



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

LARISSA NUNES DE OLIVEIRA

**A MUSCULAÇÃO COMO PRÁTICA CORPORAL TERAPÊUTICA
EM MULHERES AFETADAS PELOS TRANSTORNOS MENTAIS:
DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE**

Belém/PA

2019

LARISSA NUNES DE OLIVEIRA

**A MUSCULAÇÃO COMO PRÁTICA CORPORAL TERAPÊUTICA
EM MULHERES AFETADAS PELOS TRANSTORNOS MENTAIS:
DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Educação Física do Instituto de Ciências da Educação da Universidade Federal do Pará, sob orientação da Profª Joselene Ferreira Mota, como requisito parcial para obtenção da graduação de Licenciatura em Educação Física.

Belém/PA

2019

LARISSA NUNES DE OLIVEIRA

**A MUSCULAÇÃO COMO PRÁTICA CORPORAL TERAPÊUTICA
EM MULHERES AFETADAS PELOS TRANSTORNOS MENTAIS:
DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE**

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Ms. Joselene Ferreira Mota – Orientadora
Curso de Licenciatura em Educação Física UFPA/GUAMÁ

Prof^a Dra. Zaira Valeska Fonseca – Examinadora
Curso de Licenciatura em Educação Física UEPA

Prof^a Ms. Gláucia Lobato Kaneko – Examinadora
Curso de Licenciatura em Educação Física UFPA/GUAMÁ

*Dedico aos meus pais, irmãos e amigos
que sempre acreditaram em mim,
mais até do que eu mesma.*

Agradecimentos

Os meus agradecimentos não poderiam começar senão por onde tudo começou. Chego a brincar com a maioria dos meus amigos que eu sou privilegiada sim, mas principalmente pelos pais que eu tenho. Meu pai, tão diferente e tão igual à mim. Aquele que sem pestanejar daria tudo e mais um pouco para seus filhos. Que do jeito dele sempre fez tudo para que nada nos faltasse, principalmente amor, mas do seu jeitão. Minha mãe, quem conhece se apaixona de primeira, mesmo com seu jeito arretado não tem como não se encantar, a mulher mais importante e forte que conheci em toda a minha vida. Um exemplo de mãe, mulher, amiga... Queria ser um pouco mais parecida contigo, mas sabe como é, um dos filhos tinha que puxar o jeito bobão do papai. Sem vocês, exatamente como são, eu não teria ido a lugar algum.

Agradeço aos meus irmãos. Meu irmão que sempre me mostrou o que era um homem íntegro e batalhador. Cresci te vendo passar o dia inteiro na Ufpa, se virando com o pouco que tínhamos pra concluir teu curso e olha onde você chegou. Meu cunhado tem muita sorte de te ter como marido. Sempre disse que você era um dos homens da minha vida, mesmo todo estranhão, sabe como é, tenho gostos peculiares.

Minha irmã que por muitos anos tentou ser minha mãe, hoje tem dia que parece minha filha, mas parece que a gente finalmente entendeu como ser amigas. Eu não falo muito, mas tens a mínima noção do exemplo de mulher que és? Da importância para minha construção pessoal e acadêmica te ver carregando uma filha recém-nascida e ainda assim fazendo um TCC? Obrigada por tudo, inclusive pelo que tem feito por si, nada ensina mais do que o exemplo e que EXEMPLO DE MULHER!

Às minhas sobrinhas, Helena e Heloisa, que são os maiores motivos dos meus risos e os abraços mais gostosos.

Não tive sorte apenas por ter uma família maravilhosa, mas também me vi cercada de pessoas indescritivelmente incríveis, as quais chamo de amigos. Agradeço a todos que de alguma forma me motivaram a concluir esse ciclo tão importante, muito obrigada. Darei destaque a alguns que tornaram-se peças fundamentais para que esse trabalho nascesse.

Não poderia ser diferente de iniciar por ti, aquela que está comigo há quase 17 anos e em todo esse tempo nunca nem cogitou soltar minha mão, independente do que eu fizesse ela estava lá comigo, mesmo que para brigar, aconselhar e orientar. Eu te amo absurdamente e graças a todas as vezes que tu acreditou em mim e me disse pra não desistir esse dia chegou. Então, esse agradecimento mais que especial vai pra ti, Karla.

À Ana, obrigada por me mostrar que mesmo a vida sendo cheia de percalços ainda vale a pena, mesmo que às vezes nós duas duvidemos disso. Obrigada por ser tão aleatória quanto eu e me entender quando nem eu entendia. Cada “ai amiga” me serviu como motivador pra seguir em frente. Pra frente sempre!

À Jéssica, obrigada por contribuir para eu me tornar um pouco mais humana. Tudo que passamos, vivemos e enfrentamos juntas certamente serviu para meu amadurecimento pessoal e até profissional. Esse trabalho também é pra ti. Eu te amo.

Ao João Paulo, não poderias deixar de ser o primeiro dos meus meninos, porque sempre o foi. O primeiro, o que ironicamente foi colocado ao meu lado na sala de aula pelo nosso muso e desde então não saiu dessa posição. Nunca vou ter como agradecer por toda a companhia, os risos, os perrengues e até as raivas, sem elas talvez eu não tivesse aguentado o que estava por vir. Tu sabes que sem dúvida, se tu não estivesse ao meu lados nesses últimos cinco anos eu já teria desistido há muito tempo. Então, obrigada também pela minha profissão. Além de ter tido o papel de trazer a Kysa pra minha vida. Quem diria que uma geminiana ia me conquistar. E à ti, Kysa, agradeço por me ouvir, por dizer todo dia que ninguém ia trancar o curso e até por tentar me juntar com as pessoas mais aleatórias da vida, foi divertido!

Ao Rhenan, obrigada por ser maravilhoso. Tu és tipo a vida, até ruim tu és bom! De verdade, esse um ano vivido com vocês me transformou como pessoa e profissional. És um espelho pra mim, acho que nem deves imaginar o quanto te admiro. Só gratidão àquele carimbó e àquela vídeo chamada. Depois disso não nos separamos mais e assim, cheguei ao fim dessa história (que é só o começo).

Ao Protásio, meu irmão mais novo, juro que não tem uma vez pelo menos ao dia que eu não queira te matar, e ao mesmo tempo, não tem um minuto que eu esteja longe de ti que eu não morra de saudades. Obrigada pelo ser lindo que és, de alma simples e ingênua até. Vou morrer de saudades no segundo que tu me abandonar, mas eu aguento, fazer o que?

Ao Tayan, que chegou por último, mas que sem eu não teria chegado aqui MESMO. Fostes essencial para que eu sobrevivesse àquele último semestre. Tu achas que eu exagero ou que eu estou brincando, mas só eu sei como foi tenso e como fostes maravilhoso e segues sendo. Fazes tanto por mim sem nem perceberes. Eu e meus 40 jovens agradecemos, pois se você não me sustentasse eu não teria tido condições de sustentar ninguém. Obrigada pelo relacionamento disfuncional mais incrível do mundo.

Agradeço à todo o Vale que serviu não como um grupo de whatsapp mas quase que como um grupo de apoio. Não foi fácil para nenhum de nós, mas juntos pudemos não nos deixar desistir. O ninguém solta mão de ninguém é mais real do que se imagina. E sigamos, que ainda não acabou. Se duvidar, tá só começando.

Agradeço enormemente à LEPEL que ajudou a formar a profissional que eu sou hoje. Costumo brincar que vivi uma graduação de quatro (cinco) anos em um. Obrigada por reanimar meu amor pela pesquisa e a minha vontade de devolver à sociedade o que ela investe em mim, como estudante de Universidade Pública.

À Universidade Federal do Pará que contribuiu para a minha formação como profissional e pessoa, me mostrando o contexto ao qual eu estou inserida e acima de tudo ao qual eu não estou. Me ajudou a compreender a atual conjuntura e me deu condições e caminhos para lutar em prol do que eu acredito.

À minha banca examinadora composta por mulheres maravilhosas e profissionais incríveis que ao aceitarem esse convite aceitaram contribuir com todo o conhecimento que possuem para enriquecer este trabalho.

Por último e com toda certeza não menos importante, os agradecimentos mais que especiais à minha orientadora que foi muito além do que isso. Foi uma amiga, uma mãe, uma irmã e a doula desse parto. Pra conseguir te agradecer como mereces eu teria que começar outro TCC. Inclusive, com tudo que vivemos nesse um ano, seria uma tese, certeza! Obrigada por ser um exemplo pra mim de mulher e de professora. És sem dúvida uma das pessoas que mais admiro na vida, sinto até orgulho de te chamar de amiga, e faço pra fazer inveja pros outros também porque eu posso! Não é da boca pra fora que eu digo que mais quatro Joselenes nessa FEF e a vida dos estudantes seria muito mais fácil. Obrigada por ser humana e solidária. Obrigada por seres tu!

“Pulsa cardio

Pulsa, pulsa, pulsa

Não para! Não desiste de ti

Não pensa que

Esse sofrimento não tem fim

Releva esse pensar

Não vai te ajudar

Tua hora é agora

Te permite viver

A efemeridade dos momentos

Que de pouco em pouco

A felicidade se faz presente”

Jéssica Maísa

OLIVEIRA, Larissa Nunes de. **A musculação como prática corporal terapêutica em mulheres afetadas pelos transtornos mentais depressão e ansiedade**. 2019. Monografia (Graduação em Licenciatura em Educação Física) – Faculdade de Educação Física FEF/ICED, UFPA. Belém, Pará.

RESUMO

O presente trabalho traz como questão: quais os efeitos da prática regular de musculação em mulheres já diagnosticadas com depressão e/ou ansiedade? e tem como objetivo analisar os efeitos da prática de musculação em mulheres com depressão e/ou ansiedade. O percurso metodológico traçado partiu da aproximação com o método materialista histórico dialético. Nossa pesquisa se desenvolveu a partir de uma investigação do tipo experimental cujo *lócus* foi a BodyFit Academia, academia de ginástica localizada em Ananindeua/Pa, com 10 voluntárias de 24-44 anos, onde apenas 06 (seis) concluíram a pesquisa, que não praticavam exercícios físicos por pelo menos 06 (seis) meses anteriores à intervenção. Os resultados demonstram que a prática regular de musculação em mulheres que apresentam o diagnóstico de depressão e/ou ansiedade atuou na regressão dos transtornos, pois agiu diretamente na melhora e até eliminação dos sintomas. Conclui-se ao final de nossa pesquisa, que a prática corporal musculação apresenta efeitos terapêuticos em mulheres já diagnosticadas com depressão e/ou ansiedade.

PALAVRAS-CHAVE: Práticas Corporais; Depressão; Ansiedade; Saúde do Trabalhador; Saúde da Mulher.

OLIVEIRA, Larissa Nunes de. **A musculação como prática corporal terapêutica em mulheres afetadas pelos transtornos mentais depressão e ansiedade.** 2019. Monografia (Graduação em Licenciatura em Educação Física) – Faculdade de Educação Física FEF/ICED, UFPA. Belém, Pará.

ABSTRACT

The present paper raises the question: what are the effects of regular bodybuilding practice on women already diagnosed with depression and / or anxiety? and aims to analyze the effects of bodybuilding practice in women with depression and / or anxiety. The methodological course traced from the approximation with the dialectical historical materialist method. Our research started from an experimental research whose locus was at BodyFit Academia, a gym located in Ananindeua / Pa, with 10 volunteers from 24 to 44 years old, where only 06 (six) completed a research that did not practice physical exercise for at least 06 (six) months prior to the intervention. The results demonstrate that the regular practice of bodybuilding in women with the diagnosis of depression and / or anxiety acts in the regression of disorders, because age is directly affected and reduces symptoms. Conclude the end of our research that bodybuilding practice has therapeutic effects in women already diagnosed with depression and / or anxiety.

KEY-WORDS: Body practices; Depression; Anxiety; Worker's health; Women's Health.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACSM	<i>American College Sports of Medicine</i>
APA	<i>American Psychiatric Association/Associação Psiquiátrica Americana</i>
BAI	<i>Beck Anxiety Inventory/ Inventário de Ansiedade de Beck</i>
BDI Beck	<i>Beck Depression Inventory/Inventário de Depressão de Beck</i>
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DM2	<i>Diabetes Mellitus</i> Tipo 2
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
RM	Repetição Máxima
SBME	Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TEPT	Transtorno De Estresse Pós-Trumático
TF	Treinamento de Força
TFP	Treinamento de Força Progressivo
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01:	Resultado Comparativo Pré x Pós Musculação – Depressão	55
GRÁFICO 02:	Resultado Comparativo Pré x Pós Musculação – Ansiedade.....	57

LISTA DE TABELAS

TABELA 01:	PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO.....	51
------------	-------------------------------	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	CAPÍTULO I: MUNDO DO TRABALHO E SAÚDE DO TRABALHADOR.....	24
2.1	CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL.....	24
2.2	O TRABALHO E A SAÚDE DOS TRABALHADORES	26
2.3	FLEXIBILIZAÇÃO DO TRABALHO E IMPACTOS NA SUA SUBJETIVIDADE DOS TRABALHADORES	29
2.4	OS RISCOS DO TRABALHO NA VIDA DA MULHER.....	31
3	CAPÍTULO II: PRÁTICAS CORPORAIS E SAÚDE MENTAL	34
3.1	ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS DA SAÚDE	34
3.1.1	PRÁTICAS CORPORAIS/ATIVIDADE FÍSICA E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE	35
3.1.2	MUSCULAÇÃO E SAÚDE.....	38
3.2	PRÁTICAS CORPORAIS E A SAÚDE DA MULHER	39
3.2.1	POSICIONAMENTO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DO ESPORTE.....	39
3.2.1.1	CLIMATÉRIO.....	40
3.2.1.2	GESTAÇÃO E PÓS-PARTO	40
3.2.2	MUSCULAÇÃO E A SAÚDE DA MULHER	41
3.3	ATIVIDADE FÍSICA E A SAÚDE MENTAL.....	42
3.3.1	TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS (TMC)	42
3.3.1.1	DEPRESSÃO	43
3.3.1.2	ANSIEDADE	45
3.3.2	MUSCULAÇÃO E SAÚDE MENTAL	47

4	A MUSCULAÇÃO COMO PRÁTICA CORPORAL TERAPÊUTICA EM MULHERES AFETADAS PELOS TRANSTORNOS MENTAIS DEPRESSÃO E ANSIEDADE.....	50
4.1	CAMINHO METODOLÓGICO	50
4.1.1	LÓCUS E SUJEITAS DA PESQUISA.....	50
4.1.2	INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK.....	52
4.1.3	INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK	53
4.2	RESULTADOS	54
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
	REFERÊNCIAS.....	61
	APÊNDICES.....	67
	ANEXOS	70

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa intitulada “A Musculação como Prática Corporal Terapêutica em Mulheres Afetadas pelos Transtornos: Depressão e/ou Ansiedade” se insere no campo do conhecimento da Saúde tanto na perspectiva das ciências biológicas, tanto na perspectiva das ciências humanas e sociais. E na área da Educação Física o debate da Saúde se inclui nas diversas vertentes das práticas corporais quer seja no âmbito da atividade sistematizada, quer seja, na atividade do direito social.

Sendo assim, o estudo buscou discutir sobre a importância das práticas corporais para prevenção e ou reabilitação de transtornos mentais. Sabe-se que nos dias atuais o sofrimento mental tem elevado o número de pessoas com adoecimento mental. E nesse contexto, que as práticas corporais passam a ser o foco de estudos e pesquisas, nas mais diversas áreas do conhecimento, como tratamento não invasivo para o tratamento de transtorno mental tais como: depressão e/ou ansiedade.

Desde a década de 1970 a depressão vem sendo tida como um dos transtornos mais estudados. Segundo dados referentes ao ano de 2015 presentes no relatório *Depression and Other Common Mental Disorders* da OMS (2017, p.18) o Brasil é o país com maior prevalência de depressão da América Latina e o segundo com maior prevalência nas Américas, ficando atrás somente dos Estados Unidos, que têm 5,9% de depressivos.

Ainda segundo o relatório, o número de pessoas com transtornos de ansiedade era de 264 milhões em 2015, com um aumento de 14,9% em relação a 2005. A prevalência na população é de 3,6%. O Brasil é recordista mundial em prevalência de transtornos de ansiedade: 9,3% da população sofrem com o problema. Ao todo, são 18,6 milhões de pessoas (OMS, 2017). Importante ressaltar a existência de pessoas com ambos os transtornos, o que se define por comorbidade.

A depressão é um transtorno que para seu início e desenvolvimento possui algumas possíveis variáveis, as quais se incluem variáveis biológicas

(como fatores endócrinos e genéticos), psicológicos e socioculturais. Esta questão foi levantada em 1977 por Weissman e Klerman e segue sendo estudada por diversos pesquisadores desde então, destinando esforços para entender a questão.

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) da *American Psychiatric Association* (2013) a prevalência do transtorno depressivo variava de 5-9% entre as mulheres e 2-3% para homens. O risco de desenvolvimento do transtorno em mulheres é de 10-25% e homens 5-12%, o que resulta em uma proporção de prevalência feminina duas vezes maior que masculina.

É possível que essa incidência seja maior em decorrência da jornada dupla/tripla de trabalho que percebemos ainda presente na vida dessa mulher. Hoje atuando expressivamente no mercado de trabalho a mulher precisa ainda dar conta das obrigações domésticas, pois seguem sendo as maiores responsáveis deste segmento, além do cuidado com os filhos, quando os tem.

Costa (2018) traz que a sobrecarga pode aumentar quando as mulheres seguem a vida acadêmica, o que configura a tripla jornada, e acoplam à rotina mais uma difícil tarefa, que exige dedicação, concentração e uma grande habilidade em conciliar esses três segmentos.

A mulher está “posicionada” de maneira estratégica na sociedade capitalista, exercendo funções de mantenedoras do processo produtivo, sem que seja reconhecida social e economicamente por isso. Pode-se inferir, portanto, que o capital se opõe ao processo de emancipação da mulher, uma vez que, para que seu sistema de dominação se mantenha, “ele necessita do trabalho feminino, tanto no espaço produtivo, quanto no reprodutivo, preservando em ambos os casos, os mecanismos estruturais que geram a subordinação da mulher” (NOGUEIRA 2010, p.61, *apud* COSTA 2018, p.442).

Em seus estudos Bueno (1999) ressalta que a mulher ainda carrega consigo a culpa pelo abandono do tradicional papel de mãe e educadora. Essa culpa acaba gerando um sofrimento maior cujos sintomas são: crises de depressão, choro, revolta e indignação com sua condição feminina.

Desempenhar diariamente uma jornada tripla de trabalho não é tarefa simples; a combinação de sentimentos que as mulheres têm em relação às diferentes cobranças impostas pela família é motivo de sofrimento e estresse emocional. Pois, na medida em que o tempo é praticamente cronometrado para cada tarefa, os familiares muitas vezes exercem cobranças de atenção e carinho, gerando sentimentos de culpa e incapacidade nas mulheres, que, apesar de saberem que não podem exercer todas as funções com excelência, buscam realizá-las da melhor maneira que podem, mas, quando se deparam com tais exigências, a frustração é iminente. (ÁVILA e PORTES, 2012, p.821 *apud* COSTA 2018, p.446)

Com o tempo desta mulher ocupado pelas atividades profissionais e educacionais, dada a exigência cada vez maior do mercado de qualificação, obrigações domésticas e cuidados com os filhos, esta mulher acaba sem tempo para as atividades voltadas a si, atividades de lazer e com seu tempo de descanso comprometido, além de tempo para buscar por demais atividades que colaborem para seu bem estar, como as práticas corporais.

A atividade física auxilia no tratamento da depressão e destacam os diferentes tipos de benefícios, tais como os anatômicos, os relativos ao sistema nervoso, os cardiorrespiratórios, melhoria da capacidade física e psicológica. (ANIBAL E ROMANO, 2017, P.195 *apud* GONÇALVES, 2018, p.5)

Segundo Ribeiro (1998), junto à psicoterapia e o tratamento medicamentoso a atividade física pode ser um instrumento importante, não apenas com um papel de reabilitação ou até ocupacional, mas terapêutico da mesma forma.

Ainda em Ribeiro (1998) os efeitos que se atribuem a atividade física relativos à saúde mental são entendidos desde uma perspectiva integral (envolvendo todas as potencialidades do indivíduo, biológicas, psicológicas e sociais).

A prática da musculação atua diretamente na regulação de níveis de serotonina, dopamina, adrenalina e endorfina, hormônios este que atuam

diretamente na sensação de bem estar, paz, diminuição do stress e cansaço do organismo, como citado em Marin-Neto (1995) onde afirma que durante a realização de exercício físico, ocorre liberação da endorfina e da dopamina pelo organismo, propiciando um efeito tranqüilizante e analgésico no praticante regular, que freqüentemente se beneficia de um efeito relaxante pós-esforço e, em geral, consegue manter-se um estado de equilíbrio psicossocial mais estável frente às ameaças do meio externo.

Sendo assim o presente estudo apontou como pergunta científica a seguinte questão: quais os efeitos da prática regular de musculação em mulheres já diagnosticadas com depressão e/ou ansiedade?

O objetivo geral foi analisar os efeitos da prática de musculação em mulheres com depressão e/ou ansiedade. Para o alcance deste objetivo determina-se como objetivos específicos a) relacionar o mundo do trabalho contemporâneo com a saúde do trabalhador e, em especial, da trabalhadora; b) destacar o que a literatura já apresenta sobre as práticas corporais, com ênfase na musculação, e suas relações com saúde da mulher e saúde mental conceituando os transtornos depressão e ansiedade.

O presente trabalho se justifica pelo fato de a pesquisadora atuar como estagiária em um salão de musculação há cerca de dois anos e após seu trabalho acompanhando alunos na realização de seus treinos percebeu um aumento significativo no número de alunos que apresentavam ao menos um dos transtornos que serão estudados, além do fato de a predominância ser expressivamente do gênero feminino.

Além disso, a pesquisadora é membra da LEPEL/Ufpa – Linha de Estudo e Pesquisa em Educação Física, Esporte e Lazer, e através desta linha conheceu e iniciou um trabalho de extensão que vem se desenvolvendo desde agosto de 2018 na EEEFM Palmira Gabriel, localizada na Avenida Augusto Montenegro, Belém/Pa, com o projeto “Educação, práticas corporais e direitos humanos”. Este trabalho é feito com duas turmas, turma do Ensino Médio Regular e outra do Projeto Mundiar, ambas no turno da noite.

As turmas são formadas em sua maioria por trabalhadores, que realizam suas obrigações ao longo do dia e, mesmo cansados, buscam concluir seu ensino médio e nitidamente veem as aulas de educação física como uma forma de se divertir e relaxar.

Na sua primeira semana no projeto de extensão, em abril de 2019, foi realizada a roda de conversa “Saúde Mental e Práticas Corporais: Desafios e possibilidades para contemporaneidade”. A roda de conversa foi repleta de momentos marcantes, onde os alunos, após as falas dos convidados sobre sofrimento mental, acabaram se sentindo seguros para darem seus depoimentos pessoais, em sua maioria, as mulheres.

Os depoimentos trouxeram uma maior inquietação de como ocorre essa predominância feminina e de como as práticas corporais podem atuar como possibilidades para uma melhora na qualidade de vida destas mulheres, como uma forma preventiva e de tratamento para o sofrimento mental.

Concomitante à isso a pesquisadora passou por um momento pessoal que serviu como motivador final para o interesse no campo de pesquisa. No decorrer do ano de 2019 a pesquisadora se viu inserida em uma situação onde uma de suas melhores amigas lhe confessou o que passava com respeito à sua saúde mental. A amiga em questão relatou que foi tratada farmacologicamente para depressão e ansiedade desde os 17 anos, tendo recebido alta aos 18 anos. Não mais acompanhada por psiquiatra acabou abrindo mão do tratamento psicoterapêutico também, por conta própria, e sentia-se bem, até que alguns meses depois os sintomas do transtorno novamente a acometiam.

No momento do desabafo em questão esta amiga já se encontrava em estado avançado dos transtornos, posteriormente diagnosticado por psicólogo, impedindo-a de manter sua rotina normal de estudos, trabalho e até de relação com família, amigos e o namorado. Buscamos juntas por tratamento adequado, iniciou-se novamente tratamento farmacológico, acompanhado por psiquiatra, e tratamento psicoterapêutico, por psicólogo. Ao longo deste tratamento se via os efeitos dos medicamentos em seu organismo, incapacitando-a tanto quanto a doença. Não conseguia se manter acordada por muitas horas e parecia sempre

aérea aos acontecimentos ao redor. Mesmo nessas condições, esta amiga permanecia com os mesmos sintomas de quando iniciou o tratamento, inclusive ideário suicida e auto mutilação, sendo necessária internação emergencial.

Com tudo que foi acompanhado pela pesquisadora, na forma de espectadora, no momento da descoberta do acometimento do transtorno em sua amiga aos acontecimentos na clínica psiquiátrica a pesquisadora se viu mais motivada à pesquisas voltadas a terapias para os transtornos com um caráter menos invasivo, não incapacitante e que auxiliasse no bem estar das mulheres acometidas pelos mesmos.

Considera-se ainda a importância do presente trabalho a nível social dado ao elevado uso de fármacos para o tratamento de ansiedade e depressão e o direito à saúde nos dado constitucionalmente, abrindo assim uma premissa para o fornecimento de tratamentos alternativos e menos invasivos de forma inclusiva, para todos.

Além disso, o estudo se justifica no campo acadêmico por possuir relevância para um aumento na discussão de causas psicológicas e sociais para a predominância do sofrimento mental no gênero feminino e não somente a ênfase biológica já amplamente discutida, além da necessidade de se iniciar uma discussão sobre o papel das práticas corporais na saúde mental de mulheres, pois durante revisão bibliográfica para construção de arcabouço teórico não se achou um grande número de produções sobre o assunto, inclusive em todos os anos de produções do curso de Educação Física da Ufpa – Campus Belém, não se achou trabalhos que discutam o tema.

O presente trabalho foi uma pesquisa experimental, que segundo Gil (1994), consiste em determinar um objeto de estudo, selecionar as variáveis que seriam capazes de influenciá-lo, definir as formas de controle e de observação dos efeitos que a variável produz no objeto. Foram utilizados dois inventários para a determinação do grau de ansiedade e depressão em que a voluntária se encontra: Inventário de Ansiedade de Beck e Inventário de Depressão de Beck.

O Inventário de Depressão de Beck "Beck Depression Inventory"; (BECK *et al.*,1961; BDI) é um dos instrumentos mais utilizados para medir a severidade dos episódios depressivos pela sua facilidade de aplicabilidade, tendo vasta aplicabilidade clínica e em pesquisas. Diversos artigos confirmam a validação de sua versão em português, como em Gorestein e Andrade (1996) que afirmam que padrão geral de resultados corroborou a validade de construto da versão em português.

O Inventário de Ansiedade de Beck "Beck Anxiety Inventory"; (BECK E STEER,1988; BAI) é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar estados de ansiedade dada sua facilidade de aplicabilidade. Uma revisão realizada por Piotrowski (1999) afirma que é o terceiro instrumento de análise de ansiedade mais utilizado.

Para participação da pesquisa, foi realizada uma divulgação por meio de redes sociais trazendo os critérios para inclusão e então, seleção das candidatas que se enquadravam nestes. Os critérios para inclusão foram: mulheres cis de 18-65 anos, pois é a faixa etária apresentada na literatura com ênfase do adoecimento mental. APA (1994) ressalta uma maior frequência do início de episódios de Depressão Maior entre 16-35 anos. Estudos mais recentes tratam do adoecimento em mulheres de meia idade, como em Gonçalves; Fagulha; Ferreira. (2005) onde das 127 mulheres de 35-65 anos pesquisadas, 38% sofriam de alguma forma de perturbação depressiva. Assim como em *Depression and Other Common Mental Disorders* da OMS (2017 p.9) onde houve uma crescente global na presença de distúrbios de depressão de 44-64 anos.

Além disso, era necessário que as voluntárias nunca tivessem praticado musculação ou não a tenha praticado por pelo menos 06 (seis) meses anteriores ao início dos treinamentos, para uma maior garantia da efetividade ou não da prática corporal para a melhora do quadro; que tenham sido diagnosticadas com depressão e/ou ansiedade previamente por psicólogos, para garantia que precisem do tratamento e que tenham disponibilidade para locomoção à academia 03 (três) vezes por semana pelo prazo de 90 (noventa) dias para assegurar que realizará as práticas com objetivo terapêutico.

. Foram então selecionadas 10 voluntárias de 24-44 anos, em sua maioria 28 anos; das 10, 6 (seis) estão desempregadas, 2 (duas) são funcionárias do setor privado e 2 (duas) se declararam autônomas. As 2 (duas) funcionárias do setor privado relataram possuírem carga horária semanal de 30 e 40 horas, respectivamente. Entre as funcionárias que se identificaram como autônomas foi relatado uma com 40 horas de trabalho semanais e a outra não soube precisar tempo semanal trabalhado.

Todas assinaram o Termo De Consentimento Livre e Esclarecido onde constam todas as informações a qual a mesma precisa saber para participação da pesquisa. Foi realizada entrevista onde foi preenchido também um questionário com dados importantes para a coleta de dados e para análise do perfil das voluntárias. Realizou-se uma avaliação física com anamnese, peso e altura, perimetria e dobras cutâneas - protocolo de três dobras (JACKSON; POLLOCK; WARD, 1980, p.).

E então foram aplicados os Inventários de Depressão e Ansiedade de Beck. As voluntárias foram submetidas aos treinos de musculação por 03 (três) vezes na semana em um período de 90 dias na Academia BodyFit em Ananindeua/Pa. e então foram reaplicados os inventários, após os 90 dias de treinamento, para análise do comportamento do grau de depressão e ansiedade das voluntárias.

Para Minayo (1996) quando se fala de saúde ou doença, observa-se que essas duas categorias trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico embora os estudos de ordem quantitativa apresentem um quadro de magnitude e tendências que as abordagens históricas e socioantropológicas não informam. Ambas as abordagens são importantes e o ideal no campo da pesquisa em saúde é que sejam trabalhadas de forma que se complementem sistematicamente.

As hipóteses biológicas também são abordadas pelas pesquisas, principalmente levando-se em conta que diversas mudanças hormonais na mulher podem leva-la a mudança no humor, como por exemplo, a tensão pré menstrual, a gravidez, o *blues* e o período perimenopausal (...) Tenta-se dessa maneira, então, analisar diversas variáveis que fazem parte

deste grande quebra cabeça, sejam elas provenientes de mudanças hormonais, diferenças neuroendócrinas, estruturas e funções cerebrais, funções reprodutivas, além das variáveis psicológicas e socioculturais, ou seja, efeito da socialização, baixo status social, regras diferenciadas entre os sexos, eventos estressantes, dentre outras. (KORNSTEIN, 1997 *apud* BAPTISTA; BAPTISTA; OLIVEIRA, 1999, p.149)

. Uma das causas mais defendidas sobre a predominância dos transtornos mentais em mulheres se dá por fatores endócrinos, onde sua composição hormonal influenciaria diretamente. A prática de musculação atua diretamente no aumento do nível de endorfina (hormônio do prazer), provocando então uma maior sensação de paz e calma ao praticante, sendo, teoricamente, uma estratégia para o tratamento dos transtornos.

O trabalho está organizado em três capítulos e as considerações finais: um primeiro capítulo que buscou historicizar um pouco do sistema do capitalismo, chegando então à crise estrutural do capital e de como esta crise afetou a subjetividade do trabalhador, em especial da trabalhadora, e a sua relação com os sofrimentos mentais, no caso, depressão e ansiedade. No segundo capítulo, tratamos das práticas corporais, em especial a musculação, seus benefícios à nível global, seus benefícios para as mulheres e então seus benefícios para mulheres que sofrem com os transtornos. No terceiro capítulo trouxemos a pesquisa com metodologia e resultados, onde concluiu-se que a prática corporal musculação apresenta efeitos terapêuticos em mulheres já diagnosticadas com depressão e/ou ansiedade.

2 - CAPÍTULO 1: MUNDO DO TRABALHO E SAÚDE DO TRABALHADOR

Neste primeiro capítulo o objetivo é contextualizar aspectos da crise estrutural do capital e seus possíveis impactos na saúde dos trabalhadores de maneira geral, assim como apresentar alguns aspectos desses impactos na saúde da mulher trabalhadora.

2.1. Crise Estrutural do Capital

O advento da crise estrutural do capital que ocorreu em meados da década de 1970, que se caracterizou pela alteração no modo de produção capitalista que se alterou a partir do avanço da informatização no processo produtivo, fruto da crise do capital o que levou ao enxugamento da produção para um modelo de organização horizontal, orientado pelo trabalho coletivo e balizados por um modelo de competências do novo trabalhador, a partir de atributos cognitivos, atitudinais e valorativos.

Para Martins (2009), a crise estrutural do capital se refere aos incômodos em escala cada vez mais crescente na interação das dimensões internas fundamentais do capital: produção, consumo e circulação/distribuição/realização. Assim, é possível afirmar que a crise estrutural do capital é conhecida pela baixa das taxas históricas de lucro e de exploração, das mercadorias e da mão de obra, respectivamente, consequência do mal funcionamento entre as dimensões que compõe o capital.

A crise do capital é reconhecida por ele, o capital, ter perdido sua condição de dominação geral, que pôs em risco a sua reprodução em grande escala, obrigando-o a mudar sua forma de produzir, implementando um novo modelo, o fordista-taylorista de acumulação, uma reconfiguração política do Estado de Bem-Estar Social e, conseqüentemente, de uma nova sociabilidade humana para atender aos interesses da nova configuração do capital. Isso ocorreu no final dos anos de 1960 e início dos anos 1970, em que o colapso do modelo fordista-keynesiano, nos países capitalistas centrais, impulsionou um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação (ANTUNES; ALVES, 2000).

Segundo Meszáros (2002), a crise estrutural do capital se aproxima da crise do período entre 1929-1933, período que ficou demarcado pelo confronto entre o capitalismo e seus próprios problemas, pois seu avanço foi tão profundo que atingiu a esfera socioeconômica e as dimensões de se viver em sociedade, alterando as relações humanas em quase todos os aspectos da vida do homem, no sentido genérico.

As crises do capital quase sempre tem como consequência a exigência de um novo padrão de trabalhador, já que o modo de se produzir mercadorias inclui sempre a modernização da forma de se produzir produtos para sua circulação, consumo e lucro.

Logo, a não circulação desses produtos gera estagnação na circulação, o que não gera lucro. E para a manutenção do *status quo* do sistema capitalista, há sempre a necessidade de se criar um novo padrão de desemprego, fato que ocorreu nas crises vividas até então pelo capital, os trabalhadores ditos qualificados também são atingidos nessas crises e se somam ao contingente de reserva “desocupada” pré - existente, gerando uma contradição fundamental no modo de produção capitalista, e a totalidade da força de trabalho da sociedade, aumentando a responsabilidade de controle social por parte do Estado, pois é ele que tem que gerar soluções para superação dos problemas do capital.

Sendo assim, o novo padrão de desemprego oriundo das sucessivas crises, tem atingindo o modo de viver da população mundial. Alterando suas condições mais elementares de vida, cuja a gênese dessa alteração reside nas dimensões internas da crise estrutural do capital: Produção, Consumo e Circulação/distribuição/realização, o que para Meszáros (2002) significa afirmar que quando o funcionamento dessas três dimensões está dentro dos padrões, não há crise estrutural (a que altera a sociabilidade humana) pode haver outro tipo de crise, as cíclicas, que por sua vez, são repletas de contradições que podem ser ajustadas, caso a crise, seja parcial, necessitando apenas de mudanças no interior do complexo em particular.

Portanto, nos dias atuais a informatização e uso das novas tecnologias no processo produtivo demarca a nova configuração no modo de produção,

fruto da nova crise do capital, instalada nos anos 2000, que com advento do aprofundamento do Neoliberalismo em escala mundial, os interesses do mercado passam a ser os novos preceitos para uma nova sociabilidade humana. Pois as “velhas” práticas de produção não atende às novas necessidades do capital, há novas exigências para a mão de obra. Logo, há novas exigências para qualificação dos trabalhadores e a necessidade de efetivar reformas, que tomem como base as noções de empregabilidade e competência.

Em síntese, segundo Antunes e Alves (2009), o capital ao desequilibrar sua dinâmica ou dimensões, apresenta dois tipos de crises: estrutural e sistêmica e as crises cíclicas ou conjunturais. Ambas apresentam como desdobramento a atuação mais efetiva do Estado, no que se refere a implementação de mecanismos para que o capital volte ao equilíbrio.

2.2. O trabalho e a Saúde dos Trabalhadores

A crise estrutural do capital por ter sido uma crise, como o próprio nome já denuncia, afetou a estrutura da vida humana, visto que são os homens e mulheres quem fornecem a mão de obra ou força de trabalho para que suas dimensões funcionem dentro da normalidade.

A questão da saúde dos trabalhadores possui sua gênese na sociedade capitalista, tendo a sua esfera essencial consubstanciada no antagonismo capital x trabalho, intensificando-se ao longo da história e persistindo nos dias atuais. (SOUZA, 2012, p.12)

Convém então concordar com Luz (2011), ao afirmar que a sociedade atual, tem buscado o “cuidado à saúde”, como apelo social à atenção médica e a programas de prevenção e promoção de saúde a indivíduos, grupos e comunidades. Esse dado configura como a busca pela resposta do aumento exponencial, do sofrimento e adoecimento mental entre os trabalhadores,

fruto das condições sociais adversas à vida (danos evitáveis, oriundos do modo social de viver, ao meio ambiente, aos seres humanos de todas as idades em sua trajetória vital e aos seres vivos em geral) características do mundo urbano atual. (LUZ 2005 *apud* LUZ, 2011 p.22)

A dimensão do adoecimento relacionado ao trabalho se apresenta como grande complexo do campo acadêmico, tanto que ela tem sido alvo de pesquisas e estudos das Ciências humanas e sociais, das Ciências Biológicas e Biomédicas, o que o torna como grande desafio a ser desvendado quando ele é atrelado à questão da saúde e do trabalho.

À partir das análises de Friedrich Engels em “A situação da classe trabalhadora na Inglaterra” pode-se analisar as questões voltadas à área da saúde sob uma nova perspectiva, pois seu estudo foi voltado às condições impostas aos trabalhadores, a partir da Revolução Industrial. Empreendeu-se então uma apreciação crítica, cujo foco não se concentra no sujeito, no biológico, ou nas causas e efeitos, mas, antes na vulnerabilidade do coletivo e do indivíduo, nas contradições da sociedade, nas múltiplas relações que interagem com a saúde. (RESTREPO, 2001a ; ALMEIDA, 1999 *apud* PALMA; ESTEVÃO E BAGRICHEVSKY, 2003)

Nos estudos de Souza (2012) foi constatado que mundialmente as doenças oriundas do trabalho, no período de 1980 e 1990, foram configuradas pelos acidentes, dermatoses e lesões por esforço repetitivo (LER). No Brasil foram registrados 43.755 casos de doenças profissionais, com disparidades entre as regiões, sendo a região Norte a que menos apresentou registro e a região Sudeste a que mais apresentou frequência de adoecimentos oriundos do trabalho.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) nos fornece estatísticas interessantes. Em um relatório publicado em 2004, revela-nos que ocorrem 270 milhões de acidentes de trabalho por ano, sendo 350 mil fatais e 22 mil com crianças. Em relação às doenças relacionadas ao trabalho, constatamos que existe uma incidência de 160 milhões de casos ao ano. Destes casos, mais de 53 milhões geram o afastamento do trabalhador de sua função por pelo menos quatro dias, e 1 milhão e 650 mil são seguidos de morte. Observamos que todo ano morre, outros 5 mil feridos necessitam de primeiros socorros. (SOUZA, 2012, p.19)

Ainda nos estudos desse autor, é elucidado que nos estudos de Conchas-Barriends *et al.* (2004 *apud* IVANOV; STRAIFE, 2016) eles afirmam que em 2002 um estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 20% a 30% dos homens e 20% a 50% da população feminina, em idade

economicamente ativa, podem ter sido expostos a substâncias cancerígenas do pulmão durante suas vidas profissionais, incluindo o amianto, arsênico, berílio, cádmio, cromo, níquel e sílica.

Ainda nas constatações do estudo de Souza (2012), em todo o mundo, as exposições no espaço de trabalho ao adoecimento perfaz o total de 10,3% dos casos de câncer do pulmão, traqueia e brônquios e cerca de 2,4% nos casos de leucemia.

Em síntese, é possível afirmar que há uma diversidade de exposição ao adoecimento no ambiente do trabalho, que vão desde

1) radiação ionizante: estima-se que cerca de 11 milhões de trabalhadores recebem acompanhamento de saúde específico devido a exposição; 2) substâncias químicas: 439 mil/ano chegam ao óbito devido à exposição a substâncias químicas perigosas, como o amianto, que sozinho mata mais de 100 mil ao ano (especialmente na Alemanha, Reino Unido, Canadá e Estados Unidos). A exposição a substâncias perigosas no trabalho ainda é responsável por cerca de 170 mil casos de câncer de pulmão e mesotelioma e 315 mil casos de câncer em geral ao ano, além de 10% do total dos cânceres de pele do mundo (OIT, 2004); 3 ruído: Dias, Cordeiro e Gonçalves (2006, p. 129) trazem um relato de Albert (1998), mostrando “que a magnitude da exposição ocupacional ao ruído foi estimada em 600 milhões de trabalhadores o mundo em 1998”, sendo estes trabalhadores mais propensos aos acidentes de trabalho em geral do que os não expostos, sem contar as perdas auditivas. (SOUZA, 2012, p. 21)

Percebe-se então que esta configuração de modo de produção atua no campo de adoecimento do trabalhador inclusive em suas capacidades físicas, essas alterações podem atuar diretamente em suas capacidades psíquicas dada a alteração em sua dinâmica laboral e assim afetando a sua subjetividade já prejudicada por este modelo.

Quanto à saúde das mulheres trabalhadoras é destacado que os distúrbios articulares e visuais são correlacionados às tarefas repetitivas e estáticas reservadas às mulheres, com manipulação rápida de instrumentos e excessiva demanda de visualização.

O aumento da participação da mulher no mundo do trabalho cresceu, de maneira substancial, logo os registros a respeito do adoecimento adquirido no

espaço do trabalho também aumentado, um dos exemplos citado por Souza (2012) é

O controle emocional das recepcionistas e das telefonistas tem sido identificado como geradores de ansiedade (WISNER, 1987). Várias ocupações femininas requerem o carregamento de pesos e grandes esforços físicos, como, por exemplo, na enfermagem, no setor rural e o próprio trabalho doméstico. Sabe-se que, entre outros fatores prejudiciais à mulher grávida, o transporte de pesos, os esforços físicos dinâmicos e repetitivos as vibrações podem causar partos prematuros e abortos. Há orientações entre distúrbios menstruais e a cadência elevada e vibrações. O ruído excessivo pode lesar o ouvido do feto. Além disso, uma série de agentes agressivos pode prejudicar o feto: o benzeno, o chumbo e o mercúrio são teratogênicos. As radiações ionizantes podem, também, causar mal-formações em vários órgãos do corpo do feto e até a morte. Diversas substâncias químicas passam pelo leite materno e são ingeridas pelo neném. (BRITO, 2011, p. 211 *apud* SOUZA, 2012, p. 21)

Os dados demonstrados por Souza (2012) deixam evidente a forte tendência, de muito significado, que é a chegada das mulheres no mundo do trabalho. O aumento do trabalho feminino, que atinge mais de 40% da força de trabalho em diversos países avançados, e que tem sido absorvido pelo capital, preferencialmente no universo do trabalho *part-time*, precarizado e desregulamentado. O que resulta também no aumento quantitativo das incidências dos adoecimentos em mulheres. Um exemplo é o Reino Unido, que desde 1998 o contingente feminino se tornou superior ao masculino, na composição da força de trabalho britânica.

Além disso, Antunes e Alves (2004) chama atenção que essa expansão do trabalho feminino, não incluiu as questões relacionadas à temática salarial, na qual os níveis de remuneração das mulheres são em média inferiores àqueles recebidos pelos trabalhadores do gênero masculino, o mesmo ocorrendo com relação aos direitos sociais e do trabalho, que também são desiguais. O que também pode causar um mal estar, sentimento de inferioridade, incapacidade e culpa por não está em condições iguais aos homens.

2.3 – Flexibilização do trabalho e impactos na sua subjetividade dos trabalhadores

Nos anos 2000 a flexibilização e a precarização das condições de trabalho no Brasil levaram uma grande massa de trabalhadores à informalidade, principalmente nos setores em que a mão de obra depende da força de trabalho bastante peculiar, como a agricultura, extrativismo e pesca

O trabalho é uma dimensão da vida humana que determina a forma como se organiza e se produz na sociedade. Na perspectiva marxiana o trabalho é a primeiro ato humano para se garantir a sobrevivência e a subexistência, caracterizado pela atuação do homem à natureza, de onde ele extrai matérias primas para produção de bens materiais, E esse processo é de atuar na natureza é denominado de cultura, visto que as experiências nesse ato passam de geração para geração. Marx e Engels (1845/1846 *apud* COSTA, 2018) retratam que a essência do ser humano está no trabalho, o que os homens produzem define o que eles são.

Assim, consideramos o trabalho como elemento estruturante e fundante nos processos de subjetivação dos homens, no sentido genérico. Pois ele engloba significados do campo, social, cultural e político que formam identidades e representações.

Esta constituição subjetiva se dá no intercâmbio relacional que os homens estabelecem entre si, gerando também uma divisão social do trabalho decorrente do aumento da população e conseqüentemente da produção. A maneira como a sociedade se organiza para o trabalho é que irá determinar a atividade de cada indivíduo; e os modos de produção contemporâneos trará impactos diretos na relação homem-trabalho, bem como nos processos de subjetivação do trabalhador (COSTA, 2018, p. 439)

Na sociedade capitalista o trabalho humano se diversifica conforme a necessidade de (re) criação do seu modo de produzir, pois a necessidade de gerar novos produtos, deve garantir a circulação deles e assim para obter lucro, por meio da exploração da mão obra de homens e mulheres que vivem do trabalho.

O que gera lucro para o capitalista é a capacidade humana de produzir além do que consome, a chamada mais-valia, por ser o único meio pelo qual se amplia o capital; todos os meios possíveis são aplicados ao trabalho humano com o intuito de aumentar a produção da força de trabalho comprada quando está essa em ação. (COSTA, 2018, p.439)

E nessa perspectiva do trabalho capitalista que a sua organização se dá pela dinâmica hierárquica, do patrão e empregado e do homem e mulher, justamente por essa organização ocorrer pelas relações estabelecidas historicamente no que é concebido como papel do homem e da mulher na relação dos bens produzidos pela humanidade. Ou seja, ao longo da história o homem era quem detinha a função de garantir o sustento da família, enquanto a mulher cuidava dos afazeres domésticos. No entanto, na década de 1970, houve uma ampliação da atuação da mulher no mercado, devido às grandes lutas travadas pelos seus direitos, direito ao trabalho regulamentado, com remuneração igual aos dos homens.

A ocupação da mulher no mercado de trabalho continuou crescente na década de 1980, porém a luta pela igualdade ainda era algo a ser superado, pois as questões salariais e de segregação entre homens e mulheres era quase que “naturalizado”.

Tais desigualdades se expressam através das posições destinadas às mulheres na divisão sexual do trabalho, pois, “as mulheres cabem ocupações de mais baixo status, com menores oportunidades de desenvolvimento e ascensão ocupacional, e seus rendimentos do trabalho são, significativamente, mais baixos do que os auferidos pelos homens”. (GALEAZZI, 2001 *apud* COSTA, 2018, p.441)

É perceptível que nas dimensões da vida humana a mulher tem vivido as duras consequências opressoras do modelo de sociedade vigente, cujo o foco não é a garantia do bem estar dos que produzem a suas riquezas, seu foco é simplesmente manter o equilíbrio nas suas taxas de lucro. Mesmo que isso, custe a saúde dos trabalhadores, que são expostos aos processos mais invasivos de sofrimento, e até mesmo de adoecimentos.

2.4 Os riscos do trabalho na vida da Mulher

Está cada vez mais evidente que o papel da mulher vem se modificando ao longo das décadas. Vemos sua atuação mais efetiva e participativa no mercado de trabalho, vemos cada vez mais sua atuação na vida política da sua comunidade e de seu povo. A ciência avançou nas medidas contraceptivas, que atualmente atinge sua autonomia em relação ao seu corpo e o controle

sobre sua vontade acerca da natalidade. À partir desse controle se tornou mais dinâmico a inserção dessas mulheres no mundo do trabalho.

Apesar destas mudanças, a mulher seguiu sendo a principal atuante nas atividades domésticas, pois possui dificuldade para delegação de tarefas, que ao se somar com as funções laborais acaba por sobrecarregá-las, destacando-se assim o perfil de jornada tripla de trabalho desse gênero.

Em pesquisa realizada pelo *International Stress Management Association* no Brasil “mostrou que as mulheres brasileiras pensam que tem que trabalhar duas vezes mais para ter o mesmo reconhecimento do homem” (ROSSI, 2003).

Mourão; Duarte (2003) apresentaram como hipótese, baseada na realidade social vigente, que as mulheres estão estressadas pelo excesso de trabalho, mas que esse estresse não advém da incapacidade de se organizar nos diferentes afazeres – diga-se de passagem uma das capacidades neurológicas femininas é de receber informações simultaneamente – mas da diversidade imensa de papéis que assume, da somatização das responsabilidades, suscitadas e da sua dificuldade de impor limites.

Mourão; Duarte (2003) concluem que o diagnóstico das revoluções feministas do século XX é por assim dizer ambíguo, ele aponta para conquistas mas também para armadilhas. A profissionalização se trouxe independência, trouxe também estresse, fadiga e exaustão, visível atualmente nas estatísticas de infartos e problemas nervosos.

Fica nítido essa relação com os problemas nervosos quando analisamos as predominâncias nos adoecimentos mentais. Um estudo de prevalência de morbidade psiquiátrica denominado NEMESIS apontou que o transtorno com maior incidência era a depressão (3,9), seguida por fobia simples (3,17) já os homens apresentaram maior incidência no uso de substâncias, particularmente álcool, (4,09). Forneceu-se uma medida do risco, das mulheres em relação aos homens, de apresentar qualquer transtorno mental de 1,54. (BIJL, RAVELLI, VAN ZESSEN, 1998)

Andrade; Viana e Silveira, (2006) ressaltam que a violência tem sido identificada como um fator de risco para vários agravos à saúde da mulher, tanto física como mental e reprodutiva, e tem se mostrado associada a pior qualidade de vida, maior procura por serviços de saúde, maior exposição a fatores de risco (sexo desprotegido, tabagismo, abuso de álcool e outras drogas) e maiores taxas de suicídio e tentativas de suicídio.

Além dos transtornos associados à questões exclusivamente femininas, como o ciclo reprodutivo, onde se pode apresentar sintomas emocionais e transtornos de comportamento extremamente desagradáveis no período perimenstrual, que podem incluir transtornos mentais como depressão e ansiedade pré existentes; transtornos mentais associados ao puerpério, À exemplo da *maternity blues* (tristeza do pós-parto), depressão e até psicose e transtornos mentais associados à perimenopausa e menopausa, onde temos por sintomas psíquicos as alterações de humor mais frequentes, que são, irritabilidade, labilidade emocional, episódios frequentes de choro imotivado, ansiedade, humor depressivo, falta de motivação e energia, dificuldade de concentração e memorização e insônia. (ANDRADE, VIANA e SILVEIRA, (2006)

3 – CAPÍTULO 2 : PRÁTICAS CORPORAIS E SAÚDE MENTAL

O presente capítulo teve por finalidade conceituar a prática corporal/atividade física, destacar seus benefícios com a saúde, seus benefícios para o público feminino e então seus benefícios para quem é acometido de transtornos mentais, incluindo a conceituação dos transtornos trabalhados no presente trabalho: depressão e ansiedade.

3.1 – Aspectos Históricos e Conceituais Da Saúde

Quando tratamos do conceito de saúde a ideia que comumente vem à nossa cabeça é a de ausência de doença. Palma; Estevão e Bagrichevsky (2003) chamam atenção que como problemas para essa definição reducionista, à luz apenas dos pressupostos biológicos e das associações estatísticas presentes nos estudos epidemiológicos, temos: a) o foco centra-se na doença; b) a culpabilização do indivíduo frente à sua própria doença; c) a crença na possibilidade de resolução do problema encerrando-se uma suposta causa, a qual recai no processo de medicalização; d) a naturalização da doença; e) e o ceticismo em relação a contribuição de diferentes saberes para auxiliar na compreensão dos fenômenos relacionados à saúde.

Esta relação não se dá por acaso, Coelho; Almeida Filho (2002 *apud* PALMA; ESTEVÃO E BAGRICHEVSKY, 2003) trazem que se por um lado a carência de estudos é relevante para tal posição, por outro a pobreza conceitual pode advir da influência da indústria farmacêutica e da cultura da doença. Os interesses que as regem indica, ser vantajoso estabelecer o ditame de que saúde só pode ser obtida com ausência de doenças.

Para a Organização Mundial da Saúde (1948): “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade”. Já no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde há uma concepção de saúde que engloba de forma mais ampla os fatores sociais importantes para sua definição: “saúde é o resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim antes de tudo o resultado das formas de organização social da

produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (MINAYO, 1992). Tornando-se então evidente que a relação do indivíduo com a saúde está intimamente ligada à relação do indivíduo com a sociedade. Canguilhem (1995) ensina que a saúde se caracteriza pela possibilidade de adoecer e se recuperar. Além disso, a saúde seria em última análise, a expressão das formas de organização social da produção.

Ainda em Palma; Estevão e Bagrichevsky, (2003) temos o destaque para o termo “são”, aparecendo ainda como sinônimo de santo. Não é de se espantar, então, que o doente seja culpado pela sua doença, que “só é gordo quem quer” ou cardíaco, diabético, etc. Percebendo-se então a culpa presente no contexto de saúde como ausência da doença.

Precisa-se então distanciar-se desse conceito reduzido de saúde apenas como opositor da doença, para se buscar distanciamento do sentimento de culpa. Encontrar a saúde é, antes, então: “reduzir esta tensão do sentir, esse fardo opressor da cultura” (NIETZSCHE, 2000 *apud* PALMA; ESTEVÃO E BAGRICHEVSKY, 2003)

Por fim, para relacionarmos com o presente trabalho, trazemos a prática da atividade física relacionada à saúde longe de uma obrigação que o isente da culpa, que deveria ser encarada como uma possibilidade prazerosa de livre escolha. A educação física, desse modo, deveria atentar para tais aspectos e despertar os cidadãos, desde a mais jovem idade, sobre as possibilidades do movimento humano. (PALMA; ESTEVÃO E BAGRICHEVSKY, 2003)

3.1.1 – Práticas Corporais/Atividade Física e suas Contribuições para a Saúde

Para que saibamos os benefícios das práticas corporais/atividades físicas é necessário que compreendamos suas definições e relações. Lazzarotti-Filho *et al.* (2010) ressaltam que no campo da Educação Física, o termo práticas corporais vem sendo eleito pelos pesquisadores que estabelecem relação com as ciências humanas e sociais, pois os que dialogam com as ciências biológicas e exatas operam com o conceito de atividade física.

Na Educação, o termo é recorrente e também se mostra como relevante para aquela comunidade acadêmica.

Temos em Caspersen; Powell; Christenson, 1985 (*apud* POLISSENI; RIBEIRO, 2014) como conceito de atividade física qualquer movimento corporal produzido pelo sistema musculoesquelético que resulta em gasto energético.

Observando-se então em Silva (2014) que o conjunto de suas características é inferior ou mais específico que o conceito de práticas corporais que o inclui. Sendo assim temos a atividade física como elemento constituinte das práticas corporais, podendo então considerarmos todos os seus benefícios como benefícios provenientes também destas práticas. É então á partir do esclarecimento de tais definições que nos aprofundaremos sobre as contribuições destas práticas corporais para a saúde.

Um artigo de revisão realizado por Stein (1999) traz que a grande maioria dos estudos realizados com o objetivo de determinar o papel da atividade física em relação à saúde demonstrou que a prática de exercícios regulares em bases crônicas aponta para um benefício real. Genericamente, um efeito protetor contra doenças crônico-degenerativas, especialmente as de origem cardiovascular, pode ser esperado.

À exemplo mais atual, temos o estudo de Lee *et al.* (2012) que apontou que em todo o mundo o sedentarismo causaria cerca de 6% da carga de doença cardíaca coronária, 7% do diabetes tipo 2, 10% de câncer de mama e 10% de câncer de cólon. Estima-se que a inatividade resultaria em 9% da mortalidade prematura, cerca de 5,3 milhões dos 57 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008 e a eliminação da inatividade física poderia aumentar a expectativa de vida da população do mundo em 0,68 anos.

Um estudo epidemiológico desenvolvido por Paffenbarger *et al.* (1986) determinou, por questionários, o nível de atividade física de 16.936 indivíduos de 35 a 74 anos, ex-alunos da Universidade de Harvard, e observaram, ao longo de 16 anos de estudo, declínio progressivo em eventos coronarianos tanto fatais como não fatais, à medida que aumentava o gasto energético diário

(menos de 500kcal/semana a 3.500kcal/semana). Além disso, as taxas de mortalidade foram 25% a 35% mais baixas nos indivíduos com gasto energético com atividade física maior ou igual a 2.000kcal/semana, mesmo na presença de outros fatores de risco, como hipertensão, obesidade e fumo.

Para Pate *et al.* (1995) temos como recomendação do ACSM para a promoção de saúde e prevenção de doenças em adultos de 18-64 anos a realização de 150 minutos de atividade física aeróbica, de intensidade moderada, por semana, ou pelo menos 75 minutos de atividade física aeróbica, de intensidade vigorosa, por semana, ou, ainda, a combinação de ambos, podendo ser realizadas em frações de pelo menos 10 minutos de duração e distribuídos durante a semana. Recomenda-se também realizar atividades de força muscular, moderadas ou vigorosas, duas ou mais vezes por semana.

Carvalho *et al.* (1996) traz a posição da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte sobre atividade física e saúde (1996), onde se mostra que os profissionais da área de saúde devem combater o sedentarismo, incluindo em sua anamnese questionamentos específicos sobre atividade física regular, desportiva ou não, conscientizando as pessoas a esse respeito e estimulando o incremento da atividade física, através de atividades informais e formais. Além de que os governos, em seus diversos níveis, devem considerar a atividade física como questão fundamental de saúde pública, divulgando as informações relevantes a seu respeito e implementando programas para uma prática orientada.

Em 2006, com a portaria nº 687 o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) elaboraram e aprovaram a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), tendo como objetivo geral “*promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais*” e tendo como um de seus eixos prioritários de ação a prática corporal/atividade física. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BR, 2006)

Nesta Portaria temos como ação específica as práticas corporais/atividade física onde se apresentam ações na rede básica e na saúde da comunidade, destacando-se a oferta de práticas corporais / atividade física como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto para grupos vulneráveis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BR, 2006).

Percebe-se então que desde a década de 1980 até o presente momento os estudos destacam cada vez mais a importância das práticas corporais como medidas preventivas e até terapêuticas para doenças crônico-degenerativas. Para fim de melhor delineamento do estudo serão então destacadas as relações entre a prática corporal musculação e a saúde.

3.1.2 – Musculação e Saúde

A musculação, ou treinamento de força, tem ganhado seu espaço cada vez mais nas duas últimas décadas como poderoso aliado ao tratamento e prevenção de doenças crônico-degenerativas. Estudos apontam a relação entre o ganho e manutenção de massa magra e maiores taxas de longevidade.

Temos em Jurca *et al.* (2004) um estudo no qual um dos objetivos principais era examinar a associação entre a força muscular e a prevalência de síndrome metabólica. Participaram do estudo 8.570 homens, com idade de 20-75 anos. Concluiu-se que a força muscular é independentemente associada à prevalência de síndrome metabólica. Os homens com maiores níveis de força tiveram uma probabilidade 67% menor de ter síndrome metabólica, comparados aos homens com menores níveis de força.

Síndrome metabólica é a ocorrência de três ou mais morbidades. Caracteriza-se pelo agrupamento de fatores de risco cardiovascular, como hipertensão arterial, resistência insulínica, intolerância à glicose ou *diabetes mellitus* tipo 2 e obesidade central. (CIOLAC, GUIMARÃES 2004).

Gomes *et al.* (2004) com as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão recomendam a prática regular de exercícios físicos para todos os hipertensos, inclusive para aqueles sob tratamento medicamentoso, porque reduz a pressão arterial sistólica/diastólica em 6,9/4,9 mmHg. Estabelece que

esse grupo deva treinar de 3-5 vezes por semana por pelo menos 30 minutos e, com o objetivo de emagrecimento, por 60 minutos. Preconiza que, além do treinamento aeróbico, os hipertensos devem praticar exercícios resistivos. A intensidade do treino deve ser de 50-60% de 1RM.

Albright *et al.* (2001) traz que uma estratégia relativamente nova para o combate da resistência insulínica é o Treinamento de Força Progressivo (TFP), que é definido como um aumento progressivo da força exercida contra uma resistência, preferido quando o paciente diabético sofre de ulcerações nos pés.

A *American Diabetes Association* (2001) enfatiza que Fraqueza muscular, diminuição da massa magra, diminuição da atividade da enzima glicogênio sintetase e mudanças no tipo de fibra do tipo 2 para tipo1 são relatadas preceder a resistência insulínica, intolerância a glicose e *Diabetes Mellitus* tipo 2. Com isso Gutierrez e Martins (2008) afirmam que o Treinamento de Força pode agir sobre essas variáveis, amenizando os sintomas negativos provocados pela DM2.

Hunter *et al.* (2002) apresentaram um estudo com idosos acima de 60 anos, com duração de 25 semanas, verificou que o TF (10 exercícios e duas séries de 10 repetições a 65-80% de 1 RM) foi capaz de promover uma perda de peso corporal correspondente a 1,7 kg nas mulheres e 1,8 kg nos homens. Além disso, as mulheres foram capazes de ganhar 1 kg de massa magra e os homens, 2,8 kg.

Gutierrez e Martins (2008) realizaram uma revisão sobre os efeitos do treinamento de força sobre os fatores de risco da síndrome metabólica onde afirmam que os artigos científicos apresentados fornecem dados que permitem concluir que o treinamento de força pode contribuir de forma efetiva na diminuição dos fatores de risco relacionados à síndrome metabólica.

Sendo assim, temos a musculação como uma prática corporal comprovadamente eficaz para a manutenção da saúde e melhora da qualidade de vida do indivíduo. Além de seus benefícios para a população geral, encontramos também benefícios específicos para a população feminina, os quais serão tratados no tópico a seguir.

3.2 – Práticas Corporais e a Saúde da Mulher

3.2.1 – Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte

Desde 1996 a Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte realizou uma sequência de publicações registrando o seu posicionamento oficial sobre os 4 temas tidos como os grandes temas em Atividade Física E Saúde: Atividade Física E Saúde Em Indivíduos Aparentemente Saudáveis, Atividade Física E Saúde Na Infância E Adolescência, Atividade Física E Saúde Em Indivíduos Idosos e então, em 2000, Atividade Física E Saúde Da Mulher, posicionamento este que trataremos a seguir.

3.2.1.1– Climatério

O climatério é caracterizado pela diminuição fisiológica da função ovariana. Devido à carência hormonal que pode se estabelecer nesta fase, ocorrem modificações nos diversos tecidos-alvo. Sobre a relação da atividade física e os efeitos ocorridos neste período temos que

Em relação ao perfil lipídico há, também, alterações negativas, com aumento dos níveis de colesterol total e triglicérides e diminuição da fração HDL. A atividade física tem papel estabelecido na prevenção da doença coronariana através da elevação da HDL. Este efeito é especialmente necessário no climatério, já que os benefícios que se poderiam obter com a reposição de estrogênios são reduzidos com a necessária associação de progestogênios. Há uma relação inversa entre o exercício praticado regularmente e as principais causas de morte na mulher pós-menopáusicas. Vários estudos têm demonstrado o efeito benéfico do exercício na prevenção primária e secundária de diversas doenças, como hipertensão arterial, cardiopatia isquêmica, diabetes e osteoporose, entre outras. São relatados também efeitos benéficos do exercício sobre os fogachos e a depressão psíquica no climatério. (LEITÃO *et al.* 2000)

Assim, as práticas corporais se apresentam como positivas para prevenção de patologias que normalmente acometem mulheres em seu período pós-menopausático decorrentes das desregulações hormonais características ao período.

3.2.1.2 – Gestação e pós-parto

Durante o período gestacional e pós-parto a atividade física é permitida e indicada na maioria dos casos, restringindo-se aos casos com certas anormalidades como destacado a seguir

A atividade física na gestação é recomendada na total ausência de qualquer anormalidade, mediante avaliação médica especializada. As contra-indicações absolutas são o sangramento uterino de qualquer causa, a placentação baixa, o trabalho de parto pré-termo, o retardo de crescimento intra-uterino, os sinais de insuficiência placentária, a rotura prematura de membranas e a incompetência istmocervical. Durante uma gestação normal, quem já praticava exercícios pode continuar a fazê-lo, adequando a prescrição à gestação. Os objetivos da prática de atividade física em gestantes são a manutenção da aptidão física e da saúde, a diminuição de sintomas gravídicos, o melhor controle ponderal, a diminuição da tensão no parto, e uma recuperação no pós-parto imediato mais rápida. Outros benefícios da atividade física na gestante são o auxílio no retorno venoso prevenindo o aparecimento de varizes de membros inferiores e a melhora nas condições de irrigação da placenta. (LEITÃO *et al.* 2000)

Esse posicionamento é importante para ratificar a relevância das práticas corporais para a saúde gestacional da mulher e do feto, além do período pós natal, atuando na recuperação da mulher e acelerando seu retorno às atividades normais. A SBME apresenta como conclusão sobre a atividade física e saúde da mulher:

- 1) A atividade física regular é um importante fator para a promoção e manutenção da saúde da mulher em todas as idades e situações, inclusive na gestação e na fase pós-parto. 2) Deve-se enfatizar que, em relação à doença arterial coronariana, o sedentarismo é hoje considerado fator de risco maior e deve ser combatido na população feminina de forma sistemática e enfática, seja através da inserção de atividades cotidianas que envolvam um maior gasto energético, seja através da prática de modalidades desportivas. 3) As mulheres respondem a estímulos de treinamento de forma semelhante aos homens, estando assim aptas a praticar esportes competitivos ou não, respeitadas suas características particulares. 4) Os governos, em seus diversos níveis, as entidades profissionais e científicas e os meios de comunicação devem considerar o sedentarismo como um problema endêmico de saúde pública, divulgando esse tipo de informação e implementando programas para a prática orientada de exercício físico. (LEITÃO *et al.* 2010).

Na publicação da SBME fica então evidente a importância das práticas corporais para questões associadas exclusivamente à saúde da mulher assim como a divulgação destas informações através da criação de medidas de políticas públicas.

3.2.2 - Musculação e a Saúde da Mulher

Lessa; Oshita e Valezi (2007) discutem que com o processo de envelhecimento da mulher e, principalmente, com o advento da menopausa, podem ocorrer inúmeras patologias tais como: osteoporose, aumento da massa gorda acarretando uma possível diabetes, aumento do colesterol ruim (LDL), triglicerídeos, redução do colesterol bom (HDL), problemas coronarianos, diminuição da autovalia pela baixa produção de progesterona, depressão pelo desequilíbrio da captação da serotonina e dopamina, dentre outras.

Como já abordado, a prática de musculação colaborará com o processo de melhora ou até preventivo de algumas das patologias citadas acima como diabetes, problemas coronários e aumento de massa gorda. Podemos ressaltar também a importância da musculação no aumento da densidade óssea.

O treinamento de força pode aumentar a densidade óssea mineral em pessoas de todas as idades, revertendo o processo de enfraquecimento ósseo, fatores como os genéticos, hormonais e nutricionais, desempenham papéis importantes na saúde óssea, e o treinamento de força é uma atividade que desenvolve um sistema musculoesquelético mais forte e ajuda os ossos a resistirem à deterioração (WESTCOSTT & BAECHLE,2001).

É importante ressaltar os benefícios de caráter psicossocial trazidos pela prática corporal. Meireles (1998) ressalta as melhoras subjetivas que esses exercícios proporcionam como: aumento da auto-estima, melhora da qualidade do sono, autoconfiança, sensação de bem-estar e autovalia.

3.3 - Atividade Física e a Saúde Mental

3.3.1 - Transtornos Mentais Comuns (TMC)

Goldberg e Huxley (1992) criam o conceito de Transtornos Mentais Comuns, para caracterizar um conjunto de sintomas não psicóticos como a insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e

queixas somáticas, que designam situações de sofrimento mental, muitas vezes não abrangidas pelos critérios diagnósticos das classificações internacionais.

Mais globalmente podemos dizer que estes transtornos estão incluídos nos quadros de estresse, a ansiedade e a depressão (GREEN & BENZEVAL, 2011 *apud* MURCHO; PACHECO; JESUS, 2016) e frequentemente ocorrem associados aos distúrbios somatoformes, podendo inclusive ser mascarados por estes últimos (APÓSTOLO, FIGUEIREDO, MENDES E RODRIGUES, 2011a; FORTES *et al.*, 2011 *apud* MURCHO; PACHECO; JESUS, 2016).

Para o presente trabalho utilizaremos dois transtornos englobados na classificação de TMC, são eles: depressão e ansiedade. Nos parágrafos a seguir apresentamos seus conceitos além de destacarmos dados sobre a predominância de tais TMC's no gênero feminino.

3.3.1.1 – Depressão

A depressão pode ser considerada um dos transtornos de maior prevalência e crescimento da população mundial. Segundo dados do relatório global da OMS (2017), numa escala global, os números de caso de depressão entre os anos de 2005 e 2015 tiveram um aumento de 18%, com sua maioria acometida pelo sexo feminino. No Brasil, o mesmo relatório constatou que no mesmo período 5,8% da população eram acometidas com esse distúrbio (cerca de 11,5 milhões de pessoas)

Esse aumento exponencial de acometimento ao transtorno pode estar relacionado à conjuntura atual onde temos o aumento da precarização e intensificação do trabalho. Blazer (2000) afirma que o acúmulo de eventos de vida estressantes, entre os quais se incluem, além de mortes, separações e doenças graves, início em um trabalho novo e mudanças nas condições de trabalho, parece predispor uma pessoa a episódios de depressão.

Ainda em Blazer (2000) os adultos jovens parecem estar diante do maior risco de depressão devido a uma série de fatores que chamam de ambientais: crescente urbanização, isolamento social e anomia, mudanças nos lugares de

trabalho, no emprego e na carreira profissional (tanto para os homens, como para as mulheres), crescentes laicização e mobilidade geográfica.

Vieira (2009) encontrou o *burnout*, reconhecidamente uma medida de estresse crônico no trabalho, associado a maior risco prospectivo de doenças cardiovasculares e musculoesqueléticas, hipercolesterolemia, diabetes e depressão clínica. *Burnout* está associado também a maior risco prospectivo de absenteísmo do trabalho por doença.

Segundo dados de 2015 publicados em *Depression and Other Common Mental Disorders* da OMS (2017 p.9) essa prevalência feminina encontra-se presente a nível global e em todos os intervalos de faixa etária analisados, com idade mínima de 15 anos à máxima de 80+.

Andrade *et al.* (2006) afirma que depressão é comprovadamente a doença que mais causa incapacitação em mulheres, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. A razão entre as taxas de prevalência em mulheres e homens tem variado entre 1,5 e 3,0, com uma média de 2 mulheres para cada homem.

Ainda em Andrade *et al.* (2006) temos que além das especificidades biológicas, outras teorias têm sido exploradas para explicar as diferenças de gênero na prevalência de gênero na prevalência de depressão, como por exemplo, maior persistência dos episódios depressivos em mulheres que homens, permeada pela influência de pressões sociais, estresse crônico e baixo nível de satisfação associado ao desempenho de papéis tradicionalmente femininos.

Para Cheik *et al.* (2003) é correto afirmar que a depressão ou depressão nervosa é como um estado patológico com um humor triste e doloroso associado à redução da atividade psicológica e física. O indivíduo constatado com depressão se sente impotente e a doença vem quase sempre acompanhada de outros sintomas, como ansiedade ou a insônia.

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) da *American Psychiatric Association* (2013) os critérios para diagnóstico da depressão são: estado deprimido (sentir-se deprimido a maior

parte do tempo); anedonia: interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades da rotina; sensação de inutilidade ou culpa excessiva; dificuldade de concentração: habilidade frequentemente diminuída para pensar e concentrar-se; fadiga ou perda de energia; distúrbios do sono: insônia ou hipersonia praticamente diárias; problemas psicomotores: agitação ou retardo psicomotor; perda ou ganho significativo de peso, na ausência de regime alimentar; ideias recorrentes de morte ou suicídio.

Através do número de itens respondidos de forma positiva pode-se determinar o grau do transtorno. Para depressão menor é necessário apresentar de dois a quatro sintomas por duas semanas ou mais, sendo um deles estado deprimido ou anedonia. Para distímia precisa-se apresentar três ou quatro sintomas, sendo um deles estado deprimido por pelo menos dois anos. E para depressão maior se deve apresentar cinco ou mais sintomas por duas semanas ou mais, incluindo estado deprimido ou anedonia.

Já se encontram estudos capazes de correlacionar a depressão ao agravamento de quadros clínicos como hipertensão, cardiopatias, obesidade, diabetes e problemas oncológicos. Como apresentado em Boing *et al.* (2012) onde pessoas com uma doença crônica apresentavam prevalência de depressão 1,58 vez maior em comparação àqueles sem doença no modelo bruto. Nos modelos seguintes, com os ajustes das variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de uso de serviços de saúde (variáveis esta que poderiam causar um viés na correlação entre a depressão e as doenças crônicas), a magnitude da relação diminuiu, porém a prevalência foi 44% mais elevada no grupo exposto a pelo menos uma doença crônica. O aumento no número de doenças aumentou também a prevalência de depressão.

Ainda em Boing *et al.* (2012), destaca-se que a depressão pode estar associada a mudanças hormonais e fisiológicas no organismo que aumentam a chance de se desenvolverem determinadas doenças crônicas, i.e., a depressão seria uma exposição de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas.

Em Moussavi et al. (2007) analisaram dados de pessoas com mais de 18 anos em 60 países de todos os continentes e observaram que a prevalência de depressão em toda a amostra foi de 3,2%, mas chegava a 9,3% entre quem reportava diabetes, 10,7% entre quem tinha artrite e 18,1% entre os asmáticos.

Com tais dados percebemos uma urgente necessidade de aplicação de terapias que busquem o tratamento do transtorno e, em especial, um caráter preventivo. Tão importante quanto as medidas terapêuticas se dá a necessidade de debates e estudos que nos façam entender a relação desse crescimento com o contexto atual o qual nos encontramos inseridos, à nível global, além de entender as causas da predominância feminina, sem excluir suas causas biológicas, porém ressaltando e considerando também o caráter psicossocial específico do gênero.

3.3.1.2 – Ansiedade

Além da depressão, outro TMC que se encontra em crescente no mundo é a ansiedade. Roman e Savoia (2003) trazem a ansiedade como um estado considerado normal e frequente em todos os seres humanos, sendo importante para a sobrevivência e proteção do indivíduo. Porém, quando sentida em alta intensidade e frequência deixa de ser um estado normalizado e passa a prejudicar o indivíduo e sua qualidade de vida, trazendo um estado emocional desagradável, acarretando desconforto e muitas queixas.

Kessler et al. (2002) apresentaram um estudo onde a razão entre as taxas de prevalência do transtorno entre mulheres e homens foi de 2:1 e teve como idade de início o final da adolescência e meados da vida adulta. Barlow (2002) traz como hipótese para tal predominância o fato de as mulheres serem mais susceptíveis a eventos estressantes na infância, o que, associado à percepção que seus comportamentos causam pouco impacto no ambiente, causariam um sentimento de descontrole e o consequente desenvolvimento de padrões pessimistas desadaptativos de avaliação de realidade.

Os transtornos de ansiedade são doenças relacionadas ao funcionamento do corpo e às experiências de vida e tem sintomas muito mais intensos do que os referentes à ansiedade que acomete à maioria das pessoas no dia a dia. São eles: preocupações, tensões ou medos exagerados (a pessoa

não consegue relaxar); sensação contínua de que um desastre ou algo muito ruim vai acontecer; preocupações exageradas com saúde, dinheiro, família ou trabalho; medo extremo de algum objeto ou situação em particular; medo exagerado de ser humilhado publicamente; falta de controle sobre os pensamentos, imagens ou atitudes, que se repetem independentemente da vontade; pavor depois de uma situação muito difícil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BR, 2011)

No *Depression and Other Common Mental Disorders* realizado em 2015 o Brasil foi tido com o recordista mundial em prevalência de transtornos de ansiedade, com 9,3% da população acometida, seguido pelo Paraguai com 7,3%. Os transtornos de ansiedade referem-se a um grupo de transtornos mentais caracterizados por sentimentos de ansiedade e medo, incluindo transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno do pânico, fobias, transtorno de ansiedade social, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Como na depressão, os sintomas podem variar de leve a grave. A duração dos sintomas normalmente experimentados pelas pessoas com transtornos de ansiedade toma mais um distúrbio crônico do que episódico. (OMS, 2017).

Para melhor delimitação do trabalho, trabalharemos com o Transtorno de Ansiedade Generalizado. Zuardi (2017) define o TAG como: preocupação persistente e excessiva acompanhada de sintomas físicos relacionados a hiperatividade autonômica e a tensão muscular. Apresenta comorbidade frequente com depressão e outros transtornos de ansiedade. A abordagem psicoterápica, num sentido amplo, deve ser prioritária no tratamento desse distúrbio e o tratamento farmacológico, quando indicado, não deve ser a única opção terapêutica.

Segundo o APA (2013) os critérios para o Transtorno de Ansiedade Generalizada: ansiedade e preocupação excessivas, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses e relacionada a inúmeros eventos ou atividades (p.ex. trabalho e desempenho escolar); a preocupação é difícil de controlar; a ansiedade e a preocupação estão associados a três (ou mais) dos seguintes sintomas (com pelo menos alguns sintomas estando presente na maioria dos dias nos últimos seis meses): inquietação ou sensação de estar no

limite; cansar-se facilmente; dificuldade de concentração; irritabilidade; tensão muscular; distúrbios do sono (dificuldade de iniciar ou manter o sono e sensação sono não satisfatório). Os sintomas físicos, preocupação ou ansiedade causam sofrimento clinicamente significativo ou incapacidade em atividades sociais, ocupacionais ou outras, o transtorno não pode ser atribuído a: uma condição médica geral, uso de substâncias ou outro transtorno mental.

Após a compreensão dos sintomas físicos e psíquicos acometidos pelo transtorno de ansiedade e a afirmação de que o tratamento farmacológico, quando indicado, não deve ser o único utilizado, buscou-se na literatura relações entre a prática corporal musculação e o tratamento/caráter preventivo para os transtornos citados, os quais serão explanados no tópico a seguir.

3.3.2 – Musculação e Saúde Mental

Com a crescente dos TMC's há também um crescimento de pesquisas que visem encontrar novas atividades de cunho terapêutico para elas. As práticas corporais ganham força como colaboradoras contra esses transtornos. Cruz (2013) relata que os exercícios físicos são benéficos para a redução dos sintomas de transtornos emocionais, se praticado regularmente e com acompanhamento profissional. Pois, acredita-se que durante a prática aumentam os níveis de endorfinas (hormônio do prazer), porém depende da intensidade e qualidade do exercício realizado.

Sedon (2013 *apud* ARCOS; CONSENTINO; REIA, 2014) traz que a prática da musculação é capaz de estimular não só diversos receptores hormonais, mas também a produção de hormônios, os quais estão direta ou indiretamente associados com os níveis de humor. Entre eles, pode-se citar a dopamina, a adrenalina, a noradrenalina, a serotonina, própria insulina, que de maneira indireta auxilia nos níveis elevados de energia ao corpo e endorfinas, que causam uma sensação de bem estar, permanecendo por várias horas depois de encerrado o exercício.

A prática da musculação faz com que o indivíduo libere a Serotonina, substância necessária no organismo para desempenharmos as funções do dia a dia, ela faz parte dos neurotransmissores do encéfalo, ou seja, ela faz a

transmissão de dados entre neurônios, a comunicação entre os neurônios é importantíssima, pois é assim que podemos analisar o meio, além de conseguir dar as respostas imprescindíveis ao ambiente, como atos de sobrevivência, fuga, entre outras coisas. Esta substância atua também no ritmo cardíaco, sono, apetite e regulação de certos hormônios. Importante ressaltar o papel desta substância no humor, pois ele é fortemente influenciado pela concentração da mesma em nosso corpo. Vários problemas ocorrem pela falta ou ausência desta, causando assim cansaço, tristeza, ansiedade, depressão, enxaqueca, e até algumas doenças mentais mais problemáticas, como a esquizofrenia (DUDA *et al.*,1995).

Há estudos que trazem na prática as vantagens de tal prática corporal para os TMC's. Como em Doyne *et al.* (1987) randomizaram 40 mulheres clinicamente deprimidas para um programa de exercício cardiovascular (corrida) de oito semanas, um programa de treinamento de resistência ou um grupo de controle da lista de espera. Ambos os grupos mostraram melhorias estatisticamente significativas nos escores de depressão depois de oito semanas; essas melhorias foram mantidas em 12 meses.

Martinsen; Hoffart; Solberg (1989) compararam o efeito do exercício cardiovascular ou exercício resistido em um estudo de 99 pacientes do sexo masculino e feminino com depressão maior. Ambos os grupos se exercitaram por uma hora, três vezes por semana. Depois de oito semanas, ambos os grupos demonstraram melhorias no escore de depressão sem diferenças entre os grupos.

Stein e Motta (1992) randomizaram 89 estudantes masculinos e femininos de graduação para um grupo de exercícios cardiovasculares baseado em natação, um grupo de exercícios resistidos ou um grupo de controle e descobriram que ambas intervenções foram igualmente eficazes na redução do auto-relato de depressão e ambas foram mais eficazes do que nenhum exercício.

4 - CAPÍTULO 3: A MUSCULAÇÃO COMO PRÁTICA CORPORAL TERAPÊUTICA EM MULHERES AFETADAS PELOS TRANSTORNOS MENTAIS DEPRESSÃO E ANSIEDADE

O presente trabalho teve como objetivo analisar os efeitos da prática de musculação em mulheres com depressão e/ou ansiedade. Viemos por meio deste terceiro capítulo, com a realização de coleta e de análise dos dados da pesquisa, responder a questão: “quais os efeitos da prática regular de musculação em mulheres já diagnosticadas com depressão e/ou ansiedade?” e então concluir nosso objetivo.

4.1 – Caminho Metodológico

O trabalho se caracteriza como pesquisa experimental, que segundo Gil (1994), consiste em determinar um objeto de estudo, selecionar as variáveis que seriam capazes de influenciá-lo, definir as formas de controle e de observação dos efeitos que a variável produz no objeto; e de caráter qualitativo que segundo que Neves (1996) possibilita um contato direto e interativo entre o pesquisador e o objeto pesquisado e, se vale da interpretação do fenômeno, levando em consideração toda sua subjetividade, com o intuito de decodificar e de revelar sua complexidade. O método utilizado foi o materialismo histórico dialético que busca expor as relações do problema estudado, mostrando suas contradições e apontando para práticas em saúde transformadoras. (SOARES; CAMPOS; YONEKURA, 2013). Foram utilizados dois inventários para a determinação do grau de ansiedade e depressão em que a voluntária se encontra: Serão utilizados o Inventário de Ansiedade de Beck e Inventário de Depressão de Beck.

4.1.1- *Lócus* e Sujeitas da Pesquisa

Para participação da pesquisa, foi realizada uma divulgação por meio de redes sociais trazendo os critérios para inclusão e então, seleção das candidatas que se enquadravam nestes. Os critérios de inclusão para a pesquisa foram delimitados em mulheres cis, pois toda a literatura envolvida trata de mulheres cis em decorrer do viés endócrino trazido pelos transtornos,

de 18-65 anos, que nunca tenham praticado musculação ou não tenha a praticado por pelo menos 6 (seis) meses anteriores ao início dos treinamentos, para uma maior garantia da efetividade da prática corporal para a melhora do quadro, que tenham sido diagnosticadas com depressão e/ou ansiedade previamente por psicólogos, para garantia que precisem do tratamento e que tenham disponibilidade para locomoção à academia 3 (três) vezes por semana pelo prazo de 90 (noventa) dias.

Participaram do presente estudo 10 mulheres com uma média de idade de $31,6 \pm 6,14$ anos. Foi realizado uma aplicação de questionário com dados importantes para a coleta de dados e para análise do perfil das voluntárias, os quais serão descritos a seguir. Dentre as 10 mulheres, apenas 04 (quatro) possuíam ocupação profissional, 02 (duas) se declararam como autônomas, sendo uma com carga horária definida de 40 horas semanais, a outra não soube precisar. As duas demais se declararam como funcionárias do setor privado, com cargas horárias semanal delineadas em 30 e 40 respectivamente.

Quando questionadas a respeito de tratamento farmacológico apenas a voluntária 1 (V1) informou estar fazendo o uso de psicotrópico para o tratamento da depressão. Em relação à psicoterapia, apenas a voluntária 05 (V5) e voluntária 06 (V6) não estavam realizando no momento o acompanhamento psicoterapêutico.

Quanto aos dados referentes à maternidade, 03 (três) voluntárias relataram possuir 01 (um) filho, 01 (uma) voluntária relatou possuir 04 (quatro) filhos, as demais relatam não possuir filhos. Quando questionados sobre seu estado civil, 06 (seis) voluntárias relataram estarem solteiras, 03 (três) relatam estarem casadas e 01 (uma) relata união estável. Já sobre o tipo de moradia, 06 (seis) declararam residir em casa própria, 04 (quatro) declararam residir em casa alugada. Tais informações se apresentam expostas à seguir na tabela 01:

TABELA 01: PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO

Nome	Idade	Gênero	Trabalha	Tipo de Trabalho	CH Semanal	Filhos	Estado Civil	Moradia
V1	24	Feminino	Sim	Funcionário Privado	40	0	Solteira	Casa
V2	27	Feminino	Não	-	-	1	Casada	Própria
V3	28	Feminino	Não	-	-	0	Solteira	Casa
V4	28	Feminino	Não	-	-	0	Solteira	Casa Própria
V5	28	Feminino	Não	-	-	1	Casada	Própria
V6	30	Feminino	Não	-	-	0	Solteira	Própria
V7	30	Feminino	Sim	Funcionário Privado	30	0	Solteira	Própria
V8	37	Feminino	Não	-	-	4	União Estável	Alugada
V9	40	Feminino	Sim	Autônomo	-	0	Solteira	Própria
V10	44	Feminino	Sim	Autônomo	40	1	Casada	Alugada

FONTE: Elaboração do autor (2019)

Todas as voluntárias assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde constam todas as informações referentes à participação no trabalho. Realizou-se uma avaliação física com anamnese, peso e altura, perimetria e dobras cutâneas (protocolo de três dobras Pollock).

E então foram aplicados os Inventários de Depressão de Beck e Inventário de Ansiedade de Beck. As voluntárias foram submetidas aos treinos de musculação por 03 (três) vezes na semana em um período de 90 dias na Academia BodyFit sito em Ananindeua/Pa. e então foram reaplicados os inventários após os 90 dias de treinamento para análise da regressão, ou não, do grau de depressão das voluntárias.

Devido ao fato de todas as voluntárias não estarem praticando nenhum tipo de atividade física e durante a avaliação física não terem apresentado nenhuma restrição que limitasse qualquer movimento ou necessitasse de adaptação aos treinos, todas as voluntárias foram submetidas à um treino de adaptação com carga equivalente a cerca de 50-65% RM. O treino era dividido em 3 planos, ABC, dada a frequência das mesmas que deveriam frequentar a academia 3x semana.

A intervenção feita às voluntárias eram em sua maioria realizada pela pesquisadora, porém estas voluntárias tinham autonomia para ir no horário que

melhor se enquadrasse a sua rotina, podendo então serem atendidas pelos demais professores e estagiários da academia. Para padronização de atendimento, então, nas suas fichas de treinos elas eram identificadas como participantes da pesquisa. Todos os funcionários foram instruídos para atendê-las de forma mais humana possível e encorajando-as ao retorno para a próxima sessão de treino, pois foram conscientizados da dificuldade de manutenção de uma rotina e de execução das voluntárias devido a estes serem sintomas dos transtornos.

4.1.2 - Inventário de Depressão de Beck

Segundo Argimon *et al.* (2016) a escala ou inventário de depressão de Beck (BDI) é um dos instrumentos mais utilizados para medir a severidade dos episódios depressivos. O BDI é um instrumento particularmente adequado para uso com pacientes psiquiátricos que, porém, tem sido amplamente usado na clínica e em pesquisa com pacientes não psiquiátricos e na população geral (CUNHA, 2001).

O BDI é constituído por 21 questões com quatro opções de respostas, com pontuações variando de 0-3 onde deve ser escolhida a opção que melhor represente a maneira que o sujeito esteja se sentindo no decorrer da semana que antecede a aplicação do inventário, incluindo o dia de aplicação. Caso haja várias afirmações num grupo que pareçam se aplicar igualmente bem, se deve fazer um círculo em cada uma.

A pontuação variará de 0-63 pontos onde a pontuação determinará o Grau de Depressão o qual o sujeito se encontra. Com pontuação de 0-9 o sujeito classifica-se sem depressão ou com depressão leve; com pontuação de 10-18 o sujeito classifica-se com depressão leve a moderada; com pontuação de 19-29 o sujeito classifica-se com depressão moderada a grave; com pontuação entre 30 e 63 o sujeito apresenta-se com depressão grave.

4.1.3 - Inventário de Ansiedade de Beck

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), criado por Beck et al (1988) como uma escala auto-aplicativa para medir a intensidade de sintomas ansiosos e também validado no Brasil por Cunha (2001); O instrumento

demonstrou apropriado para utilização não somente em pacientes psiquiátricos (sujeitos com transtornos de humor/ansiedade, dependência de álcool ou outras substâncias e quaisquer diagnósticos psiquiátricos com ideação ou tentativa suicida), mas também para a clínica médica (obesos, pessoas com doenças pulmonares ou cardíacas, disfunção erétil, unidade de cuidados primários) e para a população não clínica (universitários, bombeiros, adolescentes, idosos, funcionários de hospital e de outras empresas) (CUNHA, 2001)

O BAI é constituído por 21 questões com quatro opções de respostas que são: **Absolutamente não**, que equivale a pontuação 0; **Levemente - Não me incomodou muito**, que equivale a pontuação 1; **Moderadamente - foi muito desagradável mas pode suportar**, que equivale a pontuação 2 e **Gravemente - dificilmente pode suportar**, que equivale a pontuação 3. O Sujeito deve escolher a opção que melhor represente a maneira que esteja se sentindo no decorrer da semana que antecede a aplicação do inventário, incluindo o dia de aplicação. Caso haja várias afirmações num grupo que pareçam se aplicar igualmente bem, se deve fazer um círculo em cada uma.

A pontuação variará de 0-63 pontos onde determinará o Grau de Ansiedade o qual o sujeito se encontra. Com pontuação de 0-7 indica um nível mínimo de ansiedade ao sujeito; 8-15 pontos indica uma leve ansiedade ao sujeito; 16-25 pontos indica ansiedade moderada ao sujeito e 26-63 pontos indica ansiedade severa ao sujeito.

4.2 – Resultados

No decorrer dos 90 dias da pesquisa, do total de 10 voluntárias, 04 (quatro) voluntárias não concluíram, sendo elas V1, V4, V5 E V6, as 06 demais voluntárias conseguiram concluir toda a etapa de treinamento seguido da reaplicação dos protocolos para análise de evolução, regressão ou permanência dos transtornos depressão e ansiedade.

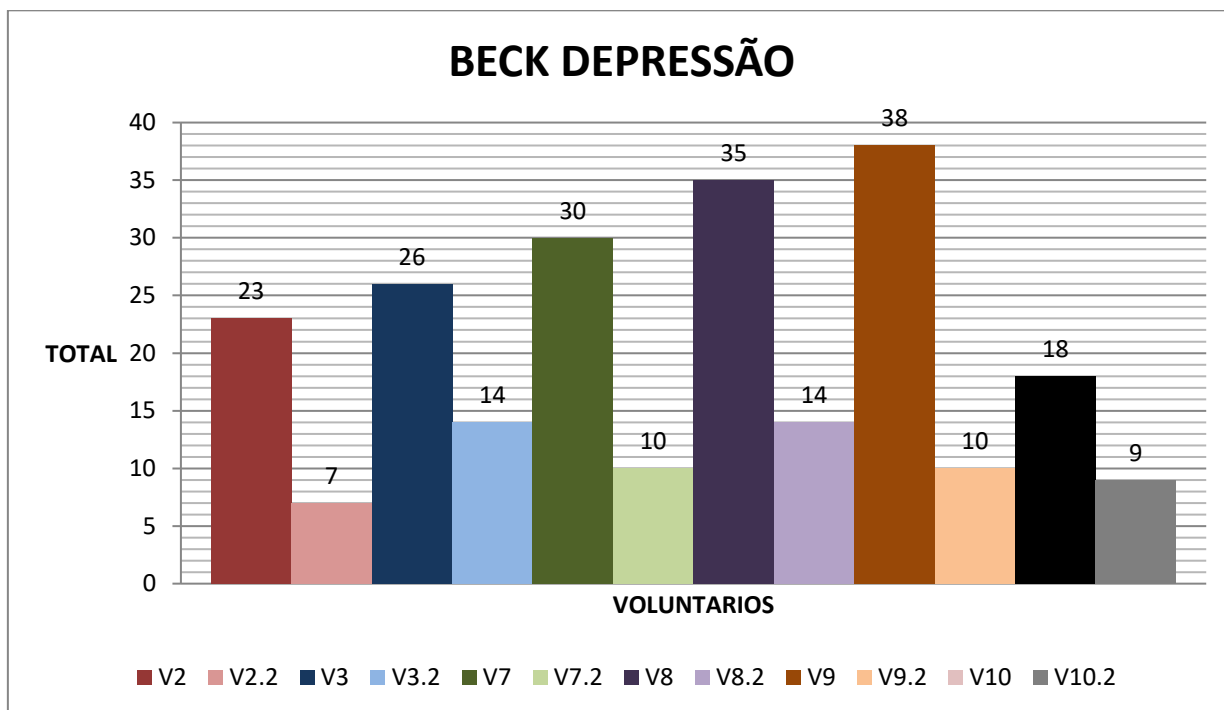
No Gráfico 1: *Resultado Comparativo Pré x Pós Musculação - Depressão* são apresentados os resultados dos efeitos do período de intervenção nos grupos (pré versus pós). Nos escores indicativos para

depressão obtidos pela aplicação do Inventário Beck de Depressão tivemos que as voluntárias V7, V8 e V9 encontravam-se com indicação de grau de depressão grave, após a intervenção as voluntárias se apresentaram regressão para grau de depressão leve à moderado. A voluntária V2 encontrava-se com indicação de grau de depressão moderado a grave, após a intervenção a voluntária se encontrava com grau indicativo de sem depressão à depressão leve. A voluntária (V3) encontrava-se com indicação de grau de depressão moderado a grave, após a intervenção a voluntária se encontrava com grau indicativo de depressão leve à moderada. A voluntária 10 (V10) encontrava-se com indicação de depressão leve à moderado, após a intervenção se encontrou com grau de depressão sem depressão à depressão leve.

Essas quedas nos escores de depressão simbolizam uma diminuição dos sintomas apresentados pelo transtorno. APA (2013) traz a categorização dos graus de depressão. Para Depressão Leve/Menor é necessário apresentar de dois a quatro sintomas por duas semanas ou mais, sendo um deles estado deprimido ou anedonia. Para Distímia/Depressão Moderada se precisa apresentar três ou quatro sintomas, sendo um deles estado deprimido por pelo menos dois anos. E para Depressão Maior se deve apresentar cinco ou mais sintomas por duas semanas ou mais, incluindo estado deprimido ou anedonia.

Esses sintomas são: interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades da rotina; sensação de inutilidade ou culpa excessiva; dificuldade de concentração: habilidade frequentemente diminuída para pensar e concentrar-se; fadiga ou perda de energia; distúrbios do sono: insônia ou hipersonia praticamente diárias; problemas psicomotores: agitação ou retardo psicomotor; perda ou ganho significativo de peso, na ausência de regime alimentar; ideias recorrentes de morte ou suicídio. (APA, 2013)

Esse resultado torna-se aparente na fala das voluntárias. Após a intervenção todas as voluntárias que concluíram o protocolo de treinamento relataram uma melhora na qualidade do sono, diminuição da sensação de cansaço no decorrer do dia e um aumento na vontade para executar suas atividades diárias. As voluntárias que apresentaram uma redução maior do grau de depressão acrescentaram também diminuição na sensação de culpa e melhora na capacidade de concentração. A voluntária 9 (V9) relatou também sobre o ideário suicida, que não mais a assolava.

Gráfico 1: Resultado Comparativo Pré x Pós Musculação – Depressão

Fonte: Elaboração do autor (2019)

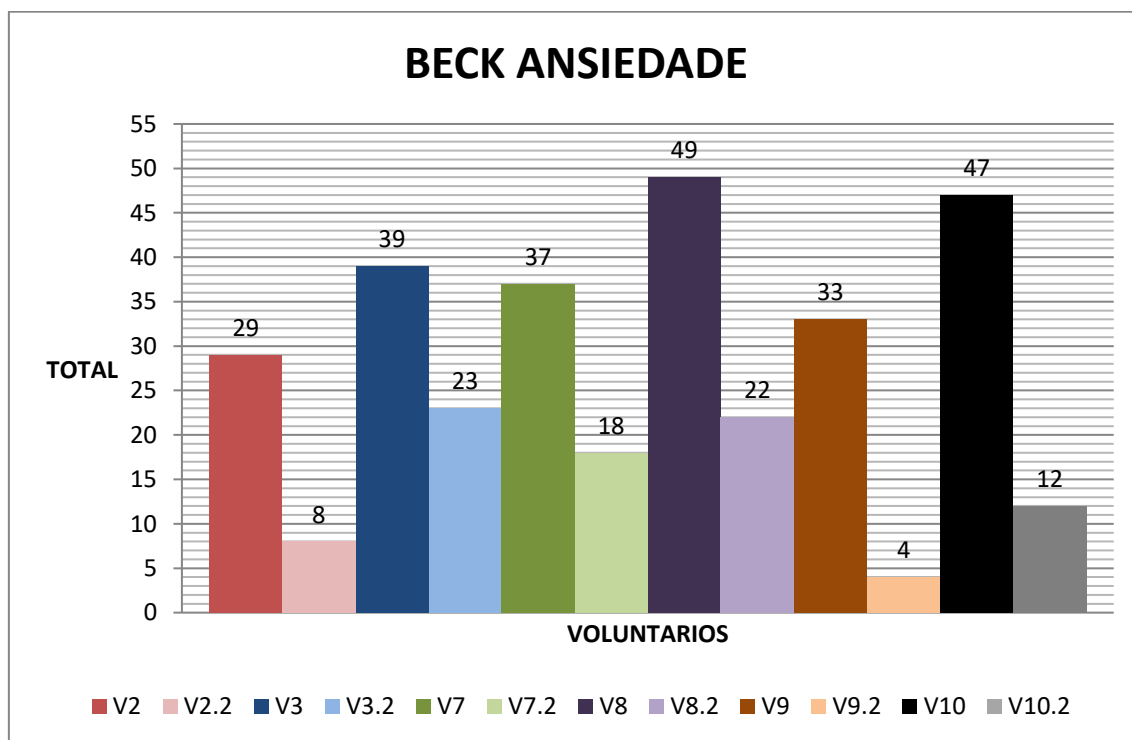
No Gráfico 2: *Resultado Comparativo Pré x Pós Musculação - Ansiedade* são apresentados os resultados dos efeitos do período de intervenção nos grupos (pré *versus* pós). Nos escores indicativos para ansiedade obtidos pela aplicação do Inventário Beck de Ansiedade tivemos que as voluntárias V2, V9 e V10 encontravam-se com indicação de grau de ansiedade grave, após a intervenção as voluntárias apresentaram regressão para grau de ansiedade leve. As voluntária V3, V7 e V8 encontrava-se com indicação de grau de ansiedade grave, após a intervenção as voluntárias se encontravam com grau indicativo de ansiedade moderada.

Essas quedas nos escores de ansiedade simbolizam uma diminuição dos sintomas apresentados pelo transtorno. A APA traz no DSM-V (2013) que a ansiedade e a preocupação estão associados a três (ou mais) dos seguintes sintomas (com pelo menos alguns sintomas estando presente na maioria dos dias nos últimos seis meses): inquietação ou sensação de estar no limite; cansar-se facilmente; irritabilidade; tensão muscular; distúrbios do sono (dificuldade de iniciar ou manter o sono e sensação sono não satisfatório).

A APA (1994); e a Organização Mundial da Saúde, (1993) trazem também os seguintes sintomas: tremores ou sensação de fraqueza; inquietação; falta de ar ou sensação de fôlego curto; palpitações; sudorese, mãos frias e úmidas; boca seca; vertigens e tonturas; náuseas e diarreias; rubor ou calafrios; polaciúria (aumento do numero de urinadas); bolo na garganta; resposta exagerada a surpresa e dificuldade de concentração ou memória prejudicada.

Após as intervenções foi unânime na fala das voluntárias uma melhora de aspectos físicos como diminuição da taquicardia e na dificuldade respiratória. Quanto aos aspectos psicológicos, todas relataram uma melhora nos distúrbios do sono, cansavam-se menos facilmente e menor irritabilidade. Outros sintomas que citados pelas voluntárias, de forma não unânime, que apresentaram melhoras após a intervenção foram: melhora na concentração e memória, tonturas, náuseas, inquietação excessiva e sensação de pessimismo em demasiado.

Gráfico 1: Resultado Comparativo Pré x Pós Musculação – Ansiedade



Fonte: Elaboração do autor (2019)

Após a intervenção e a reavaliação dos Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck percebeu-se uma queda no escore da pontuação de ambos os transtornos em todas as 6 (seis) voluntárias concluintes da intervenção. Com a aplicação inicial dos Inventários ficou registrado que todas as 06 (seis) voluntárias que concluíram a intervenção apresentavam, em variados graus, ambos os transtornos, depressão e ansiedade. Esse evento é chamado de comorbidade, porém é importante destacar que apesar de comum essa comorbidade, há a possibilidade da presença de somente um dos transtornos.

Com a diminuição dos escores de ambos os transtornos é correto que afirmemos também que ocorreu diminuição dos sintomas comuns às doenças, o que foi relatado de forma informal pelas voluntárias durante reavaliação dos Inventários. Deve-se ressaltar que há diversos sintomas comuns a ambos os transtornos, concluindo-se assim que quando a prática corporal atua na melhora destes sintomas comum à ambos os TCM ela acaba por atuar também na melhora destas. Após a análise dos resultados fica evidente os efeitos terapêuticos da musculação em mulheres acometidas pelos TCM's depressão e ansiedade, com diminuição e até eliminação dos sintomas provenientes dos transtornos e , por consequência, diminuição do grau da doença.

5 - Considerações Finais

Após todas as discussões feitas nos capítulos anteriores à respeito do mundo do trabalho e a saúde do trabalhador, as práticas corporais e suas influências na saúde coletiva, saúde da mulher e saúde mental e a influência da musculação nas seguintes questões tentamos trazer aqui as conclusões geradas durante todo o processo além do que, buscamos analisar até onde foi possível concluir os objetivos do presente, as dificuldades encontradas no percurso e se conseguimos responder a pergunta problema do trabalho. Para isso iniciamos fazendo a recuperação destes objetivos.

O objetivo geral foi analisar os efeitos da prática de musculação em mulheres com depressão e/ou ansiedade. Para que pudéssemos alcançar este objetivo partimos de dois objetivos específicos: relacionar o mundo do trabalho contemporâneo com a saúde do trabalhador e destacar o que a literatura já apresenta sobre atividade física, saúde da mulher e saúde mental conceituando os transtornos depressão e ansiedade.

A respeito do primeiro objetivo específico encontramos como maior dificuldade a busca por literatura onde explorasse a saúde do trabalhador na área da educação física. Foi necessário buscar nas mais diversas áreas, achando maior acervo em psicologia e serviço social. Porém se acredita que o presente objetivo foi alcançado, pois se fez compreender essa relação entre o mundo do trabalho contemporâneo e a saúde do trabalhador, em especial quando relacionado à trabalhadora e a perda da sua subjetividade trazendo também sua jornada dupla/tripla de trabalho.

É de extrema importância também ressaltar que a literatura destacou o fato de as mulheres serem então as que possuem uma maior chance de desenvolvimento de quaisquer transtornos mentais quando em comparação aos homens, com taxas proporcionais de cerca de 1,54.

Quanto ao segundo objetivo específico trouxemos as conceituações sobre atividade física, trazendo-a como parte integrante das práticas corporais, trazendo também o conceito de saúde nos seus mais variados campos, conceitos sobre saúde da mulher, saúde mental e as relações das práticas

corporais com esses campos, em especial, a musculação. Vale ressaltar também a dificuldade em encontrar literatura nacional para trabalhar a musculação como positiva para a saúde da mulher e para a saúde mental, sendo necessário acesso em bancos de dados internacionais.

E então, após todo o caminho conceitual percorrido, entrou-se no caminho empírico, com a aplicação de intervenção nas 10 voluntárias para a análise os efeitos da prática da musculação em mulheres com depressão e/ou ansiedade. Após 90 dias de intervenção e com manutenção de 60% do grupo de análise constatou-se que a musculação é uma prática benéfica e válida para ser utilizada de modo terapêutico para tratamento destes transtornos. Analisou-se os efeitos de diminuição e até eliminação de alguns dos sintomas dos acometidos por depressão e/ou ansiedade e, por consequência, a regressão dos graus dos respectivos transtornos. Sendo assim percebe-se o alcance do objetivo geral do estudo. Trazemos então a importância da conscientização à respeito do uso de práticas corporais de forma terapêutica à saúde mental feminina reafirmando a importância e necessidade de um aumento de pesquisas nesse sentido.

Há necessidade de destacar o fato de 40% das participantes da intervenção não seguiram o treinamento. Não houve investigação para busca de motivos, porém é importante frisar que o acometimento de tais TCM's pode causar sensação de incapacidade e indisposição para sair de casa. O estudo foi desenvolvido em cerca de 4 meses, temos então consciência da limitação de investigação de diversos aspectos, como por exemplo a possibilidade de um maior efeito se realizado um trabalho multidisciplinar.

Referências

ALBRIGHT A, FRANZ M., HORNS G, KRISKA A, MARRERO D, ULRICH I, **American College of Sports Medicine Position Stand: exercise and type 2 diabetes**. Med Sci Sports Exerc 2001; 32(12): 1345-60

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION: **Diabetes Mellitus and exercise (Position Statement)**. Diabetes Care. 2001; 24 (Suppl. 1): S51-55.

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

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM- IV (4ª ed.)**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994

ANDRADE L.H.S.G, VIANA M.C., SILVEIRA C.M. Epidemiology of women's psychiatric disorders. **Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)** 2006; 33:43-54.

ANÍBAL, C. ROMANO, L. H. Relações entre atividade física e depressão. **Revista Saúde em Foco** – Edição nº 9 –2017.

ANTUNES R. E ALVES G., **As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital**, Campinas, Educação e Sociedade 87, 2004, 335-351.

ARCOS, J.G.; CONSENTINO, J.V.M.; REIA, T.A. **Aplicação da musculação em pessoas com ansiedade, depressão e síndrome do pânico**. 2014. TCC (Bacharel em Educação Física) - Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, [S. I.], 2014

ARGIMON, I. I. DE L., PALOSKI, L. H., FARINA, M., e IRIGARAY, T. Q. (2016). **Aplicabilidade do Inventário de Depressão de Beck-II em idosos: Uma revisão sistemática**. Avaliação Psicológica, 15, 11-17.

ÁVILA, R. C. PORTES, E A. **A tríplice jornada de mulheres pobres na universidade pública: trabalho doméstico, trabalho remunerado e estudos**. Estudos Feministas, Florianópolis, 20(3): 384, setembro-dezembro/2012 p. 809-832. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-26X2012000300011 Acesso em 18 de Setembro, 2019.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; OLIVEIRA, M. G. **Depressão e gênero: por que as mulheres deprimem mais que os homens?**. Temas psicol., Ribeirão Preto , v. 7, n. 2, p. 143-156, ago. 1999

BARLOW D.H. **Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic**. 2. New York: Guilford Press; 2002

BECK A.T., WARD C.H., MENDELSON M., MOCK J., ERBAUGH J. **An inventory for measuring depression**. Arch. Gen. Psychiatry. 4: 561–71, jun 1961

BECK, A. T., EPSTEIN, N., BROWN, G, STEER, R. A.. **An inventory for measuring clinical anxiety**. Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1988 56, 893-897

BECK, A.T., STEER, R.A. **Beck Anxiety Inventory**. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1993

BIJL, L.V., RAVELLI, A., VAN ZESSEN G., **Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health survey and Incidence Study (NEMESIS)**. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 1998, 33(12):587-95

BLAZER, G. B. **Mood disorders: epidemiology**. In: SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. p. 1298-1308.

BOING A,F., MELO G.R., BOING A.C., MORETTI-PIRES R.O., PERES K.G., PERES MA. **Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional**. Rev Saúde Pública 2012;46:617-23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde de Curitiba. **Ansiedade**. Curitiba,PR, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde, considerando a necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para Promoção da Saúde em consonância com os princípios do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 mar. 2006.

BUENO, M.L.B. **A Mulher e a culpa: relações entre o trabalho e a maternidade (um estudo realizado com as trabalhadoras das indústrias do setor coureiro-calçadista e similares da cidade de Franca)** In: Women Work Health II Congress International, Rio de Janeiro: 1999.

CANGUILHEM G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CARVALHO T, NÓBREGA ACL, LAZZOLI JK, MAGNI JRT, REZENDE L, DRUMMOND FA, Posição oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde. **Rev Bras Med Esporte** 1996;2:79-81.

CHEIK, N.C.; REIS, I. T.; HEREDIA, R. A. G.; VENTURA, M. L.; TUFIK, S.; ANTUNES, H. K. M.; MELLO, M. T. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Revista Brasil Ciência e Movimento** 2003; 11(3): 45-52.

CIOLAC G.M., GUIMARÃES G.V. Exercício físico e síndrome metabólica. **Rev Bras Med Esporte** 2004; 10(4): 319-23.

COSTA, F.A.. **Mulher, Trabalho E Família: Os Impactos Do Trabalho Na Subjetividade Da Mulher E Em Suas Relações Familiares**. 2018. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/03/mulheres-sao>

maioria-da-populacao-e-ocupam-mais-espaco-no-mercado-de-trabalho>. Acesso em: 15 maio 2019.

CRUZ, J.R. Benefícios da endorfina através da atividade física no combate a depressão e ansiedade. EFDeportes.com. **Revista Digital Buenos Aires**.Nº 179, Abr.2013.

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

DOYNE, E. J., OSSIP-KLEIN, D. J., BOWMAN, E. D., OSBORN, K. M., MCDOUGALL-WILSON, I. B., NEIMEYER, R. A.. **Running versus weight lifting in the treatment of depression**. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1987 55(5), 748–754

DUDA, J.L.; NEWTON M.; CHI L-K.; FRY M. **Task and ego orientation and intrinsic motivation in sport** - Int J Sport Psychol 1995; 26: 40-63.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GOLDBERG, D., HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. New York: Tavistock/Routledge. 1992

GOMES M.A.M., NOBRE F., AMODEO C., KOHLMANN J.R.O., PRAXEDES J.N., MACHADO C.A.. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Arq Bras Cardiol. 2004;82 Supl IV:7–14

GONÇALVES B., FAGULHA T., FERREIRA A. **A depressão nas mulheres de meia idade: estudo sobre as utentes dos cuidados de saúde primários**. Psicologia. 2005;19:39-56.

GONÇALVES, L. S. **Depressão e atividade física: uma revisão**. 2018. 21 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2018.

GORENSTEIN, C. ; ANDRADE, L. **Validation of a Portuguese version of Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects**. Brazilian Journal of Medical and Biological Research 1996, 29(4), 453-457.

GUTTIERRES, A.P.M.; MARINS, J. C. B. **Os efeitos do treinamento de força sobre os fatores de risco da síndrome metabólica**. Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 11, n. 1, p. 147-158, Mar. 2008 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php?lng=en&nrm=iso>>. Acesso em 11 Novembro 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000100014>.

HUNTER G.R., BRYAN D.R., WETZSTEIN C.J., ZUCKERMAN P.A., BAMMAN M.M.. **Resistance training and intra- abdominal adipose tissue in older men and women**. Med Sci Sports Exerc 2002; 34 (6): 1023-8

JACKSON A.S., POLLOCK M.L., WARD A. **Generalized equations for predicting body density of women.** Med Sci Sports Exerc 1980;12:175-82.

JURCA R, LÇAMONTE MJ, CHURCH ST, EARNEST CP, FITZGERALD SJ, BARLOW CE et al. **Association of muscle strength and aerobic fitness with metabolic syndrome in men.** Med Sci Sports Exerc 2004; 36(8) : 1301-7.

KESSLER R.C.; ANDREWS G.; COLPE L.JL.; HIRIPI E.; MROZECK D.K. NORMAND S-L.T.; WALTERSE.E.; ZASTAVSKY A. **Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress.** Psychol Med 2002;32:959-976.

LAZZAROTTI FILHO, A.; SILVA, A.M.; ANTUNES P.C.; SILVA A.P.S.; LEITE J.O. **O termo práticas corporais na literatura científica brasileira e as repercussões no campo da educação física.** Movimento, Porto Alegre, v.16, n.1, p11-29, jan./mar. 2010.

LEE I-M, SHIROMA E.J., LOBELO F., PUSKA P., BLAIR .S.N., KATZMARZYK P.T., for the Lancet Physical Activity Series Working Group. **Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy.** Lancet 2012; 380: 219–29.

LEITÃO M.B., LAZOLLI J.K., OLIVERIA M.A.B., NÓBREGA A.C.L., SILVEIRA G.G., CARVALHO T. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde na mulher. **Rev Bras Med Esport** 2000;6(6):215-20.

LESSA, P.; OSHITA, T.A.D.; VALEZZI, M. **Quando as mulheres invadem as salas de musculação: aspectos biossociais da musculação e da nutrição para mulheres.** Iniciação Científica CESUMAR, 2007. Disponível em: . Acesso em: 13 out 2019.

LUZ, M. T. **Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das Ciências Sociais e Humanas para a saúde.** Saude soc., São Paulo , v. 20, n. 1, p. 22-31, Mar. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Dezembro. 2019.

MARIN-NETO, J.A. **Atividades físicas: “remédio” cientificamente comprovado? A Terceira Idade.** 1995; 10 (6): 34-43.

MARTINS, L.S. **A identidade Política dos professores das universidades públicas federais e as transformações no mundo do trabalho.** Teses de Doutorado. Universidade Federal de Goiás/Faculdade de Educação Física, 2009.

MARTINSEN, E.W. **The role of aerobic in the treatment of depression.** Stress Medicine. v.3, p. 93-100, 1987.

MARTINSEN EW, HOFFART A, SOLBERG O. **Comparing aerobic with nonaerobic forms of exercise in the treatment of clinical depression: a randomized trial.** Compr Psychiatry. 1989;30(4):324–31.

MEIRELES, M. E. A. **Atividade física na 3ª idade**. Rio de Janeiro: Sprint, 1998.

MÉSZÁROS, I. **Para Além do Capital**. Tradução de Paulo Cezar Castanheira e Sérgio Lessa. São Paulo: Boitempo, 2002.

MINAYO M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4º ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco;1996.

MINAYO M.C.S. **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro: Espaço e tempo, 1992

MOUSSAVI S., CHATTERJI S., VERDES E., TANDON A., PATEL V., USTUN B. **Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys**. Lancet. 2007;370(9590):851-8. DOI:10.1016/S0140-6736(07)61415-9

MURCHO, N., PACHECO, E., JESUS, S. N. Transtornos mentais comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo de revisão. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** (15) 2016, 30-36.

NEVES, J. L. **Pesquisa qualitativa – características, uso e possibilidades**. Cadernos de pesquisa em administração, São Paulo. V. 1, nº 3, 2ºsem. 1996

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993

PAFFENBARGER R.S., RYDE, R.T., WING A.L., HSIEH C. **Physical activity, all-cause mortality and longevity of college alumni**. N Engl J Med.1986; 34(10): 605-13. 1986

PALMA, E; ESTEVÃO, A; BAGRICHEVSKY, M. **Considerações teóricas acerca das questões relacionadas à promoção da saúde**. In: Bagrichevsky M, Palma A, Estevão A, organizadores. A saúde em debate na Educação Física. Blumenau: Edibes; 2003. p. 15-32.

PATE R.R., PRATT M., BLAIR S.N., HASKELL W.L., MACERA C.A., BOUCHARD C. **Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine**. JAMA. 1995;273(5):402-7.

PIOTROWSKI C. **The status of the Beck Anxiety Inventory in contemporary research**. Psychol Rep. 1999 **85** (1): 261–2.

POLISSENI M.L.C, RIBEIRO L.C. Exercise as protective factor for health of public servants. **Revista Brasileira de Medicina do Desporto**. 2014; 20(5):340-44

RIBEIRO S.N.P. Atividade física e sua intervenção junto a depressão. **Rev Bras Atividade Física Saúde**.1998;3:73-9.

ROMAN, S.; SAVOIA, M. G. (2003). **Automatics thoughts and anxiety in soccer team**. 5(2), 13-22. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872003000200002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1516-3687. Acesso em: 25 de novembro de 2019.

ROSSI, A. M. Org. **Estressado, eu?** 1.ed. Porto Alegre: RBS, 2004.

SILVA, A.M. Entre o corpo e as práticas corporais **Rev. Arquivos Em Movimento**, Rio de Janeiro, Edição Especial, v.10, n.1, p.5-20, jan/jun 2014.

SOUZA, D.O. **A questão da saúde dos trabalhadores na perspectiva histórico-ontológica**. 2012. 178 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Alagoas, [S. l.], 2012.

STEIN, P. N., MOTTA, R. W. **Effects of aerobic and nonaerobic exercise on depression and self-concept**. *Perceptual and Motor Skills*, 1992 74(1), 79–89.

STEIN R. Atividade física e saúde pública. **Rev Bras Med Esporte** 1999 Ago [citado 2014 Maio 19]; 5(4): 147-49. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86921999000400006&lng=en. doi: 10.1590/S1517-86921999000400006
Acesso em 04 Dezembro 2019

VIEIRA, I. **Utilidade clínica do conceito de burnout: revisão sistemática de estudos longitudinais**. 2009. 123 f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental)– Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009

WESTCOTT, W.; BAECHLE, T. **Treinamento de força para a terceira idade**. São Paulo: Manole, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders**: Global Health Estimates .2017 Apr 7.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing managing the global epidemic**. Geneva: Word Health Organization; 1998.

ZUARDI AW. **Basic features of generalized anxiety disorder** *Medicina (Ribeirão Preto, Online)*. 2017;50(1):51-55

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO**QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO**

Nome: _____

Idade: _____

Trabalha: () SIM () NÃO

Se sim: Tipo de trabalho () funcionário privado

() funcionário público

() autônomo

Quantas horas trabalha por semana? _____

Filhos? () SIM () NÃO Se sim, quantos? _____

Estado Civil: _____

Moradia (Tipo): _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Dados de identificação

Título do Projeto: “Uso da Musculação para Tratamento Complementar em Mulheres com Depressão e/ou Ansiedade”

Pesquisador Responsável: Larissa Nunes de Oliveira

Nome do participante:

Data de nascimento:

R.G.:

Responsável legal (quando for o caso):

R.G.:

Você está sendo convidada para participar, como voluntário, do projeto de pesquisa “Uso da Musculação para Tratamento Complementar em Mulheres com Depressão e/ou Ansiedade”, de responsabilidade da pesquisadora Larissa Nunes de Oliveira.

Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra ao pesquisador responsável. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Declaro ter sido esclarecido sobre os seguintes pontos:

1. O trabalho tem por finalidade identificar qual o efeito da prática regular de musculação em mulheres já diagnosticadas com depressão e/ou ansiedade considerando a realidade desta mulher e predominância do sofrimento mental neste gênero;
2. A minha participação nesta pesquisa consistirá em responder um Inventário de Depressão, um Inventário de Ansiedade, ser submetida por treinamento de musculação por 90 dias e realizar novamente as respostas dos Inventários de Depressão e Ansiedade após estes 90 dias.
3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos baixos decorrentes da prática de musculação.
4. Ao participar desse trabalho estarei contribuindo para pesquisas referentes à contribuição da prática de musculação no tratamento de mulheres com depressão e/ou ansiedade.

5. A minha participação neste projeto deverá ter a duração de 90 dias onde realizarei a prática de musculação 3x/semana.

6. Não terei nenhuma despesa ao participar da pesquisa e poderei deixar de participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerei qualquer prejuízo.

7. Fui informado e estou ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação, no entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, serei ressarcido.

8. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente de minha participação no estudo, poderei ser compensado conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde

9. Meu nome será mantido em sigilo, assegurando assim a minha privacidade, e se eu desejar terei livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

10. Fui informado que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados poderão ser publicados.

11. Qualquer dúvida, pedimos a gentileza de entrar em contato com Larissa Nunes de Oliveira, pesquisadora responsável pela pesquisa, telefone: (91) 982287202, e-mail: llari.oliveira@hotmail.com,

Eu, _____, RG n° _____
_____ e _____ CPF
n° _____ declaro ter sido informado
e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima
descrito.

Belém, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do participante

ANEXOS

ANEXO A – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____ / ____ / ____

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

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

ANEXO B – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

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

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

	3 Eu me sinto sempre culpado		3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar
6	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	12	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas
13	0 Tomo decisões tão bem quanto antes 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões	18	0 O meu apetite não está pior do que o habitual 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser 2 Meu apetite é muito pior agora 3 Absolutamente não tenho mais apetite
14	0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo 3 Acredito que pareço feio	19	0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio 2 Perdi mais do que 5 quilos 3 Perdi mais do que 7 quilos Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____
15	0 Posso trabalhar tão bem quanto antes 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho	20	0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

16	0 Consigo dormir tão bem como o habitual 1 Não durmo tão bem como costumava 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir	21	0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava 2 Estou muito menos interessado por sexo agora 3 Perdi completamente o interesse por sexo
17	0 Não fico mais cansado do que o habitual 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa		