem que ninguém veja; mastigar a comida e cuspir; praticar exercícios intensos após se alimentar; e medir o tamanho do corpo.

Nesse sentido, a partir do problema retratado, é relevante trabalhar questões voltadas ao tratamento da anorexia da adolescente, visto que o transtorno alimentar é cada vez mais presente na atualidade, sendo um tema delicado que exige devida atenção em muitos aspectos. Desta forma, a aplicação de técnicas, a partir da abordagem análise do comportamento, como trabalhar a autoestima; autocontrole; autoconfiança; autoconhecimento; desenvolvimento de habilidades sociais; e elaboração de uma análise funcional implica complementar o tratamento, a fim de se obter um melhor resultado nesse contexto.

2 DESENVOLVIMENTO

A alimentação é de suma importância para o desenvolvimento adequado de crianças e adolescentes. O cuidado de um padrão alimentar apropriado reflete na saúde física e mental do indivíduo, propiciando subsídios para o total aproveitamento de seu potencial. O padrão alimentar adequado dificilmente é realizado por crianças, adolescente ou até mesmo pelos próprios pais ou responsáveis, desse modo, o grau e os tipos de comprometimentos que envolvem o padrão alimentar considerados correto são exorbitantes. A maior parte dos comportamentos inadequados, como, exclusão de alguns alimentos ou de refeições no decorrer do dia e realização de dietas não balanceadas, podem aparecer isoladamente ou se fazer presente no transtorno psiquiátrico que envolvem transtornos alimentares (FLEITLICH et al, 2000).

O Transtorno Alimentar (TA) mais comum entre os jovens vem sendo a Anorexia Nervosa (AN), que pode ser definida como uma séria condição psiquiátrica na qual as consequências podem ser fatais. A anorexia nervosa pode ser descrita por alterações extremas no que diz respeito ao hábito alimentar, juntamente associadas a outros comportamentos voltados para o controle obsessivo do peso, como, abuso de laxantes e remédios inibidores de

apetite, vômitos induzidos e prática de exercícios exageradamente (FLEITLICH et al, 2000).

Considerando que os transtornos alimentares se dão por um conjunto de síndromes relacionadas, principalmente, com a alimentação do indivíduo, e isso inclui a anorexia nervosa. Caracterizada pelo comportamento de recusa à alimentação e associada a uma distorção da imagem corporal, a anorexia leva a preocupação pela perda de peso auto induzida, por restrição a alimentos, exercício excessivo, anorexígenos ou laxantes. Portanto, pode-se dizer que a anorexia nervosa ocorre a partir da junção de quatro fatores – a adolescência, conduta alimentar restritiva, emagrecimento e amenorreia -, com sua maior incidência no sexo feminino (SCHMIDT; MATA, 2008).

A incidência dos transtornos alimentares teve um aumento significativo nos últimos vinte anos, tendo grande ênfase na magreza feminina como uma expressão de “beleza” enfatizada pela mídia. Nos dias de hoje, a sociedade valoriza a magreza como um atrativo, fazendo da obesidade uma condição estigmatizada e rejeitada. A Associação da Beleza (AB) tem levado mulheres a praticar dietas abusivas, além de muitas outras formas não saudáveis de regular o peso (DUNKER; PHILIPPI, 2003).

A anorexia nervosa pode ser caracterizada como uma restrição dietética auto imposta pelo próprio sujeito, com um padrão alimentar distinto associado a perda de peso, onde existe um enorme medo do aumento de peso e má percepção corporal. A anorexia deve ser diagnosticada por meio de critérios estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Comumente, essa doença tem início com um jejum progressivo, onde não ocorre o consumo de alimentos calóricos, e com o decorrer do tempo, estende-se a outros tipos de alimentos (DUNKER; PHILIPPI, 2003).

Pode-se entender como prática ou comportamento alimentar todas as formas de convívio com o alimento, isto é, trata-se de um processo que constitui um conjunto de ações realizadas com o mesmo, que tem início com o momento da decisão; disponibilidade; modo de preparar; utensílios usados; características, horários e divisão da alimentação nas refeições do dia, preferências e aversões, encerrando esse processo com o alimento sendo

ingerido. Por meio de diversos estudos e análise de dados, constata-se que a anorexia nervosa se inicia na adolescência, entre 15 e 18 anos, considerando que é nessa fase que ocorrem mudanças marcantes na fisiologia e bioquímica, juntamente associadas ao acúmulo de gordura que surgem na adolescência, tendo sua maior incidência no sexo feminino (DUNKER; PHILIPPI, 2003).

A restrição dos alimentos geralmente ocorre na adolescência onde o padrão e comportamentos alimentares do sujeito são muito irregulares, e essas atitudes se devem a má aceitação das mudanças corporais, principalmente do peso, e normalmente associada aos fatores psicológicos individuais e familiares e ao forte apelo sociocultural do culto a magreza, ou seja, muitas vezes o padrão de beleza ideal imposto por uma sociedade que valoriza mais o corpo do que a mente, leva diversas mulheres a predisposição a um transtorno alimentar devido a insatisfação e frustração com o próprio corpo (DUNKER; PHILIPPI, 2003).

A identificação do perfil da alimentação de adolescentes é importante para revelar comportamentos e hábitos sinalizadores de um dos principais sintomas da anorexia nervosa, que normalmente é revelada pela restrição alimentar. A partir da identificação desses fatores torna-se possível intervir com medidas preventivas em escolas, por meio de educação nutricional, promovendo mudanças nos conceitos e associações incorretas entre alimentos, dentre outras intervenções que podem ser realizadas dentro desse contexto (DUNKER; PHILIPPI, 2003).

Com base nessas intercorrências, a abordagem psicológica individual e familiar é extremamente importante para o tratamento da anorexia nervosa no início da adolescência, visto que as técnicas adotadas são variadas e escolhidas pelo terapeuta de acordo com as condições de cada adolescente. As técnicas psicológicas cognitivas comportamentais, psicodinâmica individual, terapia familiar e abordagem psico-educacional, possuem grande ênfase no tratamento da AN na adolescência. Além disso, o papel do terapeuta é fundamental nesse processo, uma vez que será por meio das técnicas escolhidas pelo mesmo que o adolescente virá a apresentar melhora significativa em seu quadro clínico (FLEITLICH et al, 2000).

O terapeuta do comportamento, portanto, dá ênfase ao uso de unidades funcionais do comportamento como seu principal objeto de estudo, ou seja, ele possui uma postura determinista considerando o comportamento humano como produto inevitável de uma herança genética, bem como eventos ambientais que ocorrem no decorrer da vida de um ser humano. Algumas pesquisas acreditam firmemente no uso do método científico em relação a todos os aspectos do comportamento humano, visto que não estuda somente o comportamento operante, não exclui eventos privados e comportamentos encobertos de suas análises (MATOS, 1999).

Quando se trata de um terapeuta comportamental, o profissional não insiste que o comportamento possa mudar apenas como resultado de uma exposição direta a contingência, reconhecendo que as alterações em sua vida podem resultar de instrução e de descrições da mesma, isto é, não possui uma postura antifisiológica, anti genética e anti teórica, porém, rejeita explicações internas inferidas. Pode-se dizer que o terapeuta do comportamento acredita que todas as mudanças comportamentais, sejam elas operantes ou não, resultam em um processo de seleção pelas consequências (MATOS, 1999).

3 MÉTODO

O método escolhido para análise do filme foi a utilização de referências bibliográficas, na qual se realizou uma análise do filme “O mínimo para viver”, correlacionando com artigos científicos que retratam do tema abordado e se encontram no endereço eletrônico “Jornal da Pediatria” e “SciELO”, de 1999 a 2010, tendo como critério de inclusão artigos com idioma a língua portuguesa e que fazem referência ao tema do trabalho.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O filme intitulado “O mínimo para viver” conta a história de Ellen, uma jovem de vinte anos que sofre de um transtorno alimentar muito comum, a anorexia, e que está obcecada em ter um corpo magro, no entanto, não tem noção do risco que está correndo, uma vez que atingiu um nível de magreza extremamente preocupante. Ao alimentar-se, o mínimo que seja, a jovem

começa a realizar atividades físicas que diminuam a sua culpa pelo fato de ter ingerido alguma quantidade de alimento, e isso aparece muitas vezes durante toda a trama. Ellen apresenta algumas atitudes que caracterizam o transtorno alimentar de anorexia nervosa, podendo acarretar consequências fatais para o sujeito.

Sendo descrita por alterações extremas no que diz respeito aos hábitos alimentares, associadas a outros comportamentos voltados para o controle obsessivo do peso, a anorexia desencadeia condutas que envolvem o abuso de laxantes e remédios inibidores de apetite, vômitos induzidos e prática de exercícios exageradamente (FLEITLICH et al, 2000). Segundo Dunker & Philippi (2003), essa doença, comumente, tem início com um jejum progressivo, no qual não ocorre o consumo de alimentos calóricos, e com o decorrer do tempo, estende-se a outros tipos de alimentos.

Seguindo o contexto da trama, a jovem já passou por diversos médicos e internações, mas, ainda assim, não consegue vencer a doença. Ao consultar com um médico que utiliza métodos bem diferentes para o tratamento dessa doença, a jovem concorda com a nova internação. Chegando ao lugar onde ficará internada, Ellen conhece outras pessoas que passam por distúrbios alimentares também e todos buscam vencer os desafios dia após dia, no entanto, cada um com a sua maneira para não seguir as regras e continuar com o mesmo peso ou perder algum.

A aceitação real dos motivos que levaram o paciente a desenvolver o transtorno de anorexia também deve ser trabalhada pelo terapeuta, visto que os mesmos tendem a pensar que seus sentimentos são a causa e consequência de seus problemas. Sendo assim, o terapeuta deve trabalhar com a discriminação dos sentimentos negativos e ajudar seus pacientes a discriminar sentimentos que indicam contingências atuantes em sua vida. Assim, a percepção do sentimento como problema, seria em si, o problema (DUCHESNE; APPLINÁRIO, 2001).

Ellen se isola e prefere ficar sozinha, claramente não quer ter melhora alguma, pois não se vê e não se sente doente. Mesmo sentindo fome, Ellen se recusa a comer e piora cada vez mais, ela não se alimenta por achar que não vai mais conseguir parar e vai acabar perdendo o controle do peso. Assim, pode-se dizer que a anorexia pode ser caracterizada como uma restrição

imposta pelo próprio sujeito, com um padrão alimentar distinto associado à perda de peso, na qual existe um enorme medo do aumento de peso e distorção da imagem corporal (DUNKER; PHILIPPI, 2003).

Nos casos de anorexia e bulimia nervosa, a intervenção se dá por meio de um programa no qual o indivíduo é reforçado conforme alguns comportamentos estabelecidos como, por exemplo, efetuar as refeições ao lado de algum membro da família. A partir disso, pode-se usar como modelo a cena na qual Ellen senta-se com seus colegas e ambos realizam as refeições juntos, ao redor da mesa, objetivando incentivar uma alimentação balanceada e saudável. Apesar da presença e apoio familiar serem uma ferramenta crucial para a qualidade do tratamento e obtenção de uma melhora significativa do paciente, é indicado que o mesmo esteja ao lado de uma equipe multidisciplinar, a qual estará acompanhando o passo a passo do paciente visando atingir bons resultados (DUCHESNE; APPLINÁRIO, 2001).

O auxílio da família para o tratamento do paciente é indispensável e, muitas vezes, é necessária uma mudança de comportamento de todos os familiares próximos para que o mesmo possa atingir bons resultados. A psicoeducação tem o intuito de informar os indivíduos e seus familiares sobre a patologia, tratamento e estratégias que, quando utilizadas junto do tratamento farmacológico, tem capacidade de fornecer orientações para os pacientes. O seu objetivo é providenciar aos pacientes o entendimento da sua doença, de forma a fazer com que o mesmo se torne um colaborador ativo, aliado aos profissionais de saúde envolvidos, tornando o processo terapêutico mais eficaz (FREITAS, 2010).

Com base nas intercorrências observadas durante o filme é possível colocar em evidência alguns fatores que podem influenciar Ellen a manter esses comportamentos – a relação conflituosa com a mãe; os comportamentos de recusa apresentados pela mãe em relação à filha, principalmente no período da sua gravidez e pós-parto; a madrasta que toma algumas decisões importantes, ainda que busque ajudar Ellen, acaba pensando, acima de tudo, em si mesma; a irmã de Ellen não aparenta sofrer com a condição dela, o que ocasiona muito impacto na vida da própria irmã, que acaba internalizando esses sentimentos; além disso, a ausência do pai de Ellen durante toda a

trama e a situação na qual se encontra também influencia a manter esses comportamentos.

Dessa forma, a terapia comportamental busca identificar os eventos que antecederam e foram conseqüentes dos comportamentos do paciente anoréxico, pela análise funcional. A análise funcional do comportamento busca variáveis independentes que controlam o comportamento no ambiente do organismo. Desse modo, essas variáveis podem ser, ainda, passíveis de observação e manipulação, concedendo não somente a verificação de sua relação de controle do comportamento, mas também a instalação de repertório de determinado comportamento. Contudo, acredita-se que, se forem modificadas as variáveis do ambiente e as respostas do indivíduo, o comportamento do mesmo também se modificará (VARGAS, 2007).

Assim, o paciente deve desenvolver autoconhecimento para compreender o que está vivendo, e aceitar as mudanças comportamentais necessárias, bem como desenvolver autocontrole e algumas estratégias para a resolução de problemas. Para isso, é indicado que o paciente possua um “diário alimentar” no qual irá registrar diariamente os horários de alimentação, tipo e qualidade de comida que está ingerindo, e por fim como se sentiu no momento da refeição (DUCHESNE; APPLINÁRIO, 2001).

Essa técnica, correlacionando com o filme, se encaixa nos momentos em que Ellen, ao realizar uma refeição, acaba fazendo algum exercício físico para compensar o alimento ingerido, mesmo que consumido em pequenas quantidades, ou quando não se alimenta nos horários corretos, temendo comer por peso na consciência. No entanto, o emprego da análise funcional, a partir dos registros diários de cada alimentação realizada, juntamente com a descrição da sensação no exato momento da refeição, irá fazer com que a jovem desenvolva autocontrole sobre si e sobre as possíveis situações futuras, situações estas que envolvem a alimentação de Ellen e que fazem com que a mesma tenha comportamentos de recusa.

Outro ponto fundamental para o tratamento do transtorno de anorexia são os relacionamentos do paciente, considerando que normalmente a família do indivíduo anoréxico apresenta certa dificuldade de comunicação e expressão de sentimentos com o mesmo, resultando na falta de habilidades sociais. Dessa forma, o paciente não possui modelos positivos e acaba representando os mesmos comportamentos inadequados que os pais ou

responsáveis. Assim, faz-se importante promover a autoconfiança, autoconhecimento, e autoestima dos pacientes, além de ajuda-los a diminuir os comportamentos autocríticos e perfeccionistas sobre si mesmos, diminuindo sua exigência, valorizando, então, as características pessoais que não tenham correlação com aparência física (DUCHESNE; APPLINÁRIO, 2001).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, portanto, neste momento, que os transtornos alimentares influenciam tanto na saúde física quanto mental dos indivíduos, comprometendo o padrão alimentar do sujeito, a partir de padrões impostos pela sociedade. Visto que a anorexia nervosa é um dos transtornos alimentares mais comuns, esta pode ser descrita por alterações extremas no que diz respeito ao hábito alimentar, estando associada a uma distorção da imagem corporal. Além disso, este transtorno causa preocupação extrema aos familiares, uma vez que a restrição de alimentos e o exagero de exercícios físicos, bem como o uso de laxantes e anorexígenos, culminando em um emagrecimento excessivo podem ser fatais.

Deste modo, os profissionais da área da saúde devem estar cada vez mais atentos no que diz respeito aos transtornos alimentares, intensificando seus trabalhos para que consigam abranger de forma mais eficiente estratégias preventivas acerca desses problemas. Com isso, pode-se inferir que a escolha de uma abordagem terapêutica adequada dos transtornos alimentares, mais especificadamente, da anorexia, é fundamental para que haja um manejo terapêutico de forma assertiva e, conseqüentemente, o sucesso do tratamento, resultando em uma melhor qualidade de vida ao indivíduo, empregando-se, assim, de técnicas para trabalhar a autoestima; autocontrole; autoconfiança; autoconhecimento; desenvolvimento de habilidades sociais; e elaboração de uma análise funcional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FLEITLICH, B. et al. **Jornal de Pediatria**. Anorexia nervosa na adolescência. Rio de Janeiro, v. 76, n. 3. 2000. Disponível em:

<<http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-S323/port.pdf>> Acesso em: 12 de maio de 2019.

FREITAS, J. C. **Concepção de um programa de psicoeducação para indivíduos com primeiro surto psicótico.** Porto, março. 2010. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/118921/2/313264.pdf>> Acesso em: 01 de junho de 2019.

DUCHESNE, M.; APPOLINÁRIO, J. C. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais – Um diálogo com a psiquiatria.** São Paulo: Artmed, v. 01, pp. 317-331. 2001.

DUNKER, K. L. L.; PHILIPPI, S. T.; **Rev. Nutrição.** Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. Campinas, v. 16, n. 1, jan-mar. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732003000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 de maio de 2019

MATOS, M. A. Análise funcional do comportamento. **Rev. Estudos de Psicologia.** Campinas, v. 16, n. 3, pp. 8-18, set-dez, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X1999000300002>. Acesso em: 08 de junho de 2019.

SCHMIDT, E.; MATA, G. F. **Rev. Psicologia.** Anorexia nervosa: uma revisão. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, jul-dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922008000200006>. Acesso em: 13 de maio de 2019.

VARGAS, E. A. **Rev. Brasileira de Terapia Comportamental.** O comportamento verbal de B. F. Skinner: uma introdução. São Paulo, v. 9, n. 2, dez. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452007000200002>. Acesso em: 27 de junho de 2019.

PROCRASTINAÇÃO ACADÊMICA PELO ENFOQUE DA PSICOLOGIA

Camila Mitura Roberto⁰
Ivan Gross⁰

RESUMO: O presente estudo tem como finalidade discorrer sobre a procrastinação acadêmica. Mesmo sendo um comportamento considerado comum e frequente, a procrastinação ainda não é totalmente compreendida, porém seus resultados são evidentes afetando a produtividade dos acadêmicos. Para um melhor entendimento, foram utilizadas as abordagens Teoria Cognitivo-comportamental e Teoria do Esquema, as quais fornecem subsídios para embasamento sobre a temática. Cabe a Psicologia considerar a subjetividade de cada indivíduo, bem como os processos que formam sua personalidade, crenças e esquemas mentais que interferem de maneira crucial no funcionamento de cada ser. Esta subjetividade torna mais complexo o entendimento da procrastinação, porém é crucial estudar a temática bem como os moldes que resultam num adulto que procrastina, além de vislumbrar teorias e técnicas para o enfrentamento e rompimento de quaisquer padrões disfuncionais.

PALAVRAS-CHAVE: Procrastinação, Psicologia, Teoria Cognitivo-comportamental, Terapia do Esquema.

ABSTRACT: The purpose of this study is to talk about the academic procrastination. Even though it is a common and frequent behavior, the procrastination is still not fully understood, but their results are evident affecting the productivity of academics. For a better understanding, were used as approaches Cognitive-behavioral theory and Theory of Schema which provide subsidies for foundation on the subject. It is up to Psychology to consider a subjectivity of each individual as well as the processes that form your personality, beliefs and mental schemas that

0 Acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU, União da Vitória (PR), Brasil. Email: camilamitura@gmail.com

0 Mestre em educação pela Universidade de Tuití do Paraná, Especialista em Formação Pedagógica do Professor Universitário pela Pontifca Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Graduado em Psicologia pela Pontifca Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), professor do Centro Universitário Vale do Iguaçu..

interfere in a crucial way in the functioning of each being. This subjectivity makes the understanding of procrastination more complex, but it is crucial to study a theme as well as the molds that result in an adult procrastinating in addition to glimpsing theories and techniques for coping and disruption of any dysfunctional patterns.

KEY-WORDS: Procrastination, Psychology, Cognitive-behavioral theory, Schema therapy

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo vislumbra a procrastinação e sua interferência na vida acadêmica de estudantes universitários. Klingsieck define a procrastinação como sendo:

[...] adiamento voluntário de uma atividade pretendida, necessária e/ou com importância pessoal, apesar do sujeito esperar potenciais consequências negativas que superariam as consequências positivas desse adiamento. Klingsieck, (2013 apud Geara, Filho e Teixeira, 2017, p. 141).

Uma parcela significativa da população em geral é acometida pela procrastinação. Os estudantes universitários compõem uma parte dessa amostra, vivenciando constantemente a necessidade de realizar projetos, resumos, artigos, relatórios e demais documentos constantemente. Consequentemente muitos desses afazeres não são considerados prazerosos pelos estudantes, existindo então a procrastinação acadêmica.

Este artigo busca a partir da Teoria Cognitivo Comportamental juntamente com a Teoria do Esquema, compreender tal fenômeno bem como evidenciar a importância da Teoria Cognitivo Comportamental e sua irrelevância para a compreensão não apenas da procrastinação, mas de outras fragilidades que acometem os indivíduos e os causam consequências desagradáveis. Além disso o artigo contempla as contribuições da Teoria Cognitivo Comportamental e sua evolução com as teorias chamadas de Terceira Onda, como é o caso da Terapia do Esquema.

A Teoria do Esquema, como as demais vertentes da Teoria Cognitiva Comportamental oferece subsídios para auxiliar os psicoterapeutas de maneira prática, sistemática e efetiva com ênfase no rompimento de padrões

disfuncionais e também substituição destes que são desadaptativos e geram prejuízos para a população por modelos mais funcionais e saudáveis.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PROCRASTINAÇÃO

Existem diversas definições para procrastinação, ela é definida como um ato que foge do controle do indivíduo, de forma que não pode ser considerada uma escolha: “[...] o indivíduo age por si mesmo sem ter algum motivo de força maior que o impeça de realizar o que pretendia” Klingsieck (2013 apud Geara, Filho e Teixeira, 2017, p. 141). O ato de procrastinar não significa necessariamente que o indivíduo não deseja ou não realiza a tarefa, mas sim que não consegue realiza-la com antecedência ou dentro dos prazos para que a mesma se faça com tempo de sobra.

Segundo Klingsieck, (2013 apud Geara, Filho e Teixeira, 2017, p. 141):

A procrastinação é definida como um adiamento voluntário de uma atividade pretendida, necessária e/ ou com importância pessoal, apesar do sujeito esperar potenciais consequências negativas que superariam as consequências positivas desse adiamento.

Correia e Junior (2017, p. 114) evidenciam a complexidade da procrastinação:

Ela não é um fenômeno linear, geralmente não podendo ser medido como expressão de um único comportamento. Dessa maneira, um indivíduo deixa de cumprir tarefas não apenas por efeitos deliberativos, mas também porque não sabe como executar a tarefa ou possui aversão à mesma.

Para Enumo e Kerbauy (1999), procrastinar é um comportamento comum em grande parte das pessoas, o considerando complexo, porém pouco estudado, principalmente no que se diz respeito aos afazeres diários das pessoas. Os poucos estudos atuais focam em pesquisas com jovens estudantes, principalmente no ensino superior, porém alguns tratam da procrastinação no aspecto de gerenciamento da vida financeira e da saúde, como adiar agendamento e comparecimentos em consultas.

De acordo com Malott, Whaley e Malott (1993 apud Enumo e Kerbauy 1999), são necessários estudos investigativos e sistemáticos para compreender o fenômeno em sua totalidade, entendendo consequências e antecedentes que levam a procrastinação. Ela pode trazer diversos impactos,

sendo grande parte deles negativos, muitas vezes associados ao desinteresse ou simplesmente preguiça, o que também gera impacto no sujeito procrastinador, já que estas características e julgamentos são sociais e conseqüentemente morais.

Embora a procrastinação seja apontada como um hábito atual. O julgamento moral não é uma característica contemporânea:

A conotação moral, com valoração negativa (preguiça, indolência, falta de ambição, indiferença) e implicações religiosas e espirituais para a procrastinação, parece ser surgido nos meados do século 18, após a Revolução Industrial. Procrastinação é, assim, um fenômeno mais típico em sociedades ocidentais e industrializadas. Em outros termos, é um “mal moderno”, relevante em países onde a tecnologia é avançada e um programa de adesão é importante (ENUNO & KEABAUY, 1999, p. 126).

Como elencado por Costa (2002) o estudo da procrastinação no Brasil é recente, é relacionado majoritariamente a estudantes universitários pelo fato dos mesmos seres submetidos frequentemente a prazos nas instituições. Segundo ela, os estudos da procrastinação são escassos, mesmo sendo um comportamento comum não só em ambientes acadêmicos, e relaciona o fato a dois extremos.

Um deles seria a imparcialidade dos pesquisadores: “este desinteresse por parte da comunidade científica se relaciona com o facto da procrastinação ser um comportamento tão comum que raramente foi considerado digno de nota” (Costa, 2002, p. 2). Assim, pesquisar o assunto foi considerado desnecessário, já que é um comportamento comumente observado e suas conseqüências não eram consideradas relevantes.

O segundo fato seria a falta de compreensão dos pesquisadores sobre o tema, Segundo Costa (2002, p. 03): “[...]talvez as pessoas que efectuam investigação sejam bastante pontuais, o que dificultou a demonstração de interesse ou de empatia para com as pessoas que não conseguem cumprir prazos”. Pode-se pensar então que a falta de empatia pode acarretar em menos significância ao tema e conseqüentemente menos estudos.

Outros autores também constataam justificativas além do desinteresse pela comunidade científica. Para eles, procrastinar pode ser: “[...]um hábito generalizado ou traço da personalidade” ou “[...]uma disposição comportamental, que se manifesta diante de situações ambientais diversas” (SAMPAIO, POLYDORO & ROSÁRIO, 2012, p. 122). Mesmo com interesse

escasso, houve pequeno crescimento no interesse principalmente internacional pela temática.

Alavancada pela facilidade de acesso às mídias, a procrastinação tenta ser explicada pelo senso comum. Este interesse trouxe alguns benefícios, como elencado por Costa (2002, p. 03):

O interesse pela procrastinação parece ter surgido a partir dos artigos publicados na imprensa. Jornalistas, ávidos/as por responder às dificuldades dos/as leitores/as e ouvintes, procuraram cientistas que pudessem ajudar a explicar o fenômeno. A evolução tecnológica, os constrangimentos temporais crescentes, sobretudo associados a prazos temporais estritos, podem também ter fomentado o interesse por este assunto.

Para Sampaio, Polydoro e Rosário (2012) é relevante compreender que a procrastinação é um ato permeado de influências, como é o caso das ambientais. Se tratando da procrastinação acadêmica, os autores ressaltam que ela envolve o adiamento de ações como estudos de rotina ou para efetuar avaliações. Também se refere ao tempo entre a intenção de estudar e o ato real, além de adiar o início ou a conclusão de um afazer acadêmico. Sendo assim, deve-se compreender a totalidade da procrastinação da seguinte forma:

A manifestação da procrastinação vai além das contingências comportamentais e ambientais e envolve um repertório pessoal, constituído por conjunto de experiências, de valores morais, de percepções, de crenças e expectativas, entre outros (SAMPAIO, POLYDORO & ROSÁRIO, 2012, p. 123).

3.2 PROCRASTINAÇÃO ACADÊMICA

Brito e Bakos (2013) realizam em seu estudo, uma revisão bibliográfica da procrastinação relacionada a Teoria Cognitivo Comportamental (TCC), eles definem a procrastinação da seguinte forma: “[...]um comportamento prevalente e considerado complexo por envolver componentes cognitivos, emocionais e comportamentais que fornecem ao procrastinador um conforto temporário diante de uma tarefa aversiva (BRITO & BAKOS, 2013, p. 34). As autoras consideram a mudança do comportamento de procrastinação uma tarefa difícil, pois se assemelha a uma estratégia para o não enfrentamento de atividades aversivas, gerando uma sensação imediata e temporária de conforto (BRITO & BAKOS, 2013).

Para Brito e Bakos (2013, p. 35): “é possível perceber que crenças sobre si e sobre a tarefa estão relacionadas à dificuldade de modificar os comportamentos procrastinatórios”. Assim, a percepção do indivíduo sobre o que deve fazer, e o que pensa sobre ela, contribui fortemente para que a procrastinação aconteça, essas percepções são características atribuídas a tarefa, e podem ser diversas: “[...]tais como o quanto ela é difícil, complexa, interessante, urgente e demorada[...]” (GEARA, FILHO & TEIXEIRA, 2017, p. 141).

Na percepção dos indivíduos que procrastinam no âmbito acadêmico e estudos, isso se dá por diferentes fatores, que vão além da percepção sobre a tarefa. Iniciando pelo perfeccionismo, que age impedindo que o acadêmico realize suas atividades tanto no início como na sua conclusão, incapacitando o trabalho e rendimento do graduando. A pressão feita por si mesmo ou por demais pessoas para realizar algo também é um fator levando a procrastinação ou ao abandono, assim, o medo de não obter êxito é apontado por muitos estudantes aliado aos prazos pequenos. Em contraponto, alguns estudantes dizem optar pelo adiamento, pois afirmam ter melhor rendimento quando pressionados. Os estudantes também citam cansaço ou impedimentos de ordem física para o ato de procrastinar (GEARA, FILHO & TEIXEIRA, 2017).

Dentre as atividades realizadas durante a procrastinação, está o uso de aparelhos eletrônicos. De acordo com aqueles autores:

[...]estudantes procrastinadores tendem a não resistir a distratores, sendo mais propensos a substituir a execução de tarefas acadêmicas por alternativas mais atrativas e que oferecem retorno imediato, como ocorre com o uso de redes sociais da internet (por exemplo: facebook, twitter, MSN), com dispositivos eletrônicos (como Ipods e Iphones) ou ainda, ao assistir à televisão, encontrar amigos e participar de eventos[...] SAMPAIO, POLYDORO & ROSARIO (2012, p. 124).

Vale ressaltar, que existe o uso de tecnologias no sentido normal e patológico, sendo normal quando o indivíduo é capaz de tirar proveito dos aparelhos eletrônicos, de maneira saudável e que não interfira em outras funções, como em forma de procrastinação. “Embora o uso do computador ou do telefone celular ser diário e por várias horas não se configura como dependência patológica “ MAZIERO & OLIVEIRA, (2016, p. 74) Entende-se então o uso patológico da seguinte forma:

A dependência patológica se manifesta em indivíduos que quando ficam sem seu objeto de dependência, no caso, telefone celular ou computador, para poderem se comunicar, acabam apresentando sintomas e alterações emocionais e comportamentais (MAZIERO & OLIVEIRA, 2016, p 74).

Assim, “[...] podem ser elaboradas estratégias ou tratamentos para conter o comportamento procrastinatório e seus efeitos. Programas de terapia em grupo mostraram-se eficazes ao reduzir comportamento procrastinatório em estudantes” (CORREIA & JUNIOR, 2017, p. 115).

3.3 TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E PROCRASTINAÇÃO

A terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) foi desenvolvida por Aaron T. Beck no início da década de 1960. Beck desenvolve um modelo estruturado, de duração curta para a depressão, tendo como técnicas a modificação de comportamentos e pensamentos considerados disfuncionais. Desde então, a TCC é utilizada numa gama imensa de demandas, e mesmo com modificações mantém sua essência. Então: “O tratamento também está baseado em uma conceituação, ou compreensão, de cada paciente [...]. O terapeuta procura produzir várias formas de mudança cognitiva [...] para produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura” (BECK, 2013, p. 22).

De acordo com Beck (2013), a TCC é testada e tem sua eficácia comprovada desde 1977, quando foram realizadas as primeiras pesquisas científicas. É efetiva para 19 transtornos psiquiátricos, 6 problemas psicológicos e 14 problemas médicos que possuem componentes psicológicos. Apesar dos dados a TCC possui muitos adeptos, os mesmos não enfrentam dificuldade para adaptá-la as novas demandas, como evidenciado pela autora:

A terapia cognitivo-comportamental tem sido adaptada a pacientes com diferentes níveis de educação e renda, bem como a uma variedade de culturas e idades, desde crianças pequenas até adultos com idade mais avançada. É usada atualmente em cuidados primários e outras especializações de saúde, escolas, programas vocacionais e prisões, entre outros contextos. É utilizada nos formatos de grupo, casal e família. [...] (BECK, 2013, p. 23)

Para a TCC, a forma que o paciente pensa é extremamente importante, pois quando ocorre de maneira disfuncional influencia o seu humor e pensamento. E para Beck (2013, p. 23): “Quando as pessoas aprendem a avaliar seu pensamento de forma mais realista e adaptativa, elas obtêm uma

melhora em seu estado emocional e no comportamento”. Para que isso ocorra de maneira efetiva, os terapeutas atuam na modificação de como a pessoa pensa sobre o mundo, si mesma e demais pessoas, sendo esses pensamentos conceituados como crenças básicas (BECK, 2013).

Então, as crenças influenciam diretamente na vida das pessoas, como por exemplo a crença de incompetência, que é quando a pessoa subestima de maneira contínua suas próprias habilidades. Para Beck (2013) modificar essas crenças geram uma mudança efetiva. Em relação crença de incompetência, a autora evidencia:

A modificação dessa crença geral (isto é, ver a si mesmo de forma mais realista, como alguém que tem pontos fortes e pontos fracos) pode alterar a sua percepção de situações específicas com que se defronta diariamente. Você não terá mais tantos pensamentos com o tema: “Eu não faço nada direito”. Em vez disso, em situações específicas em que comete erros, você provavelmente pensará: “Eu não sou bom nisto [tarefa específica]”. (BECK, 2013, p. 23)

Quando uma situação ou tarefa é deixada para depois, o enfrentamento da mesma e conseqüentemente é evitado, sendo assim o enfrentamento é marcado pelo estresse (CABALLO, 2016). Segundo o autor, lidar com o enfrentamento e o estresse são situações corriqueiras que acometem a todos. Para ele:

Todos nós lutamos com o estresse de uma ou outra forma e, normalmente, diariamente. Ainda assim, parece claro que nem sempre enfrentamos o estresse em um plano de igualdade; nem sempre temos sucesso com nossos esforços de enfrentamento (CABALLO, 2016, p. 302).

Porém, o comportamento de adiar ou cumprir a tarefa não se dá pelo fato da mesma ser estressora ou desconfortável, mas sim pela forma que a pessoa a percebe: Segundo Beck (2013, p. 51): “A forma como as pessoas se sentem emocionalmente e a forma como se comportam estão associadas a como elas interpretam e pensam a respeito da situação [...]”. Pode-se então, relacionar a compreensão do indivíduo sobre algo que deve fazer e assim procrastinar, pois: “A situação em si não determina diretamente como elas se sentem ou o que fazem; a sua resposta emocional é mediada pela percepção da situação” (BECK, 2013, p. 51).

Assim, pode-se compreender a influência dos pensamentos na qualidade de vida das pessoas, e como pode afetar tanto positivo quanto negativamente. Os chamados pensamentos automáticos surgem de forma

espontânea, sendo eles rápidos e avaliativos (BECK, 2013). Estes pensamentos muitas vezes são demonstrados pela emoção ou comportamento que geral: “[...]. Mesmo que você esteja consciente dos seus pensamentos, é mais provável que os aceite sem nenhuma crítica, acreditando que eles são verdadeiros. Você nem mesmo pensa em questioná-los [...]” (BECK, 2013, p. 51).

Entre as consequências negativas da disfunção dos pensamentos e crenças está a procrastinação. De acordo com Caballo (2013, p. 321): “Deixar para amanhã” (*procrastination*) refere-se a adiar ou postergar alguma ação para mais tarde. Foi definido como deixar para amanhã o que deveria ter sido hoje”. Segundo Caballo (2016), uma forma de vencer este obstáculo é iniciar pelas tarefas mais difíceis, o que não é uma tarefa fácil. Esse comportamento, geram baixo rendimento universitário, com elencado no tópico que fala sobre procrastinação acadêmica. As variáveis que contribuem para esse adiamento prejudicial de tarefas são grandes, sendo eles: “ideias irracionais, baixa auto-estima, depressão, ansiedade, temor do fracasso e falta de asserção” (CABALLO, 2013, p. 321)

Na TCC é possível compreender a procrastinação como um resultado de pensamentos automáticos. Para Beck (2013, p. 52) identifica-los é essencial:

Depois de identificar seus pensamentos automáticos, você poderá, e provavelmente o fará até certo ponto, avaliar a validade do seu pensamento. Por exemplo, se você tem muita coisa a fazer, poderá ter o pensamento automático: “Eu nunca vou conseguir terminar tudo”. Mas você pode fazer um teste automático da realidade, lembrando experiências passadas e lembrando a si mesmo: “Está tudo bem. Você sabe que sempre consegue fazer o que precisa”. Quando você acha a sua interpretação de uma situação é errônea e a corrige, provavelmente descobrirá que o seu humor melhora, que você se comporta de maneira mais funcional e/ou suas reações fisiológicas diminuem. Em termos cognitivos, quando pensamentos disfuncionais são sujeitos à reflexão objetiva, as emoções, o comportamento e a reação fisiológica do sujeito geralmente se modificam.

O entendimento da TCC condiz com Caballo (2016), ele evidencia que a percepção da tarefa como muito extensa em comparação ao tempo para fazê-la é um dos principais impedimentos, pois o indivíduo não considera a possibilidade de conseguir realizar o que precisa. O mesmo evidencia também a importância de um local ideal para realizar os trabalhos, como um escritório minimizando as distrações.

Dessa forma, pode-se compreender o funcionamento da procrastinação pelo enfoque da TCC. Evidenciando a necessidade da compreensão empática com o sujeito acometido com frequência por esse comportamento, o qual gera prejuízos tanto na vida pessoal, como profissional, acadêmica, entre outros.

3.4 ESQUEMAS MENTAIS E A TEORIA DO ESQUEMA

A percepção da Teoria Cognitivo-comportamental sobre esquemas mentais para compreender as psicopatologias é a de que “cada condição diagnóstica era caracterizada por esquemas, padrões habituais de pensamento um tanto gerais, que marcavam a vulnerabilidade” (LEAHY, 2006, p. 238). A compreensão sobre os esquemas da TCC os classifica em duas categorias: “Esquemas depressivos refletiam preocupações envolvendo perda, fracasso, rejeição e depleção; esquemas de ansiedade refletiam ameaça e trauma; e esquemas de raiva refletiam humilhação e dominação”. (LEAHY, 2006, p. 238).

Para a TCC complicações clínicas surgem da mescla dos efeitos das crenças nucleares ou esquemas, além de gatilhos ou eventos comportamentais que atuam na ativação dessas crenças. Essa influência mútua entre crença e gatilhos é responsável pelos pensamentos, os quais podem ter dois resultados: “consequências emocionais e comportamentais adaptativas ou desadaptativas.” (Dobson e Dobson, 2011, p. 126).

Com a evolução da TCC, se delinearam outras técnicas provenientes dela, como elencado por Hayes, (2004 *apud*. Santos, Gouveia e Oliveira, 2015 p. 24):

Enraizada em uma abordagem empírica e focada em princípios, a terceira onda de terapia comportamental e cognitiva é particularmente sensível ao contexto e às funções dos fenômenos psicológicos, não somente nas suas formas, e assim tende a enfatizar estratégias de mudança contextuais e experienciais em adição às estratégias mais diretas e didáticas. Estes tratamentos tendem a buscar a construção de repertórios amplos, flexíveis e efetivos acima de uma abordagem eliminativa de problemas estreitamente definidos, e a enfatizar a relevância dos problemas tanto para os clientes como para os clínicos.

Surgiu assim a Teoria do Esquema (TE). Ela mantém o modelo estrutural a sistemático da TCC, além de utilizar inventários para sua avaliação. “O enfoque dessa proposta mescla elementos das escolas cognitivo-

comportamental, de apego, da gestalt, de relações objetais, construtivista e psicanalítica em um modelo conceitual e de tratamento rico e unificador. ” (YOUNG, KLOSKO & WEISHAAR, 2008, p.17).

Fornece ainda diversos subsídios para serem utilizados em atendimento clínico, com a finalidade de: “substituir estilos desadaptativos por outros mais saudáveis, que possibilitem aos pacientes atender a suas necessidades emocionais mais importantes. ” (Young, Klosko e Weishaar, 2008, p.15). A TE enfatiza os moldes para enfrentamento, com evidência à evitação e hipercompensação. Tem como prática a modificação destes padrões oferecendo uma troca dos estilos disfuncionais por modelos funcionais e conseqüentemente mais saudáveis.

Para um melhor vislumbre dos esquemas, foi desenvolvido um subgrupo, denominado esquema adaptativo remoto, utilizando as definições de Young, Klosko e Weishaar, (2008, p.22):

- um tema ou padrão amplo, difuso;
- formado por memórias, emoções e sensações corporais;
- relacionado a si próprio ou aos relacionamentos com outras pessoas;
- desenvolvido durante a infância ou adolescência;
- elaborado ao longo da vida do indivíduo;
- disfuncional em nível significativo.

Nota-se que esta definição compreende estes esquemas de maneira disfuncional, ou seja, causando impactos no indivíduo e responsável por suas ações, sendo algo pré-determinado que tem influências significativas, da mesma forma que as Crenças para a TCC.

Sendo assim, os 18 esquemas são: 1. Abandono/instabilidade; 2. Desconfiança/abuso; 3. Privação emocional; 4. Defectividade/vergonha, 5. Isolamento social/alienação; 6. Dependência/incompetência; 7. Vulnerabilidade ao dano ou à doença; 8. Emaranhamento/se/f subdesenvolvido; 9. Fracasso, 10. Arrogo/grandiosidade; 11. Autocontrole/autodisciplina insuficientes; 12. Subjugação; 13. Auto-sacrifício; 14. Busca de aprovação/busca de reconhecimento; 15. Negativismo/pessimismo; 16. Inibição emocional; 17. Padrões inflexíveis/postura crítica exagerada; 18. Postura punitiva. (Young, Klosko e Weishaar, 2008, p. 28, 29, 30 e 31).

É notório que todos os esquemas são extremamente negativos e o impacto na vida do sujeito pode ser devastador. Mas de acordo com Young,

Klosko e Weishaar (2008), a origem destes esquemas nem sempre está sem traumas ou maus-tratos durante a infância, mas também desenvolvidos com superproteção dos pais, como é o caso da dependência/incompetência.

Ainda de acordo com a TE:

Os esquemas desadaptativos remotos lutam para sobreviver. [...] isso resulta da necessidade instintiva que os seres humanos têm de coerência. O esquema é o que o indivíduo conhece. Embora cause sofrimento, é confortável e familiar, e ele se sente bem. As pessoas se sentem atraídas por eventos que ativam seus esquemas. (YOUNG, KLOSKO & WEISHAAR, 2008, p.69).

O fracasso também é atribuído a superproteção dos pais, citando de maneira sutil a procrastinação, e fazendo parte da categoria de Autonomia e Desempenho Prejudicados. Definida por Young, Klosko e Weishaar (2008, p. 28) da seguinte forma:

Expectativas, sobre si mesmo e sobre o ambiente, que interferem na própria percepção da capacidade de se separar, sobreviver, funcionar de forma independente ou ter bom desempenho. A família de origem costuma ter funcionamento emaranhado, solapando a confiança da criança, superprotegendo ou não estimulando a criança para que tenha um desempenho competente extra-familiar.

O esquema do Fracasso parte da crença de que isso ocorreu e ocorrerá novamente da maneira inevitável: “[...] ou de que é inadequado em relação aos colegas em conquistas (escola, trabalho, esportes, etc.). Costuma envolver a crença de que é burro, inepto, sem talento, inferior, menos exitoso do que os outros, e assim por diante.” (Young, Klosko & Weishaar, 2008, p.29).

A TE fornece instrumentos para que o psicoterapeuta compreenda seu cliente e o auxilie em suas fragilidades, utilizando técnicas para desenvolvimento de suas habilidades, controle de ansiedade, construção de disciplina e demais possibilidades compreendendo sempre a subjetividade do sujeito, sendo um processo pessoal, único, empático e dentro das premissas éticas e científicas da psicologia.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A procrastinação é julgada moralmente puramente como preguiça devido a sua característica de realizar as tarefas nos momentos finais. Em contraponto, julgar as pessoas que procrastinam da seguinte forma reflete uma

maneira muito simplória gerando a falsa sensação de compreensão dos indivíduos, suas fragilidades e comportamentos.

Devido a isso, a psicologia realiza estudos sistemáticos e científicos, embasados em premissas éticas e fidedignas para compreender a totalidade do ser humano. Da mesma forma que qualquer compreensão de patologias ou dificuldades dos sujeitos, a procrastinação foi evidenciada na construção deste artigo como um fenômeno que necessita de um olhar empático e profundo.

Para compreender a procrastinação, se lançaram duas teorias mundialmente difundidas que são a Teoria Cognitivo-comportamental e a Teoria do Esquema. Ambas agem de maneira sistemática, utilizando inventários e métodos delineados especificamente para cada necessidade, sendo adaptados para cada sujeito. Então, observar a complexidade do ser humano e os impactos dos sistemas de crenças e esquemas, bem como toda a formação de sua totalidade através da inserção biopsicossocial demonstra como a psicologia é complexa e fascinante.

Explicar um comportamento tão comum certamente é desafiador. A procrastinação pode ser observada em ambiente acadêmico diariamente, e o entendimento da TCC e TE certamente ampliam um leque de possibilidades para o indivíduo compreender e principalmente refutar estes esquemas e crenças tão arraigadas em si.

Por fim, não existem evidências e pesquisas relacionando a procrastinação com alguma crença ou esquema, as quais são merecedoras de maiores produções, dada a importância desta temática bem como as suas reais consequências para os indivíduos que enfrentam as dificuldades de procrastinar com frequência.

REFERÊNCIAS

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BRITO, F de S.; BAKOS, D. D. G. S. Procrastinação e terapia cognitivo-comportamental: uma revisão integrativa. **Revista brasileira de terapia cognitiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 34-41, jun. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872013000100006&lng=pt&nrm=iso . Acessos em 09 set. 2018.

CABALLO, V. E. **Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento**. São Paulo: Santos, 2013.

CABALLO, V. E. **Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade: intervenção em crise, transtornos da personalidade e do relacionamento e psicologia da saúde**. São Paulo: Santos, 2016.

COSTA, M. D. S. **Procrastinação, Auto-Regulação e Género**. 2007. Tese de Mestrado em Psicologia. Universidade do Minho – Centro de Investigação em Psicologia. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/6961> . Acesso em 08 set. 2018.

DOBSON, D.; DOBSON, K. S. **A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ENUMO, S. R. F.; KERBAUY, R. R. Procrastinação: descrição de comportamentos de estudantes e transeuntes de uma capital brasileira. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. 1999, Vol. 1, nº 2, 125-133. Disponível em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/278/218> . Acesso em 01 set. 2018.

GEARA, G. B.; HAUCK FILHO, N.; TEIXEIRA, M. A. P. Construção da escala de motivos da procrastinação acadêmica. **Psico**: (Porto Alegre), 2017; 48(2), 140-15. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2017.2.24635> . Acesso em 07 set. 2018.

LEAHY, R. L. **Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MAZIERO, M. B; OLIVEIRA, L. A. Nomofobia: Uma revisão bibliográfica. **Unoesc & Ciência – ACBS**. Joaçaba, v. 8, n. 1, p. 73-80, jul/dez. 2016. Disponível em: <https://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/viewFile/11980/pdf> . Acesso em: 07 set. 2018.

RODRIGUES R. C.; JÚNIOR P. J. M. Aprendizagem e Procrastinação: Uma Revisão de Publicações no Período 2005-2015. **REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación**. 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55150357006> . Acesso em: 09 set. 2018.

SAMPAIO, R. K.; POLYDORO, A. A. J.; ROSÁRIO, P. S. L. F. **Autorregulação da aprendizagem e a procrastinação acadêmica em estudantes universitários**. Universidade do Minho – Centro de Investigação em Psicologia. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/28087> . Acesso em 08 set. 2018.

SANTOS, P. L.; GOUVEIA, J. P.; OLIVEIRA, M. D. **Terapias Comportamentais de Terceira Geração**. São Paulo: Sinopsys, 2015.

YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S; WEISHAAR, M. E. **Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

PSICOLOGIA E O CÂNCER: UM OLHAR SOB O FAMILIAR CUIDADOR

Eloyse Gabriely Kolenetz⁰

Gisele Gomes⁰

Darciele Mibach⁰

RESUMO: Adoecer de câncer produz impacto emocional no paciente e na família, ameaçando a saúde mental de ambos, pois essa doença interfere em diversas áreas na vida das pessoas envolvidas, tanto nos relacionamentos familiares e sociais, quanto na qualidade de vida durante o tratamento oncológico. Sabendo-se da importância familiar no tratamento do paciente, o presente estudo objetivou compreender como a família se organiza para lidar com a doença e o doente. Pretende-se com este artigo, apontar a necessidade dos profissionais da saúde na assistência oncológica, a tomarem a família e principalmente o cuidador familiar também como objeto de cuidado e assim, contribuir para o conhecimento dessa realidade na perspectiva da terapia familiar, buscando alcançar uma assistência integral e de qualidade.

Palavras Chaves: Câncer, Família, Cuidador.

ABSTRACT: Having cancer produces an emotional impact on the patient and the family threatening their mental health, because this disease interferes in several areas in the lives of the people who are involved, both in family and social relationships, well as in the quality of life during the cancer treatment. Knowing the importance of the family in the treatment, the current study aimed to comprehend how the family gets organized to deal with the sickness and the patient. It is the objective of this article is to point the need of health professionals in the oncologist, take the family and main the family caregiver as the object of care. This contributing to the knowledge of this reality in the perspective of family therap, searching for a full assistance and quality.

⁰ Acadêmica do Curso de Psicologia do Centro Universitário do Vale do Iguaçu – UNIGUAÇU

⁰ Acadêmica do Curso de Psicologia do Centro Universitário do Vale do Iguaçu - UNIGUAÇU

⁰ Professora Orientadora do Curso de Psicologia do Centro Universitário do Vale do Iguaçu - UNIGUAÇU

Key Words: Cancer, Family, Caregiver.

1 INTRODUÇÃO

Câncer é a denominação usada para um conjunto de doenças que tem em comum um crescimento desordenado de células agressivas e incontroláveis, formando tumores que podem invadir órgãos e tecidos próximos ou até mesmo órgãos e tecidos distantes do tumor original, sendo esse processo conhecido como metástase (BORGES et al., 2006).

Certamente o recebimento do diagnóstico do câncer indesejado trará a percepção de fim da vida e conseqüentemente grande impacto na qualidade de vida do paciente, pois esta é consideravelmente prejudicada pela doença e pelos tratamentos respectivos realizados, ocasionando problemas e déficits em outros aspectos da vida desse paciente, como também da sua família como um todo.

Os impactos estendem-se especificamente para o familiar cuidador de pacientes com câncer, pois o mesmo esforça-se para cuidar, assumir as tarefas domésticas, a família, as responsabilidades financeiras e ainda suportar os danos, enquanto tentam suprir suas próprias necessidades e manter uma rotina familiar normal. Sente-se carente de informação, possuindo diferentes necessidades de acordo com a fase da doença, com as expectativas futuras e também quanto ao cuidado (SANCHEZ et. al, 2010).

O apoio psicossocial ao paciente oncológico é de extrema importância, mas da mesma forma mostra-se extremamente necessário que esse apoio se estenda até o seu familiar cuidador, para que as necessidades e fragilidades de ambos sejam atendidas, o que auxilia em um melhor enfrentamento das fases da doença e de seu tratamento. (SANCHEZ et. al, 2010).

2 CÂNCER

Denomina-se como câncer o conjunto de mais de 200 doenças diversas, com uma variedade de causas, prognósticos e formas de tratamento. A origem dessa doença se dá por mutações nos genes de uma célula, que são capazes

de se proliferar de forma acelerada, formando assim uma massa tumoral, onde várias transformações são necessárias nesta célula para que se obtenha o caráter de malignidade. Conforme as células cancerosas vão substituindo as normais, as funções dos tecidos vão se perdendo, pois, essas menos especializadas que as ditas normais (BORGES et al., 2006).

Segundo Rolland (1995) o ciclo dessa doença é uma etapa evolutiva fundamental para que se considere e entenda o desenvolvimento e consequências da mesma, tanto no indivíduo quanto na família. O início e o curso da doença são dois aspectos relevantes no processo, onde o início pode ser agudo ou gradual e o curso da doença, que pode se manifestar em uma forma constante, que se estabiliza com o tratamento após um início abrupto ou com uma progressão da severidade da doença. Alguns tipos de câncer evoluem silenciosamente, até o momento em que se tornam sintomáticos e diagnosticáveis, sendo capaz de levar a óbito rapidamente.

Apesar dos inúmeros avanços já conquistados, o câncer persiste como uma doença com causa enigmática e com tratamentos não tão eficientes em pleno século XXI, sendo destaque no contexto das doenças crônico-degenerativas. Apresenta-se como um problema de grande importância na saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, onde mais de onze milhões de casos novos e sete milhões de mortes por ano no mundo ocorrem devido a essas neoplasias (BRASIL, 2009).

Uma das enfermidades mais associadas à morte na contemporaneidade, no imaginário social, é o câncer. Em todas as regiões do mundo ele revela seus efeitos prejudiciais, até mesmo onde outros sérios problemas de saúde se fazem presentes. No Brasil, é incluído de forma expressiva nas taxas de mortalidade, conquistando posição de destaque no quadro sanitário nacional, já que corresponde à segunda causa de morte no país, perdendo apenas para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2005).

A junção do risco eminente de morte com o temor de tratamentos agressivos e mutilantes do câncer, o torna um estigma, causando um profundo impacto no cotidiano do sujeito e também da sua família, em suas atividades e relações sociais. É possível perceber que há a ligação direta da doença com os contextos social, econômico e cultural do paciente, onde muitas vezes as

dificuldades de acesso aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento são resultado das desigualdades estabelecidas por determinações sociais (CARVALHO, 2007).

3 IMPACTOS PSICOSSOCIAIS NA FAMÍLIA

De acordo com Franca (2004) a própria palavra já enfatiza o seu papel que é cuidar da dor do paciente acometido pela doença e conseqüentemente tornar-se alvo dos que o cercam, em especial a família. O cuidador se encarrega de sustentar as exigências que vem tanto do meio familiar quanto da doença e de si próprio e de atender as necessidades do paciente, podendo ser físicas e/ou psicossociais.

É indiscutível a importância do cuidador familiar na assistência à saúde do doente com câncer, sendo responsável por oferecer cuidados diretos, relacionado com a higiene e alimentação e até mesmo apoio indireto, relacionado com o acompanhamento do paciente. Mesmo que muitas vezes o cuidador seja inexperiente, o mesmo assume a responsabilidade pelas necessidades físicas e emocionais do paciente que está incapacitado de se cuidar. Contudo, o foco de atenção da equipe de saúde é voltado somente para o doente, cabendo aos cuidadores familiares apenas o papel de recursos em benefício daquele (SANCHEZ et. al, 2010).

Evidenciam-se também as condições de vida em que o cuidador necessita se submeter para prestar os devidos cuidados ao familiar, onde há uma inevitável sobrecarga de tarefas relacionadas à assistência ao familiar doente e assim a impossibilidade de desfrutar uma vida diária, faltando-lhe o tempo livre para descansar e realizar atividades sociais. As demandas exigidas aos cuidadores afetam diretamente a sua qualidade de vida, pois estão cuidando de pessoas com alto grau de incapacidade funcional e com emocional afetado (AMENDOLA et.al, 2008).

Levando em consideração que as neoplasias têm por particularidade a sua longa permanência, a possibilidade de reincidência e a inevitabilidade de intervenção, torna-se natural que a sua presença modifique o contexto familiar, expondo todos os membros a uma vulnerabilidade ainda maior em relação a

perdas, podendo ser elas de saúde, financeira, bem estar e de equilíbrio mental, emocional e físico. Tais características enfatizam a importância que a família tem perante a responsabilidade de realizar o cuidado ao familiar que se encontra doente (INCA, 2009).

Apesar de possuir um papel fundamental, os cuidadores familiares não são reconhecidos como pessoas enfrentadoras de um processo doloroso, e que também precisam de ajuda, apoio e orientação, pois o cuidador vivencia diferentes situações, entre elas o aprendizado sobre a doença e o cuidado, a culpa relacionada ao cuidado por muitas vezes achar que não é o suficiente, a necessidade de obter forças externas, entre outras, consequentemente gerando uma sobrecarga física e emocional dos cuidadores familiares (SANCHEZ et. al, 2010).

Segundo Sales (2010) analisando o contexto familiar como um todo, é possível perceber que a tristeza que os familiares vivenciam não vem apenas da doença de seu ente querido, mas também das mudanças que acabam ocorrendo na família. Ao se deparar com uma situação desconhecida, que inesperadamente é necessário vivenciar, os indivíduos passam pelo sentimento inquietante da angústia e do medo.

De acordo com Carvalho (2007) a experiência de enfrentamento à doença compromete seriamente as relações familiares, pois a doença acaba por alterar o papel social da pessoa enferma e a dinâmica familiar. Com as informações decorrentes do diagnóstico do câncer, os pacientes geralmente demonstram mais afeto por seus familiares em geral, na intenção de chamar a atenção para a vivência atual, onde estão no papel do enfermo.

Além de ser necessário oferecer apoio psicossocial ao paciente com câncer, mostra-se extremamente importante oferecer apoio ao familiar cuidador, pois o familiar tem a vida conturbada e busca manter a rotina e o otimismo, havendo uma tendência em o familiar desconsiderar o autocuidado ocasionando à tensão emocional e mental associada a esse papel de cuidador (SANCHEZ et. al, 2010).

4 ABORDAGEM SISTÊMICA NO AUXÍLIO AO TRATAMENTO

Apesar de vivermos na era da tecnologia, a qual possibilita uma melhoria nos índices de cura de inúmeras doenças, em especial na área da oncologia, experienciamos uma ciência que não vê o homem como um todo, apenas como partes separadas. A medicina tradicional busca obter a cura, deixando de lado o cuidado e o bem-estar do paciente com câncer e sua família, os quais sentem-se inseguros ante sua condição existencial, cercados pela incerteza e com a sua qualidade de vida anulada (ARAÚJO et. al, 2009).

Com o passar do tempo, os pacientes oncológicos necessitam de maiores cuidados em consequência da evolução da doença, na maioria dos casos. As alterações corporais, de aparência, financeiras, nos papéis sociais e familiares do mesmo, causam impactos explícitos no cuidador, onde esse acaba repensando sobre seu próprio futuro e suas metas de vida. Em contrapartida, apesar dos aspectos dolorosos dessa experiência, há o lado positivo de tal vivência, pois o familiar responsável pelo cuidar sente-se orgulhoso por ser capaz de lidar com os desafios do processo, por criar novas habilidades e por conquistar um crescimento pessoal que auxilia, até mesmo, na relação com o familiar doente (FONSECA et. al, 2008).

De acordo com Pereira e Dias (2007) enfrentar diariamente os sintomas físicos e emocionais, além de acompanhar as intervenções que a pessoa com câncer precisa se submeter, também configura-se como uma dificuldade para o cuidador, onde o mesmo acaba por se sentir impotente perante a situação, principalmente por não conseguir amenizar a tristeza, o sofrimento e a dor do familiar em tratamento.

O familiar cuidador, da mesma maneira que o paciente tem a necessidade ser ouvido sobre suas angústias, medos e ansiedades, onde se deve atentar também ao que muitas vezes não é dito, como um olhar, suspiro, choro, ou seja, ter a percepção de todos os sinais que o mesmo dá, pois o cuidador é o elo entre o paciente, a doença e a equipe de saúde, o que ocasiona grande desgaste. Muito mais que ser ouvido, ele precisa se sentir acolhido, receber orientações e instruções sobre o paciente, o diagnóstico, o tratamento e todos os aspectos que envolvem essa fase que está vivenciando (ESSLINGER, 2004).

A família cuidadora necessita de dois tipos de apoio social: o apoio emocional/instrumental, baseado no afeto, estima, companhia, aconselhamento, entre outros. E o apoio diário, focado na orientação de problemas. O envolvimento prático e emocional dos cuidadores familiares do paciente com câncer modifica suas próprias vidas, às vezes de modo profundo, pois viver e conviver com essa doença envolve trabalho adaptativo ou acomodação para transtornos e mudanças na família (SANCHEZ et. al, 2010).

Intervenções psicoeducacionais também melhoram a habilidade de enfrentamento, diminuem a sobrecarga e aumentam a qualidade de vida do cuidador. Alguns tipos de apoio que podem ser oferecidos são: instrumental, espiritual, psicossocial, informacional, emocional e físico. Devem estar relacionados a cada fase da doença e de acordo com cada perfil do familiar cuidador, devendo ser direcionado de um modo sensitivo. Programas educacionais e de apoio geram informações sobre doença e tratamento e ensinam habilidades de enfrentamento, satisfazendo as necessidades do doente com câncer e do familiar cuidador (SANCHEZ et. al, 2010).

É importante perceber a família como um sistema de relações fechado, interdependente e com certo equilíbrio, entretanto quando um de seus membros adoece, há a privação do mesmo em função de suas limitações por consequência da doença, o que gera desequilíbrio pela falta de um de seus pontos de sustentação. Tal crise mobiliza, tanto no sistema familiar quanto no paciente, a necessidade de novas formas adaptativas de reorganização perante a mesma (SANTOS & SEBASTIANI, 2001).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um considerável estressor para o doente e sua família é o estigma que o câncer possui, o qual gera um enorme sofrimento psíquico em ambos, onde os envolvidos necessitam receber uma atenção por parte de serviços de saúde, onde os mesmos continuam com uma visão organicista e individual, desconsiderando as inúmeras dinâmicas familiares. Tais dinâmicas contribuiriam para o bom enfrentamento da doença, uma melhoria na adesão

ao tratamento e, portanto, uma continuidade do equilíbrio familiar (BIFULCO, 2010).

Nota-se que é de extrema importância que os familiares cuidadores cuidem de si próprios para que sejam capazes de se dedicar ao outro, os mesmos necessitam ser ouvidos sobre suas angústias, medos, ansiedades e a preocupação constante com o futuro da pessoa que ele ama e cuida, pois quando a família se integra com as mudanças e limitações causadas pelo processo de adoecimento, há uma espécie de sofrimento compartilhado.

Após o recebimento do diagnóstico, o paciente com câncer e seu familiar cuidador passam por algumas fases até a aceitação da doença, a primeira fase é a negação onde o paciente não aceita que isso está acontecendo com ele e o cuidador familiar não aceita que isso aconteceu justamente com esse familiar, a segunda fase é a raiva, a qual faz com que o paciente e seus familiares tenham raiva por estarem passando por isso, a fase seguinte é a da tristeza, por pensarem que tem alguém em seu meio que convive com essa doença tão complicada, a última fase é a da aceitação, onde o paciente e o familiar aceitam que fazendo o necessário é possível conviver com a doença, mesmo muitas vezes tendo que readequar toda a sua vida por conta da mesma.

A experiência vivenciada pelo cuidador junto ao seu familiar com câncer abrange uma série de dimensões como, emocionais, sociais, financeiras e físicas, onde a promoção de saúde deve possuir um olhar sistêmico, pautado na Terapia Familiar. Por meio dela será possível construir uma visão mais ampla, que englobe a família e seu contexto e desconstruir ideias negativas e cristalizadas, fortalecendo tanto o cuidador quanto o familiar adoecido a enfrentar o tratamento oncológico.

Em decorrência de todo esse processo, é possível perceber um fortalecimento de vínculo entre esse familiar cuidador e o paciente oncológico, pois esse paciente torna-se dependente do seu cuidador, e por esse cuidado ser constante os vínculos vão se fortalecendo de uma maneira quase que imperceptível, o que acaba ocasionando um auxílio emocional importante para o enfrentamento desse processo.

REFERÊNCIAS

AMENDOLA, Fernanda et al. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 2, n. 17, p.266-272, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/07.pdf>>. Acesso em: 11 mai. 2019.

ARAÚJO, Gisélia Alves; SOARES, Maria Júlia Guimarães Oliveira; HENRIQUES, Maria Emília Romero de Miranda. **Qualidade de vida: percepção de enfermeiros numa abordagem qualitativa**. 2009. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a22.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

BORGES, Alini Daniéli Viana Sabino et al. PERCEPÇÃO DA MORTE PELO PACIENTE ONCOLÓGICO AO LONGO DO DESENVOLVIMENTO. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v11n2/v11n2a14.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Controle de Câncer. Rio de Janeiro: Pro-Onco, 2004. Apresenta dados do Instituto Nacional do Câncer. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BIFULCO, Vera Anita. Psico-Oncologia: Apoio emocional para o paciente, a família e a equipe no enfrentamento do câncer. In: BIFULCO, Vera Anita; FERNANDES JUNIOR, Hézio Jadir; BARBOZA, Alessandra Bigal. **Câncer: Uma visão multiprofissional**. Barueri: Minha Editora, 2010.

CARVALHO, Célia da Silva Ulysses de. A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p.97-102, 2007. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_54/v01/pdf/revisao_7_pag_97a102.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

ESSLINGER, Ingrid. **De quem é a vida afinal?: descortinando os cenários da morte no hospital**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FONSECA, Natália da Rosa; PENNA, Aline Fonseca Gueudeville; SOARES, Moema Pires Guimarães. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as conseqüências de assumir este papel. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. , p.727-743, 2008.

FRANCA, D. C. Cuidando do cuida-dor: atendimento psicológico no apoio do doente de Alzheimer. **Revista Ciência e Profissão**, v. 2004, n. 1, p. 50-52, abr. 2004.

PEREIRA, L L; DIAS, A C G. O familiar cuidador do paciente terminal: o processo de despedida no contexto hospitalar. **Psico: PUCRS**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p.55-65, jan./abr. 2007.

ROLLAND, John S.. Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In: CARTER, Betty; MCGOLDRICK, Monica. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1995. p. 372-392.

SALES, Catarina Aparecida. Cuidar de um familiar com câncer: o impacto no cotidiano de vida do cuidador. **Rev. Eletr. Enf.**, Maringa, p.1-3, 31 dez. 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a04.htm>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

SANCHEZ, Keila de Oliveira Lisboa et al. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Revista Brasileira de Enfermagem**: REBEn, São Carlos, 10 mar. 2010. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/2670/267019594019/>>. Acesso em: 07 mai. 2019.