

FACULDADE UNINA

**ESPIRITUALIDADE NO TRATAMENTO DA
ANSIEDADE/DEPRESSÃO
SPIRITUALITY IN THE TREATMENT OF
ANXIETY/DEPRESSION**

Marcia dos Anjos Denechuk¹

RESUMO

Um dos grandes desafios da humanidade é lidar com os transtornos psicológicos. Considerados o mal do século a depressão e a ansiedade tem ceifado cada vez mais vidas, informações apontam que dois terços das pessoas com esses transtornos não fazem tratamento, e dois em cada dez casos se tornam crônicos, a maioria dos pacientes não tratados tentará contra si mesmo pelo menos uma vez na vida e, destes, uma parte conseguirão êxito. Para cada caso são possíveis diversos tratamentos e a religiosidade tem se mostrado uma ferramenta importante na recuperação e na melhoria da qualidade de vida, a fé e pratica religiosa aliadas ao tratamento clínico representam ações mais contundentes no enfrentamento do sofrimento, como fonte de esperança de cura e como ressignificação do sentido da vida e da morte. Portanto é necessário estabelecer um conceito sobre cada um desses transtornos ou doenças de modo a promover o melhor tratamento clínico e aplicação da religiosidade e práticas da fé no intuito de que a melhor qualidade de vida seja preservada.

Palavras-Chave: Transtornos; Depressão; Ansiedade; Religiosidade; Suicídio;

Curitiba-PR

2021

FACULDADE UNINA

¹ Cursando Bacharelado em Teologia em EaD na Faculdade UNINA.

ABSTRACT

One of humanity's greatest challenges is dealing with psychological disorders. Depression and anxiety, considered the evil of the century, have been claiming more and more lives, information indicates that two thirds of people with these disorders do not undergo treatment, and two out of ten cases become chronic, the majority of patients not being treated against themselves at least once in their life and, of these, a part will succeed. For each case, different treatments are possible and religiosity has stood out as an important tool in the recovery and improvement of quality of life, faith and religious practice combined with clinical treatment represent more forceful actions in coping with suffering, as a source of hope for a cure and as a resignification of the meaning of life and death. Therefore, it is necessary to establish a concept about each of these disorders or diseases in order to promote the best clinical treatment and application of religiosity and practices of faith in order to preserve the best quality of life.

Keywords: Disorders; Depression; Anxiety; Religiousness; Suicide;

Artigo Científico entregue à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Teologia.

Orientador: prof. Alisson Sant'Anna

INTRODUÇÃO

Atualmente, a depressão e a ansiedade representam elementos de preocupação por parte dos agentes e estudiosos da saúde no Brasil. Essas enfermidades ou transtornos são vistas como as principais causas que levam muitos ao suicídio.

Os quadros depressivos podem ser interpretados como o estado de humor que afeta os pensamentos, os sentimentos o comportamento e bem-estar físico da pessoa, e acompanhados pela ansiedade sendo essa é um estado de stress psicológico e fisiológico, são consideradas uma das maiores doenças que afetam a sociedade globalizada neste século.

São inúmeros os tratamentos estabelecidos pela ciência na forma de amenizar e controlar os surtos que podem ser desde reclusão nas situações mais leves quanto aos mais graves que atentem a vida, o suicido. Contudo é necessário avaliar cada caso dentro dos mais diversos espectros da vida, e a religiosidade é uma das ferramentas que auxiliam no processo de restauração e melhora na qualidade de vida dessas pessoas.

Portanto, a fé e a prática religiosa tem papel importante na ressignificação da vida e no enfrentamento do sofrimento e no auxílio na busca da cura e preservação da vida.

1. RELIGIOSIDADE

Para Peres *et al* (2007) *apud* Koenig (2015) conceitua-se religião como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos projetados para auxiliar a proximidade do indivíduo com o sagrado e/ou transcendente, e espiritualidade como uma busca pessoal de respostas sobre o significado da vida e o relacionamento com o sagrado e/ou transcendente.

Religiosidade segundo Lucchetti *et al* (2011) é entendida como extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião, podendo ser organizacional como exemplo participação em templo religioso ou não organizacional através de rezas, livros, programas religiosos na televisão.

Já Pinto (2009 *apud* Giovanetti, 2005, p.137), descreve "o termo religiosidade como a relação do ser humano com um ser transcendente, ao passo que o termo espiritualidade não implica nenhuma ligação com uma realidade superior."

O autor continua citando que a espiritualidade significa a possibilidade de uma pessoa mergulhar em si mesma, sendo assim toda vivência que pode produzir mudança profunda no interior do homem e o leva à integração pessoal e à integração com outros homens.

A espiritualidade tem relação com valores e significados: “o espírito nos permite fazer a experiência da profundidade, da captação do simbólico, de mostrar que o que move a vida é um sentido, pois só o espírito é capaz de descobrir um sentido para a existência”. (PINTO, 2009 *apud* Giovanetti, 2005.p.138).

2. DEPRESSÃO

Gomes (2011) descreve depressão como uma enfermidade que tem como característica os transtornos do humor e deve ser considerada uma doença. Seu tempo de duração em surto, sua intensidade e persistência variam de acordo com o tipo de depressão classificada. Sendo marcada por crises episódicas, ou seja, tende a se repetir, produzindo, por isso, frequentes recaídas e recidivas.

Para Gomes (2011), o termo depressão referia-se a um sintoma que gerou, em todos os tempos, grande polêmica que se arrasta até a atualidade. Ainda segundo o autor citando Kaplan & Sadock (1997) descrevem três usos diferentes para o termo depressão: o uso leigo, que se refere à tristeza e ao desânimo, não estando necessariamente relacionado a uma doença; o uso do termo representando um sintoma que indica humor rebaixado, deprimido, podendo ser encontrado em inúmeras patologias, e o uso para definir uma síndrome que reúne um conjunto de sinais e sintomas relacionados principalmente aos denominados transtornos de humor. O termo depressão tem diferentes significados em vários campos científicos.

Para Gomes (2011 *apud* Kaplan, Sadock; Grebb, 1997), a descrição que na neurofisiologia, depressão refere-se a qualquer diminuição na atividade eletrofisiológica; por exemplo, depressão cortical.

Para Pereira (2019 *apud* Cheik *et al*, 2003), é possível definir a depressão como um estado patológico com um humor triste e doloroso associado à redução da atividade psicológica e física. A pessoa afetada pela depressão se sente impotente e a doença vem quase sempre acompanhada de outros sintomas, como ansiedade ou a insônia.

O mesmo autor em outra citação descreve a depressão é diferente da tristeza normal ou da simples desmotivação, na medida em que anula o seu dia-a-dia, interferindo com a sua capacidade de trabalhar, estudar, comer, dormir e se divertir. Os sentimentos de desamparo, desesperança, inutilidade são intensos e implacáveis, sem alívio (PEREIRA, 2019 *apud* LUCAS, 2013).

Gomes (2011 *apud* Malta 2010), quando descreve que os limites entre depressão e tristeza ainda não são muito claros, a tristeza é uma reação saudável do cérebro em situações de estresse geralmente tem uma causa determinada. O sujeito sabe por que se encontra triste, sabe exatamente qual é a causa da sua dor removendo-se a causa, a tristeza vai embora. A depressão por sua vez não tem uma causa certa ela também gera tristeza mais sem causa aparente a tristeza do deprimido, por outro lado, manifesta-se difusa.

O diagnóstico de depressão requer a presença de cinco ou mais sintomas, que incluam obrigatoriamente espírito deprimido ou anedônia, durante pelo menos duas semanas, provocando distúrbios social, familiar, ocupacional e outros campos da atividade diária. (VARELLA, 2013).

Para Gomes (2011 *apud* Solomon, 2002), quem sofre com depressão sofre pela ausência de amor, ele não se ama e não se sente amado. Não ama a Deus, não ama a si mesmo e, na maioria das vezes, sente medo e ansiedade diante do amor demonstrado pelo outro. O deprimido também não consegue amar o próximo. Vive aprisionado aos próprios medos, angústias, ansiedades, desilusões e decepções reais ou imaginárias. Portanto em suas palavras *“A depressão é a imperfeição no amor. Para podermos amar, temos que ser criaturas capazes de se desesperar ante as perdas, e a depressão é o mecanismo desse desespero”*.

Galvão (2017) citando dados da OMS de 2001 descreve que que a mente em estado deprimido libera uma série de eventos fisiológicos interagindo com sistemas endócrinos alterando a imunidade deixando o indivíduo mais suscetível a aquisição de doenças que comprometem fisicamente a pessoa. De fato, doenças da mente ou fatores estressantes, interferem em uma vida saudável alterando o comportamento sexual, deixando a pessoa com transtornos da mente vulnerável as doenças sexualmente transmissíveis.

Assim sendo o mesmo autor cita Associação Brasileira de Psiquiatria em 2009 contribuiu com a informação de que no Brasil, cerca de 24 casos de suicídio são oficializados, e destes 90% estão correlacionados aos transtornos da mente sendo

tratados inadequadamente, trazendo para discussão a possibilidade de prevenir através de tratamentos diagnosticados corretamente.

Gomes (2011 *apud* Pfizer, 2008), descreve que embora a depressão possa se manifestar em qualquer momento, a incidência mais alta é nas idades médias; mas há um crescimento reconhecido durante a adolescência e o início da vida adulta. Portanto, manifesta-se com maior frequência entre os vinte e cinquenta anos. Aproximadamente dois terços das pessoas com depressão não fazem tratamento. Entre os pacientes que procuram o clínico geral, apenas 50% são diagnosticados corretamente. A maioria dos pacientes não tratados tentará suicídio pelo menos uma vez na vida. Destes, registra-se que 17% conseguem se matar.

3. ANSIEDADE

Segundo Pereira (2019 *apud* Ballone, 2003), a ansiedade é provocada por um aumento, esperado ou previsto, da tensão ou desprazer, podendo se desenvolver em qualquer situação (imaginária ou real), quando há ameaça a alguma parte do corpo ou do psicológico, para ser descarregada, ignorada ou dominada pela própria pessoa.

Para Falcão (2021) existem consistentes evidências que os indivíduos que têm mais religiosidade têm menos depressão, ansiedade, tentativas de suicídio e uso/abuso de drogas, e experimentam melhor qualidade de vida, remissão mais rápida dos sintomas depressivos e melhores resultados psiquiátricos.

O mesmo autor citando Gomes (2011) descreve a capacidade de influenciar favorável ou desfavoravelmente na cura das pessoas a relação entre religião e saúde tem sido muito estudada nos casos de doenças mentais, trazendo à discussão a possibilidade de uma constante constitucional espiritual humana. O tratamento junguiano² busca levar o paciente a reconhecer que ele também apresenta um conteúdo mental saudável e bom, possível de ser reforçado e agir como força geradora de interação saudável do indivíduo com sua família, com seu grupo social e com sua religião.

A ansiedade passa a ser reconhecida como patologia quando passa a ser exagerada, desproporcional em relação ao estímulo e passa a interferir com a

² A terapia de orientação junguiana, baseada nas ideias de Carl G. Jung e pós junguianos, tem como principal objetivo auxiliar o indivíduo a resgatar aquilo que é a sua essência, ou seja, viver de acordo com aquilo que ele realmente é.

qualidade de vida, conforto emocional ou desempenho diário do indivíduo (CASTILLO *et al*, 2000)

4. SUICÍDIO

Desde a Antiguidade, os povos tinham formas variadas de conceber o suicídio. A morte violenta, incluindo o autoextermínio, poderia ser uma porta de entrada para o reino dos deuses. Esse pode ter sido um fator bastante motivador para alimentar as guerras e conquistas entre os povos naqueles tempos. Por trás da morte violenta estaria a promessa da imortalidade. As mesmas autoras ainda relatam que foram os gregos que transformaram o suicídio em crime hediondo, o que os fazia decepar uma das mãos do suicida. No entanto, contraditoriamente, a literatura, a filosofia e a mitologia grega estavam repletas de exemplos de protagonistas de suicídios por defesa de honra e por outros princípios valorativos, tornando aceitável e razoável admitir o suicídio como uma decisão pessoal. (BASTOS *et al*, 2010 *apud* Pallares e Bahls, 2003)

Para Machado (2011) o suicídio se refere a um ato individual. No entanto, citando ele, Durkheim (2000) refere-se à tentativa de suicídio sob o ponto de vista social. Na concepção do autor, o suicídio não se trata apenas de um ato individual, existem causas sociais, considerando o suicida um ser social no nível da integração social dos suicidas no meio em que vivem.

Freud (1969) citado por Machado (2011) afirma que a tentativa de suicídio é o resultado da interação de fatores externos com os instintos de vida e de morte internos dos indivíduos, em que os últimos se sobrepõem, culminando com a tentativa. Acredita-se na existência de situações vividas socialmente, que possam contribuir para um desfecho da vida, de modo tão brutal, como os que são vistos hoje.

Trata-se de um problema relevante de saúde pública, cujas taxas têm aumentado significativamente na população jovem em diversos países, inclusive no Brasil (BRASIL, 2019). Apesar disso, a discussão sobre suicídio ainda é cercada de mitos, tabus e estigma social.

Machado (2011) relata segundo a OMS (2014) que, para cada suicídio, ocorrem no mínimo 20 tentativas.

O Brasil ocupa a oitava posição em relação ao número de suicídios no ranking mundial (OMS, 2014). Segundo o Ministério da Saúde (MS), no período de 2007 a

2016, foram notificados 106.374 óbitos por suicídio (BRASIL, 2019). Contudo, há uma grande variabilidade nas regiões brasileiras.

5. ESPIRITUALIDADE NO TRATAMENTO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO

A descrição da relação do homem das antigas religiões com o sagrado institucional ou instituído parece sempre contar com a presença e atuação de taumaturgos, xamãs, curandeiros, exorcistas, terapeutas e médicos, cujas funções são as mais diversas, às vezes, opostas e até sobrepostas. "De fato, a religiosidade humana, também na Antiguidade, está permeada de preocupações e atitudes diante de três companheiros inseparáveis do homem: o sofrimento, a doença e a morte." (FALCÃO, 2021 *apud* LIBÓRIO, 2010, p. 12).

O mesmo autor em outra citação a Koenig (2007) fala que essa atenção com o componente religioso da saúde do homem é mais explícita na medicina oriental, embora, desde o ano 372 d.C., os primeiros hospitais tenham sido organizados na Europa por monges e sacerdotes cristãos. Assim, até o fim da idade média, a Igreja continuou a construir e equipar hospitais em todo o mundo ocidental e foi responsável pela certificação de doutores para praticar medicina, mostrando que nossa noção de saúde moderna tem suas raízes em organizações religiosas.

Segundo Falcão (2021 *apud* Moreira *et al* 2014), no início do século XX, a religiosidade na saúde ocidental, principalmente nas áreas de psiquiatria, psicologia e neurologia, passou por uma fase de negligência ou oposição, ao generalizar as experiências espirituais como psicopatologias, com base em crenças e opiniões pessoais reducionistas de pioneiros da área de saúde mental. Os quais focalizam principalmente doenças mentais e, da mesma forma que publicações de associações profissionais, concordavam sobre a necessidade de se obter uma anamnese ou história espiritual quando do atendimento de pessoas com problemas de saúde.

Outro autor, Gomes (2011) descreve que a relação entre religião e saúde tem sido muito estudada nos casos de doenças mentais, com isso a discussão da possibilidade de que a religiosidade ou a fé é capaz de influenciar favorável ou desfavoravelmente na cura das pessoas. Em outro sentido, o tratamento junguiano busca levar o paciente a reconhecer que ele também apresenta um conteúdo mental saudável e bom, possível de ser reforçado e agir como força geradora de interação saudável do indivíduo com sua família, com seu grupo social e com sua religião.

Para Falcão (2021) diante do exposto por outros autores é necessário vislumbrar a saúde do homem levando em conta todas as áreas da vida, resgatando o processo científico de estudos da religiosidade como expressão de bem-estar físico e mental, o equilíbrio existencial dinâmico, mediado por fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. Para tanto já há entre as grandes associações de medicina seções dedicadas ao estudo da religiosidade/espiritualidade no tratamento de enfermidades como a depressão e outras anomalias psicológicas.

A importância de estudarmos religião e saúde reside não apenas no fato de que evidências científicas têm mostrado, na maioria dos casos, relação favorável entre maior religiosidade e melhor saúde, mas também no fato de que as pessoas têm encontrado em suas crenças e práticas religiosas um senso de controle existencial/psicológico e fonte de suporte social. (FALCÃO, 2021 *apud* KOENIG, 2012).

Falcão (2021) citando Koenig (2012) relata que assim, um novo movimento de parcerias entre comunidades religiosas e sistemas de saúde, agora cada vez mais repletos de pacientes, podem oferecer uma importante solução complementar, desenvolvendo-se sobre um precedente histórico que está em operação há quase dois mil anos.

Para Miranda *et al* (2015) em seu texto descrevendo diversos autores diz que a religiosidade é uma variável que se apresenta ligada à qualidade de vida, mostrando que o uso da religião, fé e espiritualidade para lidar com o estresse e os problemas de vida, promovendo melhor enfrentamento do sofrimento, como fonte de esperança de cura e como ressignificação do sentido da vida e da morte.

Continuando Miranda *et al* (2015) afirma que combinadas as informações apontam para a religiosidade como umas das vertentes na busca pela melhora em sua qualidade de vida. Escores altos de depressão aparecem associados a um apego maior à espiritualidade; escores baixos para o domínio físico da qualidade de vida estão correlacionados com maior busca por bem-estar espiritual; e, quanto maior o bem-estar espiritual, religioso e/ou existencial, maior a qualidade geral de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os transtornos psicológicos são hoje alvo das mais diversas áreas do conhecimento na busca pelo tratamento mais eficaz, visando principalmente evitar a morte. Sendo assim o importante é reconhecer sintomas da tristeza e reclusão voluntária de modo a auxiliar no tratamento precoce tanto da depressão quanto da ansiedade.

A busca pela religiosidade, pelo trabalho ou prática religiosa promove a cada indivíduo a possibilidade de sentir-se acolhido em meio à um grupo, junto a pessoas que comungam a mesma fé o que traz resignificação da vida e dos propósitos.

Portanto, a espiritualidade é uma ferramenta de extrema importância em meio ao tratamento dessas enfermidades como de muitas outras que acometem o corpo, porém, esses transtornos como não são visíveis no âmbito corpóreo necessitam do maior diálogo, maior abertura e paciência na busca pela restauração mental dessas pessoas.

Assim sendo não basta apenas remediar o corpo, é sim necessário prover a cada ser, condições ou formas de que a fé vivida por ele seja uma aliada no tratamento e que se possa ampliar os estudos de forma a atingir todos os sentidos da vida de todos nós, seja física, mental ou espiritual para que assim hajam menos casos de suicídio.

REFERÊNCIA

BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt. GONDIM, Sônia Maria Guedes. **Réplica 1 - Suicídio E Trabalho: Problemas Conceituais E Metodológicos Que Cercam A Investigação Dessa Relação.** Disponível em

<https://www.scielo.br/j/rac/a/WZyCryH5Rf4FCrCGqtjkyd/?lang=pt&format=pdf>.

Acessado em 21 de outubro de 2021.

BÍBLIA, Online. Versão Almeida Revista e Atualizada 1993. Disponível em:

<https://www.bibliaonline.com.br/ara/index> Acesso em: 22/09/2021

BUENO, Leticia **Espiritualidade e religiosidade podem diminuir os riscos de ansiedade e depressão, aponta estudo** 30/08/2018.

CASTILLO, Ana Regina GL. RECONDO, Rogéria. ASBAHR, Fernando R. MANFRO, Gisele G. **Transtornos de ansiedade.** Disponível em

<https://www.scielo.br/j/rbp/a/dz9nS7gtB9pZFY6rkh48CLt/?format=pdf&lang=pt>.

Acessado em 21 de outubro de 2021.

FALCÃO, Sergio da Cunha. **Tende Bom Ânimo: Ansiedade, Depressão E Teologia Prática Cristã.** Disponível em

<https://periodicos.ficv.edu.br/index.php/summaesapientiae/article/view/20/3>.

Acessado em 21 de outubro de 2021.

GALVÃO, Romildo. **Suicídio: Principais Fatores De Risco.** Disponível em

<https://monografias.brasilecola.uol.com.br/enfermagem/suicidio-principais-fatores-risco.htm>. Acessado em 21 de outubro de 2021.

GOMES, Antonio Maspoli de Araújo. **Um olhar sobre depressão e religião numa perspectiva compreensiva.** Estudos de Religião. V. 25, n. 40, p. 81-109, jan./jun. 2011. Disponível em

<file:///C:/Users/SECIZA~1/AppData/Local/Temp/Dialnet-UmOlharSobreDepressaoEReligiaoNumaPerspectivaCompr-6265586.pdf>.

Acessado 27/09/2021.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero. JUNIOR, Álvaro Avezum. **Religiosidade, espiritualidade e doenças cardiovasculares.** Disponível em

<http://www.onlineijcs.org/sumario/24/24-1/ponto.asp>. Acessado em 21 de outubro de 2021.

MACHADO, Álida de Castro. **A Organização das Políticas e Gestão da Rede de Assistência na Atenção Primária à situação de risco para o suicídio.** Disponível em

https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-9CYJ47/1/monografia_lida_de_castro_machado.pdf. Acessado em 21 de outubro de 2021.

MIRANDA, Sirlene Lopes de. LANNA, Maria dos Anjos Lara e. FELIPPE, Wanderley Chieppe. **Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório.** Disponível em

<https://www.scielo.br/j/pcp/a/wqhfszB3mxmBbM4PpczVVTk/?lang=pt>. Acessado em

21 de outubro de 2021.

OLIVEIRA, Edegar. **Depressão maior quando a internação psiquiátrica é a melhor opção?** <https://hospitalsantamonica.com.br/depressao-maior-quando-a-internacao-psiquiatrica-e-a-melhor-opcao/> Disponível em: Acessado 27/09/2021.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Lisboa, Coordenação Nacional para a Saúde Mental Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde de Portugal. 2002.

PEREIRA, Ana Luiza Souza. **Exercício Físico No Controle E Prevenção Da Ansiedade e Depressão.** UNIFOR – 2013. Disponível em <https://repositorioinstitucional.unifor.br:21074/xmlui/bitstream/handle/123456789/221/TCC%20Ana%20Luiza%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acessado em 21 de outubro de 2021.

PERES, Julio Fernando Prieto. SIMÃO, Manoel José Pereira. NASELLO, Antonia Gladys. **Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia.** Disponível em <https://www.scielo.br/j/rpc/a/YFghx4LyPBm6vVMH78Z4h8J/?lang=pt#>. Acessado em 21 de outubro de 2021.

PINTO, Ênio Brito. **Espiritualidade e Religiosidade: Articulações.** Disponível em https://www.pucsp.br/rever/rv4_2009/t_brito.htm. Acessado em 21 de outubro de 2021.

VARELLA, Dráuzio. **Diagnóstico de Depressão.** Disponível em <https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/diagnostico-de-depressao-artigo/>. Acessado em 21 de outubro de 2021.

TERMO DE COMPROMISSO DE ORIGINALIDADE

Eu, Marcia dos Anjos Denechuk portador/a da carteira de identidade nº 8.426.425-3 na qualidade de estudante regularmente matriculado/a no Bacharelado em Teologia da Faculdade São Braz sob o n. 174596 declaro, para os devidos fins, que o Trabalho de Conclusão de Curso encontra-se plenamente em conformidade com os critérios técnicos, acadêmicos e científicos de originalidade. Nesse sentido, declaro, para os devidos fins, que o referido TCC foi elaborado com minhas próprias palavras, ideias, opiniões e juízos de valor, não consistindo, portanto, PLÁGIO, por não reproduzir, como se meus fossem, pensamentos, ideias e palavras de outras pessoas. O/a Professor/a responsável pela orientação de meu trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentou-me a presente declaração, requerendo o meu compromisso de não praticar quaisquer atos que pudessem ser entendidos como plágio na elaboração de meu TCC, razão pela qual declaro ter lido e entendido todo o seu conteúdo e submeto o trabalho como fruto de meu exclusivo trabalho.

Curitiba, 03 de outubro de 2021