

UNINGÁ - UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR INGÁ LTDA

Uningá Review

Online ISSN 2178-2571



23(3)

Julho / Setembro
July / September

2015



Master Editora
The Greatest Open Access Journals

Título / Title:	UNINGÁ Review
Periodicidade / Periodicity:	Trimestral / Quarterly
Diretor Geral / Main Director:	Ricardo Benedito de Oliveira
Diretor de Ensino / Educational Director:	Ney Stival
Diretor de Pós-Graduação / Post-Graduation Director:	Mário dos Anjos Neto Filho
Diretora de Assuntos Acadêmicos / Academic Subjects Director:	Gisele Colombari Gomes
Diretor Administrativo / Administrative Director:	Flávio Massayohi Sato

Editor-Chefe / Editor-in-Chief: Prof. Dr. Mário dos Anjos Neto Filho

Corpo Editorial / Editorial Board

Prof. Dr. Afonso Pelli, UFTM (MG)	Profa. Dra. Michele Paulo, USP (SP)
Prof. Dr. Aissar Eduardo Nassif, UNINGÁ (PR)	Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Évora, USP (SP)
Prof. Dr. Alaor Aparecido Almeida, CEATOX-UNESP (SP)	Prof. Dr. Roberto Barbosa Bazotte, UEM (PR)
Prof. MS. Alex Sanches Torquato, UTFPR (PR)	Prof. Dr. Roberto DeLucia, USP (SP)
Profa. Dra. Carolina Baraldi Araujo Restini, UNAERP (SP)	Prof. MS. Rogério Tiyo, UNINGÁ (PR)
Profa. Dra. Claire Nain Lunardi Gomes, UnB (Brasília/DF)	Profa. MS. Rosana Amora Ascari, UDESC (SC)
Prof. Dr. Fabiano Carlos Marson, UNINGÁ (PR)	Prof. Dr. Sérgio Spezzia, UNIFESP (SP)
Prof. Dr. Gerson Jhonatan Rodrigues, UFSCar (SP)	Profa. Dra. Tatiliana Geralda Bacelar Kashiwabara, IMES (MG)
Prof. Dr. Jefferson José de Carvalho Marion, UFMS (MS)	Profa. MSd. Thais Mageste Duque, UNICAMP (SP), UNINGÁ (PR)
Profa. Dra. Kellen Brunaldi, UEM (PR)	Profa. MS. Valéria Garcia da Silva, UNINGÁ (PR)
Prof. Dr. Luiz Fernando Lolli, UNINGÁ (PR)	

Indexações: Latindex, Google Acadêmico, EBSCO *host* (Fonte Acadêmica), Periódicos CAPES e *Directory of Research Journals Indexing* - DRJI.

Distribuição: Master Editora – Publicações Científicas

A Revista **UNINGÁ Review** é um Projeto Especial para divulgação científica apenas em mídia eletrônica, estando inscrito na Coordenação do Núcleo Pesquisa da Faculdade INGÁ sob o número (171/2-2009) da Faculdade INGÁ.

Todos os artigos publicados foram formalmente autorizados por seus autores e são de sua exclusiva responsabilidade.

As opiniões emitidas nos trabalhos aqui apresentados não correspondem necessariamente, às opiniões da Revista **UNINGÁ Review** e de seu Corpo Editorial.

The UNINGÁ Review Journal is a special project to scientific dissemination only in electronic media, registered in the Coordination of the Research Center - Faculty INGÁ (171/2-2009).

All published articles were formally authorized by their authors and are your sole responsibility.

The opinions expressed in the studies published do not necessarily correspond to the views of UNINGÁ Review Journal and its Editorial Board.



Master Editora

Prezado leitor, é com grande satisfação que divulgamos a vigésima terceira edição, volume três, da Revista **UNINGÁ Review**.

UNINGÁ Review recebeu a estratificação B4 pelo sistema QUALIS CAPES, após a avaliação das edições anteriores, desde o ano de 2010.

Atualmente a **UNINGÁ Review** é indexada nos seguintes portais de periódicos: Latindex, Google Acadêmico, Bibliomed, EBSCO host, DRJI e Periódicos CAPES

Desde o dia 01/07/2013, a Revista **UNINGÁ Review** passou a ser distribuída pela Master Editora, adotando o formato *Open Access Journal* (Revista Científica de Acesso Aberto) que garante a manutenção do acesso irrestrito e gratuito aos artigos publicados. Os autores não terão nenhum custo financeiro para submissão e a subsequente análise do manuscrito pelo conselho editorial do periódico. Entretanto, caso um manuscrito seja aceito para publicação, o autor responsável (autor de correspondência) confirmará o interesse pela publicação realizando o pagamento de uma taxa de publicação, no valor de R\$ 180,00 (cento e oitenta reais), em função dos custos relativos aos procedimentos editoriais; valor atualizado em 01/01/2015.

Aproveitamos a oportunidade para agradecer aos autores dos trabalhos que abrilhantam esta edição e para convidar aos autores de trabalhos científicos que se enquadram em nosso escopo editorial para o envio de seus artigos para nossa análise *ad hoc*, visando o aceite de sua obra para publicação em uma das edições futuras da Revista **UNINGÁ Review**.

Boa leitura!

Mário dos Anjos Neto Filho
Editor-Chefe

Dear reader, it is a great satisfaction to disclose the twenty-third edition, volume three of the Journal UNINGÁ Review.

UNINGÁ Review received the concept of stratification B4 by QUALIS CAPES system, according to the evaluation of the previous editions, since 2010.

Currently UNINGÁ Review is indexed in the following journals portals: Latindex, Google Scholar, Bibliomed, EBSCO host, DRJI and Periódicos CAPES.

Since July 01, 2013, the UNINGÁ Review Journal became distributed by Master Publisher, adopting the format Open Access Journal that ensures the free and unrestricted access to published articles. The authors have no financial cost to any submission and subsequent analysis of the manuscript by the editorial board of the journal. However, if a manuscript is accepted for publication, the mailing author can confirm the interest in publishing by the payment of a publication (R\$ 180,00 - one one hundred and eighty Reais), according to the costs relating to the procedures editorials; updated on 01/01/2015.

We take this opportunity to thank the authors of the works that brightens this issue and to invite the authors of scientific papers that fit with our editorial scope to send your articles to our ad hoc aiming at acceptance of your paper for publication in a future issue of the Journal UNINGÁ Review.

Happy reading!

Mario dos Anjos Neto Filho
Editor-in-Chief

ORIGINAIS

COGUMELO *Agaricus sylvaticus* (AGARICACEAE): ADJUVANTE IMUNOLÓGICO NO TRATAMENTO DO CÂNCER

RENAN GONÇALVES DA SILVA, LUANA JANDHY MANTOVANINI, SONIA MARLI ZINGARETTI 06

BENEFÍCIOS DA PESQUISA BIOTECNOLÓGICA COSMÉTICA COM ÊNFASE NA ÁREA DE TERAPIA CAPILAR

SILVIA DE OLIVEIRA MACIEL FREIRE 13

PRESENÇA DE DOENÇAS EM PLANTAS ORNAMENTAIS NO PARQUE DO JAPÃO

DANIELI SUZAN VALERIO, JULIO CESAR COLELLA, ARNEY EDUARDO DO AMARAL ECKER, SILVIA APARECIDA VIEIRA, ANNA PAOLA TONELLO 20

TRANSTORNOS ALIMENTARES MODERNOS: UMA COMPARAÇÃO ENTRE ORTOREXIA E VIGOREXIA

MAITÊ REGINA BRESSAN, CONSTANZA PUJALS 25

PSICOSSOMÁTICA NAS NARRATIVAS DE RECUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

ANDRESSA KLIEMANN DI BENEDETTO, ÂNGELA MARIA RUTKOSKI, JAQUELINE CARVALHO SOUZA, JOÃO RICARDO NICKENIG VISSOCI, KARINE VANDRESSA PERNONCINI, MANUELA FORLIN ROVER, PAULO HENRIQUE MAI, RUDIMILA CAROLINE VIANA 31

PRINCIPAIS CAUSAS EXTERNAS DOS IDOSOS ATENDIDOS NAS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

JOSEANE DORNELES DA SILVA, LUCIA ELAINE RANIERI CORTEZ 38

UM ESTUDO SOBRE OS BENEFÍCIOS DA TÉCNICA PEC'S PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESSOA AUTISTA

RAINARA REGIANE MARQUES, CAROLINE ANDREA POTTKER 44

PERCEPÇÃO DE PROFESSORES SOBRE A INCLUSÃO NO ENSINO REGULAR DE ALUNOS COM SÍNDROME DE DOWN

KATIA LEIKO NONAKA, CAROLINE ANDREA POTTKER 52

RELATO DE CASO CLÍNICO

EXTRAÇÃO DE SEGUNDO MOLAR COMO OPÇÃO TERAPEUTICA NA ORTODONTIA: UM RELATO DE CASO

JEAN BIFF, FRANCISCO KELMER, JULYANO VIEIRA DA COSTA 61

REMOÇÃO CIRÚRGICA DE 5 DENTES RETIDOS EM REGIÃO ANTERIOR DE MANDÍBULA EM POSIÇÃO ECTÓPICA

EDIMAR RAFAEL DE OLIVEIRA, ANDRÉ GOULART CASTRO ALVES, GIORDANO BRUNO DE OLIVEIRA MARSON, PAULO NORBERTO HASSE 65

ATUALIZAÇÃO DA LITERATURA

ASSOCIAÇÃO ENTRE PERVERSÃO E PEDOFILIA SEGUNDO A PSICANÁLISE FREUD – LACANIANA

MEURY DARLLING DOS SANTOS, ANDRÉ LUÍS SCAPIN 70

MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR - UM OLHAR SOBRE O RESGATE DA AUTOESTIMA ATRAVÉS DO PROCESSO DE RESILIÊNCIA

ENAILE CAVALCANTE DA SILVA, CARLA FERNANDA BARBOSA MONTEIRO 75

FEMINILIDADE: EXPLORANDO OS IMPASSES DO TORNAR-SE MULHER, ESTABELECIDOS NA RELAÇÃO MÃE E FILHA

SIMONY ORNELLAS THOMAZINI, ANDRÉ LUÍS SCAPIN 83

CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS: A DEMORA NA ADOÇÃO

RENATA RESENDE BRAGANÇA, ANTONIO ALEXANDRE PEREIRA JUNIOR 89

USO INDISCRIMINADO DO METILFENIDATO PARA O APERFEIÇOAMENTO COGNITIVO EM INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS

CARLOS EDUARDO FARDIN, JULIANA ANTUNES DA ROCHA PILOTO 98

O USO DE TOXINA BOTULÍNICA COMO ALTERNATIVA PARA O TRATAMENTO DO SORRISO GENGIVAL CAUSADO PELA HIPERATIVIDADE DO LÁBIO SUPERIOR

ISABELA RIGHETTO SENISE, FABIANO CARLOS MARSON, PATRÍCIA SARAM PROGIANTE,
CLEVERSON DE OLIVEIRA E SILVA 104



Master Editora

COGUMELO *Agaricus sylvaticus* (AGARICACEAE): ADJUVANTE IMUNOLÓGICO NO TRATAMENTO DO CÂNCER

MUSHROOM *Agaricus sylvaticus* (AGARICACEAE): IMMUNE ADJUVANT
IN CANCER TREATMENT

RENAN GONÇALVES DA SILVA^{1*}, LUANA JANDHY MANTOVANINI², SONIA MARLI ZINGARETTI³

1. Biólogo, Mestrando em Agronomia – Genética e Melhoramento de Plantas, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2. Biotecnóloga, Mestranda em Agronomia – Genética e Melhoramento de Plantas, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 3. Agrônoma, Doutora em Ciências Biológicas (Genética) e docente pela Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP.

* Avenida Costabile Romano, 2.201, Ribeirânia, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. CEP: 14.096-900. biotek_rere@hotmail.com

Recebido em 20/03/2015. Aceito para publicação em 15/05/2015

RESUMO

Dentre as alternativas existentes que visam enriquecer tratamentos e terapias destinados a melhorar o quadro clínico de pacientes com câncer, a suplementação por adjuvantes imunoterapêuticos como o cogumelo *Agaricus sylvaticus* tem ganhado grande destaque em estudos científicos. Desse modo, foi realizado o levantamento bibliográfico de trabalhos relevantes que contribuíram para o melhor entendimento da função terapêutica desse fungo. Muitas publicações abordam os principais princípios ativos, encontrados no *Agaricus sylvaticus*, que atuam diretamente como agentes antitumorais, entretanto, pouco se tem conhecimento sobre a ação destes bioativos sobre células humanas normais.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer, imunoterapia, fungo.

ABSTRACT

Among the alternatives that aim to enrich treatments and therapies to improve the clinical status of patients with cancer, the supplementation by immunotherapeutic adjuvants such as *Agaricus sylvaticus* has gained great prominence in scientific studies. Thus, we carried out the literature review of relevant studies that contributed to a better understanding of the therapeutic function of this fungus. Many of the publications approach the active compounds that act directly as antitumor agents, however, little has knowledge of the bioactive action of fungi in normal cells.

KEYWORDS: Cancer, immunotherapy, fungus.

1. INTRODUÇÃO

O câncer é uma das doenças mais preocupantes no mundo, principalmente devido à ausência de tratamento

efetivo que proporcione cem por cento de cura para o indivíduo acometido^{1, 2}.

Muitos estudos acerca de novas terapias e tratamentos já foram realizados ou estão em prosseguimento, mas o tratamento se restringe principalmente à cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou transplante de medula óssea. Em muitos casos, sendo necessário combinar mais de uma modalidade³. Por isso, a farmacologia e a medicina alternativa adquirem um papel fundamental no estabelecimento de novas drogas e tratamentos que sejam eficazes, promovendo de alguma forma melhorias no quadro clínico e suplementar de pacientes com câncer.

Alguns fungos medicinais têm sido utilizados como suplemento dietético em pacientes com diversos tipos de câncer em função de suas propriedades nutricionais e medicinais. O suplemento dietético com extrato de *Agaricus sylvaticus* vem sendo utilizado como tratamento adjuvante em pacientes com câncer, contribuindo para um melhor prognóstico.

O *A. sylvaticus*, um fungo da família Agaricaceae, usado na composição de suplemento dietético em pacientes com câncer, apresenta possíveis efeitos inibidores no crescimento tumoral, regressão do tumor e estimulação dos sistemas imunitário e hematológico, além de efeitos benéficos na melhoria da qualidade de vida e no prognóstico de pacientes⁴. Acerca dos mecanismos de ação de substâncias estudadas, foi demonstrado que a substância 1-3beta-D-glucana (presente em cogumelos Agaricaceae) possui efeitos sobre o sistema imunitário, tais como: aumento da imunidade celular e humoral, aumento do número, tamanho, atividade fagocitária, aumento na aderência e quimiotaxia dos macrófagos; aumento do número de monócitos circulantes, aumento da produção de antígenos e atividade citolítica sobre células tumorais humanas *in vitro*^{5, 6}.

Desse modo, o presente trabalho teve por objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre a base conceitual, estudos e principais tratamentos do câncer, dando enfoque na ação do cogumelo *A. sylvaticus*, como alternativa terapêutica.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O levantamento bibliográfico foi realizado mediante a consulta em bases de dados como Periódicos CAPES, PubMed, Scielo; sites da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Instituto Nacional do câncer (INCA), que nos forneceram informações acerca da temática.

Os dados e informações foram organizados de modo que a compreensão do estudo fosse abordada em dois tópicos principais, sendo eles, base conceitual do câncer e imunoterapia.

3. DESENVOLVIMENTO

Câncer: Base Conceitual

No Brasil o câncer representa a segunda maior causa de mortalidade no país, superada apenas pelas doenças cardiovasculares, e é tido como responsável por aproximadamente 11,84% do total de óbitos e por 27,63 % do total de mortes causadas por doença no país. Cerca de 14 milhões de pessoas foram diagnosticadas com câncer no ano de 2012, com previsão de 19 milhões de casos por ano até 2025^{7, 8, 9}.

De acordo com Belizário¹⁰ o câncer é considerado uma doença genética, ou seja, pode ser transmitido a uma célula normal através da transferência de genes tumorais (cópias de genes normais que sofreram mutações); em outras palavras, os cânceres têm início quando uma célula normal sofre um processo patológico de mutação genética em seu DNA, coma proliferação anormal de clones de células modificadas¹¹. Também pode caracteriza-se como doença genética porque ocorrem alterações dentro de genes específicos, mas não se tratando na maioria dos casos como uma doença hereditária¹².

Quando tais genes são transcritos, provocam a síntese de proteínas que resultam em perda ou ganho de sua função biológica, a exemplo da proteína p53, que está relacionada às neoplasias humanas e animais - já que danos no DNA podem induzir a produção da mesma e iniciar o processo apoptótico¹³. Em relação à indução dessa proteína, mediante modificações no gene TP53, Thomazi¹⁴ verificou que 42 % dos tumores caninos resultou de alterações nos exons 6 e/ou 7 do referido gene específico.

Genes específicos de fator de crescimento endotelial vascular como VEGF-A, VEGFR2 e VEGFR3 estão associados à ocorrência de carcinoma endometrial, câncer de mama e adenocarcinoma colorretal^{15, 16, 17}.

Essas alterações/ mutações podem ser causadas por agentes físicos e químicos do meio ambiente ou por produtos tóxicos da própria célula (radicais livres, por exemplo). O processo de formação de um câncer pode levar de um a 30 anos, sendo denominado "carcinogênese"¹⁰.

Embora não se saiba ao certo o que causa a mutação que dá origem à carcinogênese, sabe-se que o meio ambiente, agentes físicos, químicos, biológicos (vírus) e a genética são fatores capazes de influenciar no processo de desenvolvimento dos cânceres^{18,19}. Portanto, o desenvolvimento do câncer resulta da interação entre fatores endógenos e ambientais, destacando-se a dieta que, quando inadequada, pode representar, cerca de, 35 % de suas causas^{20,21}. Além da dieta, diversos outros fatores relacionados ao processo de carcinogênese merecem destaque como hereditariedade, tabagismo, obesidade, inatividade física, idade e contato com carcinógenos^{21,22}.

Os estudos sobre a carcinogênese mostraram que, durante os seus três estágios (iniciação, promoção e progressão), ocorre um acúmulo de mutações no DNA celular, em especial em genes que garantem a ordem dos eventos do ciclo de divisão celular, nos que corrigem eventuais erros na replicação do material genético ou nos que promovem e mantêm o estado de diferenciação celular¹⁰.

Genes associados a esses eventos, denominados proto-oncogenes, podem ser transformados em oncogenes (derivados resultantes de processos de mutação ou elevada expressão)²³. Eles são claramente responsáveis pela conversão de células normais em células cancerígenas. Mas como ocorre essa conversão de genes normais a oncogenes?

O ciclo celular compreende quatro fases (G1, S, G2 e M) que promovem a duplicação do DNA e posterior divisão nuclear (mitose), que resulta na produção de nova célula. A estimulação por fatores de crescimento e hormônios é responsável pelo início do processo, no entanto no decorrer do ciclo celular (fases de transição) qualquer alteração nas enzimas e proteínas envolvidas no processo podem determinar sua interrupção e apoptose, ou sua proliferação continua¹⁰.

Ainda segundo Belizário¹⁰, de fato, provou-se que o crescimento descontrolado que se verifica nas neoplasias (significa 'novo crescimento' – designação científica do câncer ou tumor maligno) decorre da ativação de proto-oncogenes (como *c-Myc*) envolvidos no controle positivo do ciclo celular. A ativação pode ser causada por mutações, deleções e translocações cromossômicas, havendo estimulação constante dos eventos bioquímicos da proliferação e transformação celular ao passo que uma célula normal recebe cópias extras dos oncogenes ativados.

Basicamente o câncer resulta da perda da regulação

do ciclo celular, perda do controle sobre invasão e metástases, falha dos mecanismos apoptóticos e o sobrepujamento do envelhecimento²⁴. Com isso, outro mecanismo está correlacionado à gênese dos processos neoplásicos – os telômeros e a telomerase (enzima mantenedora) com função fisiológica somente nas células tronco e germinativas, atuando no surgimento e/ou manutenção das neoplasias²⁵.

Apesar da ampliação do conhecimento atual sobre o câncer e sobre a genética molecular nos últimos anos, ainda se sabe pouco sobre o papel dos inúmeros oncogenes, genes supressores e sobre as vias de transdução de sinal na gênese e no desenvolvimento das neoplasias. De forma geral sabe-se que o câncer é uma doença causada por uma série de mutações genéticas que conferem às células algumas características especiais, como: capacidade ilimitada de proliferação, perda de resposta a fatores de inibição de crescimento, morte celular programada, metástases e produção de novos vasos sanguíneos (angiogênese)^{26, 27}.

Além disso, Videira *et al.*²⁸ explicam que o câncer é resultado de uma série de acidentes genéticos que podem ocorrer ao acaso, não existindo dois casos da mesma forma de manifestação da doença que sejam geneticamente idênticos. O que de certa forma leva a uma diversificação com relação às abordagens terapêuticas e/ou à conduta clínica a dotada para o seu tratamento e/ou diagnóstico.

Nos laboratórios, os cientistas avançam nos estudos para identificar trincheiras oncológicas e armas químicas usadas durante a invasão e expansão dos clones de células tumorais nos órgãos e tecidos do corpo. O que chama mais a atenção nesses estudos, é que os mecanismos de contra-ataque observados são compartilhados por células normais e células cancerígenas¹⁰.

No caso específico do câncer ósseo não se sabe ao certo quais são as causas do seu desenvolvimento, no entanto sabe-se que este tipo câncer pode ser primitivo ou metastático e que esta doença exibe um padrão bimodal, com picos de ocorrência entre as idades de 15 a 19 anos e após os 65 anos e que diversos fatores podem estar envolvidos na sua gênese tais como: traumas físicos, hereditariedade, vírus, deficiência do sistema imunológico, exposição a agentes químicos como as substâncias derivadas do alcatrão (fumo), poluição atmosférica, hormônios e alguns medicamentos que, isolados, concentrados e expostos ao organismo em determinadas quantidades, podem predispor o indivíduo ao desenvolvimento de um câncer^{3, 29, 30, 31}.

Assim como os demais tipos de cânceres, o câncer ósseo possui diferentes tipologias de acordo com a área do osso atingida e de acordo com os tipos de células que deram origem ao tumor ósseo, as quais estão intimamente relacionadas ao caráter de malignidade e/ou

agressividade, característica fundamental esta para a escolha da melhor abordagem terapêutica a ser utilizada em seu tratamento³². Segundo Vale *et al.*³³, nos casos dos tumores ósseos benignos a conduta adotada para o tratamento depende basicamente da atividade biológica do tumor, dos sintomas clínicos ocasionados pelo desenvolvimento do tumor e de acordo com a localização anatômica do mesmo.

O tratamento do câncer consiste basicamente na utilização de radioterapia, quimioterapia e cirurgia. Alguns tumores em estágios iniciais podem ser tratados terapêuticamente enquanto que tumores avançados e com metástases distais geralmente são utilizadas associações terapêuticas³⁴.

Além desses, outros métodos tem sido também aplicados, como a braquiterapia, uma técnica mediada pela emissão de radioisótopos³⁵, consistindo na aplicação de dose elevada, em curto espaço de tempo, e em volume de tecido pequeno, o que resulta em poucos efeitos nos tecidos vizinhos; a hormonioterapia, definida como um tratamento que utiliza medicamentos que inibem a atividade de hormônios que possam interferir no crescimento de um tumor; a iodoterapia, os transplantes de células-tronco hematopoiéticas, e até mesmo a regulação nutricional do paciente³⁶.

A despeito do avanço científico e tecnológico da medicina moderna, desde a última década tem sido observado o aumento do uso de terapias não convencionais no tratamento do câncer, mesmo em países desenvolvidos^{37,38}. Segundo Rossi *et al.*³⁹ em centros biomédicos europeus, as técnicas da medicina alternativa mais utilizadas são: acupuntura (55,3%), homeopatia (40,4%) e medicina herbal (38,3%).

Imunidade ao Câncer: alternativa terapêutica (adjuvante) do cogumelo *Agaricus sylvaticus*

Alguns cogumelos são utilizados em todo o mundo como fontes de nutrientes e possuem substâncias com efeito farmacológico que podem ser benéficas na terapia adjuvante do câncer⁴⁰.

Estima-se que existam mais de 1,5 milhões de espécies de fungos, e que cerca de 100 mil (7%) espécies de fungos foram descritas⁴¹. De acordo com Borchers *et al.*⁴², existem no mínimo, 700 espécies de fungos comestíveis, 50 a 200, com propriedades medicinais e, 50, espécies venenosas.

No Brasil, os fungos de interesse comercial são representados pelas seguintes espécies: *Agaricus bisporus* (Champignon de Paris), *Lentinus edodes* (Shiitake), *Pleurotus ostreatus* (Cogumelo Ostra), *Agaricus blazei* (Cogumelo da Vida) e *Agaricus sylvaticus* (Cogumelo do Sol)²². Diversos estudos realizados com o cogumelo *A. sylvaticus*, comercialmente conhecido como Cogumelo do Sol"

sugerem benefícios à saúde de pacientes oncológicos devido à presença de substâncias bioativas em sua composição^{43, 44}. Dentre as substâncias bioativas com propriedades farmacológicas identificadas, podemos citar as glucanas, proteoglicanas e arginina, isoladas de inúmeras espécies de fungos medicinais²⁰.

O efeito antitumoral é atribuído à restauração e melhora da resposta imunológica através da estimulação da imunidade celular por polissacarídeos que estão presentes na composição dos cogumelos⁴⁵. Segundo Cavacanti *et al.*⁴⁶ moléculas essenciais como proteínas, aminoácidos e carboidratos, encontradas em cogumelos, podem reduzir as deficiências nutricionais bem como melhorar a qualidade de vida do paciente. Substâncias com ação antitumoral e anti-inflamatória foram identificadas em espécies do gênero *Agaricus*^{47,48}. Em *A. sylvaticus*, *L. edodes* e *A. blazei* foram identificados vários polissacarídeos com atividade imunomodulatória, anticancerígena, anti-inflamatória e antioxidante⁴⁹. No caso de *A. sylvaticus*, especificamente, verificou-se importante ação antioxidante no combate a radicais livres que são produzidos em vários processos metabólicos⁵⁰.

Gennari *et al.*⁵¹ reportam o uso do cogumelo *A. sylvaticus* como complemento terapêutico em pacientes com câncer de mama e metástase pulmonar. Os autores relatam o caso de uma paciente com diagnóstico clínico TINOM0, que fez uso do *A. sylvaticus* associado à radioterapia e teve seu perfil imunológico alterado de CD 56(NK) = 160 para CD 56 (NK) = 280, com raios-X de tórax mostrando retração do pulmão esquerdo e ausência de tumor.

Acredita-se que a principal substância que responde pelos atributos funcionais dos fungos medicinais como *A. sylvaticus* e *A. blazei* são as -glucanas, fibras alimentares, solúveis, capazes de atuar eficazmente na redução do colesterol e de outros lipídeos plasmáticos⁵². Além de aumentar as funções imunológicas através do estímulo à expansão clonal de células T, Natural Killer (NK), linfócitos B e células complementares, também elevam o número de macrófagos e monócitos, promovendo a proliferação e/ou produção de anticorpos e de várias citocinas e, dessa forma, evitam a regeneração e a metástase do câncer⁴⁴.

Em pacientes com câncer de cólon e outros carcinomas, a ação de proteoglicanas extraídas de fungos medicinais aliada à quimioterapia foi capaz de prolongar o tempo de sobrevida e restaurar parâmetros imunológicos⁵³.

Além das propriedades farmacológicas atribuídas ao *A. sylvaticus*, sabe-se que esses fungos possuem alto valor nutritivo, uma vez que apresentam em sua composição: água (90%), proteínas (10%-40%), lipídeos (2%-8%), carboidratos (3%-28%), fibras (3%-32%), minerais (8%-10%) além de vitaminas em

quantidades-traço^{20,54}. *A. sylvaticus* quando cultivado na Mongólia apresentou 46,1% de proteínas e 40,3% de carboidratos em sua composição, valores superiores aos encontrados para os fungos cultivados no Brasil que apresentaram níveis de proteínas e carboidratos de 41,16% e 36,31% respectivamente⁵⁵. Isso reflete a influência dos fatores genéticos das linhagens associados às condições de crescimento que vão desde as variações geográficas e componentes do solo.

Em termos qualitativos, os fungos medicinais contêm todos os aminoácidos indispensáveis⁴², além de ácidos graxos poli-insaturados (ácido linoléico e araquidônico) e, baixa proporção de ácidos graxos saturados. Os principais minerais presentes nesses fungos são potássio (613,03 mg/100g), cálcio (1,35 mg/100g), magnésio (21,19 mg/100g), ferro (726,90 mg/100g), zinco (549,25 mg/100g) e sódio (255,34 mg/100g)⁵⁶. Outros minerais como alumínio, magnésio e fósforo também foram relatados⁵⁴. As vitaminas que se destacam incluem niacina, tiamina, riboflavina, biotina e vitaminas A, C e D²⁰.

Pacientes com câncer frequentemente apresentam náuseas, vômitos, diarreia, apetite reduzido e involuntária perda de peso, acrescidos de outros sintomas como dor e fadiga. Esses sintomas geralmente influenciam no desenvolvimento das atividades habituais como: trabalhar, lazer, preparar as refeições, disposição física para interagir na sociedade, afetando desse modo os indicadores de qualidade de vida⁵⁷.

Fortes *et al.*⁵⁸ relatam que 55% dos pacientes diagnosticados com câncer colorretal, submetidos a quimioterapia associada a suplementação dietética de *A. sylvaticus* por um período de 3 meses, apresentaram melhora na disposição geral, enquanto que 36% ausência de alterações e, apenas 9% se referiram a desânimo. No grupo placebo, essas alterações não foram observadas, no entanto 28% dos pacientes apresentaram tontura, 27%, dores, 18%, insônia, 9%, fraqueza e, 18%, ausência de alterações.

Outros estudos indicam que pacientes em fase pós-operatória, também tratados com *A. sylvaticus* apresentaram melhora na qualidade de vida com redução de insônia, em contrapartida, os pacientes que receberam placebo relataram redução da disposição com consequente aumento de cansaço e fadiga durante todo o período de acompanhamento, evidenciando o possível efeito bioativo deste fungo⁵². Os pacientes tratados com *A. sylvaticus* relataram redução de constipação, diarreia, flatulência, distensão abdominal e náuseas, após seis meses de tratamento. As observações foram corroboradas por Valadares *et al.*⁵⁹ que utilizando dois grupos de pacientes acometidos pelo câncer de mama submetidos a quimioterapia com ou sem a suplementação de *A. sylvaticus*, constataram melhoras no status nutricional e funções intestinais, diminuição dos quadros de vômitos,

náuseas e anorexia dos pacientes que receberam a suplementação.

Em geral, pacientes com câncer podem apresentar alterações no metabolismo dos carboidratos devido, principalmente, ao elevado turnover de glicose, aumento da gliconeogênese e da resistência à insulina, podendo culminar com a hiperglicemia⁶⁰. Uma redução significativa da glicemia em jejum foi observada em pacientes após seis meses de suplementação com *A. sylvaticus*, resultados distintos obtidos em relação ao grupo controle, sugerindo que o fungo *A. sylvaticus* possui substâncias capazes de reduzir os níveis glicêmicos⁵¹.

Na literatura os efeitos adversos e reações colaterais dos fungos medicinais não são descritos detalhadamente, mas estudos *in vivo* com provam inexistência de toxicidade subcrônica e aguda quando utilizados em concentrações devidamente controladas^{61,62}, ou muito baixa toxicidade aguda em estudos com ratos⁴³.

4. CONCLUSÃO

O uso de terapias alternativas como a suplementação do *Agaricus sylvaticus* em associação aos tratamentos convencionais em pacientes diagnosticados com câncer, tem contribuído para a melhora da qualidade de vida destes indivíduos. Embora os mecanismos de ação dos princípios bioativos presentes no *Agaricus sylvaticus* não tenham sido completamente elucidados, evidências científicas sugerem que essas ações podem ser atribuídas à presença de substâncias específicas, destacando-se as glucanas e proteoglicanas.

REFERÊNCIAS

- [01] Costa LM. Estudo da prevalência das lesões ósseas tumorais e pseudo tumorais em crianças no Hospital Infantil Joana de Gusmão de Florianópolis-SC.2005.21f. Monografia (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2005.
- [02] Glenn L, Robins HI. A história natural e a biologia do câncer. In: POLLOCK, Rafael E. *et al.* Manual de oncologia clínica da UICC. São Paulo, SP: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006: 1-17.
- [03] INCA. Instituto Nacional de Câncer. O que causa o câncer? 2014. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=81. Acesso em: 18 jun. 2014.
- [04] Novaes MRCG, Novaes LCG, Melo A, Recova V. Effects of the administration of *Agaricus sylvaticus* on the hematological and immunological functions of rats with walker. *Rev Fundam Clin Pharmacol.* 2004; 8(1):125.
- [05] Takaku T, Kimura Y, Okuda H. Isolation of an antitumor compound from *Agaricus blazei murill* and its mechanism of action. *Rev J Nutr.* 2001; 131(5):1409-13.
- [06] Jenneman R, Bauer BL, Bertalanffy H, Selmer T, Wiegandt H. Basidiolipids from *Agaricus* are novel immune adjuvant. *Rev Immunobiology.* 1999; 200(2):277-89.
- [07] Recco DC, Luiz CB, Pinto MH. O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. *Arquivos de Ciências da Saúde, São Paulo.* 2005; 12(1):85-90.
- [08] Kaku JS, Graziani SR. Utilização da técnica de massoterapia em pacientes portadores de neoplasia “maligna avançada”. *Revista PIBIC, Osasco.* 2006; 3(1):87-93.
- [09] World Health Organization. OMS: 14 milhões de pessoas têm câncer no mundo: 2013. [acesso 17 jun. 2014] Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/12/131212_cancer_oms_levantamento_lgb.shtml>.
- [10] Belizario JE. O próximo desafio–Revertero Câncer. *Rev Ciência Hoje.* 2002; 31(184):50-57.
- [11] Smeltzer SC, Bare BGBS. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2005.
- [12] Naoum PC (Portal Educação) - Biologia do Câncer, 2008.
- [13] Sherr CJ. The pezcoller lecture: cancer cell cycles revisited. *Rev Cancer Res.* 2000; 60:3689-95.
- [14] Thomazi G. Mutações do gene TP53 em tumores caninos e sua relação com a expressão de genes associados à apoptose, controle de ciclo celular e angiogênese. 2010. 76f. Dissertação (Mestrado em Biotecnologia), Universidade de Caxias do Sul. 2014.
- [15] Ryden L, *et al.* Epidermal growth factor receptor and vascular endothelial growth factor receptor 2 are specific biomarkers in triple-negative breast cancer. Results from a controlled randomized trial with long-term follow-up. *Breast Cancer Res Treat.* 2010; 120(2):491-8.
- [16] Kim JY, *et al.* Prognostic significance of epidermal growth factor receptor and vascular endothelial growth factor receptor in colorectal adenocarcinoma. *APMIS.* 2011; 119(7):449-59.
- [17] Wang J, *et al.* Expression profiling and significance of VEGF-A, VEGFR2, VEGFR3 and related proteins in endometrial carcinoma. *Cytokine.* 2014; 68: 94-100.
- [18] Brasil. Ministério da Saúde. Incidência, mortalidade e sobrevida do câncer da infância no município de São Paulo. São Paulo, SP: Brasil. 2004.
- [19] Fernandes MH, Graziani SR. Acupuntura na prevenção da náusea e do vômito de correntes do tratamento da quimioterapia antineoplásica. *Revista PIBIC, Osasco.* 2006; 3(1):49-58.
- [20] Fortes RC, Novaes MRCG. Efeitos da suplementação dietética com cogumelos Agaricales e outros fungos medicinais na terapia contra o câncer. *Rev Bras Cancerol.* 2006; 52(4):363-71.
- [21] Fortes RC, Recova VL, Melo AL, Novaes MRCG. Hábitos dietéticos de pacientes com câncer colorretal em fase pós-operatória. *Rev Bras Colo-Proctol.* 2007; 53(3):277-89.
- [22] Novaes MRCG, Fortes RC. Efeitos antitumorais de cogumelos comestíveis da família *Agaricaceae*. *Rev Nutrição Brasil.* 2005; 4(4):207-17.
- [23] Lopes AA, Oliveira AM, Prado CBC. Principais genes que participam da formação de tumores. *Rev de Biologia*

- e Ciências da Terra. 2002; 2 (2):7.
- [24] Matthews P, Jones J. Clinical implications of telomerase detection. *Rev Histopathology*. 2001; 38:485-98.
- [25] Parsons HA. Telômeros, telomeras e câncer. *Rev. Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*. 2003; 5(1):54-59.
- [26] Martinez MAR, Francisco G, Cabral LS, Ruiz IRG, Neto, CF. Genética molecular aplicada ao câncer cutâneo não melanoma. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro. 2006; 81(5):405-19.
- [27] Miguel-Junior, A. Câncer – nova visão da célula cancerosa: 2013. [acesso 20 jun. 2014] Disponível em: <http://www.medicinageriatrica.com.br/tag/proto-oncogene/>.
- [28] Videira, RS, Deboni, MCZ, Araujo, CAS, Okamoto, AC, Melhado, RM. Oncogenese desenvolvimento do câncer. *Arquivos de ciências da saúde da UNIPAR, Umuarama*. 2002; 6(1):71-6.
- [29] Brasil.Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo – CONTAPP. Falando sobre câncer e seus fatores de risco. Rio de Janeiro, RJ:INCA. 1996.
- [30] Brito L. Câncer: 2014. Disponível em: <http://leandrobrito.br.tripod.com/cancer.htm>. [acesso 17 jun. 2014]
- [31] Chaves, LV. Incidência e assistência de enfermagem a clientes portadores de lesões ósseas oncológicas. *Revista Científica da FAMINAS, Muriaé*. 2007; 3(1):215.
- [32] Araujo APS, Galvão DCA. Câncer ósseo: Enfoque sobre biologia do câncer. *Rev. Saúde e Pesquisa*. 2010; 3(3):359-63.
- [33] Vale BP, Alencar FJ, Aguiar GB, Almeida BR. Cisto ósseo aneurismático vertebral: estudo de três casos. *Arquivos de Neuropsiquiatria, São Paulo*. 2005; 63(4):1079-83.
- [34] Lindequist U, Niedermeyer THJ, Julich WDI. The pharmacological potential of mushroom. *Rev Ecam*. 2005; 2(3):285-99.
- [35] Peterit DG, *et al.* Where have you gone, brachytherapy? *Journal of Clinical Oncology*. 2015; 33:4.
- [36] Instituto Brasileiro de Controle do Câncer. Terapias e Tratamentos: 2014. IBCC. Disponível em: <http://www.ibcc.org.br/terapias-tratamentos/index.asp>. Acesso 18 jun. 2014.
- [37] Lattermann R, Geisser W, Georgieff M, Wachter U, Goertz A, Gnann R, Schrincker T. Integrated analysis of glucose, lipid and urea metabolism in patients with bladder cancer: Impact of tumor stage. *Rev Nutrition*. 2003;19:589-92.
- [38] Spadacio C, Barros NF. Conventional therapeutics and non-conventional therapeutics for cancer treatment: the meanings of religious practices. *Interface-Comunic. Saude Educ*. 2009; 13(30):45-52.
- [39] Rossi E, *et al.* Complementary and alternative medicine for cancer patients: results of the EPAAC survey on integrative oncology centres in Europe. *Support Care Cancer*. 2014; 12.
- [40] Wyss M, Kaddurah-Daouk R. Creatine and Creatinine Metabolism. *Rev Physiological Reviews*. 2000; 80(3):1107-1213.
- [41] Hawksworth DL. Fungal diversity and its implications for genetic resource collections. *Studies In Mycology*, Madrid. 2004; 50:9-18.
- [42] Borchers AT, Stern JS, Hackman RM, Keen CL, Gershwin ME. Mushroom, tumors, and immunity. *Rev PSEBM*. 1999; 221(4):281-93.
- [43] Novaes MRCG, Novaes LCG, Melo AL, Recova VL. Avaliação da toxicidade aguda do cogumelo *Agaricus sylvaticus*. *Rev Comunicação em Ciências da Saúde*. 2007;18(3):227-36.
- [44] Fortes RC, Recova VL, Melo AL, Novaes MRCG. Alterações gastrointestinais em pacientes com câncer colorretal em ensaio clínico com fungos *Agaricus sylvaticus*. *Rev Bras Coloproct*. 2010; 30(1):45-54.
- [45] Wasser, SP. Review of medicinal mushrooms advances: good news from old allies. *Rev Herbal Gram*. 2002; 56:28-33.
- [46] Cavacanti TC, Gregorini CC, Guimarães F, Retori O, Vieira-Matos AN. Changes in red blood cell osmotic fragility induced by total plasma and plasma fractions obtained from rats bearing progressive and regressive variants of the Walker 256 tumor. *Rev. BrazJournMed BiolRes*. 2003; 36:887.
- [47] Morton DB, Griffiths, PHM. Guidelines on the recognition of pain, distress and discomfort in experimental animals and an hypothesis for assessment. *Rev Vet Rec*. 1985; 116:431.
- [48] Novaes MRCG. Efeitos da suplementação nutricional com L-arginina no tumor de Walker 256. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília. 1999.
- [49] Monteiro, CS. Desenvolvimento de molho de tomate *Lycopersicon esculentum* Mill formulado com cogumelo *Agaricus bisporus* siliensis. Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Tecnologia de Alimentos, Setor de Tecnologia de Alimentos, da Universidade Federal do Paraná, como requisito à obtenção do título de Doutor em Tecnologia de Alimentos. 2008; 176p.
- [50] Orsine JVC, Novaes MRCG, Asquieri ER, Cañete R. Determination of chemical antioxidants and phenolic compounds in the Brazilian mushroom *Agaricus sylvaticus*. *West Indian Med J*. 2014; 63(2):146.
- [51] Gennari JL, Veronesi R, Gennari MS. Uso do cogumelo *Agaricus sylvaticus* como complemento terapêutico em pacientes com câncer de mama e metástase pulmonar. *Rev Bras Med*. 2002; 59:537-8.
- [52] Fortes RC, Melo AL, Recova VL, Novaes MRCG. Alterações Lipídicas sem Pacientes com Câncer Colorretal em Fase Pós-Operatória: Ensaio Clínico Randomizado e Duplo-Cego com Fungos *Agaricus sylvaticus*. *Rev Bras Coloproct*. 2008; 28(3):281-88.
- [53] Hazama S, Oka M, Yoshino S, Iizuka N, Wadamori K, Yamamoto, *et al.* Clinical effects and immunological analysis of intraabdominal and intrapleural injection of lentinan for malignant ascites and pleural effusion of gastric carcinoma. *Cancer Chemother*. 1995; 22:1595-7.
- [54] Taveira V, Reis MA, Silva MF, Sala BHA, Novaes MRCG. Efeitos do tratamento com *Agaricus sylvaticus* sobre a anemia e os níveis de proteína C reativa em animais com tumor sólido de Walker 256. *Com Rev Ciências Saúde*. 2007; 18(3):221-26.
- [55] Munkhgerel L, *et al.* Chemical composition and biological activities of the *Agaricus* mushrooms. *Rev Mongolian Journal of Chemistry*. 2013; 14(40):41-45.
- [56] Costa JV, Carvalho MR, Novaes G, Asquieri ER.

- Chemical and antioxidant potential of *Agaricus sylvaticus* mushroom grown in Brazil. *J Bioanal Biomed.* 2011; 3(2):49-54.
- [57] Baxter YC, Waitzberg DL. Qualidade devida do paciente oncológico. In: Waitzberg, DL. *Dieta, nutrição e câncer.* São Paulo: Atheneu. 2004; 573-80.
- [58] Fortes RC, Recova VL, Melo AL, Novaes MRCG. Quality of life during dietary supplementation with *Agaricus sylvaticus* in patients with adenocarcinoma of gross intestine inpost surgical chemotherapy treatment. In.: *I World Congress of Public Health Nutrition/ VII National Congress of the Spanish Society of Community Nutritionand Public Health Nutrition;* Barcelona: Spain. 2006; 237.
- [59] Valadares F, Novaes MRG, Cañete R. Effect of *Agaricus sylvaticus* supplementation on nutritional status and adverse events of chemotherapy of breast cancer: a randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial. *Indian J Farmacol.* 2013; 45(3):217-22.
- [60] Rivadeneira DE, Evoy D, Fahey TJ, Lieberman MD, Daly JM. Nutritional support of the cancer patient. *Rev CA Cancer J Clin.* 1998; 48(2):69-80.
- [61] Kuroiwa Y, Nishikawa A, Imazawa T, Kanki K, Kitamura Y, Umemura T, Hirose M. Lack of subchronic toxicity of an aqueous extract of *Agaricus blazei* Murril in F344 rats. *Rev Food Chem Toxicol.* 2005; 43(7):1047-53.
- [62] Novaes MRCG, Novaes LCG, Melo AL, Recova, VL. Evaluation of acute toxicity of edible mushroom *Agaricus sylvaticus*. *Rev Clin Nutr.* 2005; 24(4):672.



BENEFÍCIOS DA PESQUISA BIOTECNOLÓGICA COSMÉTICA COM ÊNFASE NA ÁREA DE TERAPIA CAPILAR

COSMETIC BIOTECHNOLOGY RESEARCH BENEFITS WITH EMPHASIS ON HAIR THERAPY AREA

SILVIA DE OLIVEIRA MACIEL FREIRE

Especialista em Biotecnologia pelo Departamento de Biotecnologia, Genética e Biologia Celular da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Bióloga Docente do curso de graduação em Ciências Biológicas da FAI (Faculdades Adamantinenses Integradas). Cabeleireira Colorista.

Avenida Deputado Cunha Bueno 675, Centro, Adamantina, São Paulo, Brasil CEP. 17.800.000. prismasilvia@zipmail.com.br

Recebido em 04/06/2015. Aceito para publicação em 29/07/2015

RESUMO

A biotecnologia aplicada à área da cosmética capilar contribui para o desenvolvimento de produtos menos tóxicos e de maior eficiência, a partir de cosméticos derivados de plantas e da nanotecnologia, trazendo benefícios para o dia a dia dos profissionais que trabalham na área da beleza, além de minimizar o impacto causado a saúde das pessoas que utilizam estes cosméticos. Assim, este estudo de revisão bibliográfica teve como objetivo fornecer informações sobre os benefícios da pesquisa biotecnológica cosmética para a área de terapia capilar e os riscos que alguns tratamentos capilares causam aos profissionais cabeleireiros, as gestantes e as crianças. O levantamento bibliográfico foi realizado com base em artigos científicos em língua portuguesa, inglesa e espanhol, publicados nos últimos 10 anos e que estivessem disponíveis em texto completo e disponíveis nas bases de dados Google, Google Acadêmico, IBC, Ecocert-Brasil, Portal Capes e o Scielo, utilizando os descritores biotecnologia, biocosméticos, escova progressiva, formol e leucemia. A análise dos dados foi realizada mediante a leitura sistemática e posterior seleção de informações obtidas nos periódicos, incorporados ao estudo de acordo com o tema e objetivos da pesquisa.

PALAVRAS-CHAVE: Biotecnologia, nanopartículas, biocosméticos, escova progressiva, formol, leucemia.

ABSTRACT

Biotechnology applied to the area of hair cosmetics contributes to the development of less toxic and more efficient, from cosmetics derived from plants and nanotechnology, bringing benefits to the daily lives of professionals working in the beauty area, and minimize the impact the health of people using these cosmetics. Thus, this literature review study aimed to provide information about the benefits of biotechnology cosmetic research into the area of hair therapy and the risk that some hair treatments cause to hairdressing professionals, pregnant wom-

en and children. The literature review was based on scientific articles in Portuguese, English and Spanish, published in the last 10 years and they were available in full text and available in the Google database, Google Scholar, IBC, Ecocert Brasil, Capes Portal and Scielo using biotechnology descriptors, biocosmetics brushing progressive, formaldehyde and leukemia. Data analysis was carried out by systematic reading and subsequent selection of information obtained in periodic, incorporated into the study according to the theme and objectives of the research.

KEYWORDS: Biotechnology, nanoparticles, biocosmetics, brushing progressive, formaldehyde, leukemia..

1. INTRODUÇÃO

A Biologia é uma ciência muito ampla, que se preocupa com o estudo de todos os seres vivos e procura compreender os mecanismos que regem a vida. O estudo da Ciência pode ser feito em vários níveis de organização dos seres vivos, desde o molecular – analisando as moléculas que formam o corpo dos organismos – até o das relações entre os seres vivos e o mundo não vivo¹.

No final do século XIX, o monge Gregor Johann Mendel, desvendou os segredos da hereditariedade, fazendo cruzamentos de ervilhas com diferentes cores de flores no jardim de um monastério. Esses experimentos criaram uma nova ciência: a Genética. Após a descoberta da estrutura helicoidal do DNA, por Watson e Crick em 1953, obteve-se um conhecimento mais detalhado do material genético e a criação de ferramentas científicas revolucionárias. A mais conhecida delas é a técnica de DNA recombinante, que se baseia na capacidade de misturar DNAs de dois seres vivos diferentes. Com isso, a biotecnologia iniciou os seus trabalhos utilizando o DNA dos organismos².

A biotecnologia pode ser definida como um conjunto

de técnicas de manipulação de seres vivos, ou parte destes. Estas técnicas são utilizadas em grande escala na agricultura desde o início do século XX. O conceito inclui também técnicas modernas de modificação direta do DNA de uma planta ou de um organismo vivo qualquer, de forma a alterar ou introduzir novas características. Com a grande expansão do mercado industrial, foi possível, a partir do processo de modificação genética, produzir medicamentos, hormônios, vacinas, anticorpos, enzimas, entre outros produtos amplamente utilizados em nosso cotidiano³. Esta ciência nos permitiu manipular seres vivos para produzir bens e serviços, envolvendo tecnologias de diversos níveis, como os processos de fermentação e as técnicas de manipulação genética e, a partir da segunda metade dos anos 1980, com o surgimento da Genômica, foram criadas diversas plataformas tecnológicas para o desenvolvimento de novos métodos diagnósticos, preventivos e terapêuticos. Além disso, a biotecnologia contribuiu para o aumento da produtividade, redução de custos, produção de alimentos com melhor qualidade nutricional e o desenvolvimento de práticas menos agressivas ao meio ambiente⁴.

A questão ambiental, ao tornar o setor produtivo mais suscetível aos problemas ecológicos, possibilitou oportunidades de negócios baseadas em inovações voltadas para a produção sustentável⁵. Estudos recentes sugerem fortemente que a pesquisa em biotecnologia exija um ambiente especial para florescer, a começar de uma capacitação sistemática de recursos humanos e disponibilidade de financiamento e custo reduzido. Mais do que isso, porém, a possibilidade de inovar nessa área está diretamente relacionada ao grau de internacionalização das fontes de pesquisa. Isso significa que, além de produzir e reproduzir bons profissionais, é fundamental que existam laços fortes entre os pesquisadores e os centros de pesquisa, tanto no plano nacional quanto no internacional⁶.

Um dos setores que mais cresce mundialmente é o mercado de cosméticos que engloba o ramo de beleza. O setor biotecnológico cosmético na área de beleza possui grande apelo no mercado industrial e, por este motivo, vem lançando diversos produtos para tratar, colorir e modificar a estrutura dos cabelos humanos, e um número infundável de cremes de tratamento antienvhecimento. Para Halal (2011)⁷, faz-se necessário utilizar o conhecimento científico para manipular a natureza. Os salões de beleza modernos, que tratam dos cabelos, fazem uso de ferramentas de modelagem física, como tesouras, escovas, pentes, chapinhas e secadores, e também de ferramentas químicas, que criam mudanças químicas, tais como soluções para permanentes, colorações, relaxantes e depiladores químicos. A modelagem não seria possível sem a ciência, a química e a tecnologia. As ferramentas químicas utilizadas na cosmetologia devem ser tratadas com respeito, e afirmações extravagantes, como “novas

descobertas maravilhosas”, “avanços científicos” ou “novos produtos revolucionários” são ferramentas de venda e propaganda, e não da ciência. Quando fazemos experimentos químicos, não devemos confiar em produtos milagrosos, mas sim em métodos científicos, observação, raciocínio e testes. Por este caminho iremos obter maior probabilidade de resultados positivos. Entretanto, Gomes (1999)⁸ aponta que muitos profissionais ligados à área da cosmética não possuem conhecimento suficiente sobre o modo de atuação e efeito dos produtos utilizados.

A escova progressiva é uma das técnicas mais utilizadas nos salões e clínicas de beleza devido a uma atual preferência por cabelos lisos⁹. Para isso, concentrações variáveis de formaldeído têm sido empregadas nas formulações utilizadas em alguns procedimentos de alisamento no Brasil e em outros países. O alerta sobre a utilização do formaldeído em técnicas de alisamento capilar no Brasil foi dado por Sodrê *et al.* (2008)¹⁰, depois que 332 mulheres do Rio de Janeiro procuraram a vigilância sanitária da cidade para reclamar de reações causadas pelas técnicas de escova progressiva. As queixas se referiam à queda de cabelo, ardência nos olhos, queimaduras no couro cabeludo e problemas respiratórios. Dois salões de beleza foram interditados e 36 multados.

A técnica de alisamento capilar chamada de Escova Progressiva utiliza como base produtos contendo diferentes concentrações de formaldeído. Esta técnica tem sido empregada com grande frequência nos salões de beleza nos últimos anos. De acordo com Barsante (2009)¹¹, as indústrias de cosméticos têm investido muito em inovações e a tecnologia tem crescido em ritmo acelerado, fazendo com que novos ativos surjam no mercado, com o objetivo de combater o desgaste e as agressões sofridas pelo cabelo por vários agentes, inclusive por substâncias criadas com o título de embelezamento.

As doenças ocupacionais resultam de atividades desenvolvidas pelos trabalhadores ou da exposição a diferentes produtos no ambiente de trabalho. Elas assumem uma dimensão importante na área da pneumologia, uma vez que o aparelho respiratório, além de propiciar as trocas gasosas, mantendo a oxigenação e eliminando o gás carbônico, também serve de porta de entrada para inúmeras substâncias potencialmente tóxicas encontradas no ambiente de trabalho. Assim, partículas orgânicas, inorgânicas, sintéticas, vapores, gases ou agentes infecciosos podem ser inalados¹².

2. MATERIAL E MÉTODOS

Desta forma, por meio de um estudo de revisão bibliográfica realizado a partir de artigos científicos em língua portuguesa, inglesa e espanhol que estivessem disponíveis em texto completo, relevante para o tema discutido e publicado nas bases de dados Google,

Google Acadêmico, IBC, EcocertBrasil, Portal Capes e o Scielo, utilizando os descritores biotecnologia, nanopartículas, biocosméticos, escova progressiva, formol e leucemia, este trabalho teve como objetivo fornecer informações sobre os benefícios da pesquisa biotecnológica cosmética para a área de terapia capilar e os riscos que alguns tratamentos capilares causam aos profissionais cabeleireiros, as gestantes e as crianças. A análise dos dados foi realizada mediante a leitura sistemática e posterior seleção de informações obtidas nos periódicos, incorporados ao estudo de acordo com o tema e objetivos da pesquisa.

3. DESENVOLVIMENTO

Biotecnologia cosmética: sustentabilidade e inovação

O crescimento da cosmética orgânica dentro da cosmetologia vem demonstrando valores significativos em relação aos cosméticos tradicionais. Existe um grupo considerável de consumidores que priorizam a exclusão do uso de produtos petroquímicos e optam por produtos naturais e orgânicos e relacionam a estes cosméticos, uma maior proteção em seu uso, credibilizando a certificação e dispendo-se a pagar mais por estes tipos de produtos¹³.

Após a Convenção da Biodiversidade, ampliou-se e diversificou-se a presença de fatores, que não faziam parte da agenda dos problemas da biodiversidade. Esses novos fatores passaram a desempenhar um papel fundamental nos estudos e debates das políticas públicas sobre as diversas manifestações da biodiversidade. Cientistas das áreas naturais e sociais, tecnólogos, bem como o mercado, representado por empresas "bioprodutoras", "bioindústrias" e uma crescente demanda de "bioconsumidores" cada vez mais interessados nos produtos provenientes da biodiversidade, apontam para uma nova fase dos produtos naturais. Fármacos, óleos essenciais e insumos destinados a uma crescente indústria de cosméticos e de remédios baseada nos produtos naturais, são parte deste novo cenário da Região Amazônica. Além disso, no âmbito global, os estados nacionais e entidades internacionais participam do debate sobre o tema mais ativamente do que no passado¹³.

Um dos setores que mais cresce mundialmente é o mercado de cosméticos que englobam o ramo de beleza. Segundo Enriquez (2005)¹⁴, o desenvolvimento da indústria de produtos naturais e de biotecnologia está se aprimorando e abrangendo diferentes setores. Um dos nichos mais promissores é o de produtos naturais, dentre eles, os fitoterápicos e cosméticos derivados de plantas, sendo considerado o alvo da maioria das empresas farmacêuticas e de cosméticos internacionais. O Brasil conta com diversas experiências devido a parcerias com

empresas internacionais interessadas na exploração de produtos naturais, principalmente a partir do desenvolvimento da biotecnologia e a valorização dos produtos naturais.

Em uma recente pesquisa sobre gerenciamento estratégico realizado na empresa brasileira Natura, setor de cosméticos, observou-se que os temas ambientais influenciam cada vez mais a definição de estratégias comerciais e mercadológicas, como resultado de uma maior conscientização e expectativa dos consumidores quanto aos produtos ambientalmente corretos. Isso revela a importância das questões ligadas à reputação e imagem da empresa, associadas à ética e à responsabilidade social¹⁵.

Outros setores industriais que mais utilizam recursos genéticos são: farmacêutico, fitofarmacêutico, agrícola, cosméticos e de cuidados pessoais. Uma estimativa superficial do mercado global dos recursos genéticos explorados por estes setores está em torno de US\$ 500 a 800 bilhões. Os produtos fitoterápicos podem assumir diferentes formas, mas em todos os casos são produzidos diretamente do material vegetal e contém diversos constituintes e compostos ativos que agem interativamente¹⁶.

Os cosméticos à base de produtos vegetais são chamados de fitocosméticos. A fitocosmética é o segmento da ciência cosmetológica que se dedica ao estudo e a aplicação dos conhecimentos da ação dos princípios ativos extraídos de espécies do reino vegetal, em proveito da higiene, da estética, da correção e da manutenção de um estado normal (eudérmico) e sadio da pele e do cabelo¹⁷. Atualmente, uma atenção especial é dada ao estudo científico dos produtos derivados de plantas, buscando-se recursos disponíveis, renováveis e permitindo uma atividade sustentável¹⁸.

Sabe-se que, aproximadamente, 14% dos recursos vegetais disponíveis são conhecidos adequadamente. Considerando as plantas superiores, temos atualmente cerca de 250.000 espécies no planeta, sendo que, cerca de 55.000 localizam-se no Brasil, país que conta com maior biodiversidade do planeta, mas que conhece apenas 2% da sua biodiversidade, restando 98% para ser descoberta e pesquisada¹⁸.

O Brasil possui uma farmacopéia popular muito diversa baseada em plantas medicinais, resultado de uma miscigenação cultural envolvendo africanos, europeus e indígenas, com introdução de espécies exóticas pelos colonizadores e escravos. Além disso, o país possui a maior diversidade vegetal do planeta, aproximadamente 55 mil espécies de plantas superiores. Como consequência da grande difusão e utilização das plantas medicinais, as indústrias vêm produzindo produtos à base de espécies vegetais, de diversas formas farmacêuticas, que têm sido comercializados em farmácias, supermercados e casas de produtos naturais. Contudo, não há garantia para a grande maioria desses produtos quanto a sua eficácia, segurança e qualidade¹⁹.

Nas últimas décadas do século XX, além da tecnologia da informação e comunicação, outros grandes avanços tecnológicos concentraram-se no desenvolvimento de materiais avançados, fontes de energia, técnicas de produção (já existentes ou em potencial, tal como a nanotecnologia), tecnologia de transportes, entre outros²⁰.

Dentre as diversas definições para nanotecnologia, destaca-se a utilizada pela Rede de Nanocosméticos, definida pela National Science Foundation, como o desenvolvimento de pesquisa e tecnologia nos níveis atômico, molecular ou macromolecular na faixa de dimensões entre 1 e 100 nanômetros, para fornecer um entendimento fundamental dos fenômenos e materiais na nanoescala e criar e usar estruturas, dispositivos e sistemas que tenham novas propriedades e funções devido ao seu tamanho pequeno ou intermediário. As propriedades e funções novas e diferenciadas são desenvolvidas em uma escala crítica de dimensão da matéria tipicamente abaixo de 100nm²¹.

As vantagens do uso da nanobiotecnologia na produção de nanocosméticos e formulações dermatológicas advêm da proteção dos ingredientes quanto à degradação química ou enzimática, do controle e sua liberação, e do prolongamento do tempo de residência dos ativos cosméticos ou fármacos na camada córnea²¹. Desta forma, segundo Sonia Tuccori, doutora em Química que trabalha na área de nanotecnologia na empresa Natura, os produtos nanocosméticos têm três apelos irresistíveis: melhor absorção, ação prolongada e um toque mais leve²².

Valcinir Bedin, médico dermatologista, afirma que trabalhos realizados em alguns centros de pesquisa e desenvolvimento na área capilar, revelaram que produtos usados para a coloração e para a modificação química da forma dos cabelos (alisamento ou permanentes) poderiam contar com a nanotecnologia. Na coloração dos cabelos existe a necessidade de abrir demasiadamente as cutículas dos fios, a fim de promover a oxidação da melanina. Com a aplicação posterior do novo pigmento, ocorre um dano ainda maior, deixando os fios mais ressecados devido à perda de água. Portanto, se a cutícula não for fechada adequadamente, pode ocorrer quebra dos fios devido à fragilização da haste. Como a nanotecnologia se utiliza de moléculas muito pequenas, estes danos podem ser evitados, pois é capaz de promover a permeação da tintura sem abrir as cutículas²³.

Em um estudo realizado pela Universidade Estadual de Campinas e a Chemyunion, uma indústria que fabrica matéria-prima voltada para a indústria cosmética e insumos farmacêuticos, foram empregadas nanopartículas de Sericina para o tratamento cosmético de cabelos, culminando com o lançamento do produto Seriseal. A sericina é uma das proteínas constituintes do bicho-da-seda que possui a capacidade de ligar-se à queratina da pele e cabelos, formando um filme

resistente, hidratante e protetor, proporcionando a selagem das cutículas dos fios danificados²³.

4. DISCUSSÃO

Biotecnologia cosmética: capacitação profissional e efeito colateral de produtos utilizados em tratamentos capilares.

Cosméticos são produtos constituídos por substâncias naturais ou sintéticas que tem a função de higienização corporal, proteção, odorização e embelezamento, além de serem capazes de alterar a aparência do corpo e mantê-lo em bom estado²⁴. Conforme a Resolução nº 335 de 22 de julho de 1999 da ANVISA²⁴, os produtos de higiene pessoal e perfumes, bem como cosméticos, são divididos em duas categorias de acordo com o grau de risco que representam à saúde humana, sendo:

-Grau de risco 1: produtos com risco mínimo para a segurança humana;

-Grau de risco 2: produtos com potencial risco para a segurança humana.

Dentre os produtos de grau de risco 1, podemos citar: sabonetes, perfumes, hidratantes corporais, desodorantes corporais, enxaguantes bucais, entre outros. Já os produtos de grau de risco 2, são aqueles com indicação específica e que exigem cuidados quanto ao uso e restrições de acordo com a Resolução 215/05 da ANVISA²⁶. Para avaliar os produtos de grau de risco 2, a Resolução 215/05 da ANVISA apresenta uma lista restritiva de substâncias que, quando utilizadas, devem seguir um protocolo específico para não acarretarem danos prejudiciais à saúde humana²⁶.

O setor de cosméticos é promissor e em nosso país, alavanca de forma considerável. Entretanto, profissionais da área da cosmética, devido à falta de capacitação e de cursos apropriados, não acompanham a evolução científica. Para Gomes (1999)⁸, muitos profissionais ligados à área da cosmética não possuem conhecimento suficiente sobre o modo de atuação e o efeito do produto utilizado, baseando-se nas informações generalizadas mencionadas no rótulo. Desta forma, é de extrema relevância a pesquisa biotecnológica na área da cosmetologia, alertando para o perigo de produtos tóxicos usados comumente por profissionais da área de beleza, como os cabeleireiros e os terapeutas capilares.

Segundo Schueller (2002)²⁷, as razões pelas quais a natureza nos dotou de cabelos foram superadas pelas tendências da moda atual. Com o propósito de seguir a moda, os cabelos são modelados de acordo com uma configuração atraente para que se mantenham por um período prolongado de tempo. No Brasil, profissionais cabeleireiros utilizam o formaldeído como substância ativa para alisamento capilar, sendo o formaldeído uma substância proibida comumente utilizada nas escovas progressivas⁸.

Formaldeídos são conhecidos como agentes químicos com potencial mutagênico, pois estas substâncias elevam a taxa de mutação espontânea. A maioria dos agentes mutagênicos (químicos e físicos) também são considerados carcinogênicos (indutores de câncer). Todos os tipos de câncer têm em comum o descontrole das divisões celulares, causado também por mutações, que são alterações no DNA²⁸.

De acordo com a Resolução RDC nº 36, de 17 de junho de 2009²⁹ é proibido a exposição, a venda e a entrega ao consumo de formol ou formaldeído (solução a 37%) em drogarias, farmácias, supermercados, armazéns, empórios e lojas de conveniência, pois, considerando o uso inadequado e que práticas ou procedimentos popularmente conhecidos como escova progressiva utilizando formaldeídos (popularmente conhecido como formol), realizados em salões, institutos de beleza ou mesmo nas residências de pessoas com a finalidade de alisar os cabelos, acarretam sérios riscos à saúde²⁹.

A Vigilância Sanitária do Rio de Janeiro apreendeu fórmulas com concentrações indevidas de formol. Telma Piacesi, técnica da vigilância sanitária no Rio de Janeiro, afirma, a partir de amostras analisadas, que os produtos apreendidos eram caseiros, ou seja, não eram fabricados por nenhum laboratório credenciado. Constatou-se, também, que muitos estabelecimentos de beleza misturavam formol, queratina e condicionadores e aplicavam nos clientes, contrariando as normas e medidas da Resolução RDC nº 211 estabelecida pela ANVISA (ANVISA, 2005)³⁰. De acordo com Gomes (1999)⁸, todos os cabeleireiros têm um pouco de “químico” em sua profissão e precisam exercer esse lado com muita responsabilidade.

Exposição a tinturas e produtos de alisamento e a incidência de leucemia aguda em lactentes:

A Leucemia Aguda (LA) apresenta-se em duas categorias biologicamente distintas: Leucemia Linfóide Aguda (LLA) e Leucemia Mielóide Aguda (LMA). Os subgrupos de LLA são os mais frequentes, correspondendo a 75% dos casos leucêmicos pediátricos, com incidência mais elevada na faixa entre 2 e 5 anos³¹. De acordo com Couto (2010)³², foram encontradas evidências sugestivas de uma possível associação entre o uso de tintura/alisamento de cabelo no período inicial da gravidez e o desenvolvimento de LLA em lactentes, com um risco mais elevado no 1º e 2º trimestre nas mães que faziam uso ocasional destes cosméticos.

Couto (2010)³² realizou uma investigação, que buscou analisar a associação entre antecedentes de utilização de tintura/alisamento de cabelo pelos pais e o desenvolvimento de leucemias no lactente. Assim, foi elaborado um estudo de caso-controle de base hospitalar, realizado em nível nacional, que recrutou os casos e controles de todas as regiões do Brasil, exceto a Região

Norte. Os participantes foram constituídos por crianças menores de 2 anos, sendo os casos de diagnóstico de leucemia aguda estabelecidos por meio de métodos morfológico, imunofenotípicos e moleculares. Os controles foram selecionados entre crianças hospitalizadas nas mesmas regiões de proveniência dos casos, tendo a mesma faixa etária e em tratamento para doenças não neoplásicas.

Para Couto (2010)³², este estudo consiste na primeira investigação relatando as estimativas de risco de leucemia em lactentes após a exposição a tinturas e produtos de alisamento de cabelo, explorando tanto a exposição a compostos químicos analisados individualmente, bem como em combinação. Neste sentido, o estudo possibilitou a identificação de algumas substâncias químicas, tais como o Citronellol, Laureth-3, 2-Methyl-5-Hydroxyethylaminophenol, 2-Amino-3-Hydroxypyridine, Alpha-isomethyl Ionone, Ethylparaben, Butylparaben e Benzyl Salicylate, presentes em cosméticos e que aumentam a probabilidade de desenvolver LLA e LMA. Entre os compostos químicos associados ao desenvolvimento de leucemia em lactentes encontram-se substâncias com estrutura química de ácidos, alcoóis, aldeídos, aminas, cetonas, ésteres, fenóis e substâncias cloradas.

Assim, o estudo realizado por Couto (2010) apresentou resultados pioneiros em relação à identificação de substâncias químicas de risco para a leucemogênese no lactente. No entanto, estes resultados necessitam ser replicados em outras populações igualmente expostas. Os resultados obtidos devem fomentar sua divulgação pelas autoridades de saúde e meios de comunicação no sentido de informar as mulheres em idade reprodutiva e as gestantes, em particular, sobre os possíveis efeitos nocivos à saúde decorrentes do uso de tinturas de cabelo e produtos de alisamento durante a gravidez, promovendo ações educativas e visando divulgar os fatores de risco que atuam no desenvolvimento de leucemia em lactentes. Além disso, visto que os mecanismos pelos quais os componentes químicos presentes nas tinturas de cabelo atuam no desenvolvimento de leucemias em lactentes ainda são desconhecidos, é preciso que os órgãos competentes investiguem a composição dos produtos comerciais de tintura e alisamento de cabelo, advertindo às usuárias sobre os possíveis agravos à saúde, principalmente no período gestacional.

Em outro estudo realizado por Ferreira *et al.* (2012)³³, a estimativa de risco de desenvolver a leucemia é duas a três vezes mais elevada em gestantes que se expuseram a cosméticos a base de formol em alisamentos durante o 1º e 2º trimestres da gravidez. O autor realizou análises três meses antes da gravidez, durante o período de gestação, que foi dividido em três trimestres, e três meses após o parto. Observou-se um aumento na estimativa de risco no primeiro trimestre da gestação em

torno de 70%. Além disso, para LLA foi observado um aumento na estimativa de risco na ordem de 80%, cujas mães mencionaram uso de tinturas e alisantes de cabelo no primeiro e segundo trimestres da gravidez (em relação ao uso destes cosméticos durante a lactação, observou-se um excesso de risco na ocorrência de LMA de 2,59 vezes maior para mulheres que fizeram uso de produtos capilares). Ferreira *et al.* (2012) analisaram, ainda, as marcas comerciais de produtos para tintura de cabelo e realizaram uma estimativa do risco a partir dos compostos químicos neles presentes. Foi observado uma diversidade de produtos, com cerca de 150 compostos diferentes nas tinturas. Destes, aproximadamente 32 apresentaram aumento na estimativa de risco de desenvolver leucemia em lactentes.

Por conta disso, faz-se necessário uma maior fiscalização dos órgãos de vigilância, principalmente em relação aos cosméticos comercializados em nosso país, pois alguns produtos podem trazer riscos à saúde, como por exemplo, a leucemia no lactente devido à exposição da mãe a certos produtos e substâncias encontradas em cosméticos capilares durante a gravidez. Desta forma, é importante que os cosméticos tragam informações mais detalhadas e específicas para as usuárias que se encontram no período de gestação. Além disso, as agências reguladoras devem inspecionar a composição química dos produtos, visto que algumas substâncias presentes podem desencadear reações alérgicas e o câncer. Essas particularidades devem ser mencionadas e claramente explicadas para as pessoas que fazem uso destes produtos³³.

5. CONCLUSÃO

As pesquisas científicas buscam avanços tecnológicos que facilitem e melhorem a qualidade de vida das pessoas. Neste sentido, a biotecnologia tem propiciado novas oportunidades para diversos segmentos industriais contemporâneos e uma das inovações representativas desses processos está associada ao desenvolvimento de produtos cosméticos derivados de ativos naturais da biodiversidade, reduzindo o impacto ao meio ambiente, além de contribuir para o aumento da produtividade e redução dos custos de produção. Assim, as indústrias de cosmética estão em contínuo aperfeiçoamento de seus processos e produtos no sentido de conquistar cada vez mais uma clientela consciente e exigente e um dos principais caminhos para isso, é o investimento em Pesquisa e Desenvolvimento. Todos esses produtos passam por testes clínicos e registro no Ministério da Saúde (AN-VISA) antes de serem lançados no mercado, para que a sua eficácia e segurança estejam garantidas.

Além disso, é de grande importância que os cosméticos tragam informações mais detalhadas e específicas sobre a composição química dos produtos, principalmente para as usuárias que se encontram no

período de gestação, visto que algumas substâncias podem trazer riscos à saúde, como por exemplo, o desenvolvimento de leucemia linfóide e mieloide aguda no lactente devido à exposição da mãe a certos produtos e substâncias encontradas em cosméticos capilares durante a gravidez, fato comprovado por Couto (2010) e Ferreira *et al.* (2012). Faz-se necessário, também, que profissionais da área da beleza, tais como cabeleireiros, terapeutas capilares, colorimetristas, dermatologistas, esteticistas utilizem o método científico de observação, raciocínio e teste, a fim de eliminar as chances ou o fator sorte dos serviços profissionais, substituindo-os por entendimento e perícia, pois os melhores profissionais não tem sorte, mas sim, conhecimento. Além disso, é importante que eles recebam treinamentos e cursos apropriados, a fim de conhecer o modo de atuação e o efeito do produto utilizado, e o perigo de se utilizar produtos tóxicos a saúde, com o intuito de proteger a saúde dos clientes e do próprio profissional, além de reduzir o impacto que estas substâncias causam ao meio ambiente.

REFERÊNCIAS

- [01] Lopes S. *Biologia*. 1º ed. São Paulo: Saraiva 2005.
- [02] Borém A. A história da Biotecnologia. *Biotecnologia, Ciência & Desenvolvimento*. 2005; 8(34). Disponível em: <http://www.biotecnologia.com.br/revista/bio34/historia_34.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2014.
- [03] Silveira JMFJ. *Biotecnologia e Agricultura: da ciência e tecnologia aos impactos da inovação*. São Paulo em Perspectiva. 2005; 19(2):101-14. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v19n2/v19n2a09>>. Acesso em: 16 maio 2012.
- [04] Borém A. Impacto da biotecnologia na biodiversidade. *Biotecnologia, Ciência & Desenvolvimento*. 2005; 8(34):22-27. Disponível em: <<http://www.biotecnologia.com.br/revista/bio34/bio34.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2014.
- [05] Corazza RI. *Inovação tecnológica e demandas ambientais: notas sobre o caso da indústria brasileira de papel e celulose*. 1996. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Geociências da Unicamp, Campinas. 1996.
- [06] Higgins M. *Career Imprinting: The Case of the Baxter Boys and Biotechnology*. Book MS, Harvard Business School. 2004.
- [07] Halal J. *Tricologia e a química cosmética capilar (Título original: Hair structure and chemistry simplified)*. 5º ed. Norte Americana Cengage Learning. São Paulo. 2011.
- [08] Gomes AL. *O uso da tecnologia cosmética no trabalho do profissional cabeleireiro*. São Paulo: SENAC, 1999.
- [09] Biondo S, Donati B. *Cabelo: cuidados básicos, técnicas de corte, colorações e embelezamento*. 3ª ed. Rio Janeiro: Editora SENAC. 2009.
- [10] Sodré ED, Correa M, Arbilla G, Marques M. Principais carbonilas no ar de locais públicos no Rio de Janeiro. *Química Nova*. 2008; 31(2):249-53.

- [11] Barsante L. Saiba tudo sobre os cabelos: estética, recuperação capilar e prevenção da calvície. São Paulo: Editora Elevação. 2009.
- [12] Mendes R, Carneiro AP, Souza AJ. Doenças respiratórias ocupacionais. In: Tarantino A. B., editor. Doenças pulmonares. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 2002.
- [13] Ribeiro C. Cosmetologia aplicada a dermoestética. 2ª ed. São Paulo: Pharmabooks. 2010.
- [14] Enríquez GA. Lenta marcha da relação universidade-empresa em produtos naturais e biotecnológicos no Brasil. 2004. Belém, PA, Brasil, Núcleo do Meio Ambiente, UFPA/NUMA. Disponível em: <http://www.anppas.org.br/encontro_anual/encontro2/GT/GT02/GTgonzalo_enriquez.pdf>. Acesso em 12 set. 2013.
- [15] Vinha V. Stakeholder approach: novo paradigma operacional?. Instituto de Economia da UFRJ, 2002. Disponível em: <<http://www.latec.uff.br/anais/Artigos/142.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2013.
- [16] Kate KT, Laird SA. The Commercial Use of Biodiversity: Access to Genetic Resources and Benefit Sharing. London: Earthscan. 1999.
- [17] Araújo AiF, Lima ÉP, Silva GA, Santos OH, Soares TF. Plantas nativas do Brasil empregadas em Fitocosmética. In: JORNADA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO – JEPEX 2010. Recife: UFRPE, 2010. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/84711614/plantas-nativas-do-brasil-empregadas-em-fitocosmetica>>. Acesso em 15 set. 2014.
- [18] Baby AR, Maciel COM, Salgado-Santos IMN, Dias TCS, Kaneko TM, Consiglieri VO, Velasco MV. Uso de Extratos de Plantas em cosméticos. *Cosmetics & Toiletries*. 2005; 17(1):78-82.
- [19] Engelke F. Fitoterápicos e Legislação. *Jornal Brasileiro de Fitomedicina*. 2003; 1(1):10-15.
- [20] Castells M. A Sociedade em Rede. A era da informação: economia, sociedade e cultura. 6ª edição, São Paulo: Paz e Terra. 1999.
- [21] Fronza T, Guterres S, Pohlmann A, Teixeira H. Nanocosméticos: Em Direção ao Estabelecimento de Marcos Regulatórios. Porto Alegre: UFRGS. 2007.
- [22] Rangel R. O mundo maravilhoso (e promissor) das partículas anãs. *Revista Inovação em Pauta*. 2008; 89(2):95-101.
- [23] Marcelino AG, Rossan MR, Santana MHA, Silveira JES, Pereda MDV, Nogueira C. Nanopartículas de Sericina no Tratamento Cosmético de Cabelos. *Cosmetics & Toiletries*. 2008; 20:60.
- [24] Chorilli M, Scarpa M, Leonardi G, Franco Y. Toxicologia de Cosméticos. *Latin American Journal of Pharmacy*. 2007; 26(1):144-54.
- [25] ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2005. Resolução RDC nº 215, de julho de 2005 - Aprova o Regulamento Técnico Listas de Substância que os Produtos de Higiene Pessoal, Cosméticos e Perfumes não Devem Conter Exceto nas Condições e com as Restrições Estabelecidas, que consta como anexo e faz parte da presente resolução. Disponível em: <http://www.charqueadas.rs.gov.br/vigilancia/Vig_San/cosmeticos/Resolucao%20215-05.pdf>. Acesso em: 26 out. 2014.
- [26] Schueller R. Iniciação a química cosmética. 2ª Ed. São Paulo. Tecnopress. 2002.
- [27] Thompson MW, Roderick RM, Huntigton FW. Genética Médica. 5ª ed. Editora Guanabara. Rio de Janeiro. 2006.
- [28] ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2009. Resolução RDC nº 36, de 17 de junho de 2009 - Dispõe sobre a proibição a exposição, a venda e a entrega ao consumo de formol ou de formaldeído (solução a 37%) em drogaria, farmácia, supermercado, armazém e empório, loja de conveniência e drugstore. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/0c58ae004aee3c30b723bfa337abae9d/Resolu%C3%A7%C3%A3o+RDC+n%C2%B0+36+de+17+de+Junho+de+2009.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 22 set. 2014.
- [29] ANVISA – Agência Nacional de vigilância Sanitária. 2005. Resolução RDC nº 211, de 14 de julho de 2005 - Ficam estabelecidas a Definição e a Classificação de Produtos de Higiene Pessoal, Cosméticos e Perfumes, conforme Anexos I e II desta Resolução. Disponível em: <<http://www.invitare.com.br/legislacao/RDC%20211%20-%20julho%202005%20-%20Cosm%C3%A9ticos.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2013.
- [30] Belson M, Kingsley B, Holmes A. Risk factors for acute leukemia in children: a review. *Environmental Health Perspectives*. 2007; 115(1):138-45.
- [31] Couto CA. Exposições Ambientais e Padrões de Distribuição de Leucemias Na Infância. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ/RJ, Rio de Janeiro, 2010.
- [32] Ferreira J, Couto A, Alves L, Oliveira M, Koifman S. Exposições ambientais e leucemias na infância no Brasil: uma análise exploratória de sua associação. *Revista Brasileira de Estudo e Populações*. 2012; 29(2):477-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-3098201200200014&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 set. 2014.



PRESENÇA DE DOENÇAS EM PLANTAS ORNAMENTAIS NO PARQUE DO JAPÃO

PRESENCE OF ORNAMENTAL PLANT DISEASES IN THE JAPAN'S PARK

DANIELI SUZAN VALERIO¹, JULIO CESAR COLELLA², ARNEY EDUARDO DO AMARAL ECKER³, SILVIA APARECIDA VIEIRA⁴, ANNA PAOLA TONELLO⁵

1. Acadêmica do curso de Agronomia da Faculdade Ingá. 2. Agrônomo, Doutor pela Universidade Estadual de Maringá, Docente da faculdade Ingá. 3. Agrônomo, Doutor pela Universidade Estadual de Londrina, Docente da Universidade Estadual de Maringá. 4. Bióloga, pela Faculdade Jandaia do Sul. 5. Doutoranda no programa de pós graduação de agronomia PGA, Docente da Faculdade Ingá.

*Rodovia PR317, Saída para Astorga, Maringá, Paraná, Brasil. CEP 87.035-510. danieli_ccp@hotmail.com

Recebido em 04/06/2015. Aceito para publicação em 29/07/2015

RESUMO

Os fungos são responsáveis por inúmeras doenças em plantas ornamentais, interferindo no processo fisiológico e acarretando anormalidades em suas funções vitais. Aspecto como o vigor dos vegetais mostram o equilíbrio entre os processos geradores e consumidores de energia e, por outro lado, em uma planta doente este processo é quebrado e a utilização de energia torna-se desordenada, com consequente prejuízo levando-as a morte. O presente trabalho foi realizado no Parque do Japão - memorial Imin100, no município de Maringá-PR, com o intuito de verificar a ocorrência de fungos em plantas ornamentais. Para identificação de doenças, foram coletadas amostras de folhas as quais apresentavam sinais e posteriormente levadas aos laboratórios de microbiologia da Faculdade Ingá e Universidade Estadual de Maringá. Através do postulado de Koch, diagnosticou-se o agente causal das doenças previamente avaliadas e constatou-se como agente causador da Antracnose em *Acer palmatum* a espécie *Colletotrichum gloeosporioides* e em *Iris germanica* observou-se a “mancha olho de rã”, tendo como agente causador *Cercospora spp.* Sugere-se o manejo de plantas ornamentais através do controle alternativo, tais como cultural, biológico ou genético.

PALAVRAS-CHAVE: Fungos, interação fungo-plantas ornamentais, antracnose, olho de rã.

ABSTRACT

Fungi are responsible for numerous diseases on ornamentals, interfering with the physiological process and causing abnormalities in their vital functions. Appearance force as vegetables show the balance between the process and energy generators and consumers, on the other hand, in a diseased plant in broken and this process energy utilization becomes disordered, with consequent injury leading to death. This study was conducted in Japan Park – memorial Imin100, in Maringá-PR, in order to verify to occurrence of fungi in ornamental plants. To identify diseases, leaf samples were collected which showed signs and later taken to the microbiology laboratories of Inga College and State University of Maringa. Through the Koch's postulate,

the causative agent was diagnosed of diseases previously assessed and found as causative agent of anthracnose in *Acer palmatum* to *Colletotrichum gloeosporioides* kind and *Iris germanica* noted the frog eye spot, with the causative agent *Cercospora spp.* The management of ornamental plants through the alternate control, such as cultural, biological or genetic is suggested.

KEYWORDS: Fungi, interaction fungus-ornamental plants, anthracnose, frog eye spot.

1. INTRODUÇÃO

O paisagismo apresenta-se como atividade em crescimento no país, envolvendo vários agentes participantes da cadeia de flores e plantas ornamentais resultando na necessidade de produção e variação de plantas para uso em jardins e parques, além de fixar a mão de obra e gerar rendas¹.

Em se tratando na produção de plantas ornamentais, inicialmente chama a atenção de produtores e fitopatologistas quanto à sintomatologia apresentada por plantas doentes. Os sintomas ocasionados por fungos patogênicos variam conforme o patógeno presente e incluem principalmente as manchas foliares, como antracnose e “mancha olho de rã” resultando em desequilíbrio fisiológico aos vegetais podendo levar a morte².

Em 2008, inaugurou-se O Parque do Japão – memorial Imin100, com área total de 100.000 m², sendo este o maior parque temático japonês na América do Sul, desenvolvido pelo município de Maringá em parceria com a cidade co-irmã Kakogawa- Japão, homenageando os imigrantes japoneses presentes no país e, neste sentido disponibiliza formas de expressão significativa da cultura milenar japonesa e, constituiu-se num espaço de preservação ambiental, para ressaltar a integração do homem e a natureza.

No interior do parque em estudo, há a presença da espécie arbórea *Acer palmatum*, originário da Ásia

(China, Coréia do Sul e Japão). Destaca-se pelas folhas delicadas e de coloração intensa em períodos de inverno. Este material é cultivada a pleno sol, solo fértil e irrigado regularmente, sendo esta planta de clima temperado e adapta-se bem ao clima tropical e subtropical³.

Entretanto, há a presença de herbáceas perenes como *Iris germanica*, originária da Europa, estas possuem inflorescências terminais, geralmente com duas flores, de cores brancas ou azuis formadas durante primavera/verão⁴.

As doenças em plantas ornamentais, geralmente são causadas por agentes infecciosos de natureza parasitária, resultando em alterações fisiológicas e na transmissão de um tecido doente para um tecido sadio⁵. Os agentes infecciosos observados no presente estudo são fungos e estes por sua vez debilitam ou enfraquecem o hospedeiro por absorção contínua de nutrientes da célula do mesmo para seu uso. Levando-se em consideração que as plantas doentes perdem sua vitalidade e ocasionam prejuízos ao parque e em razão dos valores de estimação serem elevados, sugere-se um manejo adequado em relação às possíveis infecções nas plantas ornamentais.

Na natureza ocorrem mais de 8.000 espécies de fungos, os quais resultam em doenças nas plantas ornamentais, sendo que estas são atacadas por determinada espécie de fungo. As doenças de plantas podem tornar as mesmas venenosas ao homem e animais, podendo reduzir a quantidade e qualidade dos produtos vegetais, gerando também custos inaceitáveis de controle⁶.

É possível efetuar o uso da técnica de imunização genética, ou seja, variedades resistentes e tolerantes, a qual não onera diretamente o custo de produção e dispensa outras medidas de controle⁷.

Dentre os fungos existentes, destacam-se *Colletotrichum gloeosporioides* e *Cercospora* spp, os quais convivem com o hospedeiro e não provocam rápida destruição dos tecidos. Estes patógenos produzem estruturas especializadas para a retirada de nutrientes oriundas da célula do hospedeiro, sem provocar a morte imediata do vegetal. A ocorrência destas doenças em ornamentais inicia-se com a deposição do esporo sobre o vegetal, tornando-o doente⁵.

Ao fungo fitopatogênico *Colletotrichum gloeosporioides*, causador da Antracnose e ao fungo *Cercospora* spp, causador da “mancha olho de rã”, ambos são responsáveis na interferência da fotossíntese das plantas, podendo levá-las a morte.

No que se refere ao quadro sintomatológico da *Cercospora* spp, em *Iris germanica*, este caracteriza-se pelo surgimento de lesões necróticas observadas principalmente em folhas. Inicialmente com a presença de pequenos pontos ou manchas de encharcamento, alterando a coloração para castanho claro no centro e bordas castanho-avermelhada na parte superior das folhas, e coloração cinza na parte inferior onde ocorre a esporulação.

Em relação ao fungo *Colletotrichum gloeosporioides* em *Acer palmatum*, dá-se através da formação de manchas nas bordas dos limbos foliares infectado, acompanhado na maioria das vezes do escurecimento de nervuras claramente visíveis na face inferior da folha.

Em estudo realizado por Koch, o mesmo utilizou métodos laboratoriais e organizou-os em quatro critérios necessários para provar que um microrganismo específico ocasiona uma doença em particular, sendo que, estes critérios são conhecidos como postulados de Koch: a) um microrganismo específico pode sempre estar associado a uma doença; b) o microrganismo pode ser isolado e cultivado em cultura pura, em condições laboratoriais; c) a cultura pura do microrganismo produzirá a doença quando inoculada em um hospedeiro susceptível; d) é possível recuperar o microrganismo inoculado do animal infectado experimentalmente⁸.

O presente trabalho teve como objetivo avaliar e identificar as possíveis doenças fúngicas nas plantas ornamentais *Iris germanica* e *Acer palmatum* presentes no Parque do Japão - memorial Imin 100, e descrever a sintomatologia causada pelos agentes etiológicos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho foi realizado no Parque do Japão - memorial Imin100, em Maringá, Paraná entre os meses de abril a julho. Inicialmente verificaram-se as plantas ornamentais presente no interior do ambiente, escolhendo duas espécies para estudo e, assim, foram realizadas visitas semanais para avaliação do potencial de ocorrência de patógenos.

Para análise e identificação de tais doenças, coletou-se partes das plantas (folhas mais velhas), através do uso de tesoura de poda profissional com lâmina intercambiável, realizada no período da manhã durante duas estações, outono e inverno, estas amostras foram acondicionadas em sacos plásticos identificadas com o nome científico das mesmas e levadas ao laboratório de microbiologia da Faculdade Ingá e Universidade Estadual de Maringá, onde foi realizado o postulado de Koch, para identificação dos agentes causais das doenças.

Nas plantas ornamentais (*Iris germanica* e *Acer palmatum*) foram retirados fragmentos de 3 mm de tecido da região limítrofe entre a área lesionada e a área sadia. Os fragmentos receberam uma desinfecção em álcool 70% por 30 segundos, seguido de hipoclorito de sódio (1,5%), por um minuto. Após foram lavados duas vezes em água destilada esterilizada (ADE) e colocados em placa de Petri contendo meio de cultura ágar e água destilada (AA), para que somente o microrganismo desejado viesse a desenvolver. Posteriormente foram incubados a 25°C, com fotoperíodo de 12 horas durante 30 dias até obter esporulações. Após 24 a 48 horas de incubação, pontos de hifas surgiram no meio e sob condições assépticas foram transferidas para um meio rico

em nutrientes, contendo batata-dextrose-ágar (BDA), através da repicagem com o auxílio da pinça, Bico de Bunsen e fluxo laminar, com o objetivo em isolar e promover o crescimento em placas de Petri armazenada em estufa à 25°C por período entre um à dois dias.

Após o crescimento dos microrganismos, preparou-se lâminas com azul de metileno e estas foram inseridas no microscópio estereoscópico para a caracterização interna do patógeno, observando as estruturas produzidas.

Para a obtenção da visualização computacional, optou-se primeiramente pela escolha de sinais e sintomas dos patógenos que infectaram as plantas em estudo, além de agapanto, clúsia e azaléia. Logo após foram tiradas 50 imagens para cada espécie em estudo, as quais continham as hifas dos fungos, os quais corroboravam com os padrões dos patógenos e doenças, além de possíveis alterações.

Através do scanner preparado para dar resolução de 300 dpi, digitalizou-se as imagens e em seguida, foram organizadas pelo uso de palavras chaves e acondicionadas no banco de dados, com o uso do programa MS Access presente no laboratório. Neste banco de dados, indexaram-se as imagens na sequência de autoria, nome comum e científico do hospedeiro e patógeno, sinais do patógeno e sintomas da doença, nome da estrutura do hospedeiro infectado, sendo todas imagens numeradas para posterior identificação pelo usuário. Formou-se um banco de dados com as imagens apresentando os sintomas e sinais de doença, e agentes etiológicos em Ácer e Iris.⁹

Para a certificação e identificação dos agentes causadores das doenças nas plantas estudadas, utilizou-se de revisões literárias e artigos científicos.

Através da obtenção de dados da estação climatológica da Universidade Estadual de Maringá a temperatura média observada, no período de estudo foi entre 10°C e 30°C e a precipitação variou entre 50 a 400 mm.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se o crescimento e desenvolvimento da mancha-olho-de-rã com temperaturas entre 25°C a 27°C, entretanto, a antracnose surge com alta umidade, dias nublados e temperaturas entre 10°C e 20°C.¹⁰ Identificou-se como causador da mancha-olho-de-rã o fungo *Cercospora* spp em *Iris germanica*, corroborando com Freire (2007) quanto à ocorrência em plantas ornamentais como antúrio e cróton.

Em se tratando da presença de mancha-olho-de-rã, observou-se bordas arredondadas e definidas, escuras, com interior claro. Em trabalho realizado no estado de Pernambuco, verificou-se a presença em *Gerbera jamesonii* que geralmente está envolvida por um halo a-

marelo com borda definida e arredondada, semelhante aos resultados encontrados¹ e, havendo infestações intensas, estas provocam a desfolha e enfraquecimento da planta. Ainda, em *Rosicula*, constatou-se manchas circulares e marrom purpura, com a parte central escura e marrom avermelhada, margens pouco definidas e não delimitadas pelas nervuras.¹²

Na planta ornamental *Iris germanica* (a) a presença do fungo *Cercospora* spp, é visível, sendo conhecido popularmente como mancha-olho-de-rã (b) que, por sua vez ocasiona lesões iniciando com pequenos pontos ou manchas de encharcamento e bordos castanho-avermelhados na porção superior do limbo foliar. A colônia de *Cercospora* spp em meio de cultura (BDA) (c) e as hifas do fungo (d) são visualizadas no presente estudo, sendo demonstrada na figura abaixo:



Figura 1: a) *Iris germanica* - Parque do Japão Imin100. b) Sintomas causados por *Cercospora* spp em folhas de *Iris germanica*. c) Colônia de *Cercospora* spp em meio de cultura BDA. d) Hifas do fungo *Cercospora* spp.

Para o estado do Paraná, é tida como a primeira ocorrência de *Cercospora* spp em *Iris germanica*.

O fungo *Colletotrichum gloeosporioides* ocorre em ornamentais como, bastão-do-imperador, brasileirinho e crisântemo. Visualiza-se com maior frequência nas folhas e especialmente em plantas injuriadas¹³.

Em trabalho realizado no Campo Experimental da Embrapa Amazônia Oriental, em Belém, PA, identificou-se a presença do fungo *Colletotrichum gloeosporioides* em exemplares arbóreos da espécie Caneleira (*Cinnamomum zeylanicum*) e estas apresentando grande quantidade de manchas de coloração pardo-escura ou preta, com centro mais claro, contorno irregular, distribuídas pelo limbo foliar, semelhante aos resultados observados no presente estudo, em *Acer palmatum*¹³.

No município de Santa Maria, RS, verificou-se em

álamo (*Populus nigra*) a ocorrência de antracnose, caracterizada pela formação de manchas nas bordas dos limbos das folhas infectadas por *Colletotrichum gloeosporioides*, que também aparecem acompanhadas na maioria das vezes do escurecimento de nervuras, sendo mais claramente visível na face inferior da folha¹⁴.

Quando as folhas são atacadas tardiamente, suas margens e seus ápices secam. As lesões podem ocorrer nos pecíolos, sendo mais alongadas nesses órgãos. Tal patógeno sobrevive de uma estação para outra em restos de cultura e a doença é favorecida por condições de alta umidade e temperaturas amenas¹⁵.

Na figura 2 (a), verificou-se em *Acer palmatum* manchas de coloração castanho marrom ou negra sobre as folhas, sendo estas arredondadas ou irregulares, visualizada na figura 2 (b) e para figuras (c) e (d), apresentam colônia do fungo *Colletotrichum gloeosporioides* em meio BDA, e hifas do agente etiológico respectivamente na figura abaixo:



Figura 2: a) *Acer palmatum* no Parque do Japão. b) sintomas causado por *Colletotrichum gloeosporioides* em folhas de *Acer palmatum*. c) Colônia do fungo *Colletotrichum gloeosporioides* em meio BDA. d) Hifas do fungo *Colletotrichum gloeosporioides*.

Para o estado do Paraná é o primeiro registro de *Colletotrichum gloeosporioides* em *Acer palmatum*.

4. CONCLUSÃO

Verificou-se a presença de *Cercospora* spp em *Iris germânica* e *Colletotrichum gloeosporioides* em *Acer palmatum* no Parque do Japão- memorial Imin100.

Sugere-se diagnosticar as plantas ornamentais que compõem o local, os possíveis patógenos que proporcionam danos aos exemplares.

A utilização de software para a confirmação dos pa-

tógenos é ferramenta essencial no processo de avaliação.

O Grande potencial turístico do local poderá ficar comprometido, devendo-se realizar o manejo correto pelo uso de práticas alternativas.

REFERÊNCIAS

- [1] Lins SRO, Coelho RSB. Ocorrência de doenças em plantas ornamentais tropicais no estado de Pernambuco. *Fitopatologia Brasileira*. 2004; 29(3):332-35.
- [2] Alexandre MAV, Duarte LML, Farinha AECC. *Plantas Ornamentais: Doenças e pragas*. Volume: 1. Instituto Biológico: São Paulo, 2008.
- [3] Lorenzi H, Souza HM, Torres AV, Bacher LB. *Árvores exóticas no Brasil: madeireiras, ornamentais e aromáticas*. Nova Odessa. SP: Instituto Plantarum, 2003.
- [4] Rice G. *Encyclopedia of Perennials* 1ª ed. Dorling Kindersley. 2006.
- [5] Amorim L, Rezende JAM, Bergamin Filho A. eds. *Manual de Fitopatologia*. Volume 1 - Princípios e Conceitos. 3ª Edição. Editora Agronômica Ceres Ltda. São Paulo. 1994.
- [6] Agrios GN. *Plant pathology*. 5th ed. New York : Academic Press, 2004.
- [7] Whetzel HH, Hesler LR, Gregory CT, Rankin WH. *Laboratory Outlines in Plant Pathology*. Philadelphia, W.B. Saunders. 1925;231 p.
- [8] Pelczar MJ, Chan ECS, Krieg NR, Edwards DD, Pelczar MF. *Microbiologia: Conceitos e aplicações*. 2 ed, Pearson Makron Books, São Paulo. 1997; 524 p.
- [9] Colela JCT, Vida JB, Tesmann DJ, Constantim AA, Canteri MG. Um software para edição de livro digital empregando imagens. *Journal of Extract Sciences*. 2014; 1(1):11-14.
- [10] Camera NJ. Patogenicidade, esporulação e interação entre temperatura e período de molhamento foliar na intensidade da mancha foliar “olho-de-rã” em soja. Passo Fundo, 2012. [acesso em 10 jul.2015] Disponível em: <http://www.ppgagro.upf.br/download/julianenicolodi.pdf>
- [11] Freire EHS, Reis CMX, Silva LA, Carvalho AOC. Fungos causadores de patologias na coleção científica de Anthurium do Jardim Botânico do Rio de Janeiro e estratégias de manejo para fins de controle. *Fitopatologia Brasileira*. 2007; 32(Supl):182.
- [12] Hino T, Tokeshi H. Some pathogens of cercosporioses collected in Brazil Tropical Agricultural Research Center. 1978; 2:1-138.
- [13] Costa RC *et al.* *Colletotrichum gloeosporioides* causando manchas foliares em plantas de canela-da-índia no Estado do Pará. *Summa phytopathol.* [online]. 2013; 39(3):218. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-54052013000300017>.
- [14] Brun KGF, Muniz BM. Doenças em árvores e plantas ornamentais urbanas. Rio Grande do Sul, 2006. [acesso em 10 jul.2015] Disponível em: <http://coral.ufsm.br/dcf/seriestecnicas/serie6.pdf>
- [15] Azevedo PC. Epidemiologia e controle da antracnose em capsicum spp. e identificação de colletotrichum spp. Associados às solanáceas cultivadas. [tese] Brasília: Universidade de Brasília; 2006. [acesso em 04 jul.2015] Disponível em:

http://btdt.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_arquivos/53/TDE-2006-09-13T144920Z-248/Publico/Dissertacao.pdf



TRANSTORNOS ALIMENTARES MODERNOS: UMA COMPARAÇÃO ENTRE ORTOREXIA E VIGOREXIA

MODERN EATING DISORDERS: COMPARISON BETWEEN ORTHOREXIA AND BIGOREXIA

MAITÉ REGINA BRESSAN^{1*}, CONSTANZA PUJALS²

1. Acadêmica do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Ingá; 2. Professora do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Ingá.

Oswaldo Cruz, Zona 07, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87020-200. maite_bressan@hotmail.com

Recebido em 18/06/2015. Aceito para publicação em 21/08/2015

RESUMO

Os transtornos alimentares são caracterizados pelo medo de engordar aliado a um controle rígido da alimentação, habitualmente, esses transtornos têm a imagem corporal como fator desencadeante, envolvendo tanto a insatisfação quando a idealização de um corpo perfeito, que surgem por consequência influência da sociedade, por meio da influência da mídia. O presente estudo tem como objetivo apresentar a ortorexia e a vigorexia, dois tipos de transtornos alimentares modernos, visando a descrição e a comparação dos mesmos, apontando suas principais semelhanças, além de uma discussão sobre a influência da sociedade contemporânea na imagem corporal e na manifestação dos transtornos alimentares. Conclui-se que a pressão causada pela mídia leva a preocupação demasiada com a estética, muitas vezes em nome da busca pela saúde e juventude. Contudo, nessa busca, os indivíduos acabam por exagerar nos cuidados, a ponto de se tornarem obsessivos no seu estilo de vida e não se preocuparem com as consequências que eles podem acarretar.

PALAVRAS-CHAVE: Imagem corporal. Transtornos alimentares. Insatisfação corporal.

ABSTRACT

The eating disorders are characterized by fear of gaining weight gathered with a strict food control, in general, these disorders have the body image as main focus, involving both dissatisfaction about the idealization of a perfect body, that comes from the society's imposition, through the media's influence. This study aims to introduce these two types of modern eating disorders, focusing on both description and comparison, pointing the main similarities, besides a discussion about the society's influence in the body image and in the appearance of eating disorders. It is concluded that the pressure caused by the media takes to an uncontrolled worry about the esthetics, many times in a search of health and youth. However, in this search, people end up exaggerating in care, till the point of becoming obsessive with their life style and not caring about the consequences that those can cause.

KEYWORDS: Body image. Eating disorders. Body dissatisfaction.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente é percebido que no meio acadêmico ainda existem relativamente poucos estudos referentes aos Transtornos Alimentares modernos, porém a insatisfação com a imagem corporal na sociedade contemporânea vem em aumento. Este fato, junto à influência das mídias sociais, tem colaborado para que haja um incremento no número de pessoas que possuem estes transtornos.

Em suma, todos os indivíduos nascem com um corpo e no decorrer de suas vivências e experiências a identidade corporal se forma, esta por sua vez envolve aspectos psicossociais e físicos vividos por cada um. Em outras palavras, a imagem corporal é única em cada indivíduo devido à singularidade de suas impressões e sensações do mundo. Esta imagem é desenvolvida e reavaliada durante toda a vida por meio da relação com o meio social¹.

No que concerne à sociedade contemporânea, o mesmo autor alega que esta sociedade considera como uma necessidade o cuidado com o corpo, isto é, tem como regra o ser visto e valoriza a estética em nome da saúde e juventude. Portanto, existem conflitos no indivíduo entre a sua imagem real e a imagem idealizada que é imposta pela mídia.

Estes fatores citados acima estão diretamente ligados aos Transtornos Alimentares, como se pode ver na Ortorexia, no qual o cuidado com o corpo aparece na metódica ingestão de alimentos saudáveis e puros. Já na Vigorexia, este cuidado com o corpo, surge como uma busca excessiva pela definição dos músculos e diminuição drástica do percentual de gordura corporal.

As consequências destes estilos de vida podem ser muito prejudiciais para o indivíduo. A vista que, a ortorexia, pode ocasionar a carência de nutrientes e, portanto, a desnutrição¹. E a vigorexia, pode causar danos como disfunção erétil nos homens, ciclos menstruais irregulares nas mulheres, aumento do colesterol e também pro-

blemas musculares².

Á vista disso, este estudo tem a intenção de expor estes dois tipos de transtornos alimentares modernos, a Ortorexia e a Vigorexia, objetivando a descrição dos transtornos e a comparação dos mesmos apontando suas principais semelhanças, além de uma discussão sobre a influência da sociedade contemporânea na imagem corporal e na manifestação dos transtornos alimentares. Quanto à elaboração da pesquisa, iniciou-se através da busca de artigos científicos, somente na língua portuguesa, e a seleção dos mais adequados dentro do período estipulado, para a coleta das informações relevantes. A principal dificuldade encontrada foi a escassa produção acadêmica sobre estes transtornos alimentares modernos.

Fundamentação Teórica

Quanto aos aspectos culturais dos transtornos alimentares, segundo os autores Oliveira & Hutz (2010)³, os conceitos de beleza e imagem corporal mudaram muito ao longo dos séculos. Antigamente, quando os alimentos eram escassos e somente a realeza tinha grande acesso, o corpo voluptuoso era valorizado, pois era tido como um sinônimo de poder. Atualmente, com a grande quantidade de alimentos à disposição de todos, o corpo magro é valorizado por ser um sinônimo de disciplina, autocontrole e sucesso. Nota-se, portanto, uma inversão nos valores da alimentação durante a evolução da sociedade.

Em relação à alimentação, Proença (2010)⁴ afirma que, o ato de se alimentar é de extrema importância para o ser humano, não só por fatores orgânicos, mas por envolver dimensões culturais, econômicas e sociais. A mesma autora ainda afirma que, pode-se perceber que atualmente o ser humano está separado do alimento. Em épocas passadas, havia a busca ou o cultivo dos alimentos. Em contrapartida, hoje, com a industrialização, muitos produtos são oferecidos sem que haja o conhecimento de seu cultivo ou de suas etapas de produção. Sendo assim, grande parte da população mundial consome alimentos sem conhecer suas origens e muitas vezes sem saber os componentes químicos dos mesmos. Esta separação, do homem e do alimento, é conveniente para o momento em que vivemos, no qual os horários para a alimentação são escassos devido à jornada de trabalho. Em compensação, existe por parte dos profissionais da saúde uma grande divulgação dos hábitos alimentares saudáveis em nome da saúde. Gerando assim, uma ideologia de que a alimentação saudável é sinônimo de disciplina e autocontrole.

Voltando o foco para os transtornos alimentares, Oliveira & Hutz (2010)³ os caracterizam, no geral, como um medo doentio de engordar aliado a um controle rígido da alimentação, este controle pode ser aplicado de

diferentes maneiras dependendo do indivíduo em questão. Ribeiro & Oliveira (2011)⁵ ressaltam também que, estes transtornos podem ter diversas causas, dentre elas estão as causas biológicas, psicológicas e socioculturais, que agem com intensidades diferentes em cada indivíduo.

Neste sentido, estes mesmos autores citam alguns transtornos alimentares modernos como a Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Veganismo, Ortorexia e Vigorexia. E afirmam que todos estes transtornos alimentares tem a imagem corporal como centro, envolvendo tanto a insatisfação quanto a idealização de um corpo perfeito, que surgem por consequência da imposição da sociedade. Sendo assim, “O culto ao corpo está presente em todos os seguimentos sociais”⁵ (p. 64).

Esta imagem corporal, que é centro dos transtornos alimentares, dá-se através das relações que este indivíduo tem com o mundo e com suas experiências desde o início da vida. Destas relações, a mídia compõe grande parte das referências de significado e modo de ver o corpo. E não menos importante, também influenciam nos comportamentos destas pessoas. Sendo assim, a televisão, as revistas e a internet impõem padrões de beleza e de comportamento para a sociedade contemporânea. Essas imposições influem na formação dos indivíduos, levando muitas vezes a busca pelo corpo belo e perfeito⁶.

Quanto à imagem corporal, os autores Petroski, Pellegrini e Glaner (2012, p. 1072)⁷ também afirmam que:

As sociedades contemporâneas, principalmente as ocidentais, vêm apresentando uma preocupação excessiva com os padrões de beleza, nas quais há uma verdadeira “divinização” do corpo belo, além de uma busca incessante pela magreza exagerada. Isto tem contribuído para o aumento da insatisfação com a imagem corporal, acometendo negativamente alguns aspectos da vida dos indivíduos, principalmente no que tange ao comportamento alimentar, psicossocial, físico e cognitivo e à autoestima.

Seguindo este raciocínio, Veras (2010)⁸ relata que, todos têm uma representação mental de seu corpo. Nesta representação mental também estão incluídas as sensações do corpo, como dor e percepção de unidade. Havendo um desequilíbrio nesta representação e percepção, no que diz respeito à aparência física, os indivíduos se sentem pressionados a ter um corpo ideal dado pela sociedade e pelas mídias em que estão inseridos, e este fato acarreta sofrimento. Desta forma, “Possuir um corpo próximo ao modelo estético difundido parece garantia de felicidade e realização plena, cria-se uma imagem baseada na idealização”⁸.

As autoras Frois *et al.* (2011)⁶ apontam que, a mídia influencia no modo em que os indivíduos vêem sua pró-

pria imagem corporal desde a infância:

Dentre as relações que vivencia o indivíduo, as mídias são elementos constantes enquanto referências que incidem nos nomes que a criança e seu corpo recebem, caracterizando uma demanda constante de ajustamento e reorganização das imagens e esquemas corporais. Sendo assim, a forma de apropriação da imagem corporal perpassa pelas definições que se obtêm a partir dos outros e das mídias - rádio, televisão e, sobretudo, internet, e, embora as construções da imagem corporal não estejam submetidas apenas às imposições das mídias, elas, assim como as demais experiências pelas quais passa a criança, influem na sua formação⁶ (p.72).

Sobre a insatisfação e idealização corporal citada anteriormente, os autores Petroski *et al.* (2012)⁷ ainda relatam que, as meninas sofrem mais com esse problema, além disso, também afirmam que esta insatisfação com a imagem corporal é uma consequência da pressão da mídia e da sociedade, e este fato está diretamente ligado aos transtornos alimentares.

Desta forma, neste presente trabalho, abordaremos exclusivamente dois dos transtornos alimentares citados anteriormente, são eles a Ortorexia e a Vigorexia. Inicialmente será descrita a Ortorexia e posterior a ela, a Vigorexia.

A Ortorexia, também conhecida como Ortorexia Nervosa, termo criado pelo médico americano Steven Bratman, é um transtorno alimentar recente e ainda não consta nos manuais de diagnóstico. Sua etiologia é grega e está ligada ao “orthos”, que significa correto, junto ao “orexis”, que significa apetite. Neste sentido, é caracterizada por uma obsessão patológica pela alimentação correta e pela pureza dos alimentos. Esta pureza está ligada a uma dieta livre de herbicidas, pesticidas e substâncias artificiais⁹.

Segundo Martins *et al* (2011)¹, atualmente tem-se a compreensão de que uma dieta correta e saudável pode proporcionar, além da saúde, a prevenção de doenças. Portanto, é notável, nos últimos tempos, o aumento da preocupação com a qualidade dos alimentos. Uma alimentação dita saudável não envolve somente o fator biológico, mas também aspectos econômicos, sociais e principalmente as crenças de cada indivíduo.

Em vista disto, as autoras Lopes & Kirsten (2009, p. 102)¹⁰, em sua pesquisa, chegam à conclusão de que:

As pessoas apresentando quadro de ortorexia eliminam sistematicamente alimentos ou grupos de alimentos por considerarem que não são saudáveis elegendo somente os alimentos “saudáveis, benéficos ou puros”. Esses alimentos são os considerados por eles alimentos totalmente naturais, higienicamente seguros e sem nenhum processo químico ou industrial. Com esse

comportamento, os ortoréxicos, em casos extremos, preferirão morrer de fome a comer os alimentos que consideram impuros ou insalubres e, assim, prejudiciais a sua saúde. A pessoa se torna obcecada e passa a preparar seu próprio alimento utilizando apenas alimentos de procedência conhecida. Tornam-se cada vez mais compulsivos excluindo itens essenciais de sua dieta como carne vermelha, laticínios, açúcar e gordura sem fazer substituição adequada.

Por conta da necessidade de alimentos puros, os indivíduos acometidos por esta patologia acabam por restringir alguns tipos de alimentos e passam a se empenhar em planejar e preparar refeições, além de muitas vezes cultivarem seus próprios alimentos. Por consequência disso, gastam muito tempo em torno do ato de comer. Eles também podem desenvolver carências nutricionais, gerando assim graves problemas de saúde¹.

Para o mesmo autor, a Ortorexia pode ocasionar o afastamento do convívio com a sociedade, uma vez que o indivíduo sente a necessidade de explicar e convencer a todos da importância de consumir os alimentos da maneira que ele mesmo consome, gerando assim conflitos nos relacionamentos e, portanto, o isolamento social. Outra consequência desta dieta restrita é a limitação dos alimentos, que provocam a carência de alguns nutrientes cruciais para o bom funcionamento do organismo. Além dos problemas fisiológicos, o indivíduo também pode desenvolver ansiedade e depressão.

Segundo Lopes & Kirsten (2009)¹⁰, os indivíduos mais propensos a adquirir essa patologia podem ser os estudantes e profissionais da área da saúde. O estudo das autoras mostrou respostas de comportamentos de ortorexia, principalmente, em indivíduos dos cursos de nutrição, farmácia e enfermagem.

Por conseguinte, a Vigorexia, de acordo com Severiano, Rêgo e Montefusco (2010)¹¹, é um termo que substituiu a “anorexia reversa”, que surgiu em 1993, com o psiquiatra americano Harrison Granham Pope Junior, da Universidade de Harvard. Alvim (2012)¹² afirma que, a vigorexia inicialmente foi tratada como um Transtorno Obsessivo Compulsivo e hoje é classificada como um Transtorno Dismórfico Muscular. Segundo Falcão (2008)², a etiologia da palavra Vigorexia está correlacionada com “vigor” ser designado à força e “orexis” (do grego) ao apetite, portanto, a vigorexia pode ser traduzida pela expressão “apetite por ser forte”.

Para Andreola (2010)¹³, Vigorexia, Complexo de Adônis ou Transtorno Dismórfico Muscular (como é clinicamente conhecido) são nomes dados à obsessão pelo corpo belo e musculoso, no qual o indivíduo se desafia ao máximo para conseguir um corpo extremamente definido. Sendo assim, para a autora Alvim (2012)¹², o sujeito que detém este transtorno possui um vício exa-

gerado por musculação e pode levar seu corpo a extremos limites de exaustão.

Segundo este raciocínio, os autores Severiano, Rêgo e Montefusco (2010)¹¹ mostram que, os indivíduos acometidos por este transtorno tendem a não se importar com as consequências que o exagero do exercício físico pode trazer, visando sempre aumentar cada vez mais a sua massa muscular e diminuir ao máximo a porcentagem de gordura do corpo. Camargo (2008)¹⁴ ressalta algumas características destes indivíduos, como:

Frequentemente se descrevem como "fracos e pequenos", quando na verdade apresentam musculatura desenvolvida em níveis acima da média da população masculina, caracterizando uma distorção da imagem corporal. Estes se preocupam de maneira anormal com sua massa muscular, o que pode levar ao excesso de levantamento de peso, prática de dietas hiperprotéicas, hiperglicídicas e hipolipídicas, e uso indiscriminado de suplementos proteicos, além do consumo de esteroides anabolizantes¹⁴ (p. 03).

Feitosa (2008)¹⁵ relata que, a busca incontrolável pelo corpo com músculos definidos traz consigo a diminuição do investimento na vida emocional, social e ocupacional por conta das longas horas investidas em musculação. Em vista disso, Falcão (2008)² descreve várias consequências da Vigorexia para o indivíduo, tais como:

Depressão e/ou ansiedade, deteriorização das relações sociais, afetando principalmente o trabalho e os estudos, problemas nas relações interpessoais e isolamento. As consequências biológicas são: mudanças metabólicas que repercutem sobre o fígado e sistema cardiovascular, aumentando os níveis de colesterol, diminuição do centro respiratório, disfunção erétil, hipertrofia prostática, hipogonadismo e ginecomastia, amenorréia e ciclos menstruais irregulares nas mulheres².

O mesmo autor ainda descreve implicações orgânicas ao indivíduo que podem ser muito prejudiciais, tais como a insônia, desinteresse sexual, falta de apetite, irritabilidade, problemas físicos e também o encurtamento de músculos e tendões.

Segundo Camargo (2008)¹⁴, atletas tem maior predisposição à Vigorexia, uma vez que são cobrados a manter a forma física, visando melhores resultados em competições. O mesmo autor ainda afirma que, os atletas do fisiculturismo são ainda mais propensos a este transtorno por conta das competições e da necessidade manter a aparência. Porém, a vigorexia também pode se desenvolver em outros tipos de atletas, como ginastas, corredores ou lutadores.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, com o tipo de pesquisa explicativa. Neste sentido, se-

gundo Martins & Bicudo (1989)¹⁶, uma pesquisa qualitativa investiga os aspectos particulares do que se está estudando, envolvendo seus valores e significados mais particulares. Por conseguinte, o tipo de pesquisa explicativa é a que, segundo Severino (2007)¹⁷, analisa e registra os fenômenos, buscando identificar as suas causas.

O presente trabalho é bibliográfico e foi realizado em três partes, sendo elas, a revisão de bibliografia disponível, a seleção de artigos e a síntese dos resultados. Na revisão houve uma grande procura on-line de artigos compatíveis com a pesquisa, usando o Google Acadêmico, LILACS e Scielo como fontes de busca. Foram selecionados 15 artigos científicos que se relacionavam ao tema. As palavras usadas na busca de artigos foram: "sociedade e culto ao corpo", "imagem corporal na contemporaneidade", "transtornos alimentares modernos", "ortorexia" e "vigorexia". Quanto à seleção de artigos, foram utilizados somente artigos do período de 2008 a 2015. Por ser um tema atual, a principal dificuldade foi de encontrar artigos em português, em decorrência de existir poucas pesquisas no Brasil relativas ao tema, porém só foram pesquisados artigos na língua portuguesa.

3. RESULTADOS

Na busca por artigos científicos compatíveis com a pesquisa, foram encontrados no total, em todas as bases de busca, 7.430 artigos científicos relacionados aos transtornos alimentares e somente 503 sobre a ortorexia e a vigorexia. A seleção foi feita através do próprio título e, também, por uma leitura de seus resumos. Através disso, foram selecionados 15 artigos científicos que melhor se adequavam à pesquisa.

De acordo com a análise feita nas bases de busca destes artigos científicos, pôde-se averiguar que a Scielo teve maior número de artigos científicos utilizados, com 73,4% das ocorrências e depois dela, a Lilacs com 26,6% (Figura 1).

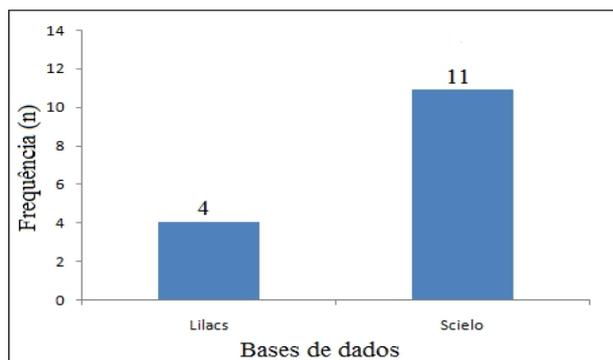


Figura 1. Frequência absoluta (n) de publicações registradas de acordo com a base de dados científica.

A respeito da produção científica, é percebida, com base nos artigos utilizados, uma diminuição de pesquisa

na área. Os anos de maior produção, de acordo com os artigos selecionados, foram 2010 e 2011. Os anos de menor produção foram 2013 e 2015, no qual não houve publicações utilizadas (Figura 2).

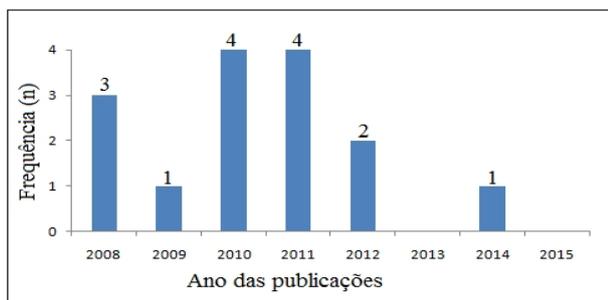


Figura 2. Frequência absoluta (n) das publicações em cada ano do período de busca dos artigos científicos.

Por fim, quanto aos gêneros relacionados às investigações dos artigos científicos envolvidos na pesquisa, a maioria optou por estudar ambos os gêneros. Dentre os artigos selecionados apenas um deles era voltado para o sexo feminino e nenhum voltado para o sexo masculino (Figura 3).

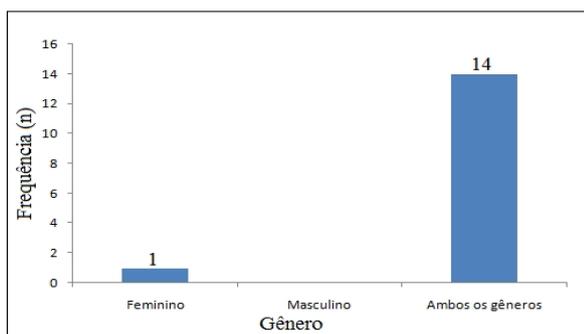


Figura 3. Frequência absoluta (n) dos estudos por gêneros.

4. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo apresentar dois tipos de transtornos alimentares modernos, a Ortorexia e a Vigorexia, visando a descrição e a comparação, bem como apontar suas principais semelhanças. Além de uma discussão sobre a influência da sociedade contemporânea na imagem corporal e na manifestação dos transtornos alimentares.

Por conta dos poucos estudos realizados até o momento estes transtornos são pouco conhecidos. As suas diferenças são bem evidentes, na qual uma está relacionada à alimentação e a outra se relaciona a prática de exercícios. Entretanto, um dos fatores que as unem é a insatisfação com a própria imagem corporal.

Dentre as pesquisas analisadas no decorrer do estudo pode-se observar que todos os artigos citaram a influência da mídia junto à sociedade contemporânea como um fator desencadeante no desenvolvimento dos transtornos

alimentares, principalmente por difundirem modelos corporais e comportamentais fora da realidade da maioria da população. Estes ideais de beleza geram uma busca incessante pela adequação de seus corpos com o que é socialmente desejável. Como cita Martins (2011)¹⁸, esta sociedade considera como uma necessidade o cuidado com o corpo, isto é, tem como regra o ser visto e valoriza a estética em nome da saúde. Portanto, existem conflitos no indivíduo entre a sua imagem real e a imagem idealizada que é imposta pela mídia.

Entre os dados analisados nos resultados pode-se observar que ocorreu uma diminuição da produção nos anos atuais, um dos motivos possíveis para esta isso pode estar no fato de haver uma dificuldade de recolher amostras específicas, ou mesmo, há a possibilidade da não compatibilidade dos artigos científicos produzidos recentemente que se adequavam a esta pesquisa. Também foram observados a partir dos resultados que os estudos estão cada vez mais se dando em ambos os gêneros e não somente no feminino ou masculino.

Ambos os transtornos alimentares, abordados na pesquisa, tiveram como principal característica a obsessão patológica. No caso da ortorexia, a obsessão é por alimentos puros, saudáveis, sem gorduras e livres de produtos químicos, geralmente plantados e produzidos por eles mesmos⁹. Já no caso da vigorexia, a obsessão está voltada para os exercícios físicos, objetivando um corpo definido e musculoso alcançado através da musculação, muitas vezes feita até a exaustão^{12,13}. Em ambos os casos a obsessão é levada a extremos limites.

Sendo assim, os acometidos por estes transtornos alimentares tendem a não se importar com os riscos que o estilo de vida pode trazer. Os portadores da ortorexia, em casos avançados, podem preferir a morte à ingestão de alimentos considerados não puros, industriais ou não saudáveis¹⁰. Por conseguinte, os portadores de vigorexia, na busca por um corpo definido, podem fazer o uso indiscriminado e proibido de anabolizantes ou esteróides visando o aumento da massa muscular e a diminuição do percentual de gordura corporal¹⁴.

Além disso, a partir das análises dos artigos constatou-se que, o convívio social entre os afetados pelos transtornos e seu círculo social pode diminuir drasticamente. Uma vez que, na ortorexia, os indivíduos passam a querer impor aos membros de seu círculo social os seus modos de alimentação e isso causa, na maioria das vezes, conflitos e, por consequência, ocasiona o afastamento do indivíduo com seu meio, outro fator para o afastamento é o empenho no planejamento das suas refeições, que podem levar horas e isso o mantém fora do contato com a sociedade¹. Na vigorexia, o indivíduo também diminui o investimento na vida social, porém, devido ao fato de investir mais em longas horas de musculação e na preparação para a mesma buscando o crescimento físico, outra razão para o afastamento são os

comentários negativos que partem da família ou amigos, quanto a seus exaustivos treinos e grande porte físico, devido ao aumento muscular¹⁵. Nos dois casos, os acometidos por estes transtornos, tendem a se alimentar em casa e preferem não manter contato com outros membros da sociedade, tanto família quanto amigos, pois optam por não querer ouvir as opiniões contrárias a seus estilos de vida.

Segundo o que foi pesquisado, em ambos os transtornos existem comorbidades, na qual podem ser citadas duas, a ansiedade e a depressão, geralmente por conta da deteriorização das relações sociais. Outra questão está relacionada ao grupo de riscos destes transtornos. Na ortorexia, ressaltam-se como grupo de risco os estudantes e profissionais da área da saúde. E na vigorexia, este grupo pode ser formado por atletas, geralmente, ginastas ou fisiculturistas^{10,14}.

A vista disso, ficou clara a influência negativa das mídias sobre os indivíduos em formação desta sociedade contemporânea. A pressão causada por ela leva a preocupação demasiada com a estética, muitas vezes em nome da saúde. Contudo, nessa busca, os indivíduos acabam por exagerar nos cuidados, a ponto de se tornarem obsessivos no seu estilo de vida e não se preocuparem com as consequências do mesmo. Estes são os sinais da modernidade, a qual o corpo é cultuado e o conteúdo é, muitas vezes, deixado de lado.

5. CONCLUSÃO

Diante de tudo que foi visto anteriormente, e entre os dados que foram analisados, observa-se que nestes transtornos alimentares existem algumas semelhanças, a qual um dos aspectos principais é a mesma, a insatisfação com a imagem corporal. Essa por sua vez é resultante da grande intervenção em massa da mídia na sociedade contemporânea, que é difundida através de meios de comunicação como televisão, revistas, internet e outros. Esta grande influência sobre a formação dos modos de pensar e agir acabam por impor normas de condutas e corpos desejáveis aos indivíduos. Estes indivíduos sob pressão social buscam se enquadrar no que é socialmente imposto como certo, e para isso se submetem a dietas extremamente restritivas ou a prática de exercícios até a exaustão.

Desta maneira, pôde-se averiguar que os transtornos alimentares pesquisados, a ortorexia e a vigorexia, ocasionam vários males aos portadores, como perda do convívio social, riscos a saúde e comorbidades como a ansiedade e a depressão.

Ao analisar os dados conclui-se que, existem poucas publicações referentes ao tema, um dos prováveis motivos é a falta de amostras que se enquadram a estes transtornos. São poucos os indivíduos que assumem sua condição e se propõem a ser analisados em um estudo. Entretanto, é necessário que hajam mais pesquisas voltadas aos transtornos alimentares, para fornecer maior

informação e, conseqüentemente, sua prevenção.

REFERÊNCIAS

- [1] Martins MCT, Alvarenga MDS, Vargas SVA, Sato KSCDJ, Scagliusi FB. Ortorexia nervosa: reflexões sobre um novo conceito. *Revista Nutrição*. 2011; 24(2):345-57.
- [2] Falcão RS. Interfaces entre dismorfia muscular e psicologia esportiva. *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte*, São Paulo. 2008; 2(1):1-21.
- [3] Oliveira LL, Hutz CS. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. *Psicologia em Estudo*. 2010; 15(3):575-82.
- [4] Proença RPC. Alimentação e globalização: algumas reflexões. *Ciência e Cultura*. 2010; 62(4):43-47.
- [5] Ribeiro PCP, Oliveira PBR. Culto ao Corpo: beleza ou doença? *Adolesc. Saúde*, Rio de Janeiro. 2011; 8(3):63-69.
- [6] Frois E, Moreira M, Stengel M. Mídias e a imagem corporal na adolescência: o corpo em discussão. *Psicologia em Estudo*. Maringá. 2011; 16(1):71-7.
- [7] Petroski EL, Pelegrini A, Glaner MF. Motivos e prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. *Ciência e Saúde coletiva*. 2012; 17(4):1071-7.
- [8] Veras ALL. Desenvolvimento e construção da imagem corporal na atualidade: um olhar cognitivo-comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2010; 6(2):94-117.
- [9] Pontes JB, Montagner MI, Montagner MÂ. Ortorexia nervosa: adaptação cultural do orto-15. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*. 2014; 9(2):533-48.
- [10] Lopes MR, Kirsten VR. Comportamentos de ortorexia nervosa em mulheres jovens. *Ciências da Saúde*. Santa Maria. 2009; 10(1):97-105.
- [11] Severiano MFV, Rego MO, Montefusco EVR. O corpo idealizado de consumo: paradoxos da hipermodernidade. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 10, n. 1, p.137-165, 2010.
- [12] Alvim SAB. Vigorexia. 2012. Disponível em: <http://www.fsj.edu.br/wp-content/uploads/2013/11/Vigorexia.pdf>. Acessado em 26 de maio de 2015.
- [13] Andreola NM. O culto ao corpo sob o olhar da psicanálise. Belo Horizonte: EdUFMG. 2010.
- [14] Camargo TPP, *et al.* Vigorexia: revisão dos aspectos atuais deste distúrbio de imagem corporal. *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte*. 2008; 2(1):01-15.
- [15] Feitosa OAF. Vigorexia: uma leitura psicanalítica. 2008. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/ri/handle/riufc/2482>. Acessado em 14 de junho de 2015.
- [16] Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: EDUC. 1989.
- [17] Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 23° ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez. 2007.
- [18] Martins MRC. A imagem corporal do adolescente na contemporaneidade: o culto ao corpo. 2011. Disponível em: http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Psicologia_Martins_MRC_1.pdf. Acessado em 07 de abril de 2015.

PSICOSSOMÁTICA NAS NARRATIVAS DE RECUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

PSYCHOSOMATIC IN THE NARRATIVES OF RECOVERY OF CHEMICAL DEPENDENCY

ANDRESSA KLIEMANN DI **BENEDETTO**¹, ÂNGELA MARIA **RUTKOSKI**¹, JAQUELINE CARVALHO **SOUZA**², JOÃO RICARDO NICKENIG **VISSOCI**³, KARINE VANDRESSA **PERNONCINI**^{4*}, MANUELA FORLIN **ROVER**¹, PAULO HENRIQUE **MAI**¹, RUDIMILA CAROLINE **VIANA**¹

1. Acadêmica(o) do Curso de Medicina da Faculdade Ingá, Maringá, PR; 2. Acadêmica do Curso de Psicologia do Centro Universitário de Maringá, Maringá, PR; 3. Coordenador do Grupo de Pesquisas em Processos Metodológicos e de Inovação na Faculdade Ingá; 4. Biomédica da Universidade Paranaense, Francisco Beltrão, PR.

* Av. Ad. Horácio Racanello, 6240, Apto 902, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87020-035. karine_vip@hotmail.com

Recebido em 26/11/2014. Aceito para publicação em 15/12/2014

RESUMO

Este estudo visou analisar a recuperação da dependência química em pacientes do Centro de Recuperação Casa do Oleiro (CERCO) – casa de reabilitação que utiliza meios religiosos para obter seus objetivos. Foram realizadas entrevistas com quatro internos, com o intuito de levantar informações acerca do consumo de drogas e da reabilitação. Dessa forma, relatamos o que cada um narrou sobre o início do uso de substâncias psicoativas, bem como a sequência de uso e a justificativa da continuidade; o relacionamento com a família em cada fase; o tempo e os sintomas de abstinência; as recaídas e os motivos da mesma; assim como o papel da religiosidade na sua recuperação. Os resultados foram confrontados com artigos científicos e livros na área, visando justificar os achados.

PALAVRAS-CHAVE: Dependência química, religiosidade, abstinência; drogas.

ABSTRACT

This study aimed review the recovery of chemical dependency in patient of the Recovery Centre Casa do Oleiro (CERCO) – home of rehabilitation that use means religious to obtain your objective. Its were conducted interviews with four resident, with the intention of raise information the fene of the use of drugs and of rehabilitation. That way, reported what each narrated about the star the use of psychoactive substances, just as well the sequence of use and the justification of continuity; the relationship with the family at each stage; the time and the withdrawal symptoms; the relapse and the reasons of the same; as well as the function of religiosity in its recovery. The results were confronted with articles scientifics and books in the área, aiming justify the discovery.

KEYWORDS: chemical dependency; religious; abstinence; drugs.

1. INTRODUÇÃO

O consumo desenfreado de substâncias lícitas e ilícitas com poder aditivo é um problema de saúde pública que vem se agravando ano a ano levando a desestruturação das famílias envolvidas, aumento da violência urbana, gastos exorbitantes dos sistemas de saúde, além de todos os prejuízos à saúde dos usuários.

Mesmo com todas as estratégias adotadas para conter o avanço de novos casos de drogadição, cada vez mais indivíduos estão fazendo uso destas substâncias. Neste trabalho visamos, por meio de entrevistas com dependentes químicos em casa de recuperação, analisar quais os principais fatores que os levaram ao consumo de substâncias psicoativas, qual foi a sequência de uso, como isso afetou em suas vidas e como está sendo o enfrentamento da dependência.

Conhecer os fatores individuais que levaram o indivíduo a iniciar o consumo de entorpecentes é um dos pontos primordiais para um tratamento efetivo e para o planejamento de campanhas de prevenção contra o uso de drogas.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo foi realizado a partir de visitas ao Centro de Recuperação Casa do Oleiro (CERCO), organização não governamental prestadora de atendimento gratuito a indivíduos do sexo masculino dependentes de tóxicos de qualquer natureza. As idades dos quatro entrevistados variam entre 19 e 29 anos sendo que um deles foi encaminhado ao centro por ordem judicial e o restante por vontade própria somada à vontade da família.

Os dados foram coletados por meio de narrativas gravadas (e posteriormente transcritas) em dois encon-

tros com os entrevistados em questão. A conversa foi dirigida por um questionário pré-estabelecido, anexado à este trabalho. A fim de preservar o anonimato dos participantes usamos aqui nomes fictícios.

Agenor, vinte e quatro anos, não conheceu o pai e perdeu a mãe aos doze anos. Relata ter iniciado o uso de maconha aos quinze anos por influência de amigos. Aos dezoito passou a usar crack e aos vinte anos foi internado pela primeira vez no CERCO, onde permaneceu por três anos. Teve então uma recaída e após três meses retornou à casa onde permanece há oito meses.

Alexandre, dezenove anos, criado por mãe solteira e padrasto dependente químico. Aos dezesseis anos iniciou o uso de maconha e cigarro, por influência dos amigos, aos dezoito anos conheceu o crack. Há um ano foi internado no CERCO onde permanece até a presente data.

Raul, vinte anos, proveniente de família classe média alta. Conta que aos doze anos iniciou o uso de drogas lícitas, aos quinze anos maconha e demais drogas, não chegando a usar crack. Em Julho de 2013 foi preso por tráfico de drogas, sendo encaminhado ao CERCO - por ordem judicial - há quatro meses.

Renato, vinte e nove anos, claramente um *adicto*, foi uma criança hiperativa e com dificuldades escolares. Com doze anos começou o uso de drogas lícitas aliado ao uso de maconha, dois anos mais tarde ocorreu sua primeira de cinco internações. Atualmente está no CERCO há quatro meses.

As entrevistas foram analisadas a partir da análise de conteúdo, verificando os temas emergentes que caracterizavam as entrevistas dos participantes.

3. RESULTADOS

Quanto à iniciação no uso de substâncias psicoativas, metade dos entrevistados afirmou ter sido influenciada pelo grupo social em que estava inserido, ao passo que a segunda metade relata que estava em busca da cessação de sua curiosidade em relação a essas substâncias. Quando interrogado acerca de sua iniciação Alexandre afirma:

“Comecei com as amigas, minha mãe avisava para não se envolver com os meninos, mais eu ia mesmo assim. Eu tinha 15 anos, e gostava de andar com eles, todos ficavam em um lugar jogando bola e fumando maconha, mais eu ainda não usava. Com 16 anos comecei a trabalhar, e comecei a fumar cigarro, me ofereceram maconha mais não aceitei no início, fizeram várias tentativas e eu sempre negando, até que um dia estava todos juntos, e um amigo passou o “baseado” para mim, insistiram muito, acabei “puxando”. Gostei muito da sensação, senti uma “onda muito boa”.”

Ao ser questionado sobre o mesmo assunto, Renato afirma:

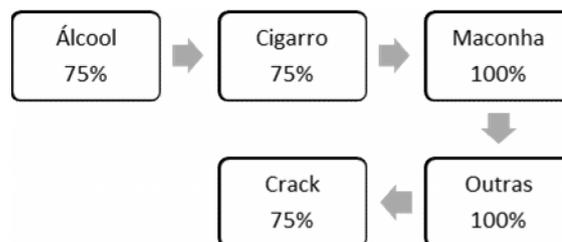
“Eu comecei na verdade pra esquecer dos problemas. (...) Eu fui causando problema né, porque eu sempre fui meio arteiro desde criança, não ia bem na escola, matava aula pra caçar com estilingue, ia pescar e esquecia da escola. E aí começou desde aí, acho que a droga foi só uma consequência. Consequência dos meus atos. Mas teve alguma coisa que te marcou antes de você começar a usar? Olha, eu não me lembro dessa coisa, eu acho que foram acumuladas, foram atos

meus incorretos que me levaram ao uso da substância.”

Raul relatou que começou com a curiosidade, pensava “vou ficar muito loco, fumando maconha”, todas as drogas que usou foi curiosidade, o que o fez continuar foi porque era algo bom.

As substâncias usadas por eles estão relatadas no quadro 1, bem como sua sequência de uso. 75% iniciaram com substâncias lícitas, seguindo com o uso de maconha e demais drogas, sendo que apenas um deles não fez uso de crack.

Quadro 1. Substâncias utilizadas pelos entrevistados e sequência de uso destas em porcentagem



Entre nossos entrevistados Raul relata sua sequência:

“Comecei com álcool, narguilé, cigarro, maconha com uns 15 anos. Demorei uns 6 meses comecei a usar o resto, você vai entrando no mundo.”

Renato também relata:

“Eu comecei fumando cigarro e bebendo cerveja, acho que eu tinha uns 13 anos, mas era bem tranquilo, depois eu experimentei Loló, Lança Perfume. E com 16 anos eu comecei a usar cocaína, LSD e ecstasy. O crack comecei a usar acho que eu tinha uns 18 anos.”

Alexandre descreve:

“Comecei fumando cigarro com 16 anos, depois fui pra maconha, cocaína e então para o crack com 18 anos.”

Agenor relata:

“Eu comecei na maconha, com 14 pra 15 anos. Com 18 anos passei a utilizar o crack.”

A continuidade do uso de entorpecentes, relatada por metade dos participantes, foi devido ao prazer proporcionado pelo efeito psicoativo. Como Raul relata:

“Quando você ‘tá’ usando, você ‘tá’ no ato, você não vai ‘tá’ pensando naquilo, se é algo ruim. O que ela te proporciona é o máximo. Você é o Super homem.”

Agenor afirma:

“A maconha foi bom, o crack também. Foi tudo bom na primeira vez, aí eu quis continuar. Foi sempre bom. Depois que eu usava, eu sempre estava muito bem.”

O restante buscava nas drogas uma tentativa de fuga da realidade e de conflitos familiares, como Renato descreve:

“Eu brigava em casa e ia fumar “um”, reprovava no ano saía, fumava e bebia. Brigava com o pai ou com a mãe e ia bebe e fuma, tipo assim, qualquer coisinha que eu não gostava eu colocava a droga no lugar pra substituir.”

Alexandre relata:

“Meu padrasto descobriu que eu estava usando drogas, neguei muito. Depois descobri que ele também fumava e cheirava. Comecei a trabalhar na serralheria com meu padrasto, ganhava mais dinheiro e comecei a usar cocaína. Minha mãe descobriu também que meu padrasto estava cheirando e se separou dele, fiquei morando com ele, porque eu gostava dele e minha mãe era muito brava, eu gosto dela,

mais ela não gosta de nada errado. Mas aí me desentendi com meu padrasto, muitas discussões, ele começou a desconfiar que eu estivesse roubando as drogas dele. Ai eu fui morar com minha mãe novamente.”

Todos relataram piora no relacionamento interfamiliar após o início da dependência química.

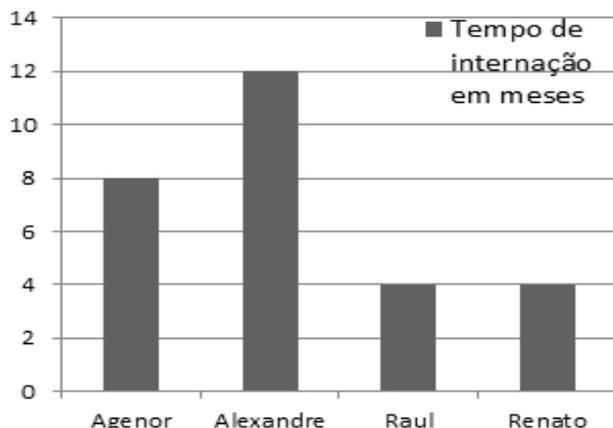


Figura 1. Representa, em meses, o tempo de internamento no CERCO, correspondente também ao tempo de abstinência

Dentre os participantes da pesquisa, Agenor e Renato já apresentaram episódios de recaída. Agenor afirma:

“No meu caso, eu acho que eu fui meu pecado. A bebida, a prostituição me levou a usar o crack, não só no meu caso, mas tem caso aqui no Oleiro (CERCO) de pessoas que está há 4 anos liberto e arruma uma pessoa que não é cristã e bebe, é atribulado, e isso influencia na vida da pessoa a usar drogas, tudo de novo.”

Renato relata:

“Estou com 29 anos, eu me internei a primeira vez com 18, quando eu fiquei 6 meses sem usar nada. Ai fiquei só uns dias na rua e comecei a usar. Mas como eu falei, nunca levei a sério o tratamento como estou levando agora, foi sempre mais pressão da família.”

Quando questionado sobre a necessidade de mudar o estilo de vida, para evitar novos episódios de recaída, Renato conclui:

“Com toda certeza, nunca mais festa “have”, boate. E preciso arrumar uma mulher controlada, que acredite em Deus, que me dê uma força. Tenho certeza que vou conseguir ter uma vida normal.”

Visto que o CERCO não adota tratamento farmacológico, a terapêutica é baseada na religiosidade. Todos afirmam a pré-existência de fé, que, segundo eles, foi fortalecida e renovada no período de internamento. Atribuindo a tal fato, também, a manutenção da abstinência.

4. DISCUSSÃO

Iniciação do uso de substâncias psicoativas

Quanto ao início do uso das substâncias psicoativas, metade relatou ter sido influenciado por amigos, o que é embasada por Schenker e Minayo, (2005)¹: “Envolver-se em um grupo social não saudável é um dos maiores preditores para o uso de drogas. Se esses amigos são usuários eles acabarão influenciando os outros”.

Além disso, Sanchez (2002)², conclui que “nessa fase inicial de consumo de álcool e cigarro, os amigos também tiveram um papel importante. O ambiente de trans-

gressão gerado em torno do uso dessas drogas, ainda que lícitas, era um apelo muito forte para o adolescente recusar a oferta do amigo.”

A outra metade relatou ter sido movido pela curiosidade, sendo esse comportamento também observado por Balone (2006)³, que concluiu que a personalidade drogaditiva não consegue suportar perdas e turbulências na vida, tendo a droga um papel imprescindível. A substância química tem capacidade de eliminar a ansiedade e a angústia, sendo um recurso defensivo e restitutivo, na medida em que constitui uma forma clínica de psicose na luta contra a desorganização mental.

Segundo Marlatt e Wirkiewitz (1993)⁴, a pressão da sociedade para o uso de drogas pode ser direta ou indireta. Sendo direta quando alguém oferece insistentemente algum tipo de droga e indireta quando há um modelo de alguém que usa drogas, ou ainda exposição a objetos e situações que funcionam como um gatilho para o uso.

Sequência de uso

O abuso de drogas tornou-se um grave problema de saúde pública, em todo o mundo. O número de drogas é muito alto, são diversos tipos de drogas, mas dentre as drogas o Álcool é a mais consumida, seguida pelo tabaco. O II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil constatou que o álcool é a substância lícita mais utilizada nas 108 maiores cidades do país. O tabaco aparece com prevalência de 44,0 %. Assim como mostram os dados mundiais, no Brasil, verifica-se que a droga ilícita de maior consumo e de maior acessibilidade é a maconha (8,8%), seguida pelos solventes (6,1%), benzodiazepínicos (5,6%), cocaína (2,9%) e crack (1,5%)⁵.

O conhecer da sequência de estágios de uso de drogas dentro de uma população, é uma ferramenta eficaz, não só para o entendimento desse fenômeno, mas, sobretudo, para uma intervenção com chances de sucesso. Segundo Zila van der Meer Sanchez e Solange Aparecida Nappo, (2002)⁶, com a análise da sequência de uso de drogas, dentro de uma determinada população, pode-se estabelecer programas de prevenção ideal.

Em concordância com nossa pesquisa Zila van der Meer Sanchez e Solange Aparecida Nappo, (2002)⁶, relataram em seu artigo que o cigarro, o álcool e, por fim, os inalantes foram as drogas mais citadas como as primeiras consumidas. A predominância de drogas lícitas nesse início somente foi quebrada pelo relato de um voluntário que apontou a maconha como a primeira droga, foi a primeira droga ilícita consumida citada por quase todos os componentes da amostra. Após a primeira droga ilícita consumida, há uma série de outras drogas citadas que foram usadas antes de seus usuários optarem pelo crack: álcool, cigarro, inalantes (cola, lança-perfume), medicamentos psicotrópicos (anfetaminas e anticoliné-

gicos), chás alucinógenos (lírio e cogumelo), maconha, cocaína, LSD e ecstasy. Porém, nem todas essas drogas fizeram parte da vida de todos os entrevistados e, quando o fizeram, nem sempre apareceram nessa ordem. Além disso, algumas dessas drogas tiveram um papel pouco expressivo, já que o envolvimento de alguns usuários com elas foi somente experimental. Nenhum deles, contudo, teve prosseguimento de uso após a experimentação.

Continuidade de uso

Estudos revelam que as práticas culturais familiares, por vezes, são estímulos para a experimentação e a continuidade do uso de drogas, pois a família, como geradora/produtora de cultura, transmite crenças e expectativas sobre os papéis sociais, o modo de vida de homens e mulheres, as relações interpessoais e também o uso de drogas⁷.

Estudo realizado com usuários de crack aponta que os vínculos familiares podem, por vezes, estimular o início e a continuidade do uso de drogas⁷. Caso esse que pode ter sido o ponto chave para a continuidade do uso para alguns entrevistados.

Já Heloisa Elena de Lima (2012)⁸, analisou que um dos aspectos que os usuários têm e levam eles a dar continuidade de uso são a consideração de uma percepção boa acerca do uso de maconha e outras drogas, sendo o possível benefício pelo qual eles dão essa continuidade a esse uso. Um de seus entrevistados disse o seguinte: “*Eu não uso droga, eu fumo maconha, para mim isto não é droga*” (Michel, 23 anos).

Relacionamento com a família

Desde que nascemos somos inseridos em um contexto social, que possui uma maneira de se organizar, pensar e agir a família, esta por sua vez está inserida em um contexto maior uma comunidade com regras, normas, leis, valores que podem se alterar e que influenciam diretamente as famílias em toda sua maneira de funcionar. A família tem um papel fundamental no processo de desenvolvimento de seus membros e os influencia tanto fisicamente, como emocionalmente e socialmente.

Segundo a Teoria Geral dos Sistemas, criada por Ludwingvon Bertalanffy, a família é considerada como um sistema social, onde seus membros se encontram ligados por um tipo de teia de relações, sendo assim cada família seria única e constituída de vários subsistemas, onde cada elemento desse subsistema desempenha funções de acordo com as normas criadas pela família, que esta faz parte de Supra- Sistema, que seria a comunidade na qual a família está inserida. Tendo isso em vista as famílias possuem sua própria maneira de funcionar e como cada um de seus membros estão interligados, comportamentos individuais, acabam influenciando a todos os membros⁹ (RIVERO,2013).

Schenker e Minayo (2003)¹, fazendo uma revisão teórica sobre a implicação da família no uso abusivo de drogas, colocam a família como tendo um papel importante na criação de condições relacionadas ao abuso de drogas, estas autoras citam Stanton & Shadish (1997), autores que chegaram a algumas conclusões relacionadas ao universo familiar, estas são: a) uma série de fatores familiares tem relação com o processo adictivo; b) o início do abuso de drogas e de *overdoses* pode ser precipitado pelo rompimento familiar, estresse e perdas; c) o modelo dos pais no que se refere ao uso de drogas e álcool é importante; d) o abuso de drogas pode auxiliar a manutenção da homeostase familiar ou pode servir como uma forma de mobilizar os pais do adicto para tratamento; e) outros membros da família podem "facilitar" comportamentos que perpetuem o abuso de substância por um dos seus membros.

Levando em conta a família como um sistema e as diversas configurações familiares que ocorrem atualmente, podemos perceber que a organização familiar dos membros participantes da pesquisa que de 4 entrevistados, apenas 1 das famílias se apresentavam baseadas no modelo clássico, a família nuclear tradicional constituída de pai, mãe e filhos, os outros entrevistados possuem pais separados. Sendo assim muitos conflitos podem surgir na criança e adolescentes decorrentes dessa falta de um dos membros, segundo o Ministério da Saúde de Portugal muitas dessas crianças com pais separados podem desenvolver sentimentos de abandono, insegurança, revolta ou agressividade, sendo assim é importante levar em conta como se estruturou os aspectos emocionais destes jovens que foram entrevistados em relação a suas famílias, pois muitas vezes, por não terem uma figura paterna ou materna presente, muito de suas inseguranças são deslocadas para o uso de drogas como uma maneira de preencher algum vazio que tenham por dentro, esquecer os problemas que a família possa ter ou estar passando e para que haja uma mudança significativa nessas estruturas e concepções familiares, se mostra necessário verificar as relações entre os membros e trabalhar no estabelecimento de uma nova forma de relação mais saudável entre todos os membros, não somente no usuário de algum tipo de droga.

Outro aspecto importante relacionado a família são as influências que os membros podem oferecer para o início do uso de substâncias, como álcool, cigarros e outras drogas, no caso dos entrevistados nota-se uma minoria se diz ter sido influenciado por familiares ao uso de substâncias, que suas principais influências foram os amigos.

Conforme colocam Schenker e Minayo (2003)¹ a adolescência é um período do ciclo vital em que a curiosidade de experiências novas e troca de influência do grupo de amigos se torna algo fundamental e dessa forma o uso de drogas se inclui como uma forma de socia-

lização e uma linguagem dos adolescentes.

Dessa forma a busca de identidade e aceitação dos adolescentes nos grupos sociais pode acabar influenciando a comportamentos inadequados, como no caso dos entrevistados podemos observar que a maioria acabou sendo influenciada por amigos próximos que faziam uso das substâncias e os ofereceram ou estavam em um momento de curiosidade e adquiriam as substâncias com amigos próximos já usuários. Outro aspecto importante são as relações estabelecidas pelos entrevistados com suas famílias e seus amigos já com o uso de substâncias, dessa forma há um afastamento de sua família consanguínea e uma aproximação dos amigos, que podemos acreditar ser por consequência da falta de limites, responsabilidade que neste grupo se apresenta que dá maior liberdade ao jovem de satisfazer seus desejos de uso de drogas.

Abstinência

Termo síndrome de abstinência é comumente utilizado para descrever um conjunto de sinais e sintomas que surgem de forma gradual ou abrupta quando um dependente de medicamentos, drogas lícitas ou ilícitas, tabagismo ou álcool é privado do consumo destas substâncias. É caracterizada por uma série de sintomas neurológicos centrais e periféricos, neuropsíquicos, autonômicos e metabólicos¹⁰.

Conforme Alexander *et al* (2011)¹¹, cada substância de abuso leva a sintomatologia própria durante a abstinência e, modo geral, os sintomas da crise de abstinência são opostos ao da intoxicação aguda pelo uso da mesma, sendo que os sintomas variam conforme o tempo de afastamento da substância e o grau de adição. A via de administração da droga, se é oral, inalatória, intravenosa também interfere no grau dos sintomas.

O tempo entre a descontinuação do uso da substância e o início dos sintomas da abstinência depende da capacidade de degradação da droga e do tempo de meia vida desta no organismo. Este período pode variar de alguns minutos até dias. Quando o indivíduo alcança determinados níveis de adição, seu organismo se torna capaz de degradar esta substância com mais eficiência, de modo que nestes indivíduos o tempo para o início dos sintomas da retirada da droga é menor¹². Para que ocorra a síndrome de abstinência é necessário que haja uma dependência química ou psíquica.

Os sintomas da abstinência se tornam mais dramáticos quando o consumo da droga a longo prazo gerou distúrbios associados como mal nutrição, dor crônica, infecções, provação do sono ou qualquer condição gerada como consequência secundária ao uso.

Recaída

O termo “recaída” originou-se num modelo médico, indicando que um indivíduo voltou à doença depois de

um período sem a mesma. Esse termo tem sido aplicado em vários contextos, desde abuso de drogas até outras doenças ou transtornos¹³ (Marlatt). Considera-se que houve uma recaída se a mesma ocorrer após o indivíduo ter ficado, pelo menos, dois meses sem usar a droga¹⁴.

A retomada do uso de substância depois de um período de abstinência é uma frustração; porém, é parte do processo de recuperação. Altas taxas de recaídas são encontradas para vários abusos de substâncias, incluindo opiáceos, cocaína, crack, álcool e tabaco. A maioria dos pacientes recai no primeiro ano de seguimento de tratamento.

Com base nos relatos é possível verificar que a recaída faz parte da recuperação, segundo Dejong¹⁵, enquanto muitas pessoas dependentes adquirem permanente estado de sobriedade, após vários tratamentos, muitos outros não atingem essa condição. A meta de abstinência permanente é atingida por menos da metade dos pacientes tratados. Álvarez (2007)¹⁴ e Soares (2009)¹⁶, afirmam que a recaída é um processo de transição onde pode ou não haver uma melhora. Faz parte de um processo de mudança muito importante para o indivíduo, pois ele aprende acerca da própria experiência e assim, pode recomeçar a abstinência.

De acordo com Kantorske *et al* (2005)¹⁷, há situações em que o indivíduo está com sua auto eficácia diminuída, proporcionando um risco para a recaída.

Além disso, o ser humano apresenta comportamento instintivo, que faz com que aja pelos meios com os quais está mais acostumado a fazê-lo. Nesse âmbito, o termo condicionamento clássico toma importante papel, uma vez que explica a relação entre a exposição da pessoa a determinada situação ou lugar que remete ao uso de substâncias químicas, podendo levar o paciente a recaída^{18,19}.

Religiosidade

O homem desde que sabemos de sua origem buscava formas de basear sua existência a alguma coisa, alguém, a um propósito, ou seja sempre buscamos atribuir nossa vida a algo maior do que nós mesmos, que cria sentido para vivermos e que nos dá forças para enfrentar dificuldades e superar obstáculos como coloca Frankl (1987)²⁰ que a busca por um sentido é a motivação primária na vida e não uma “racionalização secundária” de impulsos instintivos. Visando isso a religião para muitos tem um papel de grande importância na manutenção de comportamentos considerados inadequados em nossa sociedade, por atribuir valores, crenças sobre o que é certo ou errado de se fazer.

Segundo Sanchez e Nappo (2007)²¹, a religião vem sendo identificada como um fator protetor ao uso de drogas não só no Brasil como no exterior, as autoras apresentam estudos indicam que adolescentes ligados a religião são menos propensos ao uso de drogas, diferente

daquele que não possuem uma religião.

As autoras ainda citam que no Brasil não se possuem muitos estudos nesta área, porém recentemente um estudo publicado evidencia que a maior diferença entre os adolescentes usuários e os não-usuários de drogas, de classe social baixa, era a sua religiosidade e a da sua família, onde se observou que 81% dos não-usuários praticavam a religião professada por vontade própria e admiração, mas apenas 13% dos usuários faziam o mesmo e neste mesmo grupo, porém, a prática religiosa estava diretamente relacionada à busca da reabilitação diante do consumo de drogas, mas essa só começou após o início do consumo abusivo destas²² (Sanchez et al., 2004).

A religião como tratamento na reabilitação de jovens dependentes, demonstrar ter grande impacto sugerindo que o vínculo religioso facilitaria a recuperação e diminuiria os índices de recaída dos pacientes submetidos aos diversos tipos de tratamento²³ (Pullen et al., 1999).

Sanchez e Nappo (2008)²⁴ dizem que o maior consenso entre as religiões é a proposta de orações frequentes, principalmente nos momentos em que se deseja consumir as drogas, como foi possível observar em um dos discursos dos entrevistados, que relata que quando sente vontade começam a orar e a vontade passa. As autoras citam também que essas preces ou orações seriam um substituto da terapia farmacológica e que esta teria uma função ansiolítica semelhante a um fármaco.

As autoras observaram que esta forma de oração, prece serve para além de tranquilizar o usuário de drogas, por meio de um estado meditativo e de alteração da consciência, a oração também promove a fé, dividindo a responsabilidade do "tratamento" com Deus; ameniza o peso da luta solitária e permite Sua intervenção protetora frente aos "espíritos do mal" ou o "diabo". O que podemos relacionar ao fato de que todos os entrevistados atribuírem sua força para parar com o uso de drogas, com a ajuda de Deus, um auxílio dessa força maior que não os abandonaria.

5. CONCLUSÃO

Neste estudo constatamos que os internos foram influenciados pelo meio social para o início do uso de substâncias psicoativas, assim como tiveram prejuízo no relacionamento familiar por conta desse uso. Durante o período de internação não foram utilizadas medidas medicamentosas, metade deles tiveram recaídas durante do tratamento mas todos afirmaram que tiveram sua fé reavivadas durante o tratamento e que a fé é um importante fator para evitar recaídas.

A sequência do uso de entorpecentes seguiu a tendência brasileira onde se inicia com drogas lícitas e por meio destas se obtém substâncias ilícitas, começando pela maconha e progredindo para drogas com maior poder

aditivo como a cocaína e o crack. Na tentativa de se livrar de dependência todos os pacientes alegam terem sofrido crises de abstinência, e como o Centro de Recuperação Casa do Oleiro (CERCO) utiliza de meios religiosos para esse fim, o principal meio de impedir uma recaída é por meio de orações, sem o uso de qualquer medicamento.

REFERÊNCIAS

- [1] Schenker M, Minayo MCS. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2003; 8(1).
- [2] Sanchez ZVM, Oliveira LG, Nappo SA. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2004; 9(1):43-55.
- [3] Ballone GJ. Aspectos cerebrais da dependência Química. *Psiquweb*, 09 fev. 2005a. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=230&sec=34>>. Acesso em: 31 maio 2006.
- [4] Marlatt GA, Gordon JR. Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Artes Médicas Sul. Porto Alegre, 1993.
- [5] Almeida MMR, Scheffer M, Pasa GG. Dependência de Álcool, Cocaína e Crack e Transtornos Psiquiátricos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2010; 26(3):533-41.
- [6] Sanchez MDVZ, Nappo AS. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(4):420-30.
- [7] Seleglim MR, Oliveira FLM. Influência do ambiente familiar no consumo de crack em reusuários. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(3):263-68.
- [8] Lima EH. Gênero, Masculinidades, Juventudes e Uso de Drogas: Contribuições Teóricas para a Elaboração de Estratégias em Educação em Saúde. *Pesquisa e práticas psicossociais*. 2012; 7(2).
- [9] Rivero C. Introdução à Terapia Familiar Sistêmica. Núcleo de formação sistêmica. 2013.
- [10] Mullard A. Drugwithdrawalsendscriticalcarespecialistsbacktobasics. *The Lancet*. 2011; 378:1769.
- [11] Alexander GC, Sayla MA, Holmes HM, Sashes GA. Prioritizingandstoppingprescription medicines. *Canadian Medical AssociationJournal*. Toronto. 2011.
- [12] Bessant P, Chadwick D, Eaton B, Taylor J, Holland A, Johnson AL, Oldfield L, Reader NP, Gumpert EJW, Jacoby A, Cuckle H. Randomisedstudyofantiepilepticdrugwithdrawal in patients in remission. *The Lancet*, v. 1, Abr 1991.
- [13] Marlatt GA, Witkiewitz K. Problemas com Álcool e Drogas. In: Marlatt GA, Donovan DM. (orgs). *Prevenção da Recaída*, 15-50, s/ano.
- [14] Alvarez AMA. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. *J. Bras. Psiquiatr*. v.56, n.3, p.188-193. 2007.
- [15] Dejong W. Relapse prevention: an emerging technology for promotion long-term drug abstinence. *Int J Addict*. 1994; 29(60):681-705.
- [16] Soares JR. Prevenção da Recaída: Motivos do Alcoolista, Dissertação [Mestrado], Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro. 2009.
- [17] Kantorski LP, Lisboa LM, Souza J. Grupo de prevenção de recaídas de álcool e outras drogas. *SMAD*. 2005;1(1): 1-15.

- [18]Silva CJ, Serra AM. Terapias cognitiva e cognitivo-comportamental em dependência química. *Rev Brasileira de Psiquiatria*. 2004; 26(1):33-39.
- [19]Childress AR, Holea V, Ehrman RN, Robbins SJ, Mclel-Ian AT, O'brien CP. Cuereactivityandcuereactivityinterventions in drugdependence. Childress AR, Hole AV, Ehrman RN, Robbins SJ, Mclel-Ian AT, O'Brien CP. Cuereactivityandcuereactivityinterventions in drugdependence. In: Onkey LS, Blaine JD, Boren JJ, editors. *BehavioralTreatment for Drug Abuse andDependence*. Rockville, MD: NationalInstituteonDrug Abuse; 1993: 73-95.
- [20]Frankl VE. *Em Busca de Sentido: um Psicólogo no Campo de Concentração*. Editora Sinodial. 1997.
- [21]Sanchez ZM, Nappo SA. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2007; 34:73-81.
- [22]Sanchez ZVM, Oliveira LG, Nappo SA. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Cienc Saude Coletiva*. 2004; 9(1):43-55.
- [23]Pullen L, Modrcin-Talbott MA, West WR, Muenchen R. Spiritual high vs high on spirits: is religiosity related to adolescent alcohol and drug abuse?. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 1999; 6(1):3-8.
- [24]Sanchez ZVDM, Nappo SA. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Revista de Saúde Pública*. 2008; 42(2).



PRINCIPAIS CAUSAS EXTERNAS DOS IDOSOS ATENDIDOS NAS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

MAIN EXTERNAL CAUSES OF THE ELDERLY IN URGENCY AND EMERGENCY UNITS

JOSEANE DORNELES DA SILVA^{1*}, LUCIA ELAINE RANIERI CORTEZ²

1. Fonoaudióloga, discente do programa de mestrado em Promoção da Saúde do Unicesumar, 2. Docente do programa de mestrado em Promoção da Saúde do Unicesumar.

*Endereço: Gleba Paiçandú, Lote 80, Zona Rural. Cep: 87130-000. josensbv@yahoo.com.br

Recebido em 30/06/2015. Aceito para publicação em 10/07/2015

RESUMO

Objetivou-se identificar produções científicas que abordem as causas externas mais frequentes e suas consequências, no atendimento à idosos em serviços de urgência e emergência de algumas localidades do Brasil. Trata-se de um estudo descritivo, mediado por revisão integrativa nas bases de dados da Biblioteca Virtual e Saúde (BVS) as quais concentram e focalizam informações nacionais e internacionais registradas no *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, na *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*, na *MEDLINE*, e, *Science direct*, de 2004 a 2014. A amostra consistiu de treze artigos. Destes, foi possível verificar que as quedas constituem as causas externas relatadas com maior número de estudos e publicações, sendo registrada em 12 dos 13 artigos analisados. Entende-se que essa discussão permitirá a geração de hipóteses preliminares explicativas da situação encontrada, incentivando a ampliação da agenda de investigação sobre o tema.

PALAVRAS-CHAVE: Causas externas, idosos, medicina de emergência.

ABSTRACT

This study aimed at identifying scientific publication, that address the most common external causes and its consequences, in the care of the elderly in emergency departments and emergency some locations in Brazil. This is a descriptive study, mediated integrative review on the Virtual Library and Health databases (VHL) which concentrate and focus national and international information recorded in the Scientific Electronic Library Online (SciELO), the Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), MEDLINE, and Science Direct, from 2004 to 2014. The sample consisted of thirteen articles. Of these, we found that the falls are the external causes reported with the highest number of studies and publications, being recorded in 12 of the 13 articles analyzed. It is understood that this discussion will allow the generation of explanatory preliminary hypotheses of the situation

encountered by encouraging the expansion of the research agenda on the topic.

KEYWORDS: External causes, senior citizens, emergency medicine.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, com redução na capacidade de adaptação homeostática às situações de sobrecarga funcional, alterando progressivamente o organismo e tornando-o mais susceptível às agressões intrínsecas e extrínsecas¹.

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações ocorrem de forma radical e bastante acelerada. A velocidade do processo de transição demográfica e epidemiológica vivido pelo País nas últimas décadas traz uma série de questões cruciais para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde, com repercussões para a sociedade como um todo².

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), é considerada idosa, a pessoa com 60 anos ou mais, que representa, no Brasil, quase 16 milhões de pessoas. Quando comparados, os dados dos Censos Demográficos e Contagem Populacional de 1980 e 2010 é possível perceber um aumento no número total de idosos e na proporção destes sobre a população em geral no Brasil, sendo este, um aumento de 8.354.455 indivíduos idosos no país³.

Segundo a expectativa do IBGE (2008), no Brasil, a população com mais de 60 anos de idade será de aproximadamente 11% da população geral até o ano de 2020. O índice de envelhecimento mostra que para cada 100 indivíduos jovens, existe 35,4 acima de 60 anos⁴.

O processo de envelhecimento populacional tem sido verificado em associação ao aumento da ocorrência de

determinados grupos de agravos. Entre esses, as causas externas, caracterizadas por acidentes e violências, devem ser objeto de preocupação entre os profissionais da área da saúde⁵.

Entende-se por causas externas (CEs) um conjunto de eventos assim denominados na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), do ponto de vista da morbidade, abrangem as lesões provocadas pelas agressões, os traumas por acidentes de transporte, as quedas, envenenamentos e intoxicações, sufocações e os afogamentos acidentais⁶. As CEs representam a sexta causa de morte entre os idosos, perdendo para doenças respiratórias, endócrinas, digestivas, infecciosas e tumores⁷.

Os idosos, vítimas de trauma por CEs apresentam-se inicialmente de modo mais crítico, necessitando assim, dos serviços de urgência e emergência, consumindo mais recursos do que pacientes de qualquer outro grupo etário⁸. Por isso, a rede de urgência e emergência precisa estar preparada em termos de estrutura e assistência profissional, para atender de maneira rápida e eficaz, toda e qualquer ocorrência que esteja relacionada a acidentes por CEs em idosos⁹.

O aumento dos acidentes e da violência no Brasil tem repercutido na organização do sistema de saúde, em decorrência da elevação dos gastos com internações e tratamentos. A proporção de internações por causas externas aumentou progressivamente, de 5%, em 1998, para 6%, em 2005, assim como a proporção de gastos, que passou de 6% para 8%, constituindo um grande desafio para as políticas e serviços de saúde do país¹⁰. Do ponto de vista econômico, o custo por qualquer problema de saúde pode ser classificado em duas grandes categorias: custos diretos e indiretos. Os custos diretos dizem respeito aos custos médicos e não-médicos “relacionados ao diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da doença”, que estão diretamente ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Estudo revela que os custos indiretos referem-se à perda de produção e produtividade por parte do idoso doente, como geradora de agravos econômicos¹¹. Bem como, a possível saída de pelo menos um familiar cuidador da atividade econômica ativa¹².

Além de considerar importante discutir as consequências econômicas geradas pelos agravos a pessoa idosa, é necessário lembrar que a perda da capacidade funcional também pode interferir negativamente no processo de um envelhecimento ativo e saudável¹³.

Considerando a problemática destas questões, constatam-se a necessidade e importância de se realizar um estudo de revisão sistemática com objetivo de identificar produções científicas que abordem as causas externas mais frequentes e suas consequências, no atendimento à idosos em serviços de urgência e emergência de algumas localidades do Brasil.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A busca foi realizada na Biblioteca Virtual e Saúde (BVS) que concentra e focaliza informações nacionais e internacionais registradas no Scientific Electronic Library Online (SCIELO), no Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e no (MEDLINE), e por último, Sciencedirect. Foram utilizados descritores controlados, conforme a classificação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): idosos, causas externas e medicina de urgência, seus equivalentes em inglês (External causes; senior citizens; emergency medicine) e seus equivalentes em espanhol (Las causas externas; personas mayores; medicina de emergencia). Durante a busca, houve o cruzamento dessas palavras utilizando a conectiva E ou Ou.

Apenas artigos disponíveis em inglês, português e espanhol foram considerados para esta revisão. Além disso, foram utilizados alguns critérios de exclusão, como: artigos sem a apresentação do texto completo disponível, título ou resumo dos artigos sem constar pelo menos uma das palavras chave, e artigos de revisão bibliográfica.

Como critérios de inclusão, os artigos deveriam ser publicados no período de 2004 a 2014, a população do estudo deveria ser somente idosa (idade igual ou maior a 60 anos), e que relatassem detalhadamente dentro de seus resultados e discussão os tipos de causas externas mais atendidas pelos serviços de urgência e emergência de localidades do Brasil.

Foram identificados na pesquisa inicial, avaliando somente as palavras-chave, 102 artigos ao todo, divididos da seguinte forma: 72 artigos da base MEDLINE, 06 artigos da base LILACS, 01 artigo do SciELO e 10 artigos do sciencedirect. Conforme os critérios de inclusão e exclusão e análise do resumo, foram selecionados para o estudo 13 artigos, sendo 7 artigos do MEDLINE, 2 da LILACS, 2 da SciELO e 2 do Science direct.

3. RESULTADOS

Na Tabela 1 são apresentados dados descritivos de cada artigo para organizar as principais informações metodológicas apresentadas, composto pelos seguintes itens: autor (es) e ano, revista, população, local/região, metodologia, principal ocorrência registrada, e consequência da ocorrência.

Tabela 1: Quadro de distribuição das principais informações encontradas nos artigos selecionados.

Autor/ Ano	Revista	População	Local/ Região	Metodologia	Principal Ocorrência Registrada e consequência. (causas externas)
Marchese, V.S. et al, 2008	Rev Bras Epidemiol; 11(4): 648-59	153 idosos	Serviço de emergência de	Estudo transversal, com base em dados primários de	Quedas: 72,4% do total de casos atendi-

			Alta Floresta – MT	notificação de acidentes e violências, relativos aos atendimentos realizados no âmbito do serviço público de atenção a emergências do município de Alta Floresta – MT.	dos Consequência do trauma em maior escala: Fratura de membros inferiores.
Oliveira FMRL, et.al, 2013.	RevRene: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste;14(5):945-50.	180 idosos, 93 (51,7%) homens e 87 (48,3%) mulheres.	SAMU de João Pessoa-PB	Estudo documental, retrospectivo, desenvolvido pela revisão de 180 registros do banco de dados do SAMU.	Quedas: 74,4% do total de casos. Consequência do trauma em maior escala: Fratura de membros inferiores.
Pinto, et al, 2008.	Pesq Bras Odontoped Clin Integr, 8(2):159-164.	88 idosos, 44 (50%) homens e 44 (50%) mulheres.	Hospital Regional de Urgência e Emergência do município de Campina Grande/PB	Estudo observacional e retrospectivo, por meio da análise de 88 prontuários.	Quedas: 55,7% do total de casos. Consequência do trauma em maior escala: Fratura de membros inferiores.
Lima RS, Campos MLP, 2011.	Rev Esc Enferm USP, 45(3):659-64	108 idosos, 72 (66,7%) mulheres e 36 (33,3%) homens.	Unidade de Urgência e Emergência do Hospital Universitário de Campinas, interior de São Paulo.	Estudo quantitativo, descritivo e transversal, por meio de dados coletados de prontuários e fichas de atendimento.	Quedas: 80,2% do total de casos. Consequência do trauma em maior escala: escoriações de superfície externa.
Silva FS et al, 2008.	Com. Ciências Saúde, 19(3):207-214	495 idosos, 61% do sexo masculino e 39% do sexo feminino.	SIATE de Londrina-PR.	Estudo descritivo, do tipo transversal. À partir de bancos de dados, relatórios de ocorrência, relatórios de atendimento do socorrista e os relatórios de atendimento médico do SIATE.	Quedas: 45,5% do total de casos. Consequência do trauma em maior escala: lesões de cabeça e pescoço.
Gaweus-zewski VP, 2010.	Rev Assoc Med Bras, 56(2): 162-7	359 idosos, 142 (39,6%) homens e 217 (60,4%) mulheres.	Urgências hospitalares do Estado de São Paulo.	Foram analisadas 359 atendimentos realizados à idosos nas emergências hospitalares do estado de São Paulo.	Quedas: 60,7% do total de casos. Consequência do trauma em maior escala: Fratura de membros inferiores.
Barros MAA et al, 2013.	Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 21(esp.1): 569-74.	546 idosos, 264 (48,4%) homens e 282 (51,6%) mulheres.	SAMU de João Pessoa, Paraíba.	Estudo documental e retrospectivo de abordagem quantitativa. Dados coletados em 546 fichas de atendimento do SAMU do referido município, no período de janeiro a julho	Quedas: 65,2% do total de casos. Consequência do trauma em maior escala: Fratura de membros inferiores.
					de 2011.
Silva, APF; Silva, LLS, 2013	Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Fits, Maceió, v. 1 .n.2, p. 135-143.	120 idosos, 70 (58,33%) homens e 50 (41,67%) mulheres.	SAMU, Maceió – AL.	Estudo de corte transversal, de caráter retro e prospectivo, realizado com dados secundários dos registros de atendimento pré-hospitalar do SAMU da cidade de Maceió.	Quedas: 65,22% do total de casos. Consequência do trauma em maior escala: Fratura de membros inferiores.
Gomes LMX; Barbosa TLA; Caldeira AP, 2010.	Esc Anna Nery (impr.); 14 (4): 779-786.	População idosa atendida e registrada em um período de 10 anos.	Unidades de atendimento às urgências do estado de Minas Gerais.	Estudo descritivo, temporal baseado em dados secundários do (Data-sus). Informações relativas aos idosos residentes no estado de Minas Gerais no período de 10 anos.	Quedas: 36,6% do total de casos. Consequência do trauma em maior escala: Fratura de membros inferiores.
Maagh SB, Lange CL, Linck CL et al, 2013.	Rev enferm UFPE on line, Recife, 7(8): 5274-9.	504 idosos, 299 mulheres e 205 homens.	Pronto Socorro de Pelotas/RS/Brasil	Estudo quantitativo de abordagem descritiva, onde foram utilizados dados secundários coletados das fichas de atendimento (FA) do Pronto Socorro de Pelotas/RS/Brasil, no período de 2008 à 2009.	Quedas: 48,2% do total de casos. Consequência do trauma em maior escala: Fratura de membros inferiores.
Melo SCB, Leal SMC, Vargas MAO, 2011.	Rev Enfermagem em Foco, 2(4): 226-230.	402 idosos	Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre/RS.	Estudo do tipo transversal retrospectivo, com análise de prontuários.	Quedas: 52,50% do total de casos atendidos. Consequência do trauma em maior escala: Fratura de membros inferiores.
Correia, TMP; Leal, MCC; Marques, APO; Salgado, RAG; Melo, HMA, 2012.	Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, 15(3): 529-536.	79 idosos, (63%) homens e (37%) mulheres.	Serviço de emergência do Hospital da Restauração (HR), em Recife-PE.	Estudo epidemiológico, descritivo, quantitativo. A população constituiu-se da análise dos atendimentos médicos realizados na emergência do Hosp. da Restauração, entre 1º de jan e 31 de dez de 2007.	Violência/Agressão Física: 97,5% dos casos atendidos. Consequência do trauma em maior escala: fratura em membros superiores.

Antunes, AM; Welke, AS; Staudt, CM; Rosa, FCD; Leite, MT; 2006.	Revista Contexto & Saúde, Ijuí, v. 6, n. 11, Jul./Dez.	11 idosos	Porto Lucrena/RS.	Estudo de natureza quantitativa, descritiva, observacional, de corte transversal. Com auxílio de entrevistas feitas com os idosos	*Queda: 73% do total de casos atendidos. Consequência do trauma em maior escala: fratura de membros superiores.
---	--	-----------	-------------------	---	---

Queda: todo e qualquer tipo da mesma, como: queda da própria altura ou mesmo nível e queda de altura.

4. DISCUSSÃO

O aumento da ocorrência de determinados grupos de agravos, entre os quais as causas externas (os acidentes e as violências) têm se tornado objeto de preocupação entre os profissionais da área de saúde. No Brasil a população idosa costuma ser prioridade sobre a abordagem das causas externas devido ao predomínio de altos coeficientes e grande número de casos. Estudos têm sido desenvolvidos e apontam que os coeficientes de mortalidade pelas causas externas dos idosos são muito próximos aos da faixa etária de adolescentes e adultos jovens. Esse aumento da incidência de causas externas na terceira idade faz com que as unidades de emergência sejam as maiores protagonistas no atendimento a estes casos¹⁴.

Dentre as causas externas que mais acometem os idosos, o destaque está para as quedas, uma vez que, há um grande envelhecimento populacional. As consequências lesões causadas por esta razão são cada vez mais comuns nos idosos. O próprio avançar da idade faz com que os reflexos diminuam, muitas vezes associados às fraquezas musculares e ao envelhecimento osteoarticular. As doenças relacionadas à idade, tais como hipertensão, hipoglicemias, diabetes, labirintite, alterações neurológicas e outras condições patológicas também cooperam para a queda do idoso, que é o mais sério e frequente acidente doméstico que ocorre e a principal etiologia de morte acidental em pessoas acima de 65 anos¹⁵.

Através das informações contidas na Tabela 1, é possível perceber que as quedas constituem as causas externas relatadas com maior número de estudos e publicações, sendo registrada em 12 dos 13 artigos analisados. O estudo com maior ocorrência por queda foi realizado na Unidade de Urgência e Emergência de um Hospital Universitário em Campinas, interior de São Paulo, que demonstrou uma grande incidência de quedas em idosos, sendo esta detectada em um total de (80,2%) das ocorrências atendidas¹⁴.

No entanto, resultados menos expressivos, foram apresentados em estudo realizado nas unidades de atendimento às urgências do estado de Minas Gerais, em que as ocorrências por quedas foram relatadas em menor número percentual, sendo de (36,6 %).¹² E, apenas um estudo demonstrou resultados diferenciados quanto ao tipo de ocorrência, referindo casos de violência e agressão física contra idosos¹⁶.

O destaque em relação às quedas na maioria dos artigos analisados procede: trata-se de um grave problema tanto para a mortalidade como para a morbidade de pessoas idosas. Tem se tornado um problema de pesquisa nas mais variadas áreas do conhecimento, que passaram a analisar os fatores relacionados a este tema, como a Saúde Pública, a Clínica, a Enfermagem, a Otorrinolaringologia, a Fisioterapia, a Ortopedia e a Educação Física¹⁷.

Além dos problemas médicos, as quedas apresentam custo social, econômico e psicológico enormes, aumentando a dependência e a institucionalização. Estima-se que uma queda a cada três indivíduos com mais de 65 anos e, que um em vinte destes sofra uma fratura ou necessite de internação. Dentre os mais idosos, com 80 anos ou mais, (40%) caem a cada ano¹⁸.

A ocorrência das quedas não atinge somente os idosos, mas também sua família. O aumento da dependência do idoso após a queda pode ser um agravante. Entende-se que ocorrem mudanças devido aos altos custos gerados para toda a família, pois a mesma deverá realizar modificações na estrutura física do domicílio, para que o idoso possa ter melhor qualidade de vida, diminuindo assim os riscos.

Dados do Sistema de Informação Médica/Ministério da Saúde apontam que, entre os anos de 1979 e 1995, no Brasil, cerca de 54.730 pessoas morreram devido a quedas, sendo que (52%) delas eram idosos, e (39,8%) apresentando idade entre 80 anos e 89 anos. A participação das quedas na mortalidade proporcional por causas externas no Brasil, entre os anos de 1984 a 1994, cresceu de (3%) para (4,5%)¹⁹.

Em relação às consequências das quedas encontradas nos estudos selecionados, as mais citadas foram fraturas de membros inferiores^{2, 3,4,11,16,22,23,26 e 28}, sendo que as mais comuns ocorreram no fêmur e no quadril.

Em seguida, aparecem as fraturas de membro superior, sendo as mais comuns nos ossos do braço e antebraço^{6,17}, principalmente fraturas de rádio.

O estudo realizado na Unidade de Urgência e Emergência de um Hospital Universitário de Campinas, interior de São Paulo, relata como maior consequência das quedas as escoriações de superfície externa do corpo²⁰. E o estudo realizado no SIATE da cidade de Londrina – PR, que cita como maior consequência das quedas, as lesões de cabeça e pescoço²¹.

Como visto anteriormente, apenas um artigo, não apresentou maior número de ocorrências referentes às quedas, e sim, referindo-se a violência e agressão física. Porém, não é menos relevante, pois a porcentagem de ocorrências registradas neste estudo, realizado no serviço de emergência do Hospital da Restauração (HR), em Recife-PE, foi de (97,5%), o que chama bastante atenção para este tipo de causa externa em idosos.

Os maus tratos a idosos praticados na maioria das vezes pelos cuidadores, não representam um problema

novo. O abuso geralmente é praticado por pessoas nas quais os anciãos depositam confiança: familiares, vizinhos, funcionários de banco, médicos, advogados etc. O perfil do idoso que sofre violência é de uma pessoa habitualmente passiva, complacente, impotente, dependente e vulnerável. Essas características unidas à falta de opções fazem com que a vítima tenha dificuldade de escapar de uma situação abusiva²².

Em vista do preconceito cultural que ainda existe contra o idoso em nossa sociedade, torna-se difícil conhecer a violência contra os idosos. Para tal, faz-se necessário que os profissionais de saúde sejam capacitados na prevenção, identificação e tratamento de maus-tratos em idosos, uma vez que os serviços de saúde em geral, e mais particularmente os setores de emergência e os ambulatórios, constituem uma das principais portas de entrada das vítimas de maus-tratos²³.

A violência contra os idosos já foi vista como uma questão familiar, permanecendo encoberta até a metade do século XX. Porém hoje, representa um grande desafio para a sociedade em geral, e particularmente para o setor saúde.

Sabe-se ainda que são necessários mecanismos que incentivem cada vez mais as denúncias, instrumentos como Disque Idoso, Delegacias e Promotorias da Defesa da Pessoa Idosa e outros para incentivar as notificações oficiais de maus tratos e que ofereça apoio psicossocial aos idosos violentados. De modo a dar evidência a um fenômeno antigo que tem cada vez mais prejudicado a integridade biopsicossocial do idoso, incentivando a formulação de políticas públicas de prevenção a estes casos.

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que a busca realizada nas bases de dados possibilitou reconhecer que apesar do tema ser bastante importante e amplo, poucos estudos voltados para as causas externas em idosos têm sido realizados. Tanto é que de 102 artigos analisados, tiveram a possibilidade de serem incluídos na revisão somente 13 artigos.

Grande maioria das pesquisas analisadas para compor esta revisão foram desenvolvidas nas unidades de atendimento as Urgências do Norte e Nordeste do Brasil. E em menor incidência, pesquisas realizadas no Sul do Brasil. O que pode ser um alerta para a necessidade de realizar mais pesquisas dentro deste tema nas localidades da região sul do Brasil.

Foi interessante perceber que em grande parte dos estudos, o fator queda aparece nos artigos com maior frequência se comparado a outras causas externas que acometem os idosos. Porém, apesar de a violência e a agressão física aparecerem somente em um artigo, representa uma porcentagem muito significativa (97,5%) no estudo realizado em um Hospital de Recife-PE.

Levando em consideração os dados encontrados nos artigos analisados pretende-se que os frutos deste estudo não se restrinjam apenas a dados que ficarão registrados, mas que possam servir como ponto de partida para uma maior sensibilização do conjunto de profissionais da saúde comprometidos com a promoção da saúde do idoso.

REFERÊNCIAS

- [01] Matsudo SMM. Envelhecimento, atividade física e saúde. BIS, Bol. Inst. Saúde, 2009; 76-9.
- [02] Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública. 2009; 43:548-54.
- [03] IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílio: censo demográfico 1991 e 2000 e contagem populacional. Acesso em: 05 abr 2014.
- [04] IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus, 2008. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 05 abr 2014.
- [05] Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. Saúde Coletiva. 2007; 4.17 :135-40.
- [06] Souza AC. A violência contra os idosos. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P, organizadores. Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Educação a Distância (EAD) da Escola Nacional de Saúde Pública. 2009; p. 183-195.
- [07] Minayo MCS, De Souza ER, De Paul, DR. Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15.6:2719-28.
- [08] Freitas EV, Py L, Xavier FA, Caçado JD, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 2006; 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan.
- [09] Deslandes SF, Souza ERD. Atendimento pré-hospitalar ao idoso vítima de violência em cinco capitais brasileiras. Cien Saude Colet. 2010; 15.6: 2775-2786.
- [10] Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. Saúde Coletiva. 2007; 4.17 :135-40.
- [11] Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Silveira DS, Vieira V, Halla PC. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. Rev Saúde Pública. 2007; 41(5):749-56.
- [12] Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. Rev Bras Estud Popul. 2006; 23.1: 5-26.
- [13] Garcia MAA, Rodrigues MG, Dos Santo, BR. O envelhecimento e a saúde. Revista de Ciências Médicas. 2012; 11.3.
- [14] Lima RS, Campos MLP. Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45.3: 659-664.
- [15] Gazzola JM, Perracini MR, Ganança MM, Ganança FF. Fatores associados ao equilíbrio funcional em idosos com

- disfunção vestibular crônica. Rev Bras Otorrinolaringol. 2006; 72(5):683-690.
- [16] Gomes LMX, Barbosa TLA, Caldeira AP. Mortalidade por causas externas em idosos em Minas Gerais, Brasil. Esc Anna Nery. 2010; 14.4: 779-786.
- [17] Correia TMP, Leal MCC, Marques APDO, Salgado RAG, Melo HMDA. Profile of elderly in violence situation assisted at an emergency service in Recife-PE. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2011; 15.3: 529-536.
- [18] Maia BC, Viana OS, Arantes PMM, Alencar MA. Consequências das Quedas em Idosos Vivendo na Comunidade. Rev. Bras Geriatria e Gerontologia. 2011; Rio de Janeiro,14(2):381-393.
- [19] Souza ER. Análise diagnóstica de sistema locais de saúde para atender aos agravos provocados por acidentes e violências contra idosos. 2008; Rio de Janeiro: Claves/Ensp/ Fiocruz.
- [20] Menezes RL, Bachion MM. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas em idosos institucionalizados. Rev Ciência & Saúde Coletiva. 2008; 13(4):1209-1218.
- [21] Almeida Pinto TC, Maciel SML, Xavier AFC, Pinto AKA Cavalcanti AL. Morbidade por causas externas em idosos e sua relação com lesões maxilofaciais. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada. 2008; 8.2: 159-16.
- [22] Bastos Maagh S, Lange Lange C, De Leon Linck C, Petrucci Gigante D, Mirapalheta Pereira P, De Castro; Muniz D, Quadros, L. Causas externas envolvendo idosos atendidos em um pronto socorro. Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE. 2013; 7.8.
- [23] Barros MAA, De Oliveira DST, De Carvalho MAPm De Melo Fernandes MD, Costa KNDFM, Dos Santos KFO. Características dos agravos e da assistência prestada aos idosos em um serviço pré-hospitalar móvel [Characteristics of disorders among older adults and the care provided by a mobile pre-hospital service]. Revista Enfermagem UERJ. 2014; 21.5: 569-574.



UM ESTUDO SOBRE OS BENEFÍCIOS DA TÉCNICA PEC'S PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESSOA AUTISTA

A STUDY ON TECHNICAL BENEFITS PEC'S DEVELOPMENT OF AUTISTIC PEOPLE

RAINARA REGIANE MARQUES^{1*}, CAROLINE ANDREA POTTKER²

1. Discente do curso de graduação em Psicologia da FACULDADE INGÁ; 2. Professora Mestre do Curso de Psicologia da FACULDADE INGÁ

Rua Xuí, nº 53, Vila Operária, Cianorte, Paraná, Brasil. CEP: 87209-190. nara_marques1992@hotmail.com

Recebido em 17/08/2015. Aceito para publicação em 20/08/2015

RESUMO

O presente artigo faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia da Faculdade Ingá e tem como objetivo investigar quais os principais benefícios que o PEC's pode trazer para o desenvolvimento e melhor qualidade de vida das crianças autistas. Para tanto, foram realizadas pesquisas em bancos de dados e indexadores, como o Portal da Capes, o Scielo e o PePsic, sendo utilizados neste estudo 4 artigos e 3 dissertações, publicadas entre os anos de 2000 e 2014, sobre o tema em questão. O autismo é um transtorno global do desenvolvimento (TGD), que é caracterizado por um quadro clínico em que há comprometimento na capacidade da interação e comunicação da pessoa/portador, que apresenta ainda movimentos repetitivos e estereotipados. O PEC's é um manual de treinamento de Comunicação alternativa criado para indivíduos com dificuldades na comunicação. Essa técnica é muito eficiente não apenas para as crianças autistas, mas também para adolescentes, jovens e adultos, bem como contribui para o desenvolvimento de pessoas com a Síndrome de Down e a Síndrome do X-frágil. Os resultados das pesquisas apontam vários benefícios trazidos aos autistas, tais como: desenvolvimento da comunicação, diminuição de comportamentos socialmente inadequados e interação social.

PALAVRAS-CHAVE: Autismo, benefícios, PEC's.

ABSTRACT

This article is part of the Psychology Course Completion Work of Inga Faculty and aims to investigate what are the main benefits that the PEC's can bring to the development and better quality of life for autistic children. Therefore, we carried out research in databases and indexes, such as the Portal Capes, Scielo and PEPSIC, being used in this study articles 4 and 3 dissertations between 2000 and 2014 on the subject in question. Autism is a pervasive developmental disorder (PDD), which is characterized by a clinical picture in which there is impairment in the ability of interaction and communication of the person / carrier, besides presenting repetitive and stereotyped move-

ments. The PEC's is an alternative communication training manual created for individuals with difficulties in communication. This technique is very effective not only for autistic children but also for teenagers and young adults as well as to contribute in the development of people Down syndrome and fragile X syndrome. Research results point to several benefits brought to autism such as: communication development, decrease of socially inappropriate behavior and social interaction

KEYWORDS: Autism, benefits, PEC 's.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, o autismo é considerado um distúrbio com um amplo espectro de manifestações e, embora existam muitas pesquisas nessa área, ainda há pouca aceitação social com relação a esse distúrbio. Segundo Brandão & Mori (2012)¹, ainda é comum as pessoas terem certo receio em acolher e estar com pessoas que possuem comprometimentos como os que são encontrados no autismo. Nesse distúrbio há comprometimento na interação social, na comunicação e os portadores apresentam movimentos repetidos e estereotipados.

Por isso, é importante que sejam criadas alternativas que facilitem o desenvolvimento intelectual e, com isso, a inclusão dos autistas. Assim, o que motivou essa pesquisa foi investigar os principais benefícios do programa PEC's (Sistema de Comunicação por Figuras/ Picture Exchange Communication System) para o desenvolvimento da pessoa autista.

Assim, alguns instrumentos foram criados para facilitar o diagnóstico do autismo e, com isso, criar algumas intervenções psicoeducacionais². Algumas dessas intervenções são: o PEC's, o TEACCH e o ABA, programas que, por meio de sistemas de figuras e atividades simples, promovem o desenvolvimento e interação dos autistas. Isso se dá porque tais atividades fazem com que o autista e os pais participem ativamente e possam compartilhar

suas experiências uns com os outros.

Este estudo foca-se no PEC's, que de acordo com Aiello & Mizael (2013, p. 624)³ é “um sistema de comunicação que ressalta a relação interpessoal, em que ocorre um ato comunicativo entre o indivíduo com dificuldades de fala e um adulto, por meio de trocas de figuras”. Essa técnica é baseada na teoria da análise do comportamento e que considera extremamente importante que sejam realizados acordos entre os alunos autistas e os professores/psicólogos para que ocorra motivação, reforço e aprendizagem⁴.

Além disso, essas intervenções permitem ao autista aprender a importância de ter alguém que possa auxiliá-lo e também em que ele possa confiar. O autista aprende a pronunciar palavras, significado de imagens e, o que é mais importante, que possui capacidade para alcançar seus objetivos².

Portanto, nessa pesquisa serão investigados quais os principais benefícios que o PEC's pode trazer para o desenvolvimento e melhor qualidade de vida das crianças autistas, analisando, por meio de uma revisão bibliográfica, quais são os benefícios da utilização dos PEC's para o desenvolvimento da pessoa autista.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica, que segundo Junior (2009)⁵ “é o tipo de pesquisa na qual o pesquisador busca em fontes impressas ou eletrônicas (CD e/ou internet), ou na literatura cinza as informações que necessita para desenvolver uma determinada teoria”. Uma revisão bibliográfica consiste no levantamento de informações relacionadas ao tema.

De acordo com Gil (2007)⁶, este tipo de pesquisa se utiliza de materiais já elaborados, como livros e artigos científicos, tendo como principal vantagem a possibilidade da ampla cobertura de fenômenos, valendo-se de materiais de diversos autores sobre determinado assunto. Para o embasamento teórico desta pesquisa, foram utilizados autores que descreveram o autismo e suas características, além da técnica PEC's e seus principais benefícios para o desenvolvimento da pessoa autista. Entre eles estão: Santos & Sousa (2005)²; Bosa (2006)⁷; Calanzas (2007)⁸; Gomes (2009)⁹; e Cantieri (2014)¹⁰.

Para tanto, foram realizadas pesquisas em bancos de dados e indexadores nacionais, como o Portal da Capes, o Scielo e o PePsic, utilizando-se das seguintes palavras-chaves: autismo, benefícios, PEC's. Todavia, foram analisados livros, bases de dados *on-line* e revistas científicas *on-line*. Com esta pesquisa, foram encontrados 8 artigos e 3 dissertações, publicados entre os anos de 2000 e 2014, dos quais foram lidos e selecionados apenas 4 artigos e 3 dissertações, por serem condizentes com o objetivo deste estudo.

3. DESENVOLVIMENTO

Atualmente, muito tem se falado sobre os transtornos globais do desenvolvimento (TGD) e com mais frequência temos encontrado pessoas com algum tipo desses transtornos. Estima-se que a “incidência seja de um indivíduo afetado em cada 100 pessoas, aumento significativo em relação às taxas observadas há algumas décadas”¹⁰.

O autismo é um transtorno global do desenvolvimento (TGD), que é caracterizado por um quadro clínico em que há comprometimento na capacidade da interação e comunicação da pessoa/portador, que apresenta ainda movimentos repetitivos e estereotipados. Dessa forma, o autista possui dificuldade em comunicar-se, em desenvolver amizades e, sempre que está brincando, procura manter uma sequência específica em suas atividades⁹. Além disso, essas “características estão presentes antes dos três anos de idade, e atingem 0.6% da população, sendo quatro vezes mais comuns em meninos do que em meninas”¹¹.

Segundo Bosa & Callias (2000, p. 01)¹², “a primeira descrição dessa síndrome foi apresentada por Leo Kanner, em 1943, com base em 11 casos de crianças que ele acompanhava e que possuíam algumas características em comum”.

Segundo o DSM-IV (2002, p.103)¹³, o autismo é caracterizado por:

Comprometimento acentuado no uso de múltiplos comportamentos não verbais, tais como contato visual direto, expressão facial, postura corporal e gestos para regular a interação social; fracasso em desenvolver relacionamento com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento; ausência de tentativas espontâneas de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas; ausência de reciprocidade social ou emocional.

As características e sintomas do autismo variam de criança para criança, porém é possível identificar alguns sintomas por volta dos 18 meses após o nascimento. Santos & Sousa (2005, p. 20)² afirmam que: “o bebê autista normalmente não olha para a mãe, seu olhar é distante, perdido, não se aninha no colo, mostra-se muito flácido ou muito rígido”. Na maioria das vezes, os pais são inexperientes e não conseguem reconhecer os comprometimentos sociais da criança. Conforme destaca Gomes (2009, p. 192)⁹:

No segundo ano de vida, a habilidade para compartilhar a curiosidade e interesse sobre o mundo ao redor é particularmente marcante em crianças com desenvolvimento típico. Esta habilidade é expressa

através da atividade gestual, da qualidade do olhar e da expressão emocional, de forma integrada. É nessa fase que os pais começam a suspeitar de que algo não vai bem.

Dessa forma, é possível entender que, no autismo, a criança não consegue compartilhar suas experiências espontaneamente, tal qual fazem as outras crianças, ditas “normais”, que agem como se elas soubessem que os adultos também querem compartilhar suas atividades e experiências. Nas palavras de Gomes (2009, p. 193)⁹, “é como se a criança autista não tivesse intuição”. Assim, elas acabam direcionando o adulto para seus interesses e atividades estereotipadas, que não adicionam nenhuma experiência nova.

O autista apresenta a famosa tríade somática de comprometimento e, por isso, sua inclusão escolar muitas vezes pode trazer menos benefícios do que é esperado pelos pais, pois muitos professores não são capacitados para o processo de ensino do autista; não possuem paciência para ensinar alunos com deficiência ou algum tipo de transtorno. Além disso, os prejuízos cognitivos e de comportamento do autista interferem em sua adaptação escolar, pois o próprio aluno não se sente à vontade na escola, já que não interage com o outro e que muito do que é normal para os outros alunos o incomoda.

Intervenções psicoeducacionais

Segundo Bosa (2006)⁷, geralmente após o diagnóstico de autismo ser confirmado e verificado o seu grau de severidade inicia-se o tratamento, com o qual podem ser amenizadas as dificuldades do autista. Algumas abordagens psicoeducacionais são importantes para a aprendizagem e desenvolvimento do autista, pois contribuem para o desenvolvimento da interação social e comunicação, aprimorar a autonomia em resolver algum problema e também contribuem no entendimento da família sobre esse transtorno. São elas: PEC's (Sistema de Comunicação por Figuras), TEACCH (Tratamento e Educação para criança Autista e com Deficiência de comunicação), e a ABA (Análise de comportamento aplicada); no entanto, estudaremos somente o PEC's.

"O PEC's é um manual de treinamento de Comunicação alternativa criado para indivíduos com dificuldades na comunicação"¹⁴. Criado em 1985, esse sistema de troca de figuras foi desenvolvido para ser utilizado com crianças em fase pré-escolar. Contudo, gradativamente passou a ser utilizados com crianças mais velhas, adolescentes e adultos portadores de autismo e/ou outros transtornos relacionados à comunicação e interação social. Além disso, o protocolo de treinamento PEC's:

vai estreitamente paralelo ao desenvolvimento normal da linguagem, no sentido que, primeiro

ensina à criança “como se comunicar” ou quais são as regras básicas de comunicação. Em seguida, as crianças aprendem a comunicar mensagens específicas⁴ (p. 47).

Esse instrumento é composto por cinco fases, em sua versão adaptada. São elas: 01) Aprendendo a fazer a troca: na qual o autista aprende a trocar uma única figura por alguma atividade; 02) Aumentando a espontaneidade: o autista aprende a usar essa habilidade em diferentes lugares e pessoas; 03) Discriminação de figuras: o autista aprende a escolher entre duas ou mais figuras; 04) Estruturando sentenças: o autista aprende a construir frases simples; e 05) Ampliando o vocabulário: em que o autista aprende a responder algumas questões relacionadas ao seu desejo, por exemplo: “O que você quer?”.

Segundo Bosa (2006, p. 48):

O PECs (Picture Exchange communication system) é um exemplo de como uma criança pode exercer um papel ativo, utilizado velcro ou adesivos para indicar o início, alteração ou final das atividades. Este sistema facilita tanto a comunicação quanto a compreensão, quando se estabelece a associação entre a atividade/símbolos.

Além disso, o PEC's (Picture Exchange communication system) é um sistema de figuras relativamente simples, que inclusive os pais podem ter em casa, cujo objetivo é fazer com que as crianças autistas desenvolvam certo grau de interação social. Composto por figuras de situações do cotidiano e, de preferência, que sejam agradáveis à criança, esse sistema faz com que ela aprenda novos conceitos. Quando a criança faz associações da imagem com determinada palavra ou frase, ela tem que levar tal imagem ao psicólogo ou aos pais. Dessa forma, a criança passa, ela mesma, a iniciar uma interação como o outro².

Os mesmos autores afirmam que “através dos PECs as crianças mais novas podem aprender a importância de ter outra pessoa que os auxilie e podem aprender a confiar no outro”². Isso ocorre porque durante esse processo de aprendizagem, além da criança ter que interagir com o psicólogo e/ou terapeuta, ela consegue aquilo que deseja; ou seja, a criança autista consegue pronunciar aquilo que está nas imagens e aprender seu significado, sabe que pode fazer aquilo. Assim, Aiello & Mizael (2013) considera que o PEC's ressalta a relação interpessoal no tratamento do autista ou do portador de outro transtorno de comunicação.

Segundo Britto *et al.* (2011)¹⁹, o PEC's pode ser utilizado em outros transtornos de comunicação além do autismo e pode utilizar objetos como fotos, miniaturas, entre outros.

O PEC's baseia-se na Abordagem Educacional e Pi-

râmide. Essa abordagem utiliza as práticas e princípios da Análise do Comportamento e seu foco está no desenvolvimento de habilidades de comunicação funcional, proporcionando situações reforçadoras que facilitam a aprendizagem e melhor desenvolvimento na comunicação do autista. Essa abordagem também possibilita e encoraja a criatividade de quem aplica as atividades do⁴.

Além disso, a base dessa abordagem piramidal está na Análise do Comportamento, na aprendizagem, considerando que o comportamento está relacionado a fatores ambientais. De acordo com Guilhardi (2004, p. 11)¹⁶:

O instrumento de que o homem dispõe para alterar o próprio mundo e a si mesmo, produzindo ou reorganizando contingências de reforçamento, é o seu próprio comportamento operante. O instrumento que o terapeuta tem para alterar os comportamentos do cliente é o seu próprio comportamento. Comportamento é, portanto, nosso instrumento de poder. Poder para transformar; poder para se transformar.

O terapeuta comportamental não se interessa somente pelos comportamentos das pessoas, mas também pelos sentimentos; ele se preocupa com o que as pessoas fazem e como que elas sentem. Assim, o objetivo do PEC's é ensinar competências, para que os alunos autistas, ou portadores de outras necessidades especiais, possam sair da escola e arrumar um bom trabalho, para que tenham melhores condições e possam até mesmo chegar a morar fora da casa de seus pais⁴.

Segundo Bondy & Frost (2009)⁴, outro elemento de fundamental importância na base da pirâmide é o sistema de reforço, um dos grandes e importantes conceitos da Teoria Comportamental. Segundo Skinner (2003)¹⁷, o comportamento das pessoas pode ser influenciado e controlado através do reforço (recompensa) dos comportamentos desejados e ignorando as ações não desejadas. Assim, o PEC's é um sistema de comunicação que considera extremamente importante que sejam realizados acordos entre os alunos autistas e os professores/psicólogos, pois aprender implica em mudar comportamentos e os alunos precisam ser motivados, reforçados a aprenderem algo novo.

Além disso, o PEC's considera necessárias a prevenção e a redução de comportamentos inadequados. Se o autista emite, por exemplo, um comportamento de bater a cabeça porque está chovendo e ele não pode sair, ou porque não pode brincar com determinado brinquedo em determinado momento – ou qualquer situação relacionada a algo que ele não quer ou não pode fazer –, ele precisa ser orientado sobre isso. Dessa forma, alguns desses comportamentos inadequados podem ser reduzidos.

Neste tópico, serão apresentadas algumas pesquisas

que foram realizadas com a técnica PEC's no tratamento de algumas pessoas com autismo. Nestas pesquisas foram identificados os principais benefícios que o PEC's pode trazer para o desenvolvimento e melhor qualidade de vida das crianças autistas, como pode ser observado na tabela abaixo:

Tabela 1. Resultados da pesquisa bibliográfica

Ano do estudo	2000	2006	2008	2011	2012	2014
Autor	Walter	Godoi	Gioia <i>et al</i>	Britto <i>et al</i> ; Gonçalves	Almeida & Moreschi	Togashi
Idade do participante	Entre 5 e 8 anos	10 anos	11 e 23 anos	20 anos; 7 anos	14 anos	12 anos
Autismo com comorbidade	-	Síndrome do X-frágil	Síndrome do X-frágil; Síndrome de Down	-	Deficiência Intelectual	-
Artigo ou Dissertação	D	A	A	A/D	A	D

No estudo de Walter (2000)¹⁸, realizado com quatro meninos autistas entre 5 e 8 anos, pode-se constatar alguns benefícios na utilização dos PEC's. Primeiramente, o autor afirma que todos os participantes, em grau diferente, adquiriram vocabulário expressivo de algumas palavras, sons e figura. Além disso, compreenderam que poderiam solicitar e obter seus desejos mais rapidamente, ao mesmo tempo em que eram lembrados que, apesar de poderem apresentar qualquer dificuldade em aprender algo novo, poderiam contar com uma pessoa amiga, com quem poderiam estabelecer um diálogo. Frente a esse estudo, Santos & Sousa (2005)² acreditam que o autista aprende a pronunciar palavras, significado de imagens e, o que é mais importante, nota que possui capacidade para alcançar seus objetivos. Além disso, os autores garantem que essas intervenções permitem ao autista aprender a importância de ter alguém que possa auxiliá-lo e também em que ele possa confiar.

O estudo citado acima ainda destaca dois grandes benefícios para as crianças autistas. Quanto à comunicação, começaram a conseguir pronunciar palavras que retratavam seus interesses e necessidades. Também desenvolveram um vínculo de confiança com outra pessoa, o que pode ajudá-los a aprender. Isso demonstra sua capacidade de desenvolver e aumentar o seu convívio social através do diálogo. Vale ressaltar, que o maior sintoma desta síndrome é o comprometimento na capacidade da interação social e comunicação interpessoal.

Togashi (2014)¹⁹ realizou uma pesquisa com um menino autista de 12 anos, também a partir do uso do método PEC's. Os benefícios encontrados pelo autor ao utilizar esse instrumento foram: o aluno aprendeu a estruturar frases simples, como "Quero o lanche", e passou a utilizar cada vez mais as figuras para realizar sua comunicação e interação com o outro. Assim, esses benefícios vêm ao encontro dos que foram propostos por Santos & Souza (2005)² ao afirmarem que o fato de esse sistema ser composto de figuras de situações do cotidiano, e agradáveis à criança, faz com que ela aprenda novos conceitos, associações com imagem e troca de figuras. A criança passa a levar ao outro aquilo que ela necessita.

Por meio dessa pesquisa, percebe-se que a comunicação através de figura também pode ocorrer, embora o desenvolvimento da linguagem oral seja mais evidente e eficaz em alguns casos. No entanto, pode haver a possibilidade da criança formar frases de ambas as formas, e também facilitar sua interação com o outro.

Dando continuidade à apresentação das pesquisas, Britto *et al.* (2011)²⁰ destacam em seu estudo realizado com um homem autista, de vinte anos, que o benefício trazido pelo emprego da técnica PEC's foi o desenvolvimento de habilidades como o reconhecimento e interação com o outro. Ou seja, melhorou o relacionamento interpessoal; funções comunicativas (pedir, perguntar algo) e também o comportamento (o paciente passa a interagir, a ser espontâneo). Sobre isso, Aiello & Mizael (2013)³ confirmam que o PEC's realmente é capaz de ressaltar o relacionamento interpessoal no tratamento do autista. Nessa idade em que está o autista do estudo de Britto *et al.* (2011)²⁰, geralmente o indivíduo já está inserido no mercado de trabalho. A partir desses dados podemos afirmar que o PEC's contribui para a socialização do sujeito adulto, já que o próprio trabalho, independentemente da função que se exerça, exige certa interação com o outro, havendo assim o desenvolvimento social do autista.

Nos estudos de Walter (2000)¹⁸, Togashi (2014)¹⁹ e Brito *et al.* (2011)²⁰, realizados com autistas de diferentes idades, os resultados apresentados confirmam os benefícios do PEC's mencionados por Bondy & Frost (2009)⁴ ao salientarem que essa técnica ensina à criança "como se comunicar" ou quais são as regras básicas de comunicação; como também pode ser utilizada com crianças mais velhas, adolescentes e adultos.

Gonçalves (2011)²¹ realizou um estudo com dois alunos autistas, ambos com 7 anos de idade. Utilizou o programa PEC's também e teve resultados semelhantes nos dois casos. O Aluno A₁ passou a apresentar menos comportamentos disruptivos¹ em que manifestava "bir-

ras", choro e autoagressão; o mesmo passou a referir-se a si próprio na primeira pessoa do singular (eu); e também aprendeu a formular pequenas frases. Já o aluno A₂ demonstrou um comportamento mais estável; diminuiu comportamentos agressivos; demonstrou compreender mais instruções verbais. Assim, em ambos os casos houve desenvolvimento de competências e melhora de comportamentos. Dessa forma, Bosa (2006)⁷ afirma que esses benefícios do PEC's facilitam tanto a comunicação quanto a compreensão dos autistas.

No estudo de Gonçalves (2011)²¹, embora os alunos tivessem a mesma idade e o mesmo diagnóstico, percebemos que os comportamentos mais frequentes dos dois alunos eram diferentes. No entanto, com o PEC's foi possível aprimorar as habilidades de ambos e diminuir os comportamentos inadequados, o que nos mostra que essa técnica realmente é eficaz para esses casos de Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD). Estas habilidades e competências desenvolvidas propiciam uma inclusão da pessoa com autismo na sociedade e na escola, tendo em vista que comportamentos agressivos não são bem aceitos socialmente. A escola é um dos melhores lugares para o desenvolvimento infantil, pois proporciona a convivência com outras crianças, além do professor cumprir um papel essencial ao facilitar e motivar a aquisição de diferentes habilidades na criança²². Assim, se a criança autista apresenta comportamentos mais bem aceitos, sua inclusão terá menos dificuldades.

Segundo Almeida & Moreschi (2012)¹⁴, sua pesquisa relacionada ao uso do PEC's foi com uma menina de 14 anos diagnosticada com autismo e deficiência intelectual. Os autores apresentam nos resultados como benefícios dessa técnica o desenvolvimento e aprimoramento de habilidades linguísticas e orais. Além disso, também consideram que por meio dessa técnica podem ser desenvolvidas habilidades acadêmicas (exemplo: leitura).

Embora o PEC's seja uma técnica relativamente simples e de fácil utilização, pode-se constatar que sua aplicabilidade proporciona benefícios para vários tipos de transtornos relacionados à comunicação e, assim, contribui para o desenvolvimento da espontaneidade e interação de diversas pessoas com necessidades especiais. Além disso, promovendo o desenvolvimento acadêmico, pode facilitar ainda mais a inclusão dessas pessoas na escola.

O estudo de Gioia *et al.* (2008)²³ foi realizado com dois pacientes autistas, sendo um de 11 anos e com comorbidade de Síndrome de X-frágil e o outro de 23 anos, com comorbidade de Síndrome de Down. A Síndrome do X-frágil é um retardo mental herdado geneticamente, com maior incidência em meninos. Suas características gerais são: "Movimentos estereotipados, como movimentos curtos e rápidos das mãos [...] dificuldades de fala, linguagem e alterações faciais; além de orelhas grandes, face comprida e boca entreaberta"²⁵.

1. Comportamentos disruptivos: considerados como a famosa "birra", esses comportamentos são uma forma de liberação de impulsos agressivos da criança (NUNES, 2015)²⁴.

Já a Síndrome de Down é uma condição genética que constitui uma das causas mais frequentes de deficiência mental, compreendendo cerca de 18% do total de deficientes mentais em instituições especializadas e é causada pela presença de um cromossomo extra no par 21²⁵. Foram realizadas as cinco fases do PEC's somado a um procedimento de reforço diferencial, "onde as verbalizações e respostas de interação social consideradas adequadas (manter contato visual e iniciar um diálogo) eram reforçadas positivamente e as respostas inadequadas não eram reforçadas"²³.

Diante disso, nesse estudo, os autores consideram o PEC's uma técnica eficaz na evolução da frequência de respostas verbais de ambos os participantes da pesquisa, além de influir no desenvolvimento de comportamentos adequados, ou seja, comportamentos exigidos socialmente, como sentar-se e comer de forma correta. Os resultados dessa pesquisa reafirmam a eficácia dessa técnica ao ser utilizada tanto com crianças como com adultos portadores de autismo e/ou outros transtornos relacionados à comunicação e à interação social, conforme afirmam Bondy & Frost (2009)⁴.

Dessa forma, considerando que, além do autista, o portador da deficiência intelectual e o portador da Síndrome do X-frágil apresentam comportamentos considerados inadequados socialmente – por exemplo, falar com a boca cheia, mastigar com a boca aberta, realizar movimentos estereotipados, entre outros –, o PEC's, ao contribuir para o desenvolvimento de comportamentos adequados, também pode contribuir para a aceitação e inclusão dessas pessoas na sociedade. Nesse sentido, permite ao próprio portador da deficiência e seus familiares menos constrangimento público devido às limitações e comportamentos inadequados.

Por fim, Godoi (2006)²⁶, baseado em seu experimento realizado com uma criança de 10 anos, autista e que apresenta comorbidade da Síndrome do X-frágil, afirma que a utilização do PEC's é importante para instalar alguns comportamentos básicos no repertório da criança, como: manter contato visual; responder e seguir instruções; sentar e levantar. Além disso, o autor salienta que essa técnica contribui na evolução do repertório verbal do autista, fazendo com que a precária e estereotipada verbalização do mesmo diminua. Dessa forma, as verbalizações passam gradativamente a ser espontâneas. Diante destas afirmações do autor, Santos & Sousa (2005)² confirmam que utilizar o PEC's faz com que a criança aprenda novos conceitos, aumentando seu repertório verbal e, dessa forma, a criança passa ela mesma a iniciar uma interação como o outro.

Diante desse estudo, pode-se concluir que a utilização do PEC's é capaz de desenvolver habilidades essenciais para a comunicação espontânea do autista, como também fortalecer o comportamento do portador de X-frágil a manter o contato visual, assim como

também ocorre com o autista. Esses comportamentos, que podem ser considerados insignificantes para a maioria das pessoas "normais", são grandes vitórias para os portadores de necessidade especiais, tanto quanto para suas famílias que se orgulham a cada conquista.

4. CONCLUSÃO

No presente estudo foram analisados artigos e dissertações que apresentavam os benefícios da utilização do PEC's para o desenvolvimento da pessoa autista. Para tanto, inicialmente abordamos as características do autismo, mencionamos alguns tipos de intervenções psicoeducacionais que podem ser utilizadas para estimular o desenvolvimento do autista em algumas áreas, e enfatizamos como o uso do PEC's pode trazer benefícios para a vida das pessoas autistas.

Nas pesquisas encontradas, o principal benefício adquirido por meio dessa técnica foi o desenvolvimento da fala, ou seja, a comunicação. A maioria dos participantes não conseguia se comunicar ou quando havia comunicação essa era muito precária, bastante defasada. Com efeito, alguns participantes, além de não se comunicarem verbalmente, também não conseguiam manter contato visual, seguir instruções ou regras, dificultando a interação e o convívio social. Com os treinos realizados com o PEC's esses mesmos participantes desenvolveram essas habilidades, cada um de acordo com seu grau de desenvolvimento, passando a interagir, comunicar-se espontaneamente, compreender e obedecer algumas instruções e regras.

Verificamos ainda que os resultados encontrados nas pesquisas apontam vários benefícios trazidos aos autistas ao se utilizar dessa técnica, tais como: desenvolvimento da comunicação, diminuição de comportamentos socialmente inadequados e interação social, considerando que esse último aspecto é essencial em qualquer relação em que haja alguém que possua uma necessidade especial. Ao utilizar o PEC's, então, o autista consegue compreender que há alguém que o compreende e que quer ajudá-lo e, por isso, em quem ele pode confiar².

Além disso, após os treinos realizados com essa técnica, o autista que não conseguia descer escadas sem alguém o acompanhando passou a descer as escadas sozinho; outros passaram a se sentar e comer de forma correta, escrever pequenas frases, evidenciando certo grau de independência adquirida por meio do PEC's.

É relevante destacar a importância de que o psicólogo atuante na abordagem comportamental conheça e utilize essa técnica, pois além de auxiliar e facilitar a aquisição de novas habilidades, como ler e escrever, por exemplo, ele também pode estimular o autista a desenvolver certa autonomia e independência. Isso se dá por meio da técnica juntamente com o sistema de reforço. Além do psicólogo, também é importante que professo-

res aprendam a utilizar o PEC's, pois é uma forma de facilitar a inclusão do aluno autista, já que a técnica pode ser utilizada também em sala de aula. Esse sistema é tão simples que os pais dos autistas até podem utilizá-lo em casa, ele é composto de figuras de situações que fazem parte do cotidiano, como: ir ao banheiro, escovar os dentes, comer, entre outras situações².

Nas pesquisas analisadas, foi averiguado também que essa técnica é muito eficiente não apenas para as crianças autistas como também para adolescentes, jovens e adultos, bem como contribui no desenvolvimento de pessoas com outros transtornos de comunicação e síndromes, como a Síndrome de Down e a Síndrome do X-frágil.

Ao concluir este estudo nota-se que é necessária a realização de outras pesquisas nessa área. Há a possibilidade de descobrir outros benefícios advindos da utilização dessa técnica. Também pode haver pesquisas com outros profissionais, como professores, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, desenvolvendo a técnica dos PEC's com pessoas com autismo. Tais conclusões se reforçam quando levamos em conta que, para o desenvolvimento desta pesquisa, foi difícil encontrar artigos e dissertações referentes ao assunto, o que revela a escassez de estudos que abordem o tema.

Por fim, entre as outras pesquisas que podem ser realizadas sobre o assunto, seriam de relevância comparações entre os benefícios do PEC's e outras técnicas de comunicação alternativa, como o TEACCH (Tratamento e Educação para criança Autista e com Deficiência de comunicação) e a ABA (Análise de comportamento aplicada), que podem ser utilizadas no atendimento aos autistas.

REFERÊNCIAS

- [01] Brandão SHA, Mori NNR. O Atendimento educacional especializado para alunos com transtornos globais do desenvolvimento. In: MORI, N. N. R; JACOBSEN, C. C. O atendimento educacional especializado no contexto da educação básica. 21 ed. Maringá: Eduem, 2012.
- [02] Santos CSM, Sousa LMP. Como intervir na perturbação autista. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra. Coimbra, 2005. 47f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra. Disponível em: http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0262. Acesso em 29/05/14.
- [03] Aiello ALR, Mizael TM. Revisão de estudos sobre o Picture Exchange Communication System (PECS) para o ensino de linguagem a indivíduos com autismo e outras dificuldades de fala. Revista Brasileira de Educação Especial. 2013; 19(4):623-36.
- [04] Bondy A, Frost L. PEC's (Sistema de Comunicação por figuras) - Manual de Treinamento. 2. ed. São Paulo: Pyramid Educational Consultants. 2009.
- [05] Junior JM. Como escrever trabalhos de conclusão de curso: instruções para planejar e montar, desenvolver, concluir, redigir e apresentar trabalhos monográficos e artigos. 3. ed. Petropolis: Vozes. 2009.
- [06] Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas. 2007.
- [07] Bosa CA. Autismo: intervenções psicoeducacionais. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2006; 28(supl.1):s47-s53.
- [08] Calanzas R, Martins R, Martins RC. Transtorno, sintoma e direção do tratamento para o autismo. Revista Estilos clínicos. 2007; 12(22).
- [09] Gomes M. (org). Construindo as trilhas para a inclusão. Petrópolis: Vozes, 2009.
- [10] Cantieri NC, *et al.* Manejo comportamental de crianças com transtornos de espectro do autismo em condição de inclusão escolar: guia de orientação a professores. [livro eletrônico]. São Paulo: Memnon. 2014.
- [11] AMA. Associação Mãe Amiga: Associação de Pais e Amigos das Pessoas Autistas. 2014. Disponível em: www.ama.org.br/site/pt/autismo/definicao.html. Acesso em 17/08/14.
- [12] Bosa CA, Callias M. Autismo: Breve revisão de diferentes abordagens. Revista Psicologia: Reflexão e Crítica. Vol.13 n.1 Porto Alegre 2000.
- [13] DSM-IV-TR-TM. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4 ed. São Paulo: Artmed, 2002.
- [14] Almeida AM, Moreschi LMA comunicação alternativa como procedimento de desenvolvimento de habilidades comunicativas. Revista Brasileira de Educação Especial. 2012; 18(4):661-76.
- [15] Guilhardi, JH, Abreu NC. Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental: Práticas Clínicas. 8 ed. São Paulo: Roca. 2004.
- [16] Skinner BF. Ciência e Comportamento Humano: 11 ed. São Paulo: Martins Fontes. 2003.
- [17] Walter CCF. Os efeitos da adaptação do PEC's associada ao Currículo Funcional Natural em pessoas com autismo infantil. Dissertação de Pós-graduação apresentada à Universidade de São Carlos. São Carlos, 2000. 134f. Dissertação (Especialização) – Universidade de São Carlos.
- [18] Togashi MC. A Comunicação Alternativa e Ampliada e suas contribuições para o processo de inclusão de um aluno com Transtorno do Espectro do Autismo com distúrbios na comunicação. Dissertação de Mestrado apresentado à Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de

- Janeiro, 2014. 117f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- [19] Britto OBD, Ferreira RP, Teixeira SVE. Relato de caso: descrição da evolução da comunicação alternativa na pragmática do adulto portador de autismo. *Revista Cefac*. 2011; 559-67.
- [20] Gonçalves MAT. Alunos com Perturbações do Espectro do Autismo: Utilização do Sistema PEC's para promover o Desenvolvimento Comunicativo. Dissertação de Mestrado em Educação Especial. Lisboa, 2014. 222f. Dissertação (Mestrado) – Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Educação.
- [21] Lemos ELMD, Ramos CSA, Salomão NMR. Inclusão de crianças autistas: um estudo sobre interações sociais no contexto escolar. *Revista Brasileira de Educação Especial*. 2014; 20(1):117-30.
- [22] Gioia SP, Godoi PJ, Fidalgo PA. Análise de um procedimento de comunicação funcional alternativa (Picture Exchange communication system). *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitivo*. 2008; 10(1):51-66.
- [23] Nunes PS. Comportamentos Disruptivos – O Agir infantil. Disponível em <http://patriciasegurado.blogspot.com.br/2012/04/comportamentos-disruptivos-o-agir.html>. Acesso em 27/07/15.
- [24] Gusmão FAF, Hani CC, Moreira LMA. A Síndrome de Down e sua patogênese: considerações sobre o determinismo genético. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2000; 22(2):96-99.
- [25] Godoi PJ. Comunicação alternativa (PEC's): Ganhos em comunicação verbal, ganhos em comportamentos sociais e diminuição de comportamentos problema. Trabalho de conclusão de curso de Psicologia apresentado à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2006. 55f. Monografia (Graduação) - Pontifícia Universidade Católica.
- [26] Barbosa DA, Muller MP. Síndrome do X-frágil: Alteração miofuncional e de linguagem. *Revista Cefac*. 2003; 5:309-12.



PERCEPÇÃO DE PROFESSORES SOBRE A INCLUSÃO NO ENSINO REGULAR DE ALUNOS COM SÍNDROME DE DOWN

TEACHERS OF PERCEPTION ON INCLUSION IN REGULAR EDUCATION STUDENTS WITH DOWN SYNDROME

KATIA LEIKO NONAKA^{1*}, CAROLINE ANDREA POTTKER²

1. Discente do curso de graduação em Psicologia da FACULDADE INGÁ; 2. Professora Mestre do Curso de Psicologia da FACULDADE INGÁ

Rua: Londrina, n° 271 Santa Fé, Paraná, Brasil. CEP: 86770-000. lady_nonaka@hotmail.com

Recebido em 19/06/2015. Aceito para publicação em 20/08/2015

RESUMO

O presente artigo faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia da Faculdade Ingá e tem como objetivo investigar a percepção de professores sobre a inclusão no ensino regular de alunos com Síndrome de Down. Para tanto, foram entrevistados seis professores, pertencentes à Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de uma cidade do interior do Paraná. Para isso, este trabalho foi norteado pela Psicologia Histórico-Cultural. Nos resultados, evidenciamos que os alunos apresentam dificuldades escolares referentes à escrita, lentidão nas atividades e pouca atenção e memória. Os professores responderam que para estes alunos é essencial frequentarem escolas com atendimentos especializados, com fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos. Além disso, foi verificado que os alunos com deficiência intelectual leve e que apresentavam uma boa socialização teriam condições para frequentarem o ensino regular. Assim, a maioria dos professores entrevistados concorda com a inclusão dos alunos com Síndrome de Down, mas é preciso que haja suporte nas escolas. Segundo eles, as escolas ainda precisam passar por uma reestruturação física, pedagógica e humana para receber um aluno especial.

PALAVRAS-CHAVE: Dificuldade de aprendizagem, Síndrome de Down, inclusão.

ABSTRACT

This article is part of the Psychology Course Completion Work of Inga Faculty and aims to investigate the perception of teachers on the inclusion in regular education students with Down Syndrome. To this end, we interviewed six teachers belonging to the Association of Parents and Friends of

Exceptional (APAE) of a city in the interior of Paraná. Therefore, this work was guided by the Historic-Cultural Psychology. In the results, we noted that students have learning difficulties related to writing, slowness in the activities and little attention and memory. Teachers responded that it is essential for these students attend schools specialized care, with physiotherapist, psychologists, speech therapists. In addition, it was found that students with mild intellectual disabilities and who had a good socialization would be able to attend regular school. Thus, most teachers interviewed agree with the inclusion of students with Down syndrome, but there needs to be support in schools. According to them, the schools still need to undergo a physical restructuring, pedagogical and human to receive a special student.

KEYWORDS: Learning disability, Down Syndrome, inclusion

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo faz parte de um projeto de pesquisa intitulado "Percepção de professores sobre a inclusão no ensino regular de alunos com Síndrome de Down". Estudar o processo de aprendizagem da pessoa com Síndrome de Down contribui, cada vez mais, com os profissionais que atuam na área, uma vez que o conhecimento das dificuldades, bem como das habilidades que são comuns às pessoas com esta síndrome, podem auxiliar o aprimoramento de recursos e formas de promover o desenvolvimento desses indivíduos com maior eficácia.

Partimos do princípio que as pessoas com Síndrome de Down têm capacidade para aprender, para isso é importante que receba uma estimulação precoce e seja inserido no ensino regular, recebendo o atendimento edu-

cional especializado, assegurado por lei. A lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, em que se pontua o seguinte Do Direito à Educação e do Dever de Educar, “III - atendimento educacional especializado gratuito aos educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, transversal a todos os níveis, etapas e modalidades, preferencialmente na rede regular de ensino;” (Redação dada pela Lei nº 12.796, de 2013).

Assim, este trabalho científico é relevante na medida em que oferece aos profissionais da psicologia com interesse na Educação Especial e também aos profissionais da educação conhecimentos no que se refere ao atendimento da pessoa com Síndrome de Down, a fim de discutir possibilidades de melhorias no processo de inclusão da pessoa com deficiência no ambiente escolar. Dessa forma, o debate promovido por esta pesquisa é fundamental, pois discute tanto as características e necessidades pedagógicas da pessoa com Síndrome de Down como as do processo de ensino-aprendizagem direcionado a estas pessoas.

Muitas pesquisas tratam desse tema, no entanto, todo esforço dedicado a este assunto não extingue as possibilidades e a importância de conhecê-lo mais a fundo. Pretende-se que a pesquisa, se possível, venha a servir de respaldo teórico a estudos posteriores que tratam do tema, bem como auxiliar o professor no atendimento do escolar com a Síndrome de Down. Tem-se como objetivo investigar com professores as dificuldades de aprendizagem apresentadas pela pessoa com Síndrome de Down na escola e suas possibilidades de inclusão no ensino regular.

Considerando essas informações e discussões, este estudo fundamenta-se na abordagem da Psicologia Histórico-Cultural, a qual investiga desenvolvimento e aprendizagem da pessoa com deficiência intelectual.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, pois, de acordo com Gil (2002, p. 42), “têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”.

Cervo e Bervian (1996, p. 49) acentuam que tal tipo de pesquisa “observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los”. Isto é, sem inferências pessoais, buscando capturar o máximo de informações de determinado fenômeno.

A pesquisa ainda apresenta uma abordagem qualitativa, pois tem em vista a qualidade das informações cedidas pelos entrevistados, o detalhamento e a exploração dos pontos centrais que se referem à

problemática da pesquisa e o objetivo da mesma. O estudo qualitativo, de acordo com Lüdke e André (1986, p. 18), é desenvolvido em uma situação natural e constitui-se por informações descritivas, “tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada”.

Isto é, a pesquisa qualitativa preocupa-se com a maneira com que os fenômenos ocorrem dentro de um determinado grupo, objeto do estudo, e não apenas com que frequência ocorre tal fenômeno; pauta-se na qualidade dos dados e não em sua quantidade.

Participantes

Atuam como participantes desta pesquisa seis professores que trabalham com alunos com Síndrome de Down em uma Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) – de municípios do interior do Paraná.

Quanto ao sexo, todos os participantes são do sexo feminino e situam-se na faixa etária de 42 a 53 anos, conforme a seguinte distribuição: cinco na faixa de 40 anos e uma com idade de 53 anos. Em relação ao grau de escolaridade, quatro possuem formação em Pedagogia, uma é graduada em Letras-Português/Inglês e a outra é graduada em Artes Visuais, sendo que todas possuem especialização em Educação Especial. No que se refere ao tempo de experiência profissional, quatro participantes trabalham de 10 a 20 anos e duas trabalham nesta área, em média, de 20 a 30 anos.

Como forma de preservar a identidade das participantes, as mesmas serão referidas por meio de letras e números, da seguinte maneira: P1, P2, P3 e assim por diante.

Materiais

Os materiais utilizados para a realização da pesquisa foram os seguintes: documento de anuência das escolas; termo de consentimento livre e esclarecido; ficha de identificação dos participantes; gravador e um roteiro de entrevista. A entrevista foi semidirigida.

Procedimentos

O trabalho teve início com a pesquisadora discente do curso de Psicologia entrando em contato com a diretora da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de uma cidade do interior do Paraná. Neste contato, foram feitas as apresentações e a explicação dos objetivos e desenvolvimento da pesquisa, bem como foram esclarecidos os aspectos éticos envolvidos, como sigilo dos dados levantados e o tratamento dos mesmos. Foi solicitada aos diretores das escolas privadas uma autorização para realizar a pesquisa, assinando um documento de anuência. Foi informado que este documento seria encaminhado ao comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Inga juntamente com o projeto de

pesquisa para aprovação.

Em seguida, foi feito contato por telefone com os participantes do estudo – professores – no próprio local de trabalho, a fim de solicitá-los a participar da presente pesquisa.

A partir da anuência dos participantes em conceder a entrevista, foi combinado dia, horário, local com os professores para a coleta de dados. O gravador foi utilizado mediante a autorização dos entrevistados, pois este método permite mais fidedignidade em relação à obtenção e transcrição dos dados. Antes da entrevista, cada participante leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual explica sobre o uso do gravador, a garantia do sigilo em relação à identificação do participante, a questão da participação voluntária e de desistência da mesma, e sobre o conteúdo da entrevista.

Elegeu-se realizar as entrevistas nos próprios locais de trabalho dos participantes, as tiveram aproximadamente 50 minutos de duração. As gravações e as transcrições das entrevistas serão guardadas por cinco anos e depois descartadas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A organização dos dados foi feita com base nas entrevistas realizadas com as participantes da pesquisa. Estes dados foram examinados por meio da análise de conteúdo, que, segundo Bardin (1977, p. 34), é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações, as quais, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens”. Cabe frisar que, dentre as várias técnicas que contemplam a análise de conteúdo, a análise categorial foi a empregada para trabalhar com as informações das entrevistas. Bardin (1977) compreende-a como uma análise que funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, ou categorias, fazendo reagrupamentos analógicos. Para classificar os elementos em categorias, foi preciso identificar o que eles tinham em comum e o que permitia seu agrupamento. Dessa forma, os dados foram categorizados e analisados/discutidos de modo a abranger os itens: “Atividades desenvolvidas em sua sala de aula”; “Dificuldades de Aprendizagem”; “O Aluno com Dificuldade de Aprendizagem”, “Síndrome de Down e o Ensino Regular” e “Inclusão Escolar”.

Dificuldades de Aprendizagem

Sobre as respostas fornecidas pelas professoras em relação às dificuldades escolares enfrentadas pelos alunos com Síndrome de Down prevaleceu a opinião de que tais indivíduos necessitam de um tempo maior para realizar as atividades, visto que as professoras concordaram que o ritmo deste aluno é mais lento, como pode ser observados

nestas falas:

P1 “[...] Os alunos com Síndrome de Down no meu ponto de vista são mais lentos [...]”.

P2 “[...] o ritmo dele vai ser, digamos que mais lento né pra aprender alguns conteúdos mais abstratos [...]”.

P3 “[...] eles têm o momento deles um pouquinho mais lento pra poder aprender [...]”.

As crianças com Síndrome de Down têm deficiência intelectual, isto é, aprendem mais lentamente e têm dificuldades com o raciocínio complexo e o juízo crítico. O grau de deficiência, no entanto, varia imensamente. Damasceno (1992) apresenta as características mais evidentes sobre as dificuldades de pessoas que tem essa síndrome. Entre elas estão a descoordenação motora, a lentidão na aprendizagem da marcha, da fala e dos cuidados pessoais. Os alunos com Síndrome de Down têm mais dificuldade em aprender. Devido ao atraso no desenvolvimento intelectual, desenvolvem a linguagem mais tardiamente, porém são capazes de frequentar a escola regular, desde que suas necessidades específicas de aprendizagem sejam atendidas.

Tem-se desenvolvido na escola, para suprir estas necessidades da pessoa com deficiência, no contraturno, o serviço de Atendimento Educacional Especializado (AEE), que tem como objetivo complementar ou suplementar a educação oferecida no ensino regular, sendo oferecido em sala de recursos multifuncional.

Nesta mesma categoria, pode-se ainda destacar que alguns participantes responderam que os alunos com Síndrome de Down apresentam muita dificuldade na atenção e memorização dos conteúdos, como pode ser visto nestes trechos:

P2 “[...] o Síndrome de Down ele vai ter que, tem já memória comprometida [...]”.

P4 “[...] A dificuldade de fixar as palavras, pra fixar as letras, no outro dia quando retoma as atividades, percebe que o aluno não memorizou a dificuldade tá aí, em reconhecer, identificar uma letra [...]”.

P6 “[...] eles têm muito mais dificuldade de prestar atenção naquilo que você está falando [...]”.

A atenção e a memória são compreendidas por Vygotsky (2004) como funções psicológicas superiores, assim como o pensamento abstrato, a linguagem, entre outras. Estas, por sua vez, serão desenvolvidas no processo de aquisição de conhecimentos transmitidos

historicamente, ou seja, é através da “mediação dos indivíduos mais desenvolvidos culturalmente e pela aquisição do uso de signos (linguagem) que essas funções serão desenvolvidas” (VYGOTSKY, 2004). Dessa forma, este aluno, no processo de ensino-aprendizagem, mesmo apresentando dificuldades na memória, atenção, linguagem, déficits estes devido ao comprometimento intelectual, podem na escola estar desenvolvendo estas habilidades. Ao passo que receberem a mediação adequada do professor, estas dificuldades escolares podem ser minimizadas. Assim, os alunos com Síndromes de Down, inseridos no processo de ensino regular, necessitam de métodos de ensino diferenciados.

Ainda na mesma categoria, pode-se constatar, por meio dos relatos das professoras descritos abaixo, que seus alunos com Síndrome de Down apresentam atraso no seu desenvolvimento motor e da linguagem, acarretando dificuldade na escrita.

P5 “[...] a maior dificuldade deles é na parte da escrita [...]”.

P6 “[...] Os traçados das letras, o valor sonoro das letras e eles precisam no meu ponto de vista um tempo maior pra que eles assimilem o valor sonoro, que só a partir do valor sonoro que eles vão fazer a junção das letras com as vogais [...]”.

P1 “[...] o déficit dele esta na linguagem e no motor [...]”.

Vygotsky (1998, p.123-124) afirma que os motivos que levam a escrever diferem dos que levam a falar. Enquanto a fala é movida pelo imediatismo do desejo ou da necessidade dentro de uma situação dinâmica como interlocutor, os motivos para escrever estão mais distantes das necessidades imediatas e requerem abstração e esforço intelectual, porquanto aprender a escrever exige um distanciamento da situação, obrigando-nos a representar uma situação.

A escrita também exige uma ação analítica deliberada por parte da criança. Na fala, a criança mal tem consciência dos sons que emite e está bastante inconsciente das operações mentais que executa. Na escrita, ela tem que tomar conhecimento de cada palavra, dissecá-la e reproduzi-la em símbolos alfabéticos, que devem ser estudados e memorizados (Vygotsky, 1998, p. 124). Assim, na aprendizagem da escrita é relevante que o aluno tenha desenvolvido a linguagem e conseqüentemente os aspectos motores, além disso, como cita Vygotsky, é importante ter a memória bem desenvolvida para recordar as letras, sílabas e palavras no momento da escrita.

Assim, o aluno com Síndrome de Down, devido suas limitações cognitivas, requer mais tempo para aprender a escrever. Com isso, precisa de uma maior atenção por parte do professor, interação com outros indivíduos e a

apropriação dos bens culturais, inclusive por meio da escola – que vão favorecer o desenvolvimento das funções psicológicas superiores; entre elas, conforme citado acima, a memória e a linguagem, funções essenciais no desenvolvimento da escrita.

Por outro lado, os professores entrevistados reconheceram que as pessoas com Síndrome de Down podem desenvolver bem habilidades relacionadas à dança, à pintura e que são extremamente caprichosos em relação aos trabalhos escolares, conforme a fala de P3:

P3 “[...] eles também desenvolvem habilidades em outras disciplinas com mais facilidade, na dança, na pintura são super caprichosos, tem uns lá que parece que são perfeccionistas, fica nos mínimos detalhes [...]”.

Nesse sentido, é possível verificar que a pessoa com Síndrome de Down tem algumas dificuldades que são características da própria síndrome, no entanto, conseguem desenvolver habilidades sociais e práticas de dança, pintura, dentre outras. Segundo Vygotsky (1995), o fator fundamental no desenvolvimento complicado pelo “defeito” é o duplo papel da insuficiência orgânica no processo deste desenvolvimento. Por um lado, o “defeito” é a limitação, a debilidade, a diminuição do desenvolvimento. Por outro lado, ao originar dificuldades, estimula o movimento para o desenvolvimento. Neste sentido, qualquer “defeito” origina estímulos para formar a compensação.

A educação das crianças com diferentes defeitos deve basear-se no fato de que simultaneamente como defeito estão dadas também as tendências psicológicas de uma direção oposta; estão dadas as possibilidades de compensação para vencer o defeito e de que precisamente essas possibilidades se apresentam em primeiro plano no desenvolvimento de crianças e devem ser incluídas no processo educativo como sua força motriz (VYGOTSKY, 1995, p.32).

A tarefa da educação é inserir a criança com deficiência na vida e promover meios para compensação de sua deficiência. O conceito de compensação consiste em criar condições e estabelecer interações que possibilitem aos indivíduos com deficiência intelectual se desenvolverem. Desse modo, uma forma de compensar os déficits cognitivos das pessoas com Síndrome de Down é o desenvolvimento das habilidades artísticas citadas acima pelos professores.

O Aluno com Dificuldade de Aprendizagem

De acordo com os professores que foram entrevistados, existe uma diferença no desenvolvimento e aprendizagem da criança com deficiência que recebe a estimulação essencial desde bebê pelos profissionais especializados em comparação àquelas que não tiveram esta oportunidade, como mostram os discursos a seguir:

P1 “[...] manda pra escola especial, onde ele vai ter todo os estímulos, onde ele vai se trabalhado junto com a equipe técnica [...]”.

P5 “[...] a gente vê que o Lorenzo que veio pra cá bebê, desde pequenininho que teve muito estímulo é diferente [...]”.

Conforme explica Werneck (1993), as crianças com síndrome que não recebem estimulação adequada ainda no primeiro ano de vida correm o risco de ficar com seu desenvolvimento sensorio-motor bastante prejudicado. Há diferenças significativas no desenvolvimento em função da educação e do ambiente a que são submetidas essas crianças desde os primeiros anos de vida. É importante ressaltar que a estimulação precoce é de grande importância para o desenvolvimento do indivíduo, isto porque é por meio do sensorial (visão, audição, tato, olfato, paladar) que a criança adquire conhecimento sobre o mundo. Assim, verifica-se que a estimulação desde bebê é importante para o melhor desenvolvimento da criança com deficiência. Por meio desta estimulação, a criança com Síndrome de Down poderá apresentar menos dificuldades de aprendizagem, mesmo com atrasos no desenvolvimento.

Nesse sentido, para Vygotsky (2001) a aprendizagem e desenvolvimento não entram em contato com a criança na idade escolar, mas estão ligados entre si desde os seus primeiros dias de vida. A educação escolar tem um importante papel nesse processo de transformação das funções psicológicas elementares em superiores, por meio do ensino dos conhecimentos científicos. Deste modo, a estimulação precoce anterior à inserção da criança com deficiência na escola vem a contribuir para o desenvolvimento destas funções.

Dando continuidade nesta categoria, que apresenta o que ocorre quando um aluno é identificado com dificuldade de aprendizagem, os professores relataram que com a identificação destes alunos, as intervenções passam a serem individuais ou em pequenos grupos, como mostram os seguintes trechos:

P2 “[...] escola especial a gente já trabalha em pequenos grupos [...]”.

P3 “[...] aquele trabalho individual, repetitivo, que não adianta querer falar que tem outra maneira de ensinar pros nossos alunos [...]”.

Estes relatos apontam que os alunos com Síndrome de Down, com dificuldades escolares, requerem uma maior mediação por parte do professor, seja individualmente ou em pequenos grupos. Para tanto, o professor deveria ter

condições de saber sobre as possibilidades de compensação e de como fazer uso desta e, então, utilizar-se de mediadores (recursos auxiliares alternativos) específicos, com técnicas e recursos pedagógicos especiais que concorram para a superação da deficiência. Assim, “a escola não deve somente adaptar-se às insuficiências dessa criança, deve também lutar contra elas, superá-las” (VYGOTSKY, 1997, p. 36).

Nessa perspectiva, é necessário observar que Miura (1999) diz que cabe ao professor analisar e decidir sobre os procedimentos de ensino a serem adotados com cada aluno; esses devem ser adequados às habilidades de cada um. Vygotsky acreditava que todas as crianças, deficientes ou não, podem aprender e se desenvolver; mesmo no caso das deficiências mais severas, na coletividade a criança encontra mediadores que a levam a superar as limitações biológicas.

Síndrome de Down e o Ensino Regular

A inclusão de uma criança com necessidades educacionais especiais no ensino regular requer algumas adaptações para que a mesma seja realmente participante do processo. Sobre este processo de inclusão, uma das professoras de alunos com Síndrome de Down que foram entrevistadas relatou que o aluno poderia ser incluído na escola regular desde que: “[...] Pelo menos tenha passado pela uma escola especial ou por um atendimento especializado [...]” (P1).

A Educação Especial é uma modalidade de ensino que promove o desenvolvimento global a alunos com deficiências que necessitam de atendimento especializado, assegurando-lhes o pleno exercício dos direitos básicos de cidadão e efetiva integração social (SILVA, 2002). Nesta perspectiva, os alunos com Síndrome de Down no ensino regular precisam continuar com o acompanhamento especializado, proporcionado por fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, geralmente em instituições de Educação Especial, como as APAEs. Além destes atendimentos especializados, na escola regular o aluno tem direito a participar do Atendimento Educacional Especializado, como já foi citado anteriormente. Assim, é interessante que esses alunos possam frequentar a sala comum em um período e a sala de recursos multifuncionais no contraturno, a fim de auxiliá-los nas suas necessidades específicas de aprendizagem. Dessa forma, a escola de ensino regular precisa organizar-se em sua estrutura física e de profissionais para poder realizar a inclusão.

Nesta mesma categoria, alguns professores responderam que alunos com Síndrome de Down têm condições de estarem sendo incluídos no ensino regular, por conseguirem ter uma boa socialização, como pode ser observado nas falas abaixo transcritas:

P4 “[...] com certeza ele tem condições de estar frequentando o ensino regular sim, principalmente, pela facilidade que eles têm de se relacionar, um ótimo relacionamento, é um aluno calmo, tranquilo, não demonstra agressividade [...]”.

P6 “[...] eu acho que eles têm todas as condições de irem pro ensino regular, porque o Down é muito fácil de socialização [...]”.

A socialização é uma característica muito importante para que ocorra a inclusão escolar, entretanto, questionamos se o comprometimento intelectual do aluno com Síndrome de Down pode influenciar este processo de inclusão. Nas respostas das professoras nas entrevistas, em nenhum momento elas citam que, mesmo com o atraso nas funções cognitivas, este aluno não pudesse ser incluído no ensino regular.

De acordo com Silva (2002) a aprendizagem é muito mais que socialização. Não é apenas um enquadramento num determinado padrão cultural. Por essa perspectiva, a socialização e a aprendizagem têm como objetivo ajudar as crianças a serem sujeitos autônomos na escola.

Para Vygotsky (1997), a educação dos alunos com necessidades especiais não se diferencia dos outros. Os alunos com deficiência alcançam o mesmo grau de desenvolvimento que os outros alunos, porém por outras vias. O que é necessário é que o professor ou o responsável pela educação conheça estes caminhos e atue em sua prática pedagógica de maneira a estimular o processo de conhecimentos destes alunos.

Ainda na mesma categoria, uma das professoras considerou que apenas o aluno com deficiência intelectual de nível leve teria condições de ser incluído no ensino regular, como pode ser visto neste excerto: “[...] um Síndrome de Down leve tem condições [...]” (P3). Conforme Mori e Jacobsen (2012) a pessoa classificada com deficiência intelectual leve apresenta as seguintes características: dificuldades na linguagem, na elaboração de conceito, na criatividade, nas percepções, na memorização, assim, apresenta pouca atenção, necessita de tempo maior para ler, escrever e contar.

Estas características nos levam ao seguinte questionamento: se a pessoa classificada com deficiência intelectual leve com estas dificuldades pode frequentar o ensino regular, porque as pessoas com deficiência intelectual mais severa não podem? Não temos aqui como responder com total segurança a este questionamento, mas nos arriscamos a explicar a questão recorrendo a Vygotsky (1995), que acreditava que todas as crianças, deficientes ou não, podem aprender e se desenvolver, mesmo as deficiências mais severas, na coletividade a

criança encontra mediadores que a levam a superar as limitações biológicas. Pode se apropriar do uso de instrumentos culturais e desenvolver suas funções psicológicas superiores, efetivando, assim, o que Vygotsky chamou de compensação do defeito. Para isso, é preciso criar instrumentos (pedagógicos) especiais adaptados à estrutura psicológica da criança.

Vale ressaltar que segundo Mori e Jacobsen (2012) a classificação como deficiência mental leve, moderada/treinável, aguda ou grave e profunda ainda é aceita e usada até os dias atuais. No entanto, essa classificação pode rotular as pessoas e como consequência desencadear expectativas comportamentais absolutas e reações emocionais negativas para parte da sociedade.

Outro aspecto que merece ênfase refere-se à resposta da participante que considera que a escola pública não está preparada adequadamente para a inclusão de alunos com deficiência intelectual, como pode ser visto neste trecho:

“[...] eu digo que tem condição, poderia estudar, agora a escola brasileira, sobretudo a pública, ela não oferece condições adequadas para fazer um trabalho significativo com essas crianças [...]” (P4).

De acordo com pesquisas recentes (COSTA; OLIVEIRA, 2002; TANNOUS, 2004; ALCIATI, 2011) observa-se que as escolas não estão adequadas e os professores encontram-se despreparados para receber o aluno com necessidades especiais. ALCIATI, (2011) salienta que as escolas públicas encontram-se despreparadas quanto à infraestrutura e quanto aos profissionais que nela atuam com a aprendizagem de pessoas com deficiência. Tannous (2004), em sua pesquisa, verificou que os professores não acreditam na inclusão do aluno com deficiência em classes comuns, pois se sentem sozinhos e despreparados diante de um processo ainda desconhecido. A maioria dos “professores não tem formação adequada para o atendimento dos alunos com necessidades especiais, constatando-se que o despreparo do profissional em trabalhar na escola inclusiva, ainda resulta em grandes problemas” (COSTA; OLIVEIRA, 2002).

Neste sentido, as pessoas deficientes encontram dificuldades, sobretudo, pelo fato de que as condições materiais e instrumentais estão constituídas para uma sociedade dita normal, exigindo dos indivíduos as devidas condições para a elas se adaptar, “já que a cultura está acomodada a uma pessoa normal, típica, está adaptada à sua constituição e o desenvolvimento atípico, condicionado pelo defeito não pode arraigar direta e imediatamente na cultura, como ocorre à criança normal”

(VYGOTSKY, 1997, p. 27).

Inclusão Escolar

Nesta última categoria incluem-se os participantes que responderam sobre o que é necessário para que ocorra a inclusão das pessoas com Síndrome de Down no ensino regular. Entre as respostas, uma professora relatou que: “[...] *eles têm que ter atendimento de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, porque é o trabalho que tá ligado e até então a gente sabe que na escola regular, no ensino regular, eles, a gente não tem esse aparato [...]*” (P1). Realmente, poucas escolas têm em seu quadro de funcionário profissionais como fonoaudiólogos e fisioterapeutas, tendo em vista que os serviços prestados por estes profissionais enquadram-se geralmente na área da saúde. Todavia, mesmo a escola não possuindo estes profissionais, o aluno poderia receber o atendimento especializado em outro local, como clínicas, postos de saúde ou em escolas especiais, como as APAEs.

Dessa forma, caberia às escolas preocuparem-se com a aprendizagem escolar dos estudantes, e assim proporcionarem aos alunos com deficiência os atendimentos Educacionais Especializados, os quais são assegurados por lei. Em 2009, a Resolução nº 4, que institui as Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica – modalidade Educação Especial, elege as salas de recursos, com a caracterização de “multifuncionais”, e os centros de atendimento educacional especializado como os espaços do atendimento especializado (BRASIL, 2008).

Ainda nesta categoria, pode-se verificar que a metade das professoras entrevistadas evidenciaram alguns aspectos relevantes para que haja a inclusão escolar, entre estas falas:

P2 “[...] reestruturação da escola [...] questões físicas, como pedagógicas e humanas [...] então teríamos que ter salas de aula com menos alunos né, esse aluno com Síndrome de Down estaria numa sala comum, essa sala ela teria que ser equipada [...] o professor que tem Educação Especial ele precisa olhar as diferenças né, as dificuldades de forma diferenciada [...]”.

P3 “[...] o número de alunos reduzidos em sala de aula [...] apoio do professor, da família que tem que estar junto [...]”.

P4 “[professor de apoio como chama professor itinerante para estar acompanhando esse aluno [...]”.

Dentre todas as respostas, iniciar-se-ia por uma reestruturação da escola, tanto em relação às questões físicas, quanto pedagógicas e humanas. Ou as leis que

asseguram as mudanças que a escola deveria ter com o projeto da inclusão escolar efetivamente deveriam ser cumpridas. Destaca-se, nesse sentido, em 2007, no contexto do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC), o lançamento do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), reafirmado pela Agenda Social de Inclusão das Pessoas com Deficiência, tendo como eixos a acessibilidade arquitetônica dos prédios escolares, a implantação de salas de recursos e a formação docente para o atendimento educacional especializado (BRASIL, 2008).

Glat & Nogueira (2002) esclarecem que existem dois desafios para o sistema de ensino e para a sociedade brasileira: um é fazer com que os direitos ultrapassem o meramente instituído legalmente e o outro é construir respostas educacionais que atendam as necessidades dos alunos. Para isso é necessário uma reorganização educacional, que “acarreta a revisão de antigas concepções e paradigmas educacionais na busca de possibilitar o desenvolvimento cognitivo, cultural e social desses alunos, respeitando suas diferenças e atendendo as suas necessidades” (GLAT; NOGUEIRA, 2002, p. 139).

4. CONCLUSÃO

A escola, nos últimos tempos, teve que se adaptar a uma série de mudanças que ocorreram no meio social. Há tempos atrás, o indivíduo era escolarizado e devia se enquadrar nos moldes estabelecidos pela instituição escolar. Atualmente, o indivíduo entra para escola e esta precisa perceber suas necessidades específicas de aprendizagem e criar situações de ensino que sejam capazes de atendê-las. Além disso, a escola regular, de acordo com a determinação das legislações vigentes (BRASIL, 2008), se democratizou, e isto significa que ela deve atender todas as pessoas, independentemente da sua condição física, cognitiva, social, econômica, dentre outras.

Assim, o tema tratado neste estudo objetivou desenvolver uma investigação sobre a percepção de professores sobre a inclusão no ensino regular de alunos com Síndrome de Down. Dentro deste contexto, foram averiguadas as dificuldades escolares destes alunos, bem como o que ocorre com este aluno identificado com dificuldades de aprendizagem.

Nesse sentido, verificou-se que a inclusão do aluno com Síndrome de Down no ensino regular é possível, mas este aluno apresenta algumas dificuldades na aprendizagem, devido às características da síndrome que, dentre outras, é marcada por um atraso no desenvolvimento cognitivo, na linguagem e nos aspectos motores. Dessa forma, constatou-se que a criança com Síndrome de Down pode aprender, entretanto, ela

demanda um tempo maior para realizar as atividades e se apropriar dos conteúdos. É importante ressaltar que a aprendizagem varia de pessoa para pessoa. Algumas crianças com Síndrome de Down têm mais facilidades e podem aprender a ler e a escrever, outras, no entanto, devido a um maior comprometimento mental, apenas reproduzem o próprio nome ou palavras simples.

Todavia, a criança com deficiência e, no caso, a criança com Síndrome de Down, que é atendida desde os primeiros dias de vida pelos profissionais especializados, consegue desenvolver-se de forma mais adequada. Isto porque a estimulação precoce da linguagem, da coordenação motora, das relações sociais amenizam os atrasos do seu desenvolvimento; o que, provavelmente, implicará em menos dificuldades nas aprendizagens da escola.

Assim, a inclusão da criança com Síndrome de Down no ensino regular, de acordo com os professores entrevistados nesta pesquisa, é plausível, mas requer algumas adaptações. As adaptações devem ser feitas, principalmente, no currículo, no tempo de aprendizagem, nas avaliações. Além disso, a criança com tal síndrome deve ter garantido, em contraturno, a participação na sala de recursos que, em um atendimento mais individualizado, busca trabalhar as dificuldades de aprendizagem enfrentadas na sala comum.

Por outro lado, verificou-se que a criança com Síndrome de Down tem muita facilidade em relacionar-se com as pessoas, isto é, em fazer amizades e se socializar. O ambiente da escola regular, neste sentido, é muito favorável, pois é nas relações humanas, conforme Vygotsky (2004), que a aprendizagem acontece e, conseqüentemente, o desenvolvimento humano. Além dessa habilidade social, ela também apresenta uma facilidade nas atividades que envolvem a música e a dança, o que favorece ainda mais o estreitamento dos laços sociais.

Diante disso, ficou evidente neste trabalho que a inclusão da pessoa com Síndrome de Down no ensino regular é possível, mas deve-se observar a necessidade da reestruturação da escola no que tange ao ambiente físico, aos recursos humanos e pedagógicos. Para que a criança com Síndrome de Down faça parte de um processo de inclusão é importante que não seja apenas incluída no espaço físico, mas, acima de tudo, que ela tenha a oportunidade de participar ativamente do processo de ensino-aprendizagem e suas implicações sociais.

Vale destacar que existem muitos estudos sobre a inclusão escolar de pessoas com Síndrome de Down, mesmo assim há um baixo índice dessas pessoas cursando o ensino regular; muitas delas estão ainda nas escolas especiais. Dessa forma, as pesquisas sobre a temática deste estudo devem continuar como meio de trazer mais

informações às pessoas sobre a vida de quem possui deficiência intelectual.

REFERÊNCIAS

- [1]. Alciati AC. Alunos deficientes em escolas regulares: inclusão ou exclusão?. Monografia de Especialização em Desenvolvimento Humano, Educação e Inclusão Escolar. Brasília, 2011. 48f. Monografia (Especialização) – Universidade de Brasília.
- [2]. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Martins Fontes, 1977.
- [3]. Brasil. Decreto nº 6.571, de 17 de Setembro de 2008. Diário Oficial da União, 18 de setembro de 2008.
- [4]. Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996. 175º da Independência e 108º da República.
- [5]. Brasil. Lei nº 12.796, de 04 de Abril de 2013. 192º da Independência e 125º da República.
- [6]. Brasil. Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da inclusão. (2008) Ministério da Educação. Disponível em: <www.portal.mec.gov.br>. Acesso em 04 de Abril de 2015.
- [7]. Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. 4 ed. São Paulo: Makron Books, 1996.
- [8]. Costa CT, Oliveira JC. A formação do educador para os portadores de necessidades educacionais especiais na escola inclusiva. Trabalho de Conclusão de Curso de Pedagogia. Belém, 2002. 44f. Monografia (Graduação) – Universidades da Amazônia.
- [9]. Damasceno LG. Natação, Psicomotricidade, Desenvolvimento. Brasília: Secretaria dos Desportos da República, 1992.
- [10]. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- [11]. Glat R, Fernandes EM. Da Educação Segregada à Educação Inclusiva: uma Breve Reflexão sobre os Paradigmas Educacionais no Contexto da Educação Especial Brasileira. Revista Inclusão, n. 1, p. 01-06, 2005.
- [12]. Glat R, Nogueira MLL. Políticas educacionais e a formação de professores para a educação inclusiva no Brasil. Revista integração. Ministério da Educação/Secretaria de Educação Especial, ano 14, n. 24, p. 134-141, 2002.
- [13]. Leite DA, Baptista NMG. Aprendizagem da criança de quatro a seis anos com síndrome de Down em uma escola especial. Artigo apresentado ao curso de pedagogia - PUCPR, Paraná, 2010.
- [14]. Lüdke M, André MED. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
- [15]. Mendes, E. C. A radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil. Revista Brasileira de Educação. v. 11, n. 33. p.387-559, 2006.
- [16]. Miura RKK, (org). Educação especial: formação de professores, ensino e integração. Marília: UNESP, 1999.
- [17]. Mori NNR, Jacobsen CC. (org) Atendimento educacional especializado no contexto da educação básica. Maringá: Eduem, 2012.
- [18]. Saad SN. Preparando o caminho da inclusão: dissolvendo mitos e preconceitos em relação à pessoa com síndrome de Down. Revista brasileira de educação especial. v. 9, n. 1, p. 57-78, 2003.
- [19]. Silva RNA. A educação especial da criança com SD.

- Pedagogia em Foco. Rio de Janeiro, 2002.
- [20]. Tani V. Variabilidade e processo adaptativo em aprendizagem motora. In: Congresso de Educação Física e Ciências do Desporto dos Países de Língua Portuguesa, La Coruña: Instituto Nacional de Educação Física da Galícia, 1998. p. 169.
- [21]. Tannous GS. Inclusão do aluno com deficiência mental: experiências psicossociais dos professores da escola pública. Mestrado de Psicologia. Campo Grande, 2004. 174f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco.
- [22]. Vygotsky LS. A construção do Pensamento e da Linguagem. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- [23]. Vygotsky LS. Obras Escogidas: Fundamentos de Defectología. Tomo V. Madrid: Visor, 1997.
- [24]. Vygotsky LS, Obras Escogidas, Vol. III. Madrid: Visor, 1995.
- [25]. Vygotsky, L. S. Formação Social da Mente. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- [26]. Vygotsky LS. Aprendizagem e desenvolvimento intelectual na idade escolar. In: Vygotsky LS, Luria AR, Leontiev AN. Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem. Tradução de Maria da Penha Villalobos. 2. ed. São Paulo: Ícone, 1998.p. 103-117.
- [27]. Werneck C. Ninguém mais vai ser bonzinho na sociedade inclusiva. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

EXTRAÇÃO DE SEGUNDO MOLAR COMO OPÇÃO TERAPEUTICA NA ORTODONTIA: UM RELATO DE CASO

MOLAR SECOND EXTRACTION AS OPTION IN TERAPEUTICA ORTHODONTICS: A CASE REPORT

JEAN BIFF¹, FRANCISCO KELMER², JULYANO VIEIRA DA COSTA³

1. Acadêmico do curso de graduação em Odontologia da Faculdade INGÁ, Brasil; 2. Acadêmicos de Pós-graduandos em Ortodontia pela Faculdade INGÁ, Brasil; 3. Mestrado em Odontologia Integrada pela Universidade Estadual de Maringá, Brasil (2014) Trabalha na Universidade Estadual de Maringá, Brasil.

* Rua: Jangada N -36, Centro, Fênix, PR, Brasil. CEP: 86.950-000. jbiff_660@hotmail.com

Recebido em 07/07/2015. Aceito para publicação em 15/07/2015

RESUMO

O objetivo desse trabalho é mostrar um caso clínico bem diagnosticado e bem sucedido, e também focar a opinião de diferentes autores sobre quando e quais indivíduos indicar a extração dos segundos molares superiores e qual o melhor momento de realizar as extrações, seus efeitos no controle vertical e no perfil facial dos pacientes, suas vantagens em relação à ATM. Concluiu-se que as extrações dos segundos molares não são procedimentos de rotina, mas há grandes chances de sucesso clínico quando feitas sobre rigoroso diagnóstico e no tempo correto.

PALAVRAS-CHAVE: Exodontia, segundo molar, ortodontia.

ABSTRACT

The objective of this work and hum Show Case Study WELL diagnosed and Successful and focus Also a Different View Authors About When and What individuals Refer a superior extraction of molars and Seconds is the best time to perform as extractions, Effects YOUR any vertical control and there is no facial PROFILE patients, its advantages over the ATM. It was concluded que as extraction of Seconds molars are not routine procedures, but there are chances of clinical When Big Questions About Success accurate diagnosis and not correct pace.

KEYWORDS: Extraction, second molar, orthodontics

1. INTRODUÇÃO

A extração do segundo molar como parte do tratamento ortodôntico ainda hoje têm gerado opiniões divergentes uma vez que, atualmente, é rotina no planejamento ortodôntico a extração de pré-molares,

principalmente os primeiros. Tais exodontias são indicadas em casos de apinhamento, biprotusão, quando se torna benéfica a retração dos dentes anteriores. Entretanto, em algumas situações a extração de outros dentes pode ser mais vantajosa como a do segundo molar superior^{1,2}.

As extrações de molares não são recentes tem sido discutido na literatura desde 1939 por Chapin⁶, que sugeria a remoção desses dentes como alternativa à remoção de pré-molares. A remoção do segundo molar superior para a correção da má oclusão de Classe II, 1ª divisão, tem sido a principal escolha de tratamento ortodôntico, uma vez que os pacientes apresentem uma excessiva inclinação vestibular dos incisivos e sem diastemas, com mínima sobressaliência, e presença dos terceiros molares em boa posição e forma adequada. Os segundos molares também podem ter indicação de extração no caso de apresentarem patologias (erupção vestibular, anomalias de coroa ou raiz, anquilose, cáries ou restaurações extensas e defeitos no esmalte), sendo substituídos pelos terceiros molares saudáveis^{3,4,5}.

Segundo RONDEAU (1999), MAZOMO (2010), casos de pacientes com padrão facial dolicocefálico, no qual o paciente apresenta uma tendência de crescimento vertical e necessidade de distalização dos primeiros molares, traz grande vantagem ao tratamento com a extração dos segundos molares, pois a tendência de abertura da mordida é diminuída, estudos também Relatam que casos onde o paciente apresenta severa displasia basal, incisivos verticalizados, falta de espaço e severa mordida profunda oferecem piores prognósticos não sendo indicado a extração dos segundos molares^{2,6,7}.

Sempre ao se iniciar um tratamento ortodôntico no qual o tratamento proposto foi a extração dos segundos molares, Além de serem analisadas as indicações para essa forma de tratamento já citadas posteriormente,

alguns critérios devem ser considerados. Tais como a presença dos terceiros molares e esses devem possuir tamanho e forma adequados, com coroas parcial ou totalmente formadas e cúspides claramente identificadas, bem como inclinação axial adequada para permitir sua erupção².

Segundo Light, 1986. O melhor momento para analisar as características e condições desses dentes é entre 12 e 14 anos, uma vez que a coroa está calcificada quase por completo e sua posição em relação ao segundo molar está estabelecida podendo estabelecer uma melhor prognóstico para o tratamento. O procedimento ideal para a confirmação desses requisitos é a análise radiográfica, já que na maioria dos casos os terceiros molares não estão irrompidos no início do tratamento, não sendo possível a análise clínica dos mesmos^{8,9}.

O melhor momento para extração dos segundos Molares e quando os mesmos estão num estágio de desenvolvimento no qual as coroas dos terceiros molares estão totalmente formadas, porém Antes de qualquer evidência radiográfica da formação radicular^{2,10}.

Após a extração dos segundos molares superiores, segue-se a distalização dos primeiros molares da mesma arcada, para que seja obtida uma relação de Classe I, sendo assim estudos mostram que, a erupção adequada e facilitada do terceiro molar após a extração do segundo molar pode ser considerada como uma grande vantagem dessa abordagem de tratamento. Uma vez que quando o segundo molar superior é extraído, diminui-se a possibilidade de impacção do terceiro molar, o qual normalmente entra em oclusão e assume uma posição favorável espontaneamente em relação ao primeiro molar na grande maioria dos casos^{2,9,11}.

O tratamento ortodôntico tem como objetivo a estabilidade dos resultados obtidos no final da terapia em um menor tempo de tratamento. Estudos mostram que a extração de segundos molares promove uma estabilidade não observada em outras formas de tratamento. Uma vez que não há necessidade de fechamento de espaço, não há problema da recidiva de reabertura de espaços, e muitas vezes resultam em simplificação da terapia e diminuição considerável do tempo de tratamento, por tornar mais fácil e rápida a distalização dos primeiros molares^{1,2,9}.

Segundo Haas 1986, mencionou que a extração desses dentes cria muito mais espaço do que o necessário para resolver os problemas de apinhamento. Entretanto, o espaço criado pela extração não é todo utilizado pela distalização do primeiro molar. Esse dente apenas é movido distalmente até a correção da relação molar obtendo uma relação de classe I e o espaço restante é ocupado pela subsequente erupção do terceiro molar^{2,4,12}.

Um dos grandes riscos dessa alternativa de tratamento é a não-erupção do terceiro molar, sendo importante ressaltar que é difícil predizer com certeza

absoluta se os terceiros molares irromperão. Além disso, o fato de que o momento ideal para a extração do segundo molar é quando o terceiro molar apresenta formação coronária completa e ausência de formação radicular corre o risco de desenvolvimento de raízes pequenas, curtas ou mal formadas comprometendo o tratamento^{2,13,14}.

Sendo assim este trabalho tem por objetivo apresentar uma abordagem alternativa para o tratamento ortodôntico das más oclusões de Classe II. Através de um relato de caso clínico, no qual verificou-se que a extração de segundos molares superiores demonstrou ser uma alternativa viável para o tratamento desse tipo de má oclusão classe II.

2. RELATO DE CASO

Paciente sexo masculino, leucoderma 15 anos e 5 meses de idade, compareceu a Clínica Odontológica da Faculdade Ingá – Uningá, na cidade de Maringá Paraná. Reclamando que os dentes dele estavam muito para frente, o que o deixava constrangido na escola. Sendo assim foi encaminhado para a clínica orto/ pediatria. No exame clínico verificou-se que o paciente apresentava:

- Padrão facial mesofacial;
- Padrão Esquelético, Classe I;
- Padrão Dentário: Classe I;
- Sobremordida
- Linha Média superior não apresentava desvio.

No plano de tratamento optou-se pela extração dos dois segundos molares superiores (17, 27), seguido pelo uso de aparelho fixo Convencional e placa de levante anterior para corrigir a sobremordida. Na primeira consulta o paciente foi encaminhado para fazer os exames radiográficos e a pasta de documentação ortodôntica. Na radiografia panorâmica foi possível verificar que os terceiros molares estavam em boa posição e com uma anatomia correta (Figura 1).



Figura 1. Radiografia panorâmica Inicial.

Através das medidas cefalométricas foi possível verificar que a base do crânio em relação à mandíbula e maxila estava dentro dos padrões aceitável Figura 2.

Na segunda consulta o paciente foi encaminhado para realizar as duas exodontias, logo em seguida foram

bandados os primeiros molares e instalada a Placa de levante de mordida anterior com o objetivo estruir os posteriores e corrigir a sobremordida Figura 3.

Foi instalado no terceiro mês o aparelho superior e inferior e fios de nitinol .014", com total inserção no arco. Após Três mês, foi suspenso o uso da placa de levante de mordida, pois já havia condições de instalar o aparelho fixo uma vez que a sobremordida já havia corrigido o necessário (Figura 4).

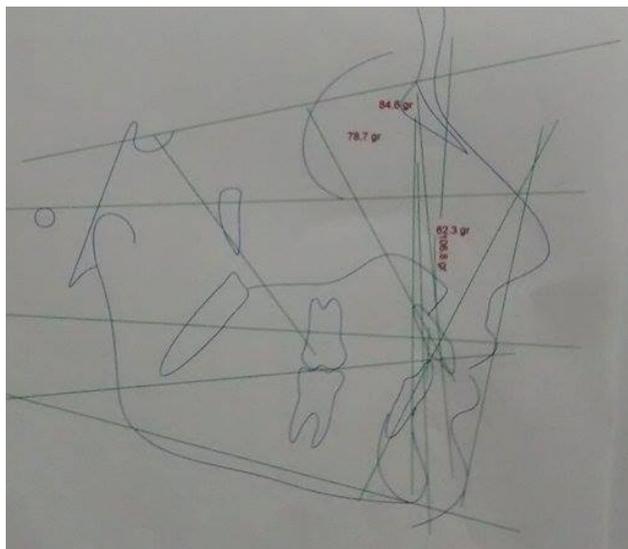


Figura 2A. Cefalometria computadorizada.

Fatores	Valor Obtido	Norma/Classif.	Desvios
1 (N-Pog).(Po-Orb)	89.04 gr	88.00 ± 1.00	+
2 N-A.Pog	8.21 gr	0.00 ± 2.00	++++
3 S-N.A	84.59 gr	82.00	
4 S-N.B	78.74 gr	80.00	
5 A-N.B	5.85 gr	2.00	
6 S-N.D	77.41 gr	76.00	

Figura 2B – Cefalometria computadorizada Análise USP.



Figura 3. Placa de levante de mordida anterior.

No mês seguinte, passou-se ao fio .016" de nitinol e já não havia mais Sobremordida e o apinhamento superior graças ao aparelho já estava praticamente

resolvido. Posteriormente, passou-se ao fio nitinol 0,18", 017"x.025", e em seguida o fio retangular de aço .019"x.025" com conjugados passivos.

Passado um mês, colocou-se o fio .020" de aço e elástico de intercuspidação 3-16 nos dentes 15, 16, 46, apenas, pois do lado esquerdo já estava intercuspidado. Na sessão seguinte, instalou-se o fio braided superior e retangular inferior com elásticos de intercuspidação 3-16 nos dentes 23, 33, 34 e 16, 46, 45. Por fim foi instalado uma barra palatina soldada para evitar que o primeiro molar distalizasse devido a extração do segundo Figura 5.



Figura 4. Aparelho Fixo morelli roth light Fio nitinol 014".



Figura 5. Radiografia panorâmica Final.

Após avaliação final da panorâmica e fim da fase de intercuspidação foi removido o aparelho e a contenção, e encaminhado para extração dos dentes 38 e 37 e confecção das contenções Placa de Hawley e três por três.

3. DISCUSSÃO

A opção terapêutica com exodontia dos segundos molares é uma alternativa válida, mas que requer um rigoroso diagnóstico. Os autores citados concordam que a seleção dos casos para extração de segundos molares deve ser criteriosa avaliando-se a forma, tamanho e localização dos terceiros molares^{2,10}.

Vários estudos analisados indicaram a exodontia de segundos molares para pacientes com sobremordida. No caso exposto o paciente é mesofacial com sobremordida

sendo então bem indicada as exodontias segundo os autores acima citaram^{14, 15, 16, 17.}

Alguns autores defendem a extração de segundos molares para evitar problemas na ATM, e para que não ocorra diminuição da dimensão vertical e mandíbula retruída como nos casos tratados com extração de quatro pré-molares. Já com relação ao perfil, alguns autores defendem que a extração de segundos molares não deixa o perfil do paciente aplainado como ocorre com extração de pré-molares. E outros autores acham que a face não apresenta mudanças. O perfil facial no tratamento ortodôntico com extração dos segundos molares não depende apenas de qual dente extrair, mas de um diagnóstico criterioso, da mecânica utilizada, da habilidade do profissional, da cooperação do paciente e da necessidade do controle de ancoragem^{1, 2, 9, 17.}

Quanto ao momento em que se deve extrair os segundos molares quando os terceiros molares estiverem com a coroa clínica formada e iniciando a formação radicular, e a superfície oclusal do terceiro molar superior deve estar no nível da linha média cervical da raiz do segundo molar e que o momento ideal de fazer as extrações dos segundos molares inferiores é quando o terceiro molar formar um ângulo de quinze à trinta graus com o longo eixo do primeiro molar inferior^{2, 16.}

4. CONCLUSÃO

A extração de segundos molares não é um procedimento de rotina no consultório odontológico, pois exige diagnóstico preciso, e que o paciente procure o ortodontista antes da erupção do terceiro molar. Mas os casos tratados dessa forma estão aumentando cada vez mais e com ótimos resultados.

Todos os estudos analisados que a extração do segundo molar apenas deve ser realizada quando todos os terceiros molares estiverem presentes, com coroa clínica de boa forma e localização. Pode-se indicar extrações de segundos molares em casos Classe I Com divisão I com mordida aberta ou sobremordida, ou apinhamentos.

A maioria dos artigos publicados reflete a experiência clínica dos autores e sua opinião. E através desse caso clínico podemos comprovar a eficiência do tratamento quando se aplicam todos os pré-requisitos recomendados.

REFERÊNCIAS

- [1] Nagano DS. Extração dos Segundos Molares no Tratamento Ortodôntico. *RG0*, 51 (4): 323-328, Outubro, 2003.
- [2] Mezomo MB. A extração de segundos molares superiores para o tratamento da Classe II. *Dental Press J Orthod* 94. 2010; 15(3):94-105.
- [3] Chapin WC, *et al.* The extraction of maxillary second molars to reduce growth stimulation. *Am J Orthod Oral Surg.* 1939; 11:1072-8.
- [4] Basdra EK, Stellzig A, Komposch G. Extraction of maxillary second molars in the treatment of Class II malocclusion. *Angle Orthod.* 1996; 66(4):287-91.
- [5] Quinn GW. Extraction of four second molars. *Angle Orthod.* 1985; 55(1):58-69.
- [6] Rondeau BH. Second molar extraction technique: overrate dor underutilized? *Funct Orthod.* 1999; 16(4):4-14..
- [7] Graber TM. Maxillary second molar extractions in Classe II malocclusion. *Am J Orthod. Dentofaciç Orthop.* Saint Louis. 1969; 56:331-53.
- [8] Light A. Second molar extractions in orthodontic therapy. *Penn Dent J.* 1986; 86(1):14-6.
- [9] Orton-Gibbs S, Crow V, Orton HS. Eruption of third permanent molars after the extraction of second permanent molars. Part 1: assessment of third molar position and size. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2001; 119(3):226-37.
- [10] Rondeau BH. Second molar extraction technique: overrate dor under utilized? *Funct Orthod.* 1999; 16(4):4-14.
- [11] Jones H. Second molar extraction therapy - two case reports. *Funct Orthod.* Winter. 2000; 17(1):17-20.
- [12] Haas AJ. Let's take a rational look at permanent second molar extraction. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1986; 90(5):361-3.
- [13] Henriques JFC, Janson G, Hayasaki SM. Parâmetros para a extração de molares no tratamento ortodôntico: considerações gerais e apresentação de um caso clínico. *Rev Dental Press Ortod Ortop Facial.* 2002; 7(1):57-64.
- [14] Whitney EF, Sinclair PM. An evaluation of combination second molar extraction and functional appliance therapy. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1987; 91(3):183-92.
- [15] Quinn GW. Extraction of four second molars. *Angle Orthod.* 1985; 55(1):58-69.
- [16] Thomas P, Sandy JR. Should second molars is extracted? *Dent. Update.* 1995; 22(4):150-6.
- [17] Zanelato RC, Trevisi HJAC. Extração dos segundos molares superiores. Uma nova abordagem para os tratamentos da Classe II, em pacientes adolescentes. *Rev. Dental Press Ortodon. Ortoped. Facial.* 2000; 5(2):64-75.



UNINGÁ
review

REMOÇÃO CIRÚRGICA DE 5 DENTES RETIDOS EM REGIÃO ANTERIOR DE MANDÍBULA EM POSIÇÃO ECTÓPICA

SURGICAL REMOVAL OF 5 TEETH RETAINED IN BACK OF JAW REGION IN ECTOPIC POSITION

EDIMAR RAFAEL DE OLIVEIRA¹, ANDRÉ GOULART CASTRO ALVES¹, GIORDANO BRUNO DE OLIVEIRA MARSON², PAULO NORBERTO HASSE³

1. Acadêmico do curso de graduação em Odontologia da UNIPAR; 2. Especialista em cirurgia e traumatologia buco maxilo facial, mestrando em implantodontia pela São Leopoldo Mandic, professor do curso de odontologia da UNIPAR; 3. Mestre e especialista em cirurgia e traumatologia buco maxilo facial UNESP- Araçatuba, Professor do curso de odontologia da UNIPAR.

* Rua Sarandi, 5304, Ap. 01. Zona IV. Umuarama, Paraná, Brasil. CEP: 87502-090. edmar_rafael@hotmail.com

Recebido em 09/08/2015. Aceito para publicação em 13/08/2015

RESUMO

Dentes supranumerários são anomalias dentárias, caracterizada por dentes que excedem o número normal da dentição, geralmente assintomática, únicos ou múltiplos. Podem erupcionar normalmente, permanecerem retidos ou atrapalhar a erupção normal dos dentes na região onde localiza-se o supranumerário. Este artigo relata um caso de 5 dentes impactados, sendo os caninos inferiores e dois supranumerários em região de sínfise e um supranumerário entre os dentes 44 e 45. Como tratamento, foi proposto a remoção cirúrgica, por acesso intraoral, osteotomia e remoção dos dentes na região de sínfise e em seguida do supranumerário localizado entre o 44 e 45.

PALAVRAS-CHAVE: Caninos, cirurgia, mandíbula, dentes supranumerário.

ABSTRACT

Supernumerary teeth are dental anomalies, characterized by teeth that exceed number normal the dentition, usually asymptomatic, only or multiple. Can erupt normally, remain withheld or hinder normal eruption the teeth in the region which is located supernumerary. This article reports a case of 5 teeth impacted, being lower canines, and two supernumerary in the symphysis region and one supernumerary teeth between 44 and 45. As treatment, has been proposed surgical removal, for access intraoral, osteotomy and removal of the teeth of the symphysis region and then the supernumerary located between 44 and 45.

KEYWORDS: Canine, surgery, jaw, supernumerary tooth.

1. INTRODUÇÃO

Várias anomalias dentárias podem trazer alterações no elemento dental, as quais podem ser de tamanho, forma, estrutura, número, dentre outras. Como conse-

quência de um processo contínuo envolvendo o crescimento fisiológico e os estágios morfológicos variáveis há a formação da forma e estrutura dental final; quando ocorre alguma alteração durante esse processo de desenvolvimento, podem surgir, por exemplo, os dentes supranumerários^{1,2}.

Dentes supranumerários são aqueles que excedem o número normal de dentes presentes na dentição permanente ou decídua, sendo mais comum na permanente^{3,4}. Ainda podem ser subclassificados como únicos ou múltiplos, unilaterais ou bilaterais e podem acometer mandíbula e/ou maxila. Desenvolvem-se principalmente durante as primeiras décadas de vida, com incidência de 1 a 3% sobre a população^{2,3,5,6,7}. Podem ser anatomia e histologia semelhantes aos dentes normais ou podem apresentar formas atípicas⁷.

Há uma predileção de 2:1 pelo sexo masculino e entre os ossos facias gnáticos, predileção pela região anterior da maxila, exceto quando há envolvimento de vários dentes, quando a região de pré-molares mandibular e a mais acometida^{3,5,6,7,8,9}.

Quando considera-se os tipos de supranumerários, o mesiodente (dente supranumerário situado entre os incisivos centrais superiores) é o mais comum^{3,10}.

O desenvolvimento dos dentes supranumerários normalmente é assintomática e geralmente é percebido em exames radiográficos, como panorâmicas ou peria-picais, exceto quando irrompem na cavidade; porém fatores sistêmicos ou locais podem retardar a erupção do supranumerário ou dos dentes da série normal^{2,11}.

Quanto ao diagnóstico, este pode ser clínico, quando detectado um padrão anormal da erupção dental, ou radiográfico, tendo a radiografia panorâmica como um importante método de diagnóstico de cistos, dentes supranumerários, entre outros, servindo de guias para uma

adequada intervenção profissional, evitando complicações. Quando detectado alguma alteração o exame radiográfico panorâmico, é prudente realizar uma radiografia periapical ou oclusal da área, pois estas permitem uma avaliação com maiores detalhes e menor distorção^{3, 12,13}.

Quanto ao tratamento, é necessária uma avaliação individual de cada caso. Existem várias opções de tratamento, dentre as quais pode-se considerar nenhuma conduta invasiva, quando o paciente desejar ou apresentar problemas locais ou sistêmicos que contraindiquem uma intervenção cirúrgica; porém nesses casos o paciente deve ser avaliado periodicamente para acompanhar uma possível alteração patológica; tracionamentos associados a apicotomias, remoção cirúrgica, etc. Em casos onde o supranumerário impede a irrupção de dentes da série normal, ficando retidos, comum em caninos, ainda pode ser realizado transplante autógeno do canino, exodontia do canino decíduo e movimentação do primeiro pré-molar para sua posição, reabilitação protética, tracionamento cirúrgico, dentre outras opções^{3,11}.

Quando os caninos se tornam impactados pela presença de supranumerários ou falta de espaço e estes apresentam-se anquilosados impossibilitando a realização de um transplante ou tracionamento; ou apresentando reabsorções, dilaceração radicular; associação com patologias ou recusa do paciente em realizar tratamento ortodôntico associado, a extração deve ser considerada, apesar da possibilidade de tratamentos mais conservadores¹¹.

Diante disso o objetivo deste trabalho visa relatar o diagnóstico e remoção de 5 dentes retidos em região anterior de mandíbula, bem como discutir as possibilidades de tratamento.

2. RELATO DE CASO

Paciente T. A. S., 18 anos, gênero feminino, feoderma, procurou o centro de especialidades odontológicas do município de Cruzeiro do Oeste para “extrair os dentes do juízo”. Para tal, foi solicitado realização de exame radiográfico panorâmico (Figura 1) onde observou-se a presença de 5 dentes impactados na mandíbula: 4 horizontalmente na região de sínfise e um entre os pré-molares direito (44 e 45), verticalmente. Clinicamente observou-se ainda a presença dos dentes 73 e 83 na boca. Assim constatou-se que tratava-se dos elementos 33 e 43 e dois supranumerários, na sínfise, e um terceiro supranumerário entre o 44 e 45.

Para complementar e orientar o planejamento e tratamento, foi solicitado uma tomografia computadorizada (TC), onde foi verificado que o dente 44 já estava sofrendo reabsorção pelo supranumerário e os demais dentes impactados estavam posicionados horizontalmente, um sobre o outro (Figura 2), sendo que dois a-

presentavam imagem sugestiva de cisto dentífero quando avaliados pela TC, impossibilitando outro tratamento além da remoção dos mesmos.



Figura 1. Radiografia panorâmica.



Figura 2. Tomografia computadorizada evidenciando o posicionamento dos dentes retidos.

A cirurgia foi realizada a nível ambulatorial. A paciente foi medicada previamente com dexametasona 4 mg 1 hora antes do procedimento. Procedeu-se à anestesia local por bloqueio do nervo mentoniano bilateralmente, com mepivacaína a 2% com epinefrina 1:100.000; incisão em região de sínfise e descolamento para exposição do tecido ósseo, onde logo pode notar um abaulamento na região (Figura 3).



Figura 3. Abaulamento em região de sínfise.

Com broca 702 para peça de mão (JET® - Brasil), sob irrigação profusa com soro fisiológico, foi removido delgado fragmento da tábua óssea vestibular que reco-

bria a região abaulada, expondo os elementos, já sendo removido dois elementos com auxílio de alavanca Seldin 2 (Quinelato® - Brasil) (Figura 4).



Figura 4. Exposição dos dentes retidos em região de sínfise.

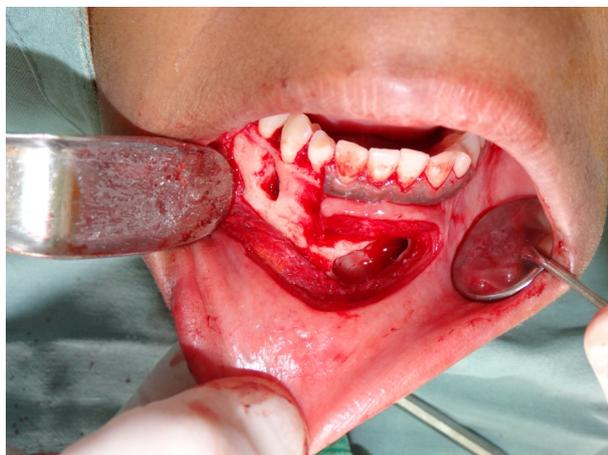


Figura 5. Condição final após remoção dos dentes retidos.



Figura 6. Sutura.

Seguiu o desgaste ósseo e removeu um terceiro elemento dental. O quarto elemento dental estava na região da base da mandíbula, com a coroa inclinado para a

base, motivo pelo qual optou-se pela odontosecção e remoção em partes, evitando maior desgaste ósseo e fragilização ainda maior da tábua óssea basal da mandíbula. A cada elemento removido era realizada curetagem para remoção do capuz pericoronário e possíveis resquícios do cisto dentífero.

Removidos os quatro elementos da região de sínfise, foi realizada incisão relaxante na distal dos elementos 83 e 45, descolamento da mucosa e exposição do tecido ósseo entre o 44 e 45. Com broca 702 para peça de mão (JET® - Brasil) e irrigação profusa com soro fisiológico foi feita osteotomia no nível cervical dos pré-molares, localizando o quinto dente impactado. Foi seccionado entre a raiz e a coroa, a coroa seccionada em duas partes e remoção dos fragmentos delicadamente, já que apresentava íntimo contato com o elemento 44. Seguiu-se a curetagem da região, irrigação e aspiração abundante de toda a região exposta para remoção esquirolas ósseas e sutura por planos (Figuras 5 e 6) com fio mononylon (Ethicon- Johnson & Johnson do Brasil). A remoção da sutura foi realizada no décimo dia de pós-operatório (Figura 6). Paciente encontra-se sob preservação há 6 meses (Figura 7), sem complicações.



Figura 7. Preservação de 6 meses.

3. DISCUSSÃO

Este caso relata presença de 3 supranumerários e 2 dentes impactados que acometeu a região de mandíbula, em região de sínfise e pré-molar, estando de acordo com a literatura que relata que quando múltiplos dentes estão envolvidos, a região de pré-molar, na mandíbula, é o local mais afetado^{3,5,6,7,9}. Geralmente estão retidos⁶.

Os caninos são os dentes mais afetados por impacção, depois dos terceiros molares, e esta impacção é dez vezes mais comum na maxila do que na mandíbula, possuindo uma tendência mais unilateral¹⁴.

Quanto ao número de dentes supranumerários presentes, em 80 a 90% dos casos são achados únicos, 10% a 20% aos pares e 1 a 3% são múltiplos, geralmente associados a síndromes⁶. Este caso a paciente apresentava 3 supranumerários, porém não estava associado a nenhuma síndrome.

Mesmo sendo assintomática, pode ser detectado precocemente por meio de exames clínicos (detectando um padrão anormal de erupção dental, visto que os caninos inferiores não esfoliaram) e radiográfico (como a radiografia panorâmica, que é de grande importância para o diagnóstico precoce de condições patológicas, facilitando a terapêutica e possibilitando um melhor prognóstico)^{5,15}.

Como complemento de diagnóstico e para auxiliar no planejamento pode ser útil a realização de uma tomografia computadorizada, pois fornece excelentes detalhes, como relação com estruturas anatômicas, por exemplo. Ainda pode mostrar posição de raízes, inclinação, dentre outros aspectos, que são informações valiosas para o estabelecimento de um plano de tratamento em casos de dentes retidos⁶.

Quando se diagnostica precocemente a presença de um supranumerário recomenda-se a remoção cirúrgica o mais rápido possível, possibilitando que o dente permanente retido tenha maior chance de erupcionar em posição normal, sem a necessidade de tratamento ortodôntico^{3,16}.

O prognóstico para a movimentação ortodôntica de dentes impactados depende de vários fatores, como a sua posição em relação aos dentes vizinhos, sua angulação, a distância a ser movido até o posicionamento correto no arco e a possibilidade de anquilose ou dilacerações radiculares. Este caso relata um diagnóstico tardio de impacção, de modo que a aplicação de tratamento conservador, como a movimentação ortodôntica, não pode ser aplicada, pois geralmente os caninos impactados na posição horizontal ou anquilosados apresentam um prognóstico desfavorável e em alguns destes casos, indica-se a extração dos mesmos¹¹, tendo ainda este caso fatores complicadores como a presença de dois dentes supranumerários na mesma região e imagem sugestiva de presença de cisto dentífero, observado por meio de exame de TC acometendo dois dos 4 elementos na região de sínfise.

O tratamento a ser realizado diante de um caso de supranumerário poderá dispor de variadas condutas de acordo com a localização dos elementos, número e precocidade do diagnóstico, sendo que geralmente é indicado remoção cirúrgica, visando prevenir o desenvolvimento de problemas relacionados a presença do supranumerário, como alteração na irrupção dos permanentes¹³.

Diante da idade da paciente com formação completa das raízes dos dentes impactados, da sugestão de presença de cisto dentífero e do posicionamento horizontal dos elementos, a remoção cirúrgica foi a única opção de tratamento proposto, tanto para os dentes impactados da região de sínfise, quanto para o dente supranumerário localizado entre os dentes 44 e 45, já que o 44 estava sofrendo reabsorção devido ao íntimo contato com o

supranumerário, necessitando de remoção imediata e acompanhamento para verificar a condição pulpar e paralização da reabsorção externa iniciada no 44.

Tratamentos mais conservadores como a apicotomias, que poderiam ser propostos em casos mais desfavoráveis, com a raiz totalmente formada ou em estágio avançado de rizogênese, com dilaceração ou anquilose apical, e onde o simples tracionamento ortodôntico não obteve sucesso anteriormente¹¹, poderia ser utilizada se os dentes estivessem em uma posição mais favorável e se não tivesse os supranumerários entre eles.

4. CONCLUSÃO

O diagnóstico precoce da presença de dentes supranumerários pode ser feito por meio de exame clínico detalhado e avaliação radiográfica, sendo fundamental para propor um tratamento precoce, evitando ou minimizando sequelas como retenção de dentes da dentição permanente, reabsorção de raízes de dentes vizinho, dentre outras;

Quando a impacção dental não é diagnosticada precocemente as opções de tratamento ficam reduzidas, necessitando de tratamentos mais radicais;

Dentes supranumerários que causam reabsorção radicular a dentes próximos devem removidos.

REFERÊNCIAS

- [1] Castilho JB, Guirado CG, Magnani MBBA. Dentes supranumerários: revisão de literatura. R Fac Odontol. 1997; 2:25-32.
- [2] Moura WL *et al.* Prevalence of supernumerary teeth in patients attended at the University Hospital of UFPI: a retrospective study of five years. Rev Odontol UNESP. 2013; 42:167-71.
- [3] Bezerra PKM, Bezerra PM, Cavalcanti AL. Dentes supranumerários: revisão da literatura e relato de caso. R Ci Méd. Biol. 2007; 6:349-56.
- [4] Rocha, AML, Columbano Neto, J, Souza, MMG. Hiperdontia na região de incisivos superiores. J Bras Ortodon. Ortop Facial, 2002; 7:389-96.
- [5] Corrêa FG, Ferreira FV, Friedrich LR, Pistóia AD, Pistóia GD. Prevalence of supernumerary teeth – retrospective study. Int J Dent. 2009; 8:11-15.
- [6] Stankiewicz A. Dente supranumerário na região de molares inferiores: relato de caso [monografia]. ULB, Canoas:Universidade Luterana do Brasil. 2004.
- [7] Loreto AFV, Kelmer F, Oliveira RV. Supernumerary in the region of jaw interfering in occlusion: diagnosis, and treatment planning of a case. Revista UNINGÁ Review. 2015; 21:27-31.
- [8] Schmuckli R, Lipowsky C, Peltomäki T. Prevalence and morphology of supernumerary teeth in the population of a swiss community. Schweiz Monatsschr Zahnmed. 2012; 120:987-90.
- [9] Neville, BW, Damm, DD. Patologia oral e maxilofacial. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2004.

- [10] Maahs MAP, Berthold TB. Etiologia, diagnóstico e tratamento de caninos superiores permanentes impactados. R Ci Méd Biol. 2004; 3:130-8.
- [11] Martins DR, Kawakami RY, Henriques JFC, Janson GRP. Impacted teeth: Clinical procedures. Relate of Cases. Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial.1998; 3:12-22.
- [12] Scheiner MA, Sampson J. Supernumerary teeth: a review of the literature and four case reports. Aust Dent J. 1997; 42:160-165.
- [13] Almeida RR, Isbralde CMB, Ramos AL, Terada HH, Ribeiro R, Carreiro LS. Supernumerary Teeth - Clinical implications and Procedures. Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Maxilar. 1997;2:91-108.
- [14] Couto Filho, C.E.G.; Santos, R.L.; Lima, A.R.G. Supranumerários: revisão de literatura: relato de casos clínicos. R Bras Cir Implantodont. 2002; 9:150-5.
- [15] Armond MC et al. Prevalence of Dental Alterations in 2-13-year-old Children in the City of Três Corações, MG, Brazil: A Radiographic Study. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2008; 8:69-73.
- [16] Shafer, W.G.; Hine, M.K.; Levy, B.M. Tratado de patologia bucal. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.



ASSOCIAÇÃO ENTRE PERVERSÃO E PEDOFILIA SEGUNDO A PSICANÁLISE FREUD – LACANIANA

ASSOCIATION BETWEEN PERVERSION AND PEDOPHILIA ACCORDING TO FREUD-LACANIAN PSYCHOANALYSIS

MEURY DARLLING DOS SANTOS^{1*}, ANDRÉ LUÍS SCAPIN²

1. Acadêmica do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Ingá-Uningá; 2. Psicólogo e Psicanalista, Mestre em Psicologia pela UFSC, Professor de Psicologia da Faculdade Ingá-Uningá.

* Rua Apucarana, 78 A, zona 8, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87050-540. mel_darling@hotmail.com

Recebido em 01/06/2015. Aceito para publicação em 10/07/2015

RESUMO

A perversão, segundo a psicanálise, é a estrutura clínica em que a castração é desmentida pelo sujeito. Assim, a inscrição da Lei do pai, representante das leis sociais, não é inscrita, o que leva à transgressão. Nos casos de perversos estruturais, seu desejo é o único que existe, e o desejo do outro é simplesmente desconsiderado. Quando se abordam casos de pedófilos, a dinâmica de gozo deste é fetichista, ou seja, há somente um objeto para a satisfação sexual, a criança, logo, não há limite para o desejo, e então a atuação é consumada, pois o outro é apenas um objeto disponível ao gozo perverso. Desta forma, objetiva-se com o presente trabalho, analisar a como é concebida a associação entre a perversão e pedofilia, discutindo a partir da pesquisa bibliográfica as principais características da perversão e sua constituição psíquica do perverso, debatendo assim as características da estrutura clínica.

PALAVRAS-CHAVE: Perversão, pedofilia, gozo, psicanálise.

ABSTRACT

The perversion, according to psychoanalysis, is the clinical structure that castration is belied by the subject. Thus, the registration of the parent Act, representative of social laws, no is registered, which leads to transgression. In the case of structural wicked, his desire is the only one that exists, and the desire of the other is simply disregarded. When addressing cases of pedophiles, the enjoyment of this dynamic is fetishistic, there is only one object for sexual satisfaction, the child, so there is no limit to the desire, and then the acting is consummated because the other is only one object available to the perverse enjoyment. Thus, objective with this work, it is to analyze the association between perversion and pedophilia, arguing from the literature the main features of perversion and its psychic constitution of the wicked, debating so the characteristics of the clinical structure.

KEYWORDS: Perversion, pedophilia, gozo, psychoanalysis.

1. INTRODUÇÃO

A perversão associada à pedofilia é descrita por Freud em Três ensaios sobre a sexualidade, publicado em 1905, em que faz referência a pessoas imaturas que são escolhidas como objetos sexuais¹ discorre sobre as aberrações sexuais, assinalando quanto ao desvio da escolha do objeto sexual, e afirma que os casos em que pessoas sexualmente imaturas (crianças) são escolhidas como objetos sexuais são considerados como aberrações esporádicas, ou seja, acontece raramente, e completa, afirmando que os casos de violência sexual são cometidos, na maioria das vezes, por pessoas próximas, tais como, professores e as pessoas que cuidam de crianças, isto ocorre, pois simplesmente estão de modo geral mais acessíveis aos pedófilos, oferecendo a melhor oportunidade para isso. Desta forma, o enlace entre a pedofilia e a perversão segue uma tríade, velha conhecida da psicologia, os aspectos psicológicos e psicanalíticos da vítima e do agressor, o aspecto social, já que o abuso sexual é uma crescente na sociedade e o aspecto jurídico, que refere-se a legislação pertinente aos casos da violação do púbere e pré-púbere.

Segundo o DSM-IV (2002)², a pedofilia encontra-se localizada na classificação referente aos transtornos sexuais, em que os sujeitos possuem um impulso sexual voltado a crianças pré-púberes, o indivíduo pedófilo possuem algumas modalidades de obtenção de prazer alguns pode vir a sentir satisfação em observar a criança, masturbar-se na presença desta, acaricia-la, outros, porém, sentem-se satisfeitos com a conjunção canal, ou a introdução de objetos nos órgãos genitais da criança, há uma variabilidade em relação ao modo de coação da criança, alguns se utilizam do emprego de força física para cometer a violência, outros as coagem por ameaças, outros ainda agem de modo tácito com promessas.

Assim, a prática sexualizada do adulto sobre a criança ou adolescente é considerada pedofilia, e segundo a

psicanálise esta está relacionada com o caráter fetichista do perverso, no qual elege um único objeto (no caso a criança) como subalterno ao seu desejo.

O trabalho tem como objetivo principal analisar a perversão como estrutura clínica e sua relação com a pedofilia de acordo com a psicanálise Freud-lacaniana. Segundo o levantamento bibliográfico, busca através da pesquisa na literatura verificar como é considerada pela psicanálise a associação entre a perversão e pedofilia.

A Revista Exame, da Editora Abril (*online*)³, traz como reportagem no dia 26 de fevereiro de 2014, o crescente número de prisões pelo crime de pedofilia, entre eles a difusão de material pornográfico infantil na internet, afirmando que mais que dobrou o número das tais prisões em 2013, ou seja, o respeito pelo desejo do outro está cada vez mais sendo deixado de lado.

Em 2010 o Senador Magno Malta presidiu a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que trata exatamente do assunto, a pedofilia, levantando a gritante quantidade de pedófilos que estão na sociedade, colocando em pauta a maior severidade na punição do crime, que por vezes é visto como doença, necessitando de tratamento psicológico e psiquiátrico, levando a impunidade⁴.

Através de pesquisa na literatura existente, isto é, da pesquisa bibliográfica, a pesquisa pretende analisar as características perversas e motivações que levam um sujeito a não respeitar a sexualidade alheia e ultrapassar a vontade sexual do outro que ainda não está inserido no campo da relação sexual,

A pesquisa é importante na medida em que fornece um conhecimento que não é muito difundido quanto aos atos perversos no que tange a sexualidade, subsidiando assim estudos posteriores em pesquisa da psicologia forense. Pode oferecer respaldo teórico a investigações criminais nos casos de crime contra a dignidade sexual de crianças e adolescentes, assim como fornecer conhecimento quanto às motivações que levam um indivíduo a cometer tal transgressão.

O trabalho é composto pelos tópicos que tratam da constituição subjetiva, os tempos do Édipo, em que a dialética do desejo do perverso de instala, as características da estrutura perversa e a caracterização sobre a pedofilia.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa é de cunho bibliográfico, isto é, são elencados materiais produzidos literariamente com o objetivo de enriquecer a discussão e ampliar a base do conhecimento sobre o tema pretendido.

Gil (2006)⁵ aponta que, “A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

A pesquisa foi realizada a partir de banco de dados brasileiros, como Scielo, Pepsic e BVS, segundo a perspectiva psicanalítica, bem como em livros de autores

consagrados, como Freud, Bleichmar, Nasio e Dor. Foram utilizadas as palavras chave: Perversão, pedofilia, psicanálise, gozo, Freud e Lacan, com o intuito de fazer o levantamento da matéria-prima utilizada na discussão presente neste trabalho.

De modo geral, todos os trabalhos científicos são elaborados a partir de um alicerce teórico, porém, há trabalhos que são exclusivamente utilizados esse meio para o levantamento das informações. Portanto, a pesquisa realizada é de cunho bibliográfico, isto é, é realizada a coleta de dados através de livros e materiais científicos referidos ao tema da pedofilia e perversão segundo a abordagem teórica psicanalítica.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Constituição do sujeito

Um sujeito se estrutura a partir da sua relação com o outro, mas não um outro qualquer, e sim um Outro (com “o” maiúsculo, denominado grande outro) que lhe traz além do alimento também a palavra e o insere em um mundo de linguagem, segundo tal pressuposto, Elia (2004)⁶ afirma,

Para a psicanálise, sobretudo a partir da reelaboração que Lacan empreendeu dos textos freudianos, o sujeito só pode ser concebido a partir do campo da linguagem. Embora Freud não se refira explicitamente a isso, todas as suas elaborações teóricas sobre o inconsciente, nome que delimita o campo primordial da experiência psicanalítica do sujeito, o estruturam como sistema quer de representações (Vorstellungen), de traços de memória (Erinnerzeichen), de signos de percepção (Wahrnehmungszeichen), que se organizam em condensação e deslocamento.

A constituição de um sujeito como tal, ocorre através do processo de alienação e separação constante, um sujeito é composto pelas marcas de faltas, por marcas de que um dia se foi tudo para o outro, de que ocupou o lugar de objeto de satisfação para o Outro, mas não ocupa mais, (marcas de não sou tudo para o Outro).

Este Outro que além do alimento traz o algo a mais, traz valores, ideologias e princípios, traz um material simbólico que cobre esta criança de significantes e transmite a este pequeno que não fala, uma estrutura significante inconsciente a ela mesma. “O que chega a ele é um conjunto de marcas materiais e simbólicas — significantes — introduzidas pelo Outro materno, que suscitarão, no corpo do bebê, um ato de resposta que se chama de sujeito”⁶.

Há um primeiro momento na constituição do sujeito em que a mãe e o bebê formam um só, a falta da mãe é tamponada por um momento com este filho, ela então pode se sentir completa, esta criança ocupa um lugar privilegiado aos olhos da mãe, aquele ser que é apenas um aparato biológico é visto pela mãe como um ser es-

pecial, isso possibilita o processo de constituição do sujeito, quando a mãe possui esta posição de faltante e consegue olhar para seu bebê e desejá-lo, e com isso aliená-lo em seu circuito pulsional, ou seja, colocá-lo em uma posição para sua própria satisfação, para a satisfação de sua pulsão/desejo. São os primeiros momentos para que do “pedaço de carne” venha emergir um sujeito⁶.

Entretanto, a mãe é faltante, e como tal desejante, então, ela vai “recortar pedaços” da criança através de suas demandas, por exemplo, no caso da amamentação, quando a mãe supõe que a criança tem fome, ela demanda (pede) que a criança seja “boca” (isto é, um recorte de uma parte da criança, a boca no caso) a criança mama, quando a mãe se satisfaz com esta “boca” ela o deixa cair da posição de objeto de seu desejo, o deixar de ser boca culmina em uma marca no psiquismo da criança, uma marca de falta, de “faltei ser”, as sucessivas alienações e separações que ocorrerão formará a posteriori o inconsciente da pré-sujeito⁶.

Cabe pontuar, neste momento os três tempos de Édipo como o posicionamento que e a defesa teórica são a partir da visão Freud-Lacanianana, este é o ponto central, e diria crucial em que a estrutura clínica é definida.

Retocemos então ao que Freud (1889)⁷ propôs sobre o complexo de Édipo, baseado no mito de Sófocles sobre Édipo rei, em que o filho mata o pai e desposa a mãe, é justamente neste ponto, em que o complexo de Édipo se instala, seria para Freud⁷ (1889, apud BLEICHMAR, 1984, p.10), “[...] o desejo amoroso pelo progenitor do sexo oposto e o desejo hostil em relação ao progenitor do mesmo sexo[...]”, entretanto, para Lacan, o complexo de Édipo possui contornos diferentes, a teoria Lacanianana compreende o Édipo em três etapas, o primeiro, segundo e terceiro tempo do Édipo.

Um primeiro momento, o bebê é o falo (significante da falta), e a mãe é completa, ou seja, por mais que haja um pai no inconsciente materno, a mãe coloca esta criança como algo que a completa, ela restitui imaginariamente seu narcisismo perdido.

É o momento de eu ideal, em que a criança é tudo para aquela/e que excuta a função materna, todo seu desejo é voltado para este infans. Muito bem adequado a matematização utilizada por Lacan dos círculos de Euler, da teoria dos conjuntos, para ilustrar este momento, mãe/bebê se completam, a mãe faz a lei e demanda sobre a criança.

[...] a criança, em quem se esboça um sujeito, nem por isso deixa de estar numa relação de indistinção quase fusional com a mãe. Esta relação fusional e suscitada pela posição particular que a criança mantém junto a mãe, buscando identificar-se com o que supõe ser o objeto de seu desejo. Esta identificação, pela qual o desejo da criança se faz desejo do desejo da mãe, e amplamente facilitada, e até induzida, pela relação de imediação da criança com a mãe, a começar pelos pri-

meiros cuidados e a satisfação das necessidades. Em outras palavras, a proximidade dessas trocas coloca a criança em situação de se fazer objeto do que e suposto faltar a mãe [...] ⁸.

No segundo momento do Édipo há a intrusão de um pai imaginário, um pai que interdita a mãe e frustra a criança, neste momento o infans “percebe” que não é tudo para sua mãe, que ela deseja para além dele, que este Outro possui o que a mãe deseja, este pai aparece como detentor do falo.

Dor (1989)⁸ explana quanto ao segundo tempo que,

A mediação paterna ira desempenhar um papel preponderante na configuração da relação mãe-criança-falo intervindo sob a forma de privação ‘a experiência nos prova que o pai, considerando como aquele que priva a mãe de seu objeto fálico d seu desejo, desempenha um papel absolutamente essencial em (...) todo o transcurso, seja ele o mais fácil, o mais normal do complexo de Édipo’. Aliás, a intrusão da presença paterna é vivida pela criança sob forma de interdição e frustração: “O pai aparece aqui, apesar de tudo, na posição de importunador, e não que incomode simplesmente por seu volume, mas em posição de importunador pelo que *interdit*. O que ele interdita?(...) Ele interdita, em primeiro lugar, a satisfação do impulso(...)”.

No terceiro momento do Édipo, há de fato a interdição e a inscrição da Lei paterna, esta que é a primeira a ser inscrita no inconsciente da criança e que a submete a castração simbólica, logo a uma constituição neurótica, pois há a submissão da criança à Lei, ou seja, o desejo da mãe é substituído pelo Nome-do-Pai, representante inicial das leis sociais. Conforme esclarece Dor⁸ (1989)

Este terceiro momento, que é exatamente o tempo de ‘declínio do complexo de Édipo’, põe termo à rivalidade fálica em torno da mãe, na qual a criança instalou-se e instalou também, imaginariamente, o pai. A partir do momento em que o pai é investido do atributo fálico, é preciso, como esclarece Lacan, ‘que ele dê provas disso’, pois é na medida em que intervém, no terceiro tempo, como aquele que tem o falo, e não aquele que o é, que pode se produzir algo que reinstaura a instância do falo como objeto desejado pela mãe, e não mais apenas como objeto do qual o pai pode privá-la.

Dessa forma, a dialética do ser para ter o falo se dá neste processo do complexo de Édipo, e a castração é a consequência desta dinâmica. Entretanto, para a estrutura que nos interessa, a perversão, em que a castração é desmentida, conforme será exposto a seguir.

3.2 Estruturação da perversão

Para iniciar a teoria das perversões, segundo a psicanálise, começo pela frase célebre de Freud sobre as perversões que resume muito bem a distinção entre as estruturas, “a neurose é o negativo da perversão”⁸. Ou seja, aquilo que na estrutura neurótica é só fantasiado, ou recalado, não só é consciente, como é atuado pela estru-

tura perversa.

Conforme nos ressalta Andrade (1994)⁹ “[...] o fantasma perverso é inconsciente na neurose e consciente na perversão. Ou seja, a perversão é entendida como uma posição subjetiva dada a partir do fantasma, cuja cena pode agenciar um tipo de conduta determinada”.

Uma reflexão sobre o excerto acima, nos direciona a uma compreensão sobre como se dá o gozo na perversão, gozo, como aponta Násio (1993)¹⁰ é a “[...] energia que se desprende quando o inconsciente trabalha”. Toda esta energia na perversão é destinada ao uso do outro, como subserviente a seu gozo, é incensurável, isto é, se o neurótico possui desejos tão insuportáveis a sua censura que não chega à consciência de forma clara, formando sintomas, sonhos, no perverso não, este tem consciência de seus desejos, e os atua, por ser incensurável, sendo assim, a única lei do desejo que impera é a sua, de modo que, não há limites para se alcançar a própria satisfação.

É válido ressaltar a definição e histórico das perversões, pois, conforme as mudanças históricas e culturais, nem sempre possuiu os contornos atuais, Roudisnesco e Plon (1998)¹¹ quanto à etiologia, apontam que, “Termo derivado do latim *pervertere* (perverter), empregado em psiquiatria e pelos fundadores da sexologia para designar, ora de maneira pejorativa, ora valorizando-as, as práticas sexuais consideradas como desvios em relação a uma norma social e sexual”.

Assim, comportamentos sexuais que fogem ao que é considerado normal, e que confronta a normatização social, e prosseguem,

A partir de meados do século XIX, o saber psiquiátrico incluiu entre as perversões práticas sexuais tão diversificadas quanto o incesto, a homossexualidade, a zoofilia, a pedofilia, a pederastia, o fetichismo, o sadomasoquismo, o travestismo, o narcisismo, o auto-erotismo, a coprofilia, a necrofilia, o exibicionismo, o voyeurismo e as mutilações sexuais (ROUDISNESCO E PLON)¹¹.

Isto é, uma amplificação e o englobamento de muitas categorias que antes não eram de forma metódica e categórica, classificadas, sendo que na década de 80 houve a substituição do termo, conforme aponta Roudisnesco e Plon¹¹ (1998),

Em 1987, a palavra perversão foi substituída, na terminologia psiquiátrica mundial, por parafilia, que abrange práticas sexuais nas quais o parceiro ora é um sujeito reduzido a um fetiche (pedofilia, sadomasoquismo), ora o próprio corpo de quem se entrega à parafilia (travestismo, exibicionismo), ora um animal ou um objeto (zoofilia, fetichismo).

Entretanto, quase um século antes, em 1896, Freud afirmava a sexualidade humana como polimorfa-perversa, definindo as perversões como um desvio sexual quanto ao ato de reprodução, ou seja, a sexualidade seria concebida como um ato perverso, que foge do processo de procriação, e busca apenas a satisfação libidinal⁸.

Roudisnesco e Plon (1998)¹¹ propõem como definição freudiana, em relação a perversão, conforme supra explanado, que seria uma, “ ‘disposição perverso-polimorfa’ ao homem em geral [...] segundo a qual o perverso seria um ‘tarado’ ou um ‘degenerado’, porém, por outro, ele conserva a idéia de norma e de um desvio em matéria de sexualidade”.

Freud (1906, 1908 [1996])¹, propõe a concepção de perversão e inversão sexual, caracterizando como invertidos os homossexuais, e pervertidos aqueles que pervertem o fim sexual, assinalando que,

Em primeiro lugar (deixando de lado os indivíduos cujo instinto sexual é exagerado ou que resiste a inibição) estão diversas variedades de *pervertidos*, nos quais uma fixação infantil a um objeto sexual preliminar impediu o estabelecimento da primazia da função reprodutora, e os homossexuais ou *invertidos*, nos quais, de maneira ainda não compreendida, o objetivo sexual é defletido do sexo oposto (grifo do autor).

Entretanto, mais tarde remonta tal concepção, e define as questões relacionadas a perversão quanto ao objeto único para satisfação, o fetiche, nos casos de pedofilia o objeto para a satisfação da libido é a criança, isto é, a criança é colocada como fetiche para o perverso.

Porém, no tange o quesito estrutural, é fundamental ressaltar, o momento em que a perversão vai se estruturar. Este ocorre no momento da passagem do ser ao ter o falo, momento em que há a apresentação do pai imaginário, e sequencialmente a condução a castração. Dor (1991)⁸ nos aponta que,

Voltemos à dialética edípiana, onde a identificação fálica inaugural é colocada em questão pela intrusão de um pai imaginário, fantasmado pela criança como objeto fálico rival de si própria junto à mãe. Este duelo fálico apresenta a seguinte particularidade: ele realiza a marca de uma ingerência nos negócios do gozo materno.

A criança vai perceber o pai como um concorrente ao desejo da mãe, e se deseja-o é porque algo lhe falta, entretanto, este desejo da mãe pelo pai não é afirmado nem denegado pela mãe, mas fica em suspenso, logo a mãe deixa a possibilidade deste filho de completá-la, Andrade (1992)⁹, explana que, “O perverso identifica-se imaginariamente com o lugar da mãe, portanto com o significante do objeto primordial. A falta encontra aí meios de se manifestar, mas como preenchível. Enquanto o neurótico se coloca na posição de sujeito, o perverso se coloca essencialmente como objeto”.

Entretanto, o ponto crucial da estruturação perversa se dá em relação a denegação da castração no outro, ou melhor, ao se deparar com a diferença anatômica dos sexos (motivo pelo qual a perversão ser uma exclusivamente masculina) o perverso denega tal realidade. Se por um lado ele se defronta com a “terrível” confirmação de

que há sujeitos fálicos e castrados, por outro nega tal realidade e conserva o falo no fetiche. Seguindo tal pressuposto, no psiquismo do perverso há uma clivagem, uma ambiguidade, de um lado a mãe aparece como castrada e de outro a mãe é fálica, recusando assim a simbolização da falta⁸.

Portanto, a não submissão ao desejo alheio, o único desejo reconhecido e tido como válido para o perverso é o seu, e a transgressão vai surgir justamente para se reafirmar a prevalência de seu desejo, isto é, quanto mais há a transgressão a Lei e as leis, mais dono do desejo ele se sente.

Alberti (2005)¹² pontua, “quanto à definição da perversão no dicionário, que faz pensar na maldade, na depravação, na corrupção e na malícia, é verdade, existem! A maneira como podemos tratar disso na clínica é outra questão, mas, por definição, não há regra!”.

Ou seja, nos vem quase que naturalmente a ideia da perversão estar sempre associada à maldade, a violência, já que o outro não passa de objeto nas mãos do perverso, porém, cair em generalização é um caminho perigoso, e muitas vezes nos leva a extremos equivocados, nem sempre quem comete atrocidades pode ser considerado perverso assim como nem todo perverso cometerá atrocidades.

Pedofilia: o abuso sexual infantil associado a perversão

Etimologicamente o termo pedofilia origina-se do grego *pados* (criança) e *filia* (amizade, atração, afeição), sendo uma prática antiga, e contendo relatos desde a antiguidade. Cabe salientar que Tibério, imperador Romano é descrito pela história como tendo interesses sexuais por crianças¹³.

Entretanto, em contexto atual é caracterizado como crime hediondo, e não aceitável na contemporaneidade, levando o que havia ares de tabu, de não debate sobre o tema, durante muito tempo, e que está sendo desvelado nos últimos anos, sendo relatado com mais frequência.

No que tange a imputabilidade do crime de pedofilia, segundo nossa legislação, é caracterizada de modo amplo pelo código penal brasileiro e pelo ECA (Estatuto da Criança e Adolescente), nos artigos que contemplam o crime de estupro, violação de vulnerável, e corrupção de menores, assédio sexual e maus tratos, além de abarcar, todas as práticas que envolvam a sensualização e sexualização da criança ou adolescente, práticas que envolvam além do ato sexual, o toque com teor sexual, o voyeurismo, o exibicionismo, os atos libidinosos em geral, bem como a difusão de material pornográfico infantil. Todas atitudes mencionadas com indivíduos menores de 18 anos são consideradas como crime de pedofilia¹⁴.

Segundo o código internacional de doenças a pedofilia é caracterizada como uma “[...] preferência sexual por crianças, usualmente de idade pré-puberal ou no

início da puberdade” (CID-10)¹⁵.

Grunspun (2003)¹⁶ aponta que a pedofilia é vista como, “Práticas sexuais mórbidas, realizadas como abuso, por adultos em crianças. A iniciativa é do adulto. O foco parafílico envolve atividade sexual com uma criança”. Isto é, a prática sexualizada que envolva um adulto e uma criança é considerado como pedofilia. Segundo o DSM-IV (2002)², a pedofilia encontra-se localizada na classificação referente aos transtornos sexuais, na parte de parafilias apontando que,

Os sujeitos com esta perturbação, que agem sob seus impulsos com crianças, podem limitar a sua atividade a despir a criança e a observá-la, exibindo-se eles próprios e masturbando-se na presença da criança ou tocando-lhe e acariciando-a suavemente. No entanto, outros executam *fellatio* ou *cuilingus* na criança ou penetram-lhe a vagina, a boca ou o ânus, com os dedos, objetos estranhos ou com o pênis e empregam a força física em graus variáveis para concretizarem seus objetivos.

Pereira (2011)¹⁷ acrescenta que a, “pedofilia envolve a atividade sexual de um adulto com uma criança pré-púbere ou no início da puberdade”. Os pedófilos podem vir a praticar a violência contra seus próprios filhos, aos parentes ou vitimar crianças conhecidas de outras famílias ou mesmo crianças desconhecidas segundo a conveniência do abusador.

Há ainda os subgêneros de tal parafilia, em que a preferência é exclusivamente voltada para meninas, meninos ou ambos, sendo raramente vista em mulheres, isto é, um número esmagador de pedófilos é do sexo masculino. Existe também pedófilos com atração sexual exclusivamente voltada a criança e outros que mesclam seus envolvimento sexuais entre adultos e crianças¹⁵.

Freud (2010 [1905])¹, em Três ensaios sobre a sexualidade, faz referência a pessoas imaturas que são escolhidas como objetos sexuais. Ele escreve sobre as aberrações sexuais, assinalando o desvio da escolha do objeto sexual, e afirma: “casos em que pessoas sexualmente imaturas (crianças) são escolhidas como objetos sexuais são imediatamente considerados como aberrações esporádicas”.

Quanto ao excerto, Pereira, (2011)¹⁷ ressalta que, nesse momento, é importante pontuar dois fatos dessa afirmativa; o primeiro é que não há dúvida de que tal desvio quanto ao objeto trata-se de uma aberração, uma manifestação da sexualidade que escapa à aceitação da cultura, tanto no plano individual como no social; e o segundo ocupa-se da afirmação de que é uma aberração esporádica, dando a entender que é pouco frequente de ocorrer em uma dimensão temporal e rara de acontecer, no sentido de que acomete, acidentalmente, um ou outro sujeito.

Deste modo, embora mencionada rara, ocorre, e geralmente são pessoas muito próximas da criança que cometem o abuso, devido a oportunidade. “Com a mais insólita frequência encontra-se o abuso sexual contra as crianças entre os professores e as pessoas que cuidam de crianças, simplesmente porque a eles se oferece a melhor oportunidade para isso”¹.

Freud (1905, p. 140)¹ ainda escreve que,

Só excepcionalmente as crianças são objetos sexuais exclusivos; em geral, passam a desempenhar esse papel quando um indivíduo covarde ou impotente presta-se a usá-las como substituto, ou quando uma pulsão urgente (impreterível) não pode apropriar-se, no momento, de nenhum objeto mais adequado.

Quer dizer, tanto socialmente inaceitável, quanto rara, um tema velado por muito tempo, e que pode muito bem se encaixar no quadro de perversões, já que o respeito à liberdade e o desejo alheio são ignorados e o que importa é a satisfação pessoal do perverso, no momento em que ele deseja.

4. CONCLUSÃO

A pedofilia, tema que muitas vezes causa asco em quem pretende estudá-lo, é fundamental, já que muitas de nossas crianças sofrem tal violência dentro da própria casa, levando consigo marcas psíquicas que perpassa ao tempo, e que algumas vezes culmina em desvios psicológicos. Tema tão fundamental a ser debatido, não pode de modo algum passar despercebido, ainda mais em se tratando da graduação da psicologia.

Durante as primeiras leituras relacionadas ao tema, senti aquele desconforto natural de quem é um ser humano, mas humano em uma estrutura na qual a Lei se faz presente, em que a censura é o limiar entre o desejo e o ato, algo que, no que diz respeito aos motivadores do pedófilo passa a revelia, este que em suma, faz de seu desejo algo acima de tudo, a única lei importante é aquela na qual a satisfação pessoal é o ápice. Durante a realização do trabalho busquei o cuidado na terminologia quanto abuso e violência sexual, já que o significante “abuso”, nos leva a pensar sobre algum limite em relação ao ato sexual relacionado a criança, como se houvesse em algum grau de permissão da violência.

O perverso é aquele que coloca a criança como objeto de seu desejo, e a qualquer custo, usa, abusa e violenta os limites sexuais daquele que muitas vezes não foi iniciado sexualmente, ou seja, a criança é colocada como fetiche ao indivíduo perverso, acarretando prejuízos psíquicos e sociais ao sujeito que defronta-se com tal violência.

Juridicamente falando, há a tentativa de inimizabilidade do perverso, alegando aspectos patológicos, entretanto, a pesquisa nos revela que o indivíduo perverso

possui consciência da lei social, em outras palavras, ele sabe das consequências de seu ato, tem conhecimento do “certo e errado”, mas mesmo assim, sua satisfação é mais importante, e o gozar em detrimento do outro, se faz regra.

REFERÊNCIAS

- [01] Freud S. [1905] Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. 7. Rio de Janeiro: Imago, 2010.
- [02] DSM IV. Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4. Ed. Tradução Cláudia Dornelles, Porto Alegre: Artmed, 2002.
- [03] Revista Exame (online). Manchete: Prisões por pedofilia mais que dobraram no Brasil em 2013, publicado em 26 fevereiro de 2013, por Maurício Grego. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/prisoos-por-pedofilia-mais-que-dobraram-no-brasil>>. Acesso em: 24 Mai. 2014.
- [04] Malta M, Tuma R, Torres D. Relatório final da Comissão parlamentar de Inquérito: CPI –Pedofilia. Brasília: República Federativa do Brasil Senado Federal, 2010. Disponível em: <www.senado.gov.br/noticias/.../RELATORIOFinalCPIPEDOFILIA.pdf>. Acesso em: 10 Jun. 2014.
- [05] Gil AC. [1946]. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- [06] Elia L. O conceito de sujeito. Coleção passo a passo, 1ªed. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.
- [07] Bleichmar H. Introdução ao estudo das perversões: a teoria do Édipo em Freud e Lacan. Tradução de Emília de Oliveira Diehl, Porto alegre: Artes Médicas, 1984.
- [08] Dor J. Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem. Porto alegre: artes médicas, 1989.
- [09] Andrade LFG. Estrutura e Perversão. Trabalho apresentado na Jornada Científica do Círculo Psicanalítico de Pernambuco, Recife, 1992. Disponível em: <http://www.escolafreudianajp.org/arquivos/trabalhos/Estrutura_e_perversao.pdf> Acesso em: 31 Mar. 2012.
- [10] Nasio JD. Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan. Tradução, Vera Teixeira. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.
- [11] Roudinesco E, Plon M. Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- [12] Alberti SA perversão, o desejo e a pulsão. Revista Mal estar e subjetividade, vol. 5, n. 2, p. 341-360, Fortaleza, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482005000200008&script=sci_arttext> .Acesso em: 31 Mar. 2014.
- [13] Carvalho CBCO que é pedofilia e quem é o pedófilo? Dissertação de mestrado, Recife, 2011. Disponível em: <http://www.unicap.br/tede/tde_arquivos/1/TDE-2011-06-07T152745Z-394/Publico/dissertacao_vanessa_carneiro.pdf> Acesso em: 24 mai. 2014.
- [14] Cordeiro FA. Aprendendo a prevenir: orientações para o combate ao abuso sexual contra crianças e adolescentes - Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da

- Juventude, Brasília, 2006. Disponível em: <www.mpdft.mp.br/portal/pdf/.../cartilha_aprendendo_a_p_revenir.pdf>. Acesso em: 12 Mai. 2015.
- [15] CID-10. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID- 10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Coordenado por: Organização mundial da saúde, traduzido por Dorgival Caetano, Porto Alegre: Artmed, 1993.
- [16] Grunspun H. Distúrbios neuróticos da criança: psicopatologia e psicodinâmica. 5 ed. São Paulo: Atheneu, 2003.
- [17] Pereira MCF. Violência sexual contra crianças e adolescentes: um olhar sobre aquele que violenta. Revista: caderno Psicanalítico, vol. 33, n. 25, p. 222-237, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em; <http://www.cprj.com.br/imagenscadernos/caderno25_pdf/18_CP_25_VIOLENCIA_SEXUAL_CONTRA_CRIANCAS.pdf> Acesso em: 15 mai. 2014.
- [18] _____. Estruturas e clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Taurus- Timbre, 1991.
- [19] _____. [1906, 1908] “Gradiva” de Jensen e outros trabalhos. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. 9. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- [20] Neves JL. Pesquisa qualitativa: características, uso e possibilidades. Revista: Caderno de pesquisa em administração, vol. 01, n. 03, São Paulo, 1996. Disponível em: <http://www.dcoms.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/pesquisa_qualitativa_caracteristicas_usos_e_possibilidades.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2014.



MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR - UM OLHAR SOBRE O RESGATE DA AUTOESTIMA ATRAVÉS DO PROCESSO DE RESILIÊNCIA

WOMEN VICTIMS OF VIOLENCE INTRAFAMILY A LOOK ON THE RESCUE OF SELF
ESTEEM THROUGH THE PROCESS OF RESILIENCE

ENAILE CAVALCANTE DA SILVA^{1*}, CARLA FERNANDA BARBOSA MONTEIRO²

1. Acadêmica do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Ingá, Maringá – Paraná. 2. Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá - UEM, docente do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Ingá.

Rua Projetada A, n. 86, Jardim Novo Horizonte, Nova Esperança, Paraná, Brasil. CEP 8600-000.
enailesilva_14@hotmail.com

Recebido em 11/08/2015. Aceito para publicação em 22/08/2015

RESUMO

A violência intrafamiliar atinge mulheres independentemente da classe social, idade, cor, etnia e religião, provocando sérias consequências na vida das vítimas. O tema deste artigo foi escolhido diante da dificuldade de encontrar material bibliográfico, entre outros, sobre o poder de superação de mulheres que sofreram violência intrafamiliar e reconstruíram suas vidas resgatando sua autoestima através do processo de resiliência. O qual é um conjunto de forças psicológicas e biológicas que capacita um indivíduo a reagir positivamente frente a uma situação de adversidade. Este estudo teve como objetivos pesquisar sobre a violência intrafamiliar contra mulheres, descrever as formas dessa violência e sobre o processo de resiliência no resgate da autoestima dessas mulheres, para tanto, utilizou-se da pesquisa bibliográfica realizada a partir de referências teóricas já analisadas e publicadas. Conclui-se que, as mulheres vítimas de violência intrafamiliar, ao conseguirem suplantar os traumas causados pela violência sofrida, através da perspectiva de uma vida melhor são impulsionadas a aptidão de resiliência e tem a capacidade de romper com esse ciclo de vicioso, recuperando sua autoestima, que é a apreciação que cada um faz de si mesmo, originando uma expectativa positiva na reconstrução de suas vidas. Espera-se que este estudo sirva de base para futuras pesquisas no sentido de ampliar e aprofundar o conhecimento do tema com o intuito de incentivar maior número de mulheres a alcançar e desenvolver a resiliência no caso, em específico, de serem vítimas de violência intrafamiliar.

PALAVRAS-CHAVE: Violência Intrafamiliar. Autoestima. Resiliência.

ABSTRACT

The domestic violence affects women regardless of social class, age, race, ethnicity and religion, causing serious consequences on the lives of victims. The subject of this article was chosen

due to the difficulty of finding library materials, among others, about the power of overcoming women who have suffered domestic violence and rebuilt their lives rescuing their self esteem through the resilience process, which is a set of psychological forces and biological that enables an individual to react positively against an adversarial situation. This study aimed to research on domestic violence against women, describe the ways that violence and the resilience process to rescue the self-esteem of these women, therefore, we used the bibliographical survey from theoretical references have analyzed and published. In conclusion, victims of domestic violence women get to overcome the trauma caused by the violence suffered by the prospect of a better life are driven fitness resilience and has the ability to break the cycle of violence, regaining his self esteem, which is the appreciation that each one makes of himself, creating a positive expectation in rebuilding their lives. It is hoped that this study will serve as a basis for future research in order to broaden and deepen the knowledge of the subject in order to encourage more women to achieve and develop resilience in the case, in particular, to be victims of domestic violence.

KEYWORDS: Intra-family Violence. Self-esteem. Resilience.

1. INTRODUÇÃO

A violência é uma velha conhecida, a prática da mesma se dá desde a Antiguidade, mas foi somente no século XIX, de acordo com Hayeck (2009)¹, que passou a ser fortemente discutida e caracterizada como um fenômeno social. Despertando a atenção do poder público, bem como de profissionais e estudiosos de diversas áreas como Ciências Sociais, História, Medicina, Psicologia, Direito entre outras.

Nas palavras de Minayo (2003)² a violência tem suas raízes nos meios sociais e a define como “[...] o uso da força que leva à exclusão, ao abuso e ao aniquilamento do outro, seja este outro um indivíduo, um grupo, um

segmento social ou um país” (p. 99). Ressaltando que este é um fenômeno que não se restringe a uma classe social, atinge todas as pessoas, independentemente do nível sócio econômico e cultural, da faixa etária, do grau de escolaridade a que pertencem.

Hayeck (2009)¹ explica que a violência é um conjunto de reações que pode causar danos físicos ou psíquicos ao próximo, ou seja, um comportamento violento que atinge a autonomia, a integridade física ou psicológica e até mesmo a vida, e destaca que violência não é a mesma coisa que força, pois caracteriza-se “[...] pela ação corrupta, impaciente e baseada na ira que convence ou busca convencer o outro [...]”, (p. 5). Ou seja, é através da violência que o violentador procura impor ou obter algo, e mais, que além da agressão física, a violência pode ser emocional através de ofensas ou ameaças, o que pode causar tanto sequelas físicas como psicológicas.

A autora registra que vários são os tipos e formas de violências sociais, dentre elas: os roubos, os assassinatos, os sequestros, as guerras, os atentados, o terrorismo, a violência física, a violência sexual, a violência psicológica e emocional, a violência moral, a tortura, entre outras. Dentro dessa diversidade, a ocorrida no ambiente doméstico tem como principais vítimas as crianças, os adolescentes, as mulheres e os idosos, sendo a violência intrafamiliar contra mulheres uma das formas mais graves cometidas dentro do ambiente familiar, repercutindo de forma significativa sobre a saúde das pessoas a ela submetidas.

No contexto que a violência intrafamiliar contra mulheres é uma das mais graves e atinge grande parcela da população, este estudo busca abordar tópicos relacionados a este tipo de violência como a violência de gênero, descrever sobre a violência intrafamiliar e evidenciar a capacidade de mulheres em superar a situação de violência intrafamiliar através do processo de resiliência.

Para tanto, este estudo se apresentou como Revisão de Literatura. No desenvolvimento do mesmo, quanto aos procedimentos, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, que de acordo com Gil (2008)³ é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Em relação à sua abordagem a pesquisa é de natureza qualitativa, a qual o autor acima citado explica que esta não se preocupa com estatísticas, mas, sim, com a compreensão de determinados acontecimentos em um grupo social. Ou seja, preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, focando a compreensão e explicação das relações sociais.

Este artigo tem como objetivo geral dissertar sobre o resgate da autoestima de mulheres vítimas de violência intrafamiliar através do processo de resiliência; apresenta

como objetivos específicos abordar sobre violência de gênero e descrever as principais formas da violência intrafamiliar sofrida por mulheres. Dessa forma a problemática apresentada neste estudo foi: é possível ocorrer o processo de resiliência em mulheres que se encontram em situação de violência intrafamiliar?

Violência intrafamiliar no gênero feminino e suas peculiaridades

Primeiramente, é necessário esclarecer que o conceito de gênero surgiu para compreender as relações entre os sexos.

De acordo com as autoras Cramer *et al.* (2002)⁴ as relações de gênero são relações sociais e o que deve ser considerado é o fato de que estas relações são também relações de poder. Assim, a sexualidade da mulher foi sendo cada vez mais submetida aos interesses do homem pelos bens materiais, e a função da mulher foi sendo restrita ao mundo doméstico, submissa ao homem, acarretando cada vez mais a violência contra o gênero feminino.

Segundo Schraiber & d’Oliveira (1999)⁵ “a violência contra a mulher diz respeito, pois, a sofrimentos e agressões dirigidos especificamente às mulheres pelo fato de serem mulheres” (p. 14); o que nos remete à situação experimentada pelas mulheres na construção de gênero. Significa a diferença social da condição feminina, diferença esta que faz parecer certas situações de violência, especialmente a violência que se dá por agressores conhecidos, próximos e de relacionamento íntimo ou não.

Adeodato *et al.* (2005)⁶ utilizam a definição sobre a violência contra a mulher apresentada pela Declaração das Nações Unidas, de 1949, e aprovada pela Conferência de Viena em 1993, para caracterizar o universo da violência de gênero feminino, na qual consta que é “[...] todo e qualquer ato embasado em uma situação de gênero, na vida pública ou privada, que tenha como resultado dano de natureza física, sexual ou psicológica, incluindo ameaças, coerção ou a privação arbitrária da liberdade” (p. 2).

Especificamente sobre violência intrafamiliar, Brasil (2002)⁷ considera este tipo como “[...] qualquer tipo de relação de abuso praticado no contexto privado da família contra qualquer um dos seus membros” (p. 10). Ao mesmo tempo, estatísticas deste mesmo órgão demonstram que o homem adulto é o autor mais freqüente dos abusos físicos e/ou sexuais sobre meninas e mulheres. Cramer *et al.* (2002)⁴ alertam que a violência intrafamiliar é estabelecida histórica, psicológica e socialmente como abuso de poder nas relações de gênero e geração e, uma de suas consequências é a limitação do indivíduo violentado.

A forma da violência intrafamiliar, segundo Brasil (2002)⁷ se apresenta sob diferentes aspectos, através de

maus-tratos físicos, psicológicos, sexuais, econômicos ou patrimoniais, causando perdas irreparáveis. “As pessoas submetidas à violência intrafamiliar, principalmente as mulheres e crianças, muitas vezes culpam-se de serem responsáveis pelos atos violentos” (p. 27). Esta percepção que os indivíduos violentados tem de si mesmo é reforçada pelas atitudes da sociedade ao longo do tempo, que impõe uma submissão ao agressor.

Além dos aspectos políticos, econômicos e sociais, Minayo (2003)² apresenta também os fatores culturais como fonte da violência intrafamiliar, seu maior exemplo é a cultura patriarcal que determina ao homem, considerado o maior agressor no contexto familiar, ser o provedor e responsável pela família, fazendo com que seus demais membros sejam submetidos ao respeito e à obediência, pois quando este indivíduo sente perder seu poder patriarcal, ele tenta recuperá-lo através da violência.

Em suma, a violência intrafamiliar é um fenômeno que ocorre dentro da família, o que é pior, pois na opinião Schraiber & d'Oliveira (1999)², a agressão cometida “por um desconhecido é bastante diversa da mesma agressão cometida por uma pessoa próxima, íntima, que se ama (ou amou) e com quem se escolheu conviver, ainda que esta escolha seja algumas vezes mais próxima do constrangimento” (p.14).

Sendo assim a violência intrafamiliar tem origem entre os membros da família, independentemente se o agressor esteja ou não compartilhando o mesmo domicílio. As agressões incluem violação, maltrato físico, psicológicos e, algumas vezes, pode culminar com a morte da mulher maltratada.

Adeodato *et al.* (2005)⁶ escrevem que tal violência pode ser compreendida, e interpretada, das mais variadas formas, no entanto, essas agressões acabam por se classificar dentro de características específicas, sendo as mais comuns a Violência Psicológica, a Violência Sexual e a Violência Física.

Antes de dissertar sobre os principais tipos de violência intrafamiliar, para melhor compreensão deste tópico, julga-se importante distinguir este tipo de violência da extrafamiliar e também da violência doméstica. No primeiro caso, a diferença se encontra que a primeira é um fenômeno que ocorre dentro da família, enquanto que a segunda, a extrafamiliar, acontece fora da família, caracterizado pela discriminação, crueldade, abandono, institucionalização e exploração.

Tratando-se da violência intrafamiliar e da doméstica, embora muito parecida e com as mesmas características, elas se diferenciam porque a ocorrência desta última inclui outros membros do grupo, sem relação parental, que convivam no espaço doméstico, podendo ser empregados e outras pessoas que convivem esporadicamente, agregados, entre outros.

Contextualizada as devidas diferenças entre a violên-

cia intrafamiliar, a violência extrafamiliar e a violência doméstica, a seguir descreve-se sobre os principais tipos de violência intrafamiliar.

Violência psicológica

A violência psicológica ou violência emocional, segundo Centro Internacional de Estudos e Pesquisas sobre a Infância (CIESPI) (2003)⁸, através de suas pesquisas, apresenta que esta forma de violência é a mais difícil de ser identificada apesar de ocorrer com bastante frequência. Suas consequências, entre outras, é o afastamento da vítima do convívio social, o fazer a pessoa se sentir desvalorizada, ansiosa e a ficar propensa a adoecer com facilidade, e, em situações mais graves, pode levar até ao suicídio.

Conforme Mello (2007)⁹ escreve, a violência psicológica ocorre através da rejeição de carinho, ameaças de espancamento à mulher e seus filhos, impedimentos à mulher de trabalhar, de ter amizades, de frequentar certos lugares, e até mesmo ameaças de morte, caso não aja conforme exigido pelo agressor. Pode ser definida como um processo que tem como objetivo determinar ou manter o domínio sobre a parceira, e “é uma violência que segue um roteiro: ela se repete e se reforça com o tempo. Começa com o controle sistemático do outro, depois vêm o ciúme e o assédio e, por fim, as humilhações e a abjeção. Tudo para um se engrandecer rebaixando o outro” (p. 7).

Vale ressaltar que alguns autores classificam o ato de desmoralizar e colocar em dúvida a idoneidade moral da pessoa agredida como uma forma de agressão moral, separando-a da violência psicológica, e, Fromm (1986)¹⁰ esclarece que a violência moral consiste em calúnias, difamações ou injúrias que afetam a honra ou a reputação de uma pessoa.

O CIESPI (2003)⁸ complementa que comportamentos abusivos, gestos, palavras, atitudes, entre outros, que ameaçam a integridade física ou psíquica da pessoa, bem como exigir favores sexuais como condição para dar benefícios ou manter privilégios de alguém também são classificados como atitudes de assédio moral, o que diferencia-se da violência psicológica doméstica e dos comportamentos de seus agressores no ambiente familiar.

Então, Mello (2007)⁹ aponta que a violência psicológica, também chamada de Agressão Emocional, se caracteriza por não deixar marcas no corpo, mas sim por deixar marcas emocionais tão profundas que muitas vezes podem ser até mais prejudiciais que as físicas. Entre cônjuges, o parceiro faz o outro se sentir inferior, dependente e culpado, tratando-o como se fosse incompetente, e não raro, ridicularizando-o.

Dessa forma, podemos classificar a violência psicológica como um conjunto de fatores, atos, palavras e

ações que venham a denegrir, destratar, desestabilizar, desmoralizar mulheres vitimadas por seus agressores no ambiente intrafamiliar.

Violência sexual

É atualmente, a forma que mais causa revolta na sociedade em geral, pois o incesto é a forma mais extrema de abuso sexual, e também porque o ato sexual forçado pode causar tanto lesões físicas como psicologias à vítima.

O CIESPI (2003)⁸ identifica a violência sexual como sendo “[...] o uso da força, para se obter da vítima, relação sexual de qualquer natureza, seja ela conjunção carnal ou atos libidinosos em geral, ocorre dentro dos lares com mulheres abusadas por seus próprios parceiros” (p. 66).

O abuso contra cônjuges geralmente está relacionado à problemas no casamento/união, podendo se dar pela recusa do parceiro ao ato sexual, ou quando o agressor possui distúrbios psicológicos, tais como a insaciedade sexual.

Conforme Teles & Melo (2002)¹¹, a violência sexual é o termo empregado para “[...] o ato de força em que a pessoa agressora obriga a outra a manter relação sexual contra a vontade” (p. 21), sobretudo, para os casos de estupro cometidos dentro e fora de casa. Diferentemente do abuso sexual que é a expressão usada para denominar a violência sexual praticada contra a mulher, cuja caracterização “[...] é a imposição do desejo sexual de uma pessoa para satisfação única e exclusiva de si próprio usando o outro como objeto. [...]” (p. 21).

Para o CIESPI (2003)⁸ “[...] a violência sexual é toda ação na qual uma pessoa obriga outra à realização de práticas sexuais contra a vontade, por meio de força física, influência psicológica ou do uso de armas ou drogas” (p. 66).

Safiotti (2004)¹², afirma que tal violência também acaba por deixar outras seqüelas, de mesma importância e, entre estas encontram-se “[...] o temor de gravidez e o temor às doenças sexualmente transmissíveis, a vergonha, confusão, humilhação, medo e raiva. [...]” (p. 75), seqüelas que, se a vítima não receber ajuda profissional, podem durar muitos anos e, pode “[...] inclusive incorporar-se ao longo do tempo ao caráter e à personalidade da vítima [...]” (p. 75), tornando-a uma possível repetidora desta violência.

Violência física

A violência física, segundo Teles & Melo (2002)¹¹ consiste em qualquer ato agressivo que objetive causar dor a alguém, desde o mais simples gesto buscando apenas a repreensão, até os mais graves, provocando lesões corporais ou mesmo o espancamento fatal. O agressor,

que se utiliza desta prática geralmente possui uma relação de sujeito-objeto com a vítima, ou seja, vê nesta última uma pessoa causadora de problema por suas necessidades não satisfeitas.

Esta forma de violência contra o gênero feminino caracteriza-se como base para este trabalho, uma vez que procura identificar o processo de resiliência em mulheres vítimas de violência intrafamiliar, o que geralmente ocorre somente após terem sofrido agressões físicas; na opinião de Minayo (2003)² a violência física é o “ato de provocar lesões corporais possivelmente diagnosticáveis, tais como cutâneas, neurológicas, oculares e ósseas, provocadas por queimaduras, mordidas, espancamentos, ou qualquer ação que ponha em risco a integridade física da mulher” (p. 82).

Em concordância com a autora acima, o CIESPI (2003)⁸ descreve que a violência física pode causar lesões internas como hemorragias e fraturas, externas como cortes, hematomas ou feridas, ou ambas. Também relata que, recentemente, o castigo repetido, não-severo, passou a ser considerado como violência física, já que pode causar conseqüências físicas ou psicológicas, deixando, ou não, marcas aparentes, podendo causar danos temporários, permanentes ou mesmo a morte, dependendo da gravidade.

Ainda em relação à violência física, Guerra (2008)¹³ escreve que ela é considerada como “[...] um ato executado com intenção real ou intenção percebida, de causar dano físico a outra pessoa. O dano físico pode ir desde a imposição de uma leve dor, passando por um tapa até o assassinato” (p. 35).

Compreende-se que violência física é o uso de força com a intenção de ferir o próximo. Ocorre quando uma pessoa, que está no poder em relação a outra, causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar ou não lesões externas, causando, por esse ato, conseqüências impactantes na saúde física e emocional da vítima.

O resgate da auto estima: os direitos e o processo de resiliência de mulheres vítimas de violência intrafamiliar

Muitos são os estudos sobre a violência sofrida por mulheres, principalmente a violência doméstica e suas conseqüências, porém, sobre a superação das conseqüências de uma situação de violência intrafamiliar contra mulheres através do processo de resiliência, não se encontra escritos facilmente, talvez pelo fato de pouco existirem casos assim e, os que existem deixam de ser registrados.

O termo resiliência, segundo o dicionário Houaiss (2009)¹⁴, é a “capacidade de se recobrar facilmente ou se adaptar à má sorte ou às mudanças” (p. 460). Ou seja, capacidade de se recuperar de uma situação difícil, de

lidar de forma positiva diante das dificuldades. Complementando, Poletto (2008)¹⁵ escreve que a resiliência se caracteriza como um processo de enfrentamento, superação e adaptação que pode ser apresentado em qualquer fase da vida de um indivíduo; sendo que para o seu desenvolvimento é necessário um fato estressante, um trauma.

Ainda definindo o que é resiliência, na área de psicologia, Barreira & Nakamura (2006)¹⁶ escrevem que esta abrange um conjunto de forças psicológicas e biológicas, utilizadas para alcançar um processo de mudança e aprendizado, até resolver os conflitos e, está relacionada à qualidade da resistência e da perseverança diante das dificuldades. Os autores ainda escrevem que a mesma atua como forma de desenvolver uma melhor qualidade de vida através da superação de infortúnios.

Tem-se ainda, que diante todas as dificuldades encontradas por mulheres vitimizadas pela violência doméstica intrafamiliar, o apoio da família, de amigos e principalmente de profissionais da área de saúde contribuem em muito para que estas desenvolvam alternativas que, não somente ajudam interromper o ciclo de violência a qual estão expostas, mas também superar os obstáculos e elevar sua auto estima.

Segundo Oliveira *et al.* (2005, p. 56)¹⁷ os profissionais e serviços de saúde tem um papel crucial para lidar com mulheres vítimas de violência, pois na maioria das vezes, elas “apresentam problemas que não se reduzem às conseqüências imediatas dos atos violentos vivenciados, mas interfaces que precisam contar com o aporte interdisciplinar, como cicatrizes deixadas na vida sexual, afetiva, social e profissional”.

São vários os profissionais da área de saúde que atuam no atendimento à mulheres vítimas de violência intrafamiliar, entre eles, Hirigoyen (2006, p. 182)¹⁸ destaca o trabalho do psicólogo, justificando que a mulher que convive ou já conviveu, com a violência intrafamiliar, geralmente tem seu estado psicológico prejudicado e assim apresenta certa dificuldade em mudar sua realidade, uma vez que “a pessoa sob jugo não é mais senhora de seus pensamentos, está literalmente invadida pelo psiquismo do parceiro e não tem mais um espaço mental próprio”.

A autora supracitada escreve que o objetivo do atendimento psicológico às mulheres em situação de violência de todo tipo é fazer com que resgatem sua auto estima, que recuperem sua condição de sujeito, pois somente assim terão condição de romper com seu agressor. Portanto, a mulher vítima de violência intrafamiliar necessita de ajuda profissional que a auxilie criar mecanismos para mudar a realidade e superar as seqüelas de uma relação marcada pela violência.

Porém, voltando aos direitos das mulheres, sabe-se que, com uma grande parcela de participação da mulher na vida econômica de inúmeros países e por meio das

reivindicações na área dos direitos elas tem conseguido que os organismos internacionais e nacionais reconheçam seus direitos criando leis de proteção à mulher. Adeodato *et al.* (2005)⁶ escreve que a ONU - Organização das Nações Unidas- iniciou seus esforços contra a violência praticada em mulheres, na década de 50, com a criação da Comissão de Status da Mulher estabelecendo que os direitos são iguais entre homens e mulheres como consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos e em 1979 a Assembléia Geral das Nações Unidas criou a Lei Internacional dos Direitos da Mulher promovendo também os direitos da mulher na igualdade de gênero, bem como, a repressão de quaisquer discriminações.

Probst (2012)¹⁹ destaca que uma das principais conquistas da mulher foi a sua inserção no mercado de trabalho na época da Primeira Guerra Mundial (1914 - 1918), quando os homens foram convocados para o campo de batalha, restando às mulheres dar continuidade nos trabalhos masculinos. Logo em seguida, em 1934, foi oficializado o direito da mulher ao voto.

No Brasil, Adeodato *et al.* (2005)⁶ cita que foi a partir de 1985 que as mulheres tiveram suas conquistas ampliadas com a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) e, logo em seguida, em 1988, a Constituição Federal igualou homens e mulheres em direitos e deveres com o objetivo de amparar os direitos das mulheres. Já na opinião de Probst (2012) o fato marcante na conquista dos direitos das mulheres brasileiras ocorreu no governo de Getúlio Vargas, após a Revolução de 1930, quando foi criado o decreto lei nº 24.417, o qual estabelece melhor a situação das mulheres no mercado de trabalho.

Desde então, várias ações tem sido conduzidas no intuito de promover os direitos das mulheres com medidas protetivas, visando à solução do problema da violência por elas sofridas. Willians *et al.* (2008)²⁰ comentam sobre a criação, em 2003, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, um órgão do Governo Federal com o intuito de desenvolver ações que assegurem os direitos das mulheres; já no ano de 2005 elaborou-se o I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, que foi atualizado em março de 2008 com o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, que introduziu novas estratégias de políticas públicas para as mulheres.

Todavia, de acordo com Willians *et al.* (2008)²⁰, as mulheres que sofriam agressões, em particular no ambiente doméstico, mesmo amparadas pelas leis dos direitos humanos, ainda não tinham garantido a devida assistência de tal brutalidade; assim, em 7 de agosto de 2006 foi sancionada uma nova lei, Lei nº 11.340, intitulada Lei Maria da Penha, aplicada quando a mulher, de qualquer idade, sofrer violência de parentes ou quaisquer outras pessoas próximas ou não à família, por exemplo: namorados, ex-namorados, maridos, ex-maridos, filhos, netos, genros, ex-genros, tios, primos, e até por outra mulher,

entre outros.

Oliveira (2013)¹⁷ em seu estudo sobre a violência intrafamiliar contra mulheres constatou que embora a Lei Maria da Penha tenha proporcionado o aumento do número de mulheres que denunciam a violência sofrida e que procuram ajuda, os dados sobre a violência contra a mulher continuam cada vez piores. No entanto, o número de mulheres que procuram informação sobre esta lei é cada vez maior.

Como seqüelas da violência intrafamiliar, as mulheres apresentam, principalmente depressão, tristeza, medo e confusão e Oliveira *et al.* (2005)¹⁷ completa que “além dos efeitos imediatos, as mulheres em situação de violência doméstica vivenciam vestígios na vida sexual, social e profissional” (p. 379).

O terror é tamanho que após terem sofrido violência intrafamiliar, segundo Oliveira *et al.* (2005)¹⁷ estas mulheres não conseguem ficar sozinhas, sem companhia, em alguns casos, até se sentem incapazes de realizar atividades do dia a dia como entrar num elevador, andar de ônibus, ou permanecerem em ambientes isolados e nutrem um sentimento de desconfiança dos homens deixando claro que as mesmas tem sua saúde mental afetada sob a forma de transtornos emocionais e de humor, depressão, ansiedade, baixa auto estima, insônia entre outros.

Em contrapartida, destaca-se que, ainda diante de todas as dificuldades encontradas por mulheres vitimizadas pela violência intrafamiliar, existem aquelas que, segundo pesquisas realizadas por Oliveira *et al.* (2013)²¹, após estas “vencerem o medo e os traumas provocados pelo período de violência sofrida, conseguem se desvencilhar de seus agressores e dos ambientes, onde esta violência aconteceu e enfrentar as possíveis críticas pelo abandono do lar” (p. 41). De acordo com a pesquisadora tais mulheres se fortalecem e conseguem ainda mais, conseguem “resistir às investidas de seu agressor quando este não aceita este ‘abandono’ e investem com perseguições e ameaças”. Tem-se também que a maioria das mulheres que reage dessa maneira conta com apoio profissional especializado para resgatar sua autoestima e recomeçar uma nova vida longe do âmbito da violência doméstica. É a capacidade de resiliência.

Especificamente, tratando-se de mulheres vítimas de violência intrafamiliar, o processo de resiliência se dá com o rompimento do ciclo da violência, e segundo Labronici (2011)²², na maioria dos casos, as vítimas só iniciam tal corte quando seus agressores tentam matá-las ou agredir e até querer matar os filhos. Entretanto, na pesquisa realizada por Oliveira *et al.* (2013)²¹ apenas um terço das mulheres vítimas de violência intrafamiliar entrevistadas, ou seja, 33% delas romperam com o ciclo de violência devido ameaças de morte do agressor, o restante foi somente após a morte dos mesmos.

Labronici (2011)²² esclarece que o processo acima

mencionado não é fácil e é construído gradativamente por meio de cada ação e palavra. Portanto, “[...] o ambiente no qual o indivíduo vive pode ser conturbado, todavia, ele é capaz de se recuperar e seguir adiante” (p. 13), contribuindo com uma perspectiva positiva na vida de uma pessoa, tanto na saúde física como mental. Contudo, não deixa de ser um grande um desafio.

Vencido o desafio de romper com o agressor, Ferraz *et al.* (2007)²³ escrevem que é possível que as mulheres vítimas de violência intrafamiliar recuperem a auto estima e passem a sentir orgulho de si mesmas, acabam por reconhecer a felicidade em suas vidas, o que caracteriza a superação do que viveu enquanto vítima de tal violência, e desta maneira apresenta aspectos formadores tais como: a personalidade, o otimismo, resiliência, gratidão e emoções positivas.

Em concordância com os autores citados no parágrafo anterior, Oliveira *et al.* (2013)²¹ conclui em seu estudo que realmente as mulheres vítimas de tal violência “que não querem permanecer neste estado, mesmo tendo suas condições psicossociais abaladas, podem ter ações, tomar atitudes que originam uma perspectiva positiva em suas vidas” (p. 63). Tais atos praticados se iniciam com o rompimento da situação de violência quando a mulher se separa do agressor, em consequência uma outra casa, um novo emprego e o reinício da vida social. A autora finaliza comentando que “não são todas que alcançam tal feito. É preciso muito trabalho de ajuda e conscientização por parte da sociedade como um todo” (p. 63). Isto quer dizer que precisam de apoio, tanto profissional como da família e amigos.

A contextualização aqui apresentada buscou cumprir com os objetivos do presente estudo que é pesquisar sobre a violência intrafamiliar contra mulheres, descrever as formas dessa violência e sobre o processo de resiliência no resgate da autoestima dessas mulheres.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este artigo trata-se de um estudo do tipo Revisão de Literatura. No desenvolvimento do mesmo, quanto aos procedimentos, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, que de acordo com Gil (2008)³ é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos e páginas de web sites. Em relação à sua abordagem a pesquisa é de natureza qualitativa, a qual Gil (2008)³ explica que não se preocupa com estatísticas, mas, sim, com a compreensão de determinados acontecimentos em um grupo social. Ou seja, preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, focando a compreensão e explicação das relações sociais.

Quanto à análise dos dados apresentada no item Discussão, esta foi realizada na forma de análise de

conteúdo, que, na opinião de Gil (2008)³, constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos e ainda mais, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum.

3. DISCUSSÃO

Percebe-se que o processo de resiliência é possível ser desenvolvido em casos de vítimas de violência intrafamiliar, porém não é nada fácil desenvolvê-lo, uma vez que requer resistência, perseverança, superação, capacidade de lidar de forma positiva diante de uma situação difícil, no caso deste estudo, uma situação de violência sofrida. Na maioria dos casos de violência intrafamiliar contra a mulher, esta precisa de auxílio, não consegue desenvolver resiliência sozinha.

No entanto, para que o processo de resiliência seja desenvolvido pelas mulheres vítimas de violência intrafamiliar, elas precisam de ajuda, como comentado por Hirigoyen (2006)¹⁸, principalmente ajuda profissional. Tal ajuda é oferecida através de alguns serviços de atenção à violência contra a mulher incorporados a uma política específica para estes casos através do trabalho de uma equipe multidisciplinar. Hirigoyen (2006)¹⁸ cita os centros de referência e atendimento para mulheres vítimas de violência, aos quais ocupam uma posição importante para as mulheres que necessitam de apoio psicológico e orientação social e jurídica.

Quanto ao rompimento por completo da violência, como Labronici (2011)²² expõe em suas pesquisas, ao constatar que as participantes decidiram enfrentar a situação traumática após serem ameaçadas de morte ou terem seus filhos ameaçados, as consequências são tão profundas que dificulta ainda mais a recuperação. Desta forma, Poletto (2008)¹⁵ explica que para que a vida dos que sofreram um trauma tenha continuidade e assim a resiliência se desenvolva, o espaço de convivência deve propiciar proteção e segurança.

Destaca-se, então, o desejo de dar e obter segurança, uma vida digna e sem violência, o que propicia o processo de resiliência. Ou seja, como Labronici (2011)²² ressalta, as rupturas com o passado repleto de dor e sofrimento podem deixar marcas, mas também possibilitam garantir a sua integridade física, bem como a de seus filhos.

Compreende-se que, ao superarem o período de sofrimento da violência intrafamiliar, a perspectiva de uma vida melhor impulsiona a aptidão de resiliência, na qual ocorre a ativação do ser, estar, ter, poder e querer, pela recuperação da auto estima, possibilitando a estas mulheres, superar as pressões do seu mundo, desenvolver

autoconfiança e, assim, auto proteção com disposição para uma nova realidade²².

As mulheres vítimas de violência intrafamiliar são perfeitamente capazes de desenvolver a resiliência e, Ferraz *et al.* (2007)²³ ressaltam que quando estas mulheres se encontram no estágio de rompimento com o agressor e de construção de uma vida nova, acabam reconhecendo a felicidade em suas vidas, o que caracteriza a superação do que viveu enquanto vítima de tal violência, e desta maneira reforçam sua personalidade, o otimismo, resiliência e emoções positiva.

4. CONCLUSÃO

Observa-se que, diante do que foi contextualizado, a mulher que sofre violência intrafamiliar tem sentimentos de perplexidade e ao mesmo tempo de impotência diante da agressão sofrida.

Conclui-se que apesar do advento do século XXI, a violência intrafamiliar ainda causa indignação na sociedade em geral. Mesmo assim somente depois de muito sofrimento que muitas destas mulheres vítimas deste tipo de violência conseguem romper com tal situação, ou seja, todas podem ter a capacidade de resiliência, capacidade de se recuperarem e lidarem de forma positiva com as dificuldades e desafios consequentes da violência intrafamiliar, mas nem todas desenvolvem o processo; como constatado diante da pesquisa bibliográfica aqui apresentada como fonte de coleta de dados para o desenvolvimento deste artigo.

O fato de nem todas as mulheres vítimas de violência intrafamiliar conseguirem desenvolver o processo de resiliência pode ser porque a minoria destas vítimas procuram ajuda, tanto na família como um profissional, e sozinhas não tem condições, principalmente psicológicas de enfrentarem e superarem a situação em que se encontram.

A pesquisadora ressalta ainda que quando se trata de enfrentar a violência contra as mulheres qualquer caminho deve ser um caminho compartilhado, trilhado pela sociedade como um todo. Não está apenas nas mãos da mulher que sofre violência conseguir romper com a mesma, para isto são necessárias políticas públicas por parte do Estado, compromisso da sociedade e compreensão, solidariedade e afeto de todos.

Acrescenta-se ainda o desejo de que este estudo sirva de base para futuras pesquisas no sentido de ampliar e aprofundar o conhecimento do tema com o intuito de incentivar maior número de mulheres a alcançar e desenvolver a resiliência, no caso em específico, de serem vítimas de violência intrafamiliar. Para que assim sendo, tais vítimas além de entenderem e saberem lidar com as adversidades consigam se perceber como pessoas, se assumirem como mulheres e como ser humano que não se rebaixa mais diante do papel de vítimas, descobrindo

alternativas na vida e reconstruindo sua própria identidade.

REFERÊNCIAS

- [1]. Hayeck CM. Refletindo sobre a violência. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, Ano I. n. 1, Julho, 2009. Disponível em: <www.rbhcs.com>. Acesso em: 30 maio 2015.
- [2]. Minayo MC. Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003.
- [3]. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas. 2008.
- [4]. Cramer L, Neto AP, Áurea L. Relações de Gênero nas Organizações. Publicações da EAUFBA. 2002; 9(24). Disponível em: <dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/8842/>. Acesso em: 30 maio 2015.
- [5]. Schraiber LB, D'Oliveira AFLP. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v3n5/03.pdf>. Acesso em: 30 maio 2015.
- [6]. Adeodato VG; Carvalho RD, Siqueira VR, Souza FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. Revista de Saúde Pública. 2005; 39(1). Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 30 maio 2015.
- [7]. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov>. Acesso em: 2 jun 2015.
- [8]. CIESP. Centro Internacional de Estudos e Pesquisas sobre a Infância. Cuidar sem violência, todo mundo pode! Guia Prático para Famílias e Comunidades: Informações e orientações para Agentes Comunitários de Saúde. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <www.promundo.org.br/wp-content/.../03/cuidar-sem-violencia.pdf>. Acesso em: 16 jun 2015.
- [9]. Mello AR. Aspectos gerais da lei. Violência doméstica e familiar contra a mulher. Rio de Janeiro: Lumen Juris. 2007.
- [10]. Fromm E. Análise do Homem. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. 1986.
- [11]. Teles MAA, Melo M. O que é Violência contra a Mulher. São Paulo: Brasiliense. 2002.
- [12]. Safiotti HIB. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.
- [13]. Guerra VNA. Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. 6º ed. São Paulo: Cortez. 2008.
- [14]. Houaiss A. DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. 3. Ed. Rio De Janeiro: Objetiva. 2009.
- [15]. Poletto M. Resiliência: nova perspectiva sobre as potencialidades humanas. Polêmica Revista Eletrônica. 2008; 7(3). Disponível em: <www.ppgenf.ufpr.br/Dissertação2011.htm>. Acesso em: 13 jun 2015.
- [16]. Barreira Dornelles D, Nakamura AP. Resiliência e a autoeficácia percebida: articulação entre conceitos. Aletheia, 2006; 23:75-80. Disponível em: <www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=3252>. Acesso em: 30 jun 2015.
- [17]. Oliveira EM, *et al.* Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. 2005. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102...script>. Acesso em: 13 jun 2015.
- [18]. Hirigoyen M. A Violência no Casal: da coação psicológica à agressão física. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2006.
- [19]. Probst RE. A evolução da mulher no mercado de trabalho. Instituto Catarinense de Pós-Graduação-ICPG. Gestão e Estratégia de Recursos Humanos. 2012. Disponível em:<http://www.posuniasselvi.com.br/artigos/rev02-05.pdf>. Acesso em: 30 jun 2015.
- [20]. Williams LCA, Maldonado DPA, Padovani RC. Uma vida livre da violência: Projeto Parceria, Módulo 1. Cartilha - Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Psicologia. 2008. Disponível em: <www.ufscar.br/laprev>. Acesso em: 05 jun 2015.
- [21]. Oliveira TE. A Realidade Da Violência E Da Pós – Violência Doméstica Intrafamiliar Contra Mulheres. (Monografia). Nova Esperança: Faculdade Do Noroeste Paranaense – UNIESP. 2013.
- [22]. Labronici LM. Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico da enfermeira. Curitiba: Universidade Federal do Paraná. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01040707201200300018&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 maio 2015.
- [23]. Ferraz RB, Tavares H, Zilberman ML. Felicidade: uma revisão. Revista Psiquiatria Clínica. 2007; 34(5):234-42. Disponível em: <http://dSPACE.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/28991/R%20-%20D%20-%20GABRIELE%20DE%20VARGAS.pdf?sequence=1>. Acesso em: 13 jun 2015.



FEMINILIDADE: EXPLORANDO OS IMPASSES DO TORNAR-SE MULHER, ESTABELECIDOS NA RELAÇÃO MÃE E FILHA

FEMININITY: EXPLORING THE IMPASSE OF BECOMING WOMAN ESTABLISHED IN MOTHER AND DAUGHTER RELATIONSHIP

SIMONY ORNELLAS THOMAZINI^{1*}, ANDRÉ LUÍS SCAPIN²

1. Acadêmica do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Ingá; 2. Mestre em Psicologia. Psicanalista. Professor na graduação de Psicologia da Faculdade Ingá.

* Avenida Brasil, 450, Centro, Nova Esperança, Paraná, Brasil. CEP: 87600-000. simonyhta@hotmail.com

Recebido em 17/07/2015. Aceito para publicação em 22/08/2015

RESUMO

Desde Freud a feminilidade é considerada como um enigma que a teoria do Édipo foi incapaz de solucionar. O impasse que Freud legou à psicanálise foi retomado por Lacan, que mostrou o falo, do ponto de vista simbólico e do gozo que o falo delimita, como uma resolução para a feminilidade, e da delimitação do gozo, um gozo não-todo fálico, a partir do qual, situa-se o feminino. Para poder ilustrar a discussão realizada sobre o feminino, é feito um recorte do filme Cisne Negro que mostra o impasse na relação mãe-filha e a dificuldade entre uma mãe que não concede a sua filha a passagem de menina para mulher. A partir dessa temática, através de uma pesquisa bibliográfica, e, portanto, uma revisão de literatura das principais obras de Freud e Lacan a respeito da sexualidade feminina, a presente pesquisa abordou um ponto fundamental para definir a feminilidade: a relação que a menina tem com a sua mãe nas primeiras fases da vida, relação esta, que coloca uma especificidade de desejo e gozo da feminilidade.

PALAVRAS-CHAVE: Feminilidade; Relação mãe-filha; Castração; Gozo Outro.

ABSTRACT

Since Freud femininity is considered an enigma that the theory of the Oedipus was unable to resolve. The impasse that Freud bequeathed psychoanalysis was taken up by Lacan, showed that the phallus, the symbolic point of view and the joy that the phallus defines as a resolution to femininity, and the delimitation of joy, a non-all phallic jouissance, from which, lies the female. In order to illustrate the discussions held on the female, it is made a Black Swan movie clipping that shows the impasse in the mother-daughter relationship and the difficulty of a mother who does not give her daughter the girl of passage for women. From this theme, through a literature search, and therefore a literature review of the major works of Freud and Lacan about female sexuality, this study addressed a key point for defining femininity: the relationship the girl has with his mother in the early stages of life, a relationship that places a desire for specificity and enjoyment of femininity.

KEYWORDS: Femininity; Mother-daughter relationship; Castration; Other jouissance.

1. INTRODUÇÃO

O tema feminilidade, bem como o caminho percorrido para uma menina tornar-se mulher tem sido uma pesquisa constante na Psicanálise. Desde Freud, a sexualidade feminina era uma espécie de “continente negro” e a pergunta formulada por ele em 1931: “O que quer uma mulher?”¹ nunca foi respondida durante os seus 30 anos de pesquisa. Essa é uma questão que não fora respondida por Freud e continua sendo objeto de investigação de outros psicanalistas. Assim, o interesse pelo tema surgiu nas aulas de Psicanálise do terceiro ano de Psicologia da Faculdade Ingá (Uningá).

O objetivo do presente artigo é fazer um percurso por essa temática a partir de Freud, mas principalmente, a partir do avanço que Lacan e autores lacanianos fazem em como se constitui a feminilidade, além de, nesse processo, analisar os impasses ocorridos na relação mãe e filha, e suas possíveis interferências na feminilidade da filha.

A primeira parte do presente artigo é referente às principais obras de Freud no que concerne a temática pesquisada, bem como a dificuldade que o autor encontra para descrever o percurso da menina na construção de sua feminilidade. Esta dificuldade deriva principalmente da impossibilidade de aplicação direta do modelo masculino ao feminino, ou seja, Freud investigará e questionará a presença do pai no Édipo feminino, quando a mãe é o primeiro objeto de amor também para a menina. Assim, é na maternidade que o autor encontra a possibilidade de solução do Édipo Feminino.

A partir de uma releitura das obras de Freud, e realizando uma mudança de uma determinação genital para uma determinação simbólica redefinindo o falo e o gozo feminino, Lacan introduz o feminino a partir de sua relação com o falo, com a castração e com o desejo, além de abordar o feminino numa relação com o gozo não-todo fálico, isto é, não todo submetido a lógica fáli-

ca. Nesse contexto, é discutido o Gozo Outro abordado nas obras de Pommièr.

Num terceiro momento, a especificidade da relação mãe e filha são abordadas segundo a autora Malvine Zalberg que, percorrendo as obras de Freud e Lacan, busca grandes contribuições sobre a feminilidade da filha, pouco discutida na literatura psicanalítica.

Por último, é feito um recorte do filme “Cisne Negro” para ilustrar a teoria discutida. Ele revela o processo de feminilização da personagem e bailarina Nina, obra cinematográfica que contribui como um material complementar e ilustrativo ao que propõe a presente pesquisa.

Nesse sentido, a pesquisa é voltada à profissionais de psicologia, bem como a estudantes que procuram saber mais a respeito da constituição do feminino e do legado deixado por Freud à psicanálise sobre a temática da feminilidade, que sofreu avanços por parte de Lacan e foi retomado por autores lacanianos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa baseou-se no levantamento bibliográfico acerca do tema proposto. Como o mesmo é uma pesquisa bibliográfica, teve-se embasamento nas leituras de (Marconi e Lakatos,2006)², possibilitando uma melhor compreensão de como proceder na pesquisa.

A pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico etc; até meios de comunicação orais: rádio, gravações em fita magnética e audiovisual: filmes e televisão. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritos por alguma forma, quer publicadas quer gravadas. (LAKATOS, MARCONI, 2006, p. 71)²

Assim, realizou-se o levantamento de dados através do que foi encontrado na literatura existente a respeito da temática proposta, bem como para a discussão do filme, trazido como material ilustrativo e complementar a pesquisa. Foram utilizadas as principais obras de Freud e Lacan a respeito da sexualidade feminina, autores lacanianos como Gerad Pommièr e Malvine Zalberg, e artigos científicos e revistas eletrônicas conceituadas.

3. DESENVOLVIMENTO

Feminilidade a partir de Freud

A especificidade do feminino nas obras de Freud remonta a certa obscuridade como ele mesmo afirmou na obra “Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade” (1996/1905, p.152)³: “a vida sexual dos homens somente se tornou acessível à pesquisa. A das mulheres ainda se

encontra mergulhada em impenetrável obscuridade”. Já nessa obra, Freud nos diz que o órgão principal é o clitóris, portanto, de caráter masculino. Porém, observa-se que Freud, desde 1897, em suas primeiras cartas a W.Fliess⁴, escreve sobre a teoria do recalque dizendo que a principal diferença entre os sexos surge justamente nessa época da puberdade mencionada por ele em 1905.³

Dito isto, Freud, em seu estudo das “Teorias Sexuais das Crianças” (1996/1908)⁵, revela a inveja que a menina tem do pênis e o complexo de castração. Por outro lado, quando descreve a ‘fase fálica’ no artigo, A Organização Genital Infantil (1996/1923)⁶, o autor escreve: “infelizmente, podemos descrever esse estado de coisas apenas no ponto em que afeta a criança do sexo masculino; os processos correspondentes na menina não conhecemos”. (FREUD, 1996/1923, p. 298)⁶

Nesse sentido, a teoria freudiana avança, quando em 1931, na obra “Sexualidade Feminina”, Freud revela que o desenvolvimento da sexualidade feminina é complexa devido à tarefa de ter que abandonar o que constituiu como sua principal zona genital, o clitóris, para dar lugar à outra, nova, a vagina. Existe uma segunda alteração de igual ou maior importância que consiste no fato da menina fazer uma troca de seu objeto original - a mãe - pelo pai.¹ Assim, Freud (1996/1931, p.233)¹ pontua que:

Dois fatos, sobretudo me impressionaram. O primeiro foi o de que onde a ligação da mulher com o pai era particularmente intensa, a análise mostrava que essa ligação fora precedida por uma fase de ligação exclusiva à mãe. Igualmente intensa e apaixonada. Com exceção da mudança de seu objeto amoroso, a segunda fase mal acrescentaria algum aspecto novo à sua vida erótica. Sua relação primária com a mãe fora construída de maneira muito rica e multiplicada. O segundo fato ensinou-me que a duração dessa ligação também fora grandemente subestimada.

Freud, em 1925, na obra “Algumas Consequências Psíquicas da Distinção Anatômica entre os sexos”⁷, nos diz que é pelo fato da menina constatar que é privada do pênis, como sua mãe, que ela a rejeita com ódio e entra no Édipo para voltar-se ao pai, para o qual pede o pênis. Nesse sentido, Freud (1996/1931)¹ diz que o primeiro objeto de uma mulher também é a mãe. Ao final de seu desenvolvimento, porém, seu pai, deveria se tornar seu novo objeto amoroso.

Ainda segundo Freud (1996/1931)¹, há outra diferença no Complexo de Édipo entre os sexos masculino e feminino. A mulher reconhece a sua castração e a superioridade do homem, o que a faz crer em sua própria inferioridade, mas se rebela contra esse fato indesejável. Disso abrem-se três linhas de desenvolvimento. A primeira leva-a a um receio sobre a sua sexualidade: a menina assusta-se quando acontece a comparação com os meninos e cresce insatisfeita com seu clitóris abandonando sua sexualidade em geral. A segunda linha leva-a numa busca desenfreada pela sua masculinidade amea-

çada. Até certa idade tardia acredita que conseguirá um pênis e isso se torna o objetivo de sua vida. Esse “complexo de masculinidade” descrito por Freud, pode se resultar numa escolha de objeto sexual homossexual podendo ser modificado apenas se a menina seguir a terceira linha que tem o pai como seu objeto, onde assume a sua forma feminina do Complexo de Édipo. Dessa forma, o Complexo de Édipo nas mulheres representa um resultado final de um desenvolvimento bastante demorado.

A chamada fase pré-ediapiana, de acordo com Freud (1996/1931)¹, assume um papel extremamente importante na vida das mulheres, devido à ligação exclusiva com a mãe. Freud diz que no final da primeira fase de ligação à mãe, o fato principal para que a menina se afaste dela, é por censurá-la de que não deu a ela um pênis apropriado, ou seja, tê-la trazido ao mundo como mulher, pois a menina descobre sua própria deficiência, por ver um órgão genital masculino e aceita de forma desagradável esse conhecimento. Uma segunda censura, é a fantasia de que a sua mãe não lhe amamentou o suficiente, e isso é sentido por ela como falta de amor, de acordo com Freud (1996/1932)⁸.

É importante salientar que no momento inicial de elaboração da questão de separação da menina de sua mãe, o motivo desse afastamento deriva do fato do que Freud escreveu na obra “Algumas Consequências Psíquicas da Distinção Anatômica entre os sexos”⁷ de 1925, na qual diz que a mãe colocou a menina ao mundo tão pouco aparelhada, isto é, sem pênis e apenas em 1931, em “Sexualidade Feminina” Freud é mais enfático e diz que a menina ressent-se de tê-la trazida ao mundo como mulher.

Assim, os motivos que seguem para o afastamento da mãe descritos por Freud (1996/1931)¹ se demonstram insuficientes para justificar a hostilidade final da menina em relação à mãe. Ainda segundo o autor, o motivo real parece ser devido à primeira ligação intensa que a menina teve com a mesma.

Com tal efeito, faz-se a pergunta: “O que é que a menina exige da mãe? Qual é a natureza de seus objetivos sexuais durante a época da ligação exclusiva à mãe?” (FREUD, 1996/1931 p. 144)¹. Posto isto, os objetivos sexuais relacionados à mãe são tantos passivos quanto ativos, determinados de acordo com as fases as quais a criança passa. É importante salientar, quando uma criança recebe uma impressão passiva, ela tende a reproduzir uma reação ativa, ou seja, faz ela mesma o que acabou de ser feito com ela. Há, portanto, uma revolta contra a passividade e a preferência pelo papel ativo.¹

O afastamento da criança e sua mãe é, segundo Freud (1996/1931)¹, um fato extremamente importante para o desenvolvimento de uma menina, pois é mais do que uma simples mudança de objeto. Quando a menina, en-

tão movida pela passividade, volta-se para o seu pai, ela realiza tal atitude com o auxílio de moções pulsionais passivas, na qual retira-se a atividade fálica e se prepara para o caminho da feminilidade (FREUD, 1996/1932)⁸.

No dizer de Freud (1996/1932)⁸, com o desejo que transfere para o pai, isto é, um pênis-bebê, a menina inicia o seu complexo de Édipo. A hostilidade contra sua mãe tende a se intensificar ainda mais, pois a mesma se torna rival da menina, rival esta, que recebe do pai, tudo o que dele deseja.

Posto isto, a mulher identifica-se com a sua mãe a partir de duas camadas: a pré-ediapiana, envolta por uma vinculação afetiva com a mãe tomada como modelo, e a camada subsequente, advinda do complexo de Édipo na qual elimina-se a mãe para poder juntar-se ao pai. Segundo o autor, nenhuma das duas é superada no curso do desenvolvimento (FREUD, 1996/1932)⁸.

Nesse sentido, Freud (1996/1932)⁸ encerra sua conferência nos dizendo que esteve apenas descrevendo as mulheres em sua natureza, ou seja, sua função sexual. E se quisermos saber mais a respeito da feminilidade é necessário que indaguemos nossas próprias experiências ou façamos uma consulta aos poetas, ou ainda, que posamos aguardar até que a ciência psicanalítica nos dê informações mais profundas e coerentes sobre o tema.

3.2 Feminilidade a partir de Lacan

Lacan retomou as questões levantadas sobre o feminino e o fez de maneira criteriosa a partir de dois momentos. Nos artigos do primeiro momento, dentre eles, “A menina e o falo”, Lacan nos diz que o falo na doutrina freudiana não é uma fantasia, um objeto parcial e muito menos o órgão (pênis ou clitóris), mas sim, que “[...] o falo intervém como significante.” (LACAN, 1999/1958, p. 290)⁹, o qual permite aos outros objetos a possibilidade de se comportarem como equivalentes na ordem do desejo, inseridos no registro da castração.

Com efeito, o órgão clitoridiano dos primeiros prazeres ligados a masturbação pode fornecer o começo da fantasia fálica que desempenha o papel decisivo do qual nos fala Freud. E é justamente isso que ele sublinha: a fase fálica é uma fase fálica clitoridiana, o pênis fantasístico é um exagero do pequeno pênis que está efetivamente presente na anatomia feminina. (LACAN, 1999/1958, p. 287)⁹.

Percebe-se nesse seminário 5, no artigo referente a “Menina e o falo”⁹ que Lacan aborda a questão da inveja do pênis nas mulheres através de três modalidades distintas e buscando descrever a experiência do falo e da castração apreendida nos três registros. Num primeiro momento a inveja é no sentido da fantasia. No segundo momento, o desejo é de ter o pênis do pai e quando se depara com a realidade, o desejo é frustrado pela proibição do incesto e pela impossibilidade fisiológica e, por fim, no terceiro momento aparece o desejo de ter um

filho do pai, ou seja, possuir um pênis sob a forma simbólica de um filho. (FABBRO, 2014)¹⁰

Uma privação é absolutamente real, embora se refira a Um objeto simbólico. Na verdade, quando a menina não tem um filho do pai, a questão nunca seria, afinal, que ela o tivesse. Ela é incapaz de tê-lo. O filho aliás, só existe aí como um símbolo, e símbolo, precisamente, daquilo em que ela é realmente frustrada. E a título de privação, portanto, que o desejo de um filho do pai intervém num momento da evolução. (LACAN, 1999/1958, p. 289)⁹.

A privação é no sentido da menina desejar ter um filho do pai, porém, estar impedida, assim, a privação se refere a um objeto simbólico, mas ela é real⁹.

Ainda segundo Lacan (1958)¹¹, em seu texto “Os Três Tempos do Édipo”, o autor revela que a criança compreende que o desejo da mãe visa o falo, e por isso a criança vai se fazer de falo, isto é, poder se tornar objeto de desejo e satisfação da mãe. Este fato se refere ao primeiro tempo do Édipo, onde a lei a que a criança está submetida é a da mãe, na qual é regida pelo seu desejo e seu gozo. (LACAN, 1999/1958)¹¹. O segundo tempo do Édipo é o momento em que a criança não mais se identifica ao falo, já que o pai entra como aquele que priva/castra a mãe de seu objeto de amor, a criança/falo. Será este tempo, de suma importância para que “[...] de um lado, o menino se transforme num homem e do outro a menina se transforme em mulher” (LACAN, 1999/1958, p.192)¹¹.

De acordo com Lacan (1958/1999)¹² em seu texto, “Metáfora Paterna”, no caso da menina, o complexo de castração não lhe é ameaçador, ou seja, a menina não teme perder aquilo que não tem. Por essa razão, o complexo de castração não tem a força de afastar esse Outro materno por inteiro. Nesse sentido, não existe um significante propriamente feminino que faça com que o sujeito ocupe o seu lugar de mulher. A mãe também não carrega o símbolo fálico e por isso, fica impossibilitada de significar para a menina o que é uma mulher (FABBRO, 2014)¹⁰.

A partir do segundo momento de sua teoria a respeito da sexualidade feminina, no texto intitulado “Diretrizes para um Congresso sobre a Sexualidade Feminina” (1958)¹³, Lacan vai nos dizer que existe um Outro gozo próprio do feminino e que nesse sentido, é não-todo mediado pelo falo. Nesse momento da literatura lacaniana há um avanço em relação a Freud, pois este postula que a maternidade é o ponto de evolução sexual, enquanto para Lacan não, isto é, a maternidade nada tem a ver com o falo. Dessa forma, para Lacan (1972-1973/1985)¹⁴, a mulher é não-toda regida pela lógica fálica, a qual não lhe é própria, pois, uma parte da sexualidade feminina é um além da função fálica, pois teria como correlato um gozo Outro, que não o dito sexual.

Feminilidade e O Gozo Outro

Segundo Pommièr (1991)¹⁵ a mulher, para se definir como tal, precisa ir para além do falo, pois este organiza a sexualidade masculina. Também não pode se identificar à mãe, a qual é fálica. Nesse sentido, de acordo com o autor, a feminilidade teria que ultrapassar o que vem a partir do falo, no entanto, a sexualidade só encontra a significação a partir deste falo, pois ele é o significante sexual. Dessa maneira, a mulher, ao ir para além do falo, passa por uma carência identificatória, isto é, uma falta de significante próprio da feminilidade.

Dito isto, Pommièr (1992)¹⁶ comenta uma tradição cultivada na nossa sociedade referente à adoção do sobrenome do marido pela mulher após o casamento, e como isso é necessário ao feminino, pois simboliza o abandono do falo, ou seja, o abandono da significação que o pai fornece a menina. Segundo o autor, quando a menina abandona o sobrenome paterno, o feminino goza para além da proibição que o nome e a lei paterna impõem, de maneira que o corpo goza sem a culpa do incesto. Nesse sentido, a mulher não está submetida por inteiro à castração e seu gozo é um gozo a mais para além da significação fálica. Com isso, Pommièr afirma que ao perder o nome do pai tem-se o acesso à sexualidade feminina.

É unicamente à insuficiência paterna que a questão do gozo do corpo pode se colocar, já que um pai se fosse realmente onipotente na terra (e não no céu, onde ele habita, para sumo benefício do gozo) poderia ter a pretensão de proibir totalmente o incesto e o exercício da sexualidade que vem em seguida a ele. Assim, a questão da perda do nome paterno finalmente ganha sentido, não apenas em relação à identidade, não apenas em relação à sexuação, mas em relação ao gozo. (POMMIÈR, 1992, p. 22)¹⁶.

Ainda segundo o autor, para ingressar neste tipo de gozo do corpo ou gozo Outro, a mulher precisa ultrapassar o gozo fálico, colocando-se numa posição de passividade, como objeto do gozo.

Assim, como a feminilidade se caracteriza em um para além da significação fálica, Pommièr (1991)¹⁵ nos fala sobre um vazio de identidade, isto é, quando a mulher se constitui, ela não se identifica com a mãe, nem com ninguém, o que a faz se situar num vazio de identidade representando a falta. Nesse sentido, ela busca constantemente essa identificação no desejo do Outro. Podemos citar o conceito de mascarada de Lacan (1958)¹³, de maneira que aqui, a mulher sendo falta, mascara-se de falo atraindo o Outro que irá preencher um pouco o vazio dessa identidade mencionada por Pommièr.

A importância da relação mãe e filha para uma mulher

De acordo com Zalberg (2003)¹⁷ Freud passou os últimos anos de sua obra não mais procurando entender o que quer uma mulher, mas sim, em se perguntar, por

que a menina possui tantas dificuldades para se separar da mãe.

Posto isto, Lacan no texto: “A significação do falo”, situa a mãe como o primeiro agente de privação da menina, o pai, vindo em segundo. Assim, Lacan nos fala sobre a dificuldade que a menina tem em aceitar que a mãe não pode oferecer a ela um símbolo de sua significação feminina, pois ele é inexistente. (ZALCBERG, 2003)¹⁷

A partir do texto “De uma questão preliminar”, do livro, “Escritos” de Lacan, a autora nos diz que muito da estrutura da filha dependerá de como a mãe lida com a falta de resposta de sua especificidade feminina, pois também é marcada pela falta de significante de seu sexo. Em função disso, a mãe reserva um lugar para a palavra do pai da criança e a mesma deve encontrar o pai na palavra da mãe, pois disso depende sua estruturação subjetiva. (ZALCBERG, 2003)¹⁷

Assim, ao passar pelo Édipo a menina recebe do pai uma identificação viril que lhe estrutura como sujeito, no entanto, não lhe fornece uma identificação especificamente feminina. É a mãe que mostra à filha que encontrou uma forma de lidar com a difícil questão da ausência de um significante para o sexo feminino. Essa questão é melhor vivenciada na relação mãe-filha quando a mãe vive a “sua falha constitutiva de forma serena e criativa”. (ZALCBERG, 2003, p. 115)¹⁷

Dessa forma, Lacan nos ensina que é para a mãe que a menina se volta para que elabore os vínculos que se prendem a mesma, uma vez que ambas tem uma parte inserida no campo do mais-além do falo: campo da especificidade feminina. De acordo com Zalcberg (2003)¹⁷, devido a semelhança de seus corpos, surge em ambas outra ilusão: “a de uma experiência similar de gozo” (p.155)¹⁷.

Com tal efeito, a autora diz que “ao chegar a um acordo com o seu próprio corpo de mulher, a mãe traça um percurso de feminilidade para a filha abraçar mais tarde. É o que abre o caminho para a filha tornar-se mulher ela mesma” (ZALCBERG, 2003, p.200)¹⁷. Assim, é através do processo de separação de uma mãe para com a sua filha que ela adquire a substância para si mesma. Dessa forma, Lacan nos ensina que a mulher faz “da solidão o seu parceiro”, isto é, a solidão vem no sentido de poder ser ela mesma, o que leva então, uma mulher à liberdade e a menina tornar-se mulher. Nesse sentido, existe um paradoxo nessa relação, uma vez que é a separação de corpos e de sexualidade entre mãe e filha, o que mais aproxima uma da outra.

Análise do filme Cisne Negro

No filme Cisne Negro dirigido por Darren Aronofsky, do ano de 2011, podemos perceber o desmoronamento psíquico da personagem e bailarina Nina (Natalie Portman). Sua mãe, Erica, (Barbara Hershey) também baila-

rina no passado, projeta na filha seus anseios narcísicos de bailarina frustrada. Assim, a mãe mantém a filha refém de uma infância eternizada e não concede à filha a passagem de menina para mulher. (ZALCBERG, 2011)¹⁸

A filha precisa saber qual a solução encontrada pela mãe para tornar-se mulher, “que em sua forma mais feminina se expressa pela vontade de despertar o desejo de um homem”. (ZALCBERG, 2011, p.02)¹⁸

No entanto, o desejo de Erica dita o destino sexual da filha, bem como regula a sua vida. Manter a filha presa a uma infância eternizada, com brinquedos, caixinhas de música e bichinhos de pelúcia é barrar qualquer acesso da filha ao campo da sexualidade feminina.¹⁸

Se a devoção ao balé representa, por um lado, a prisão onde a fantasia materna a mantém encerrada, é, por outro, onde ela encontra, através de seu corpo exercitado à exaustão, um senso de existência. Esse mais que ela busca não é só a perfeição na dança – uma realidade do próprio balé –, mas também uma garantia de integridade de um corpo que ela vive como ameaçado de diluir-se no vazio ou de ser (re)absorvido pelo corpo materno. O balé não é o que ela faz, mas o que ela é. (ZALCBERG, 2011, p.03)¹⁸.

De acordo com a autora, Thomas (Vincent Cassel), diretor artístico, ao querer que Nina desempenhe o papel de Cisne Negro, rompe o equilíbrio da garota frágil, pois para isso precisa que Nina torne-se uma mulher desejável e exiba sua sensualidade feminina, papel esse, que Lily (Milla Kunis) outra bailarina, porém, mais despojada e tida por Nina como rival pois, corresponde a qualidade feminina exigida por Thomas¹⁸.

Nina encanta-se com o corpo erótico exibido por Lily e tem sonhos com a mesma, numa busca desenfreada de ter acesso, (o que é impossível na realidade) ao significante específico da feminilidade, inexistente, e que sua mãe não soube zelar. (ZALCBERG, 2011)¹⁸.

É pela presença desse corpo da Outra mulher, que torna-se persecutório e ameaçador, pois ela poderia vir a ocupar seu lugar, que Nina dá início aos delírios de perseguição e em consequência, perde a sua identidade. Assim, dá-se início a busca de libertação da infância jogando fora bichinhos de pelúcia ou fechando a porta para a sua mãe. Quando sua mãe pergunta para onde foi a sua “menininha meiga”, Nina responde que ela se foi, porém, não há substituições, de menina, Nina foi para o nada.¹⁸

Lily é uma mulher que se solta sem se perder, ao passo que Nina, solta-se e se perde.

Como Jacques Lacan nos ensinou, esses três registros da estrutura do psiquismo – simbólico, imaginário e real – devem estar enodados para que o sujeito possa dar conta da realidade. O que se solta em Nina é essa amarração entre os três níveis de estruturação psíquica, deixando-a entregue ao imperativo do excesso do gozo e do domínio das pulsões – o que seus atos de mutila-

ção de seu corpo já prenunciavam. (ZALCBERG, 2011, p.04)¹⁸.

Nina sem as amarras nos registros simbólico, imaginário e real, sem uma identificação feminina que a sustente, salta como recomendou Thomas, ao “apelo do abismo” como nomeia Zalcborg (2011)¹⁸, porém, não há âncoras para a sua existência, ficando então, a deriva de um gozo aberto para o infinito. Assim, “Nina dança à perfeição a perda de si mesma” (p. 04)¹⁸.

4. CONCLUSÃO

Sob a ótica freudiana, vimos que a feminilidade não nasce com a mulher, mas cabe a ela tornar-se feminina. A partir disso, Freud constatou a construção da feminilidade a partir da fase pré-edípica e a fase edípica, sendo nesse processo imprescindível a relação entre mãe e filha.

O ensino de Lacan é de grande valor para a psicanálise, pois contribuiu como um avanço no estudo da feminilidade. Lacan teoriza um mais-além do falo, de maneira que o feminino ultrapassa a maternidade, e como não existe um significante próprio para o mesmo, a menina terá de procurar a saída do Édipo junto à mãe por meio de uma identificação feminina, pois, devido a função do resto que a metáfora paterna deixa no Édipo feminino, a mulher teria uma propensão maior para ficar suspensa no olhar do Outro, isto é, do registro da satisfação que a mãe obtém com a filha, dependerá a elaboração de sua feminilidade, uma vez que esta, é criada por cada mulher.¹⁷

Nesse sentido, vimos desde Freud, passando por Lacan, Pommièr e com Zalcborg (2003)¹⁷ que o movimento de separação da mãe é algo doloroso para a filha, pois a mesma depende dela para o investimento da sua imagem corporal e a aceitação e o reconhecimento de seu corpo, para que ela possa percorrer o caminho de suportar a sua falta de uma identificação feminina, que nunca será preenchida, mas que estará em contínua construção.

Como um dos objetivos dessa pesquisa foi discutir a temática da feminilidade principalmente a partir de autores lacanianos, vimos também com Gerard Pommièr que a questão do feminino é tratada a partir da problemática com o falo, precisando ir além da significação fálica para encontrar o “gozo Outro”, o qual traz a especificidade do feminino.

Dessa forma, na especificidade da relação mãe-filha e as interferências na feminilidade da filha, principal problema aqui pesquisado, a questão da feminilidade da mãe e filha deverá ser resolvida de maneira singular, onde cada uma terá acesso ao seu próprio corpo e ao seu próprio gozo.

Em relação ao filme *Cisne Negro*, este foi analisado em virtude do processo de feminilização da personagem e bailarina Nina, pautando-se no referencial teórico discutido. Assim, percebemos a dificuldade que Nina de-

monstrava em separar-se de sua mãe e de sua infância eternizada pela mesma. Ao interpretar o *Cisne Negro*, que requer uma mulher e não uma menina, sentiu a necessidade de impor uma falta à mãe, falta esta, que coincidiu com a sua morte no desfecho do filme, numa passagem ao ato chamado por ela de “perfeito”. Como Nina não tinha como apoiar a sua existência, ela salta, numa última cena do filme, de menina a nada, isto é, a perda de si mesma.

Assim, foi possível analisar a especificidade da relação mãe e filha de maneira a contribuir não somente para a literatura psicanalítica, pois o tema é pouco discutido na mesma, como também à prática psicanalítica. Como vimos, cabe a cada mulher solucionar de maneira criativa a falta de um significante próprio do feminino, e esse processo dependerá de como a mãe zela a sua falta de uma identificação feminina para poder ajudar e conceder a sua filha, a passagem de menina à mulher.

REFERÊNCIAS

- [1] Freud, S. (1931). *Sexualidade Feminina*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XXI, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- [2] Lakatos, E; Marconi, M, A. *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas, 2003.
- [3] Freud, S. (1905). *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. VII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- [4] Freud, S. (1897). *Carta 75 a Wilhelm Fliess*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol.I, Rio de Janeiro: Imago,1996.
- [5] Freud, S. (1908). *Teoria Sexual das Crianças*. In : Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. IX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- [6] Freud, S. (1923). *A Organização Genital Infantil*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XIX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- [7] Freud, S. (1925). *Algumas Consequências Psíquicas da Distinção Anatômica entre os sexos*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XIX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- [8] Freud, S. (1932). *Feminilidade*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- [9] Lacan, J. (1957-1958). *A menina e o falo*. In: Seminário 5: *As formações do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- [10] Fabbro, L,B,D. *Tornar-se mulher. O caminho para a feminilidade: De Freud a Lacan. Clínica Lacaniana de Atendimento e Pesquisas em Psicanálise, Curso de Psicanálise*. São Paulo, 2014. Disponível em: http://clipp.org.br/arquivos/monografia_lygia.pdf. Acesso em: 12 de março de 2015.
- [11] Lacan, J. (1957-1958). *Os Três Tempos do Édipo*. In: Seminário 5: *As formações do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- [12] Lacan, J.(1957-1958). *A Metáfora Paterna*. In: Seminário 5: *As formações do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge

Zahar, 1999.

- [13] Lacan, J. (1958). Diretrizes para um Congresso sobre a Sexualidade Feminina. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- [14] Lacan, J. (1972-1973). Do Gozo. In: Seminário 20: Mais, Ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- [15] Pomièr, G. A exceção feminina: os impasses do gozo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.
- [16] _____. A ordem sexual: perversão, desejo e gozo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- [17] Zalcberg, M. A relação mãe e filha. Rio de Janeiro: Campus, 2003.
- [18] _____. Cisne Negro: perdendo-se na perfeição. Opção Lacaniana Online. Rio de Janeiro, n.04, p. 01-04, mar/2011. Disponível em: http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_4/Cisne_negro_Perdendo-se_na_perfeicao.pdf. Acesso em: 23 de agosto de 2014.



CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS: A DEMORA NA ADOÇÃO

INSTITUTIONALISED CHILDREN: A DELAY IN ADOPTION

RENATA RESENDE BRAGANÇA¹ ANTONIO ALEXANDRE PEREIRA JUNIOR²

1. Graduada em Psicologia pela Faculdade Ingá. Pós-graduanda em Avaliação Psicológica pela Unicesumar; 2. Professor Mestre em Educação pela Universidade Paulista Júlio de Mesquita Filho

Rua Santos Dumont, 1203 ap.703 CEP: 87.050-100 Maringá, Paraná, Brasil. re_braganca@hotmail.com

Recebido em 15/09/2014. Aceito para publicação em 19/09/2014

RESUMO

De acordo com o Conselho Nacional de Justiça, atualmente no Brasil, há um grande número de crianças e adolescentes abrigados, a espera de uma família que os adote. Em virtude do perfil desejado e morosidade judicial, muitas crianças e adolescentes passam longos períodos de tempo nessas Instituições, sendo acometidas, por vezes, por consequências psicológicas negativas. Abordou-se nesse trabalho conceitos de adoção, a história da adoção no Brasil, bem como as políticas públicas nesse campo e de que forma essas crianças e adolescentes foram prejudicados psicologicamente, em função da demora no processo de adoção.

PALAVRAS-CHAVE: Adoção, adoção tardia, consequências psicológicas.

ABSTRACT

According to the National Council of Justice, currently in Brazil, there are a large number of children and adolescents housed, waiting for a family to adopt them. Because of the desired profile and delays, many children and adolescents spend long times in these institutions being affected sometimes by negative psychological consequences. Was addressed in this work some concepts of adoption, the history of adoption in Brazil, as well as public policies in this field and how these children and adolescents have been harmed psychologically, due to the delay in the adoption process.

KEYWORDS: Adoption, late adoption, psychological consequences.

1. INTRODUÇÃO

Em uma matéria publicada no dia vinte e oito de maio de 2013, na Revista *Em Discussão*, do Senado Federal, apontou-se que no Brasil, existem de acordo com o Cadastro Nacional de Adoção - CNA e o Cadastro Na-

cional de Crianças e Adolescentes Acolhidos - CNCA, cinco mil e quinhentas crianças disponíveis para adoção, aproximadamente trinta mil famílias na lista de espera e quarenta e quatro mil crianças e adolescentes vivendo em abrigos. Diante dessa realidade, de tantas famílias aguardando na fila, tantas crianças e adolescentes disponíveis, por qual razão há um elevado número de crianças e adolescentes vivendo em abrigos ao longo desses anos? Numa avaliação do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), órgão que administra o CNA e o CNCA, há uma discrepância significativa entre o perfil da maioria das crianças do Cadastro e o perfil de filho imaginado pelos que aguardam na fila de adoção, tornando o processo de adoção ainda mais complexo e moroso.

São trazidas nesse trabalho, informações acerca das atuais políticas públicas de adoção no Brasil, conceitos de adoção, história das leis de adoção no Brasil, a atual situação das crianças abrigadas no Brasil e pesquisas atuais sobre a demora na adoção; apontando para as questões psicológicas implicadas neste processo.

Dessa forma, este trabalho tem por objetivos, descrever as políticas públicas de adoção no Brasil, caracterizar o atual quadro das Instituições e destacar pesquisas científicas que abordam a demora no processo de adoção. Pretende-se assim, responder a seguinte problemática: quais implicações psicológicas sofrem as crianças diante do longo processo de adoção?

2. MATERIAL E MÉTODOS

Na realização desse trabalho, foram consideradas publicações científicas disponíveis em revistas indexadas na base de dados Scielo e em pesquisa no Google acadêmico. Os textos foram encontrados utilizando-se dos unitermos: adoção e adoção tardia, nos anos de 2010 a 2013. Foram encontrados vinte e um textos, que após a leitura de seus resumos, identificou-se que apenas dois

destes no Scielo e três no Google Acadêmico, tomavam a questão da adoção tardia de crianças abrigadas, como mote de discussão. Antes de realizar a análise dos textos considerados, procedeu-se a um levantamento bibliográfico sobre a atual legislação que rege a adoção no Brasil.

3. DESENVOLVIMENTO

Políticas públicas de adoção

Para melhor compreensão do que são políticas públicas, recorreu-se ao artigo “*Políticas Públicas: uma revisão da literatura*”, de Celina Souza (2003)¹. Nele, a autora traz definições segundo outros autores: para Mead (1995)², política pública é como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas. Já para Lynn (1980)³, política pública é como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos.

Diante disso, no campo das políticas públicas de adoção no Brasil, foram criados pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o Cadastro Nacional de Adoção (CNA) e o Cadastro Nacional de Crianças e Adolescentes Acolhidos (CNCA). O Cadastro Nacional de Adoção é uma ferramenta criada para auxiliar juízes das varas da infância e da juventude na condução dos procedimentos de adoção. Lançado em vinte e nove de abril de 2008, tem por objetivo facilitar os processos de adoção por meio do mapeamento de informações unificadas e possibilitar ainda a implantação de políticas públicas na área. Criado por meio da Resolução - CNJ n.93, em vinte e sete de outubro de 2009⁴, O Cadastro Nacional de Crianças e Adolescentes Acolhidos (CNCA), tem a finalidade de consolidar os dados de crianças e adolescentes acolhidos em abrigos e/ou estabelecimentos mantidos por ONGs, igrejas e instituições religiosas em todo o país. O Cadastro Nacional de Crianças e Adolescentes Acolhidos (CNCA) visa complementar o banco de dados do Cadastro Nacional de Adoção (CNA) e contém o histórico de crianças e adolescentes, destituídos ou não do poder familiar, que se encontram em entidades de acolhimento.

No contexto das políticas públicas de adoção, faz-se necessário compreendermos o que vem a ser adoção. Algumas definições trazem a compreensão do que é adotar. “Ato ou efeito de alguém aceitar, legalmente, como filho, um filho de outrem.”¹. “O ato solene pelo qual se cria entre o adotante e o adotado, relação de paternidade e filiação”². “A adoção é o ato civil pelo qual alguém aceita um estranho na qualidade de filho”³. “Ato jurídico que estabelece entre duas pessoas, relações civis de paternidade e de filiação”⁴.

Dessa forma, pode-se entender por adoção, o ato legal ou jurídico, filiação e paternidade entre adotando e adotado. Além do ato legal, adotar é um ato de amor e responsabilidade, mas que poderá ser desfeito se houverem maus tratos ao adotado, da mesma forma que na

família biológica. A adoção possibilita, dessa forma, filhos a quem não pode tê-los biologicamente e pais a crianças e adolescentes desamparados, proporcionando a estes uma vida digna, através da educação, proteção, afeto, saúde, um verdadeiro vínculo familiar.

O artigo 46 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁵, diz que a adoção deverá ser precedida de estágio de convivência, com prazo fixado pelo juiz a fim de que adotantes e adotado se adaptem a sua nova família e constituam o vínculo. Esse estágio pode ser dispensado pelo juiz em casos em que o adotante exerce a tutela do menor ou ainda quando o autor exerce a guarda legal do menor. Embora dois anos seja o prazo máximo permitido para permanência das crianças em abrigos, as estatísticas mais recentes revelam que o tempo médio de permanência varia em cada região do país. Este tempo, segundo o Senado Federal, tem sido justamente de quase dois anos, com algumas disparidades onde alguns casos extrapolam os oito anos de abrigo.

Em três de agosto de 2009, sancionada pelo então presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, a Lei 12.010/09⁶, amplamente comentada, apresenta como mais relevantes alterações no processo de adoção: a redução do tempo de permanência da criança nos abrigos, não podendo exceder dois anos; avaliação por parte da justiça, a cada seis meses, da situação de cada criança abrigada; prioridade de adoção aos parentes próximos e pessoas com algum tipo de relação com a criança; a ida mínima para ser um pai ou mãe adotivo, baixou de vinte e um para dezoito anos; enquanto não localizada pessoa e/ou casal interessado em sua adoção, a criança ou o adolescente, sempre que possível e recomendável será colocado sob guarda de família cadastrada em programa de acolhimento familiar.

O adotado com doze anos ou mais precisa consentir em audiência judicial com a adoção (antes, o juiz decidia se ouvia ou não a criança e se considerava ou não sua opinião); estágio de convivência de no mínimo trinta dias no Brasil, para adotantes estrangeiros ou brasileiros residentes no exterior; (antes, esse prazo ficava a cargo do juiz); cadastros distintos para pessoas ou casais residentes fora do país, que somente serão consultados na inexistência de postulantes nacionais habilitados nos cadastros estaduais e nacional; a lei deu atenção específica à gestante que manifestar interesse em entregar o bebê; brasileiros residentes no exterior terão preferência aos estrangeiros, nos casos de adoção internacional de crianças e adolescentes brasileiros;

O adotado tem direito de conhecer sua origem biológica, de obter acesso irrestrito ao processo de adoção após completar dezoito anos; o acolhimento da criança ou adolescente em família cadastrada pela Justiça é preferível ao acolhimento em abrigo; a lei prevê dois cadastros nacionais de adoção: um de adotante, outro de crianças e adolescentes em condições de ser adotados, cri-

ados pelo Conselho Nacional de Justiça, que se antecipou à lei; casais homoafetivos continuam não podendo adotar crianças na condição de casais, mas não há nenhum impedimento para que um dos dois parceiros realize a adoção como pessoa solteira⁷.

Em 2010 houve um caso relevante que chamou atenção no Rio Grande do Sul:

“No Brasil, a adoção de crianças por casais homossexuais ganhou, há três anos, um impulso considerável com a decisão da 4ª Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que, por unanimidade, negou recurso do Ministério Público do Rio Grande do Sul contra decisão que permitiu a adoção de duas crianças por um casal de mulheres. A decisão apontou que estudos não indicam qualquer inconveniência em que crianças sejam adotadas por casais homossexuais, importando mais a qualidade do vínculo e do afeto no meio familiar em que serão inseridas.”⁸.

História das leis de adoção no Brasil

A história legal da adoção no Brasil teve seu início em 1916, a partir do Código Civil brasileiro. Após essa data, houve a aprovação de três leis (3.133/1957, 4.655/1965 e 6.697/1979) antes da chegada, em 1990, do inovador Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069), alterado posteriormente pela Nova Lei Nacional de Adoção (12.010/2009).

De acordo com Coelho (1916)⁹ o Código Civil Brasileiro (1916), trazia os seguintes requisitos para adoção: idade mínima de cinquenta anos, não ter descendentes legítimos ou legitimados e ter, pelo menos, dezoito anos a mais que o adotado. A adoção conjunta era possível somente se ambos fossem casados, havia exigência do consentimento da pessoa que tivesse a guarda do adotado, convenção entre as partes ou ingratidão do adotado contra o adotante, eram causas para a dissolução da adoção. Exceto quanto aos impedimentos para convolar núpcias, o parentesco se dava apenas entre o adotante e o adotado. Os efeitos advindos da adoção, não seriam extintos pelo nascimento posterior de filhos legítimos, exceto se a concepção tivesse precedido o momento da adoção. Diante do nascimento de um filho legítimo a herança do adotado era reduzida à metade do que coubesse a cada um dos filhos. Os direitos e deveres resultantes do parentesco natural permaneceriam, exceto o poder familiar, que transferia ao pai adotivo.

Posteriormente, com a Lei 3.133/1957¹⁰ a adoção passou a ser irrevogável, mas possuía ainda algumas restrições de direitos, pois os adotantes que não tivessem filhos legítimos, mas que viessem a tê-los após a adoção, poderiam afastar o adotado da sucessão legítima. Já em 1965, com a Lei 4.655¹¹ mudanças importantes ocorreram: menores de cinco anos em situação de risco poderiam ser adotados e adquirir os mesmos direitos que os filhos naturais, se autorizados pelos pais biológico e por um juiz. O registro original de nascimento do adotando, constando o ‘histórico de vida’, foi cancelado, elimi-

nando assim, quaisquer informações relativas aos pais biológicos. E em 1979, a Lei 6.697¹² incorporou duas novas modalidades de adoção: simples, voltada ao menor que se encontrava abandonado ou delinquente, dependia de autorização judicial e fazia apenas uma alteração na certidão de nascimento. E a modalidade plena, onde havia rompimento de vínculo com a família original, somente casais com pelo menos cinco anos de casados e um dos cônjuges maior de 30 anos, poderiam pedir essa modalidade, que era irrevogável e destinada a menores de sete anos.

Finalmente, no ano de 1990 entra em vigor o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, simplificando o processo de adoção, modificando a idade máxima do adotado, de sete para dezoito anos, a idade mínima do adotante de trinta para vinte e um anos e trazendo a oportunidade a pessoas casadas ou não. Sancionada a Lei 12.010/1990¹³, foi reforçada a filosofia do ECA quanto à ausência de distinção legal entre os filhos de um casal, independentemente de serem eles adotivos ou biológicos, criadas novas exigências para os adotantes, implantado um cadastro nacional de crianças passíveis de adoção e reforçado o papel do Estado no processo.

Conhecida por Nova Lei Nacional de Adoção, a Lei 12.010/09¹³ foi sancionada por Luiz Inácio Lula da Silva em três de agosto de 2009 e trouxe significativas mudanças, já mencionadas no tópico Políticas Públicas. Essa Lei foi alterada em cinco de fevereiro de 2014, pela presidente da República Dilma Rousseff, que sancionou a Lei 12.955¹⁴. Acrescentou-se ao artigo 47 do Estatuto da Criança e do Adolescente, o parágrafo nono, estabelecendo prioridade aos processos de adoção em que a criança for deficiente ou doente crônica.

Dados sobre a atual situação das crianças abandonadas no Brasil

O atual cenário brasileiro acerca das crianças abandonadas em Instituições traz alguns fatores que implicam na morosidade do processo de adoção: preferência por sexo, limite de idade, preferência por adoção única, ou seja, sem irmãos, destituição do poder, entre outros. Veremos abaixo algumas informações colhidas no site do Senado Federal, que demonstram essa afirmação,

Acerca das preferências relacionadas ao perfil do filho a ser adotado, há em comum o fator idade. Cerca de 5% dos candidatos aceitariam um filho com seis anos ou mais, enquanto 34,72% preferem os bebês de no máximo dois anos. Há ainda os que acolheriam um adolescente como filho, mas isso totaliza somente 1% dos candidatos. Aproximadamente 60% dos adotantes, não afirmam preferência por menino ou menina, mas entre os que apontam sua preferência, a resposta foi três vezes maior pelas meninas. Apenas um em cada 8,15 crianças abandonadas no país figurava no Cadastro Nacional de Adoção. São 56% meninos, 44% meninas, classificados em totais

nacionais como pardos (47%), brancos (33%) e negros (19%), além de um pequeno número de indígenas e amarelos.

Considera-se ainda dentro do perfil das crianças disponíveis para adoção, fatores como a exclusão em função da idade e o número de irmãos. Em sua maioria absoluta – 70% - segundo o site do Senado Federal, meninos e meninas já passaram dos 10 anos de idade, enquanto somente 5% deles têm entre zero e três anos, diante de quase 93% de possíveis adotantes, procurando por essa faixa etária menor. Fator que dificulta a adoção de adolescentes.

Também em número significativo, essas crianças possuem irmãos. Os números indicam que três em cada quatro crianças os possuem e dentro disso, quase 40% estão na fila aguardando alguém que os adote. Isso implica a possibilidade de uma nova separação, tendo em vista que poucas famílias se interessam pela adoção de irmãos. Segundo a Legislação Brasileira, os grupos de irmãos devem ser colocados sob adoção ou tutela da mesma família substituta, procurando-se, em qualquer caso, evitar o rompimento definitivo dos vínculos fraternais.

O pretendente à adoção precisa mostrar disposição para superar a corrida de obstáculos envolvida no processo; perseverança para, depois, esperar a vez em uma longa fila; e capacidade financeira e estrutura familiar para acolher uma criança que não tem família¹⁵.

Os dados fornecidos pela Corregedoria Nacional de Justiça demonstram que quase 90% dos candidatos são casados, cerca de 8% são solteiros e 2,44% são divorciados ou separados. A faixa etária dos candidatos aponta que quase 77% têm entre trinta e um e cinquenta anos de idade. De cada dez pretendentes à adoção, oito moram nas regiões Sul ou Sudeste do Brasil e 70% deles informaram renda financeira entre dois e dez salários mínimos, o que segundo os critérios do governo federal, os classificam como classe média.

Pesquisas atuais sobre os impactos da demora na adoção

Acerca do tema proposto, não se encontrou muita literatura, especialmente no que se refere às implicações psicológicas possivelmente sofridas pelas crianças e adolescentes. Consideraram-se apenas os artigos que atentam para as implicações psicológicas da demora na adoção de crianças e adolescentes, e percebeu-se que as leituras apontam para as consequências devido à falta da família no período de desenvolvimento emocional da criança. No contexto de abrigo a criança não conta com afeto suficiente para seu desenvolvimento sadio, em muitos casos.

A família é uma estrutura que confere dignidade à pessoa humana, de acordo com o art. 1º, inciso III da Constituição Federal, citado por Gonçalves (2009)¹⁶. O elo do afeto proporcionado por esta instituição ajuda o

ser humano a crescer com habilidades sociais.

Além das consequências para as crianças abrigadas, até mesmo os pais que buscam a adoção podem sofrer psicologicamente com a demora, ocasionando maiores malefícios ao tempo do processo em geral: Maria Antonieta Motta, em seu artigo Adoção, sublinha a desmotivação do casal adotante como uma consequência da morosidade – o que pode ocasionar diminuição na vontade de adotar ou até mesmo desistência¹⁶.

A médica psiquiatra Maria Lucrecia Sherer Zavaschi, citada por Gonçalves (2009)¹⁶, explica que em cada fase do desenvolvimento infantil há tarefas a serem executadas pela criança e sua família, desde o nascimento até a adolescência, e usa como referência os estudos de Erik Erikson: nos dezoito primeiros meses é que a criança adquire a confiança básica, através de um ambiente previsível e bom no que se refere ao suprimento orgânico e emocional. Após, até os três anos de idade, a criança adquire autonomia, com a participação ativa dos pais permitindo seu enfrentamento a situações novas e dando suporte. Entre o 4º e o 5º ano de idade a criança desenvolve atividades próprias com imaginação e linguagem, e os pais oferecem o senso de iniciativa ou de culpa, afirmando a autonomia. Entre os seis e os doze anos da criança, o estímulo dos pais quanto a comparações (e da escola também) desenvolve o senso de inferioridade e de desejo de agradar. Já na fase da adolescência ela precisa do afeto dos pais para se orientar quanto à sua identidade.

Assim sendo, percebe-se que a criança precisa do apoio familiar desde o início para que possa se tornar um adulto saudável emocionalmente e independente. Todavia, por diversas razões já vistas, a criança pode acabar sendo privada do convívio familiar, e esta privação pode ocasionar cicatrizes mais sérias para a vida toda da mesma. A família tem o papel de moldar o ser humano e, na fase entre o nascimento e os cinco anos de idade, é absolutamente relevante o cuidado, pois é quando os estímulos externos são mais absorvidos para sua formação, principalmente os provenientes de situações de rejeição e abandono.

Através do estudo de Gonçalves (2009)¹⁵ foi possível identificar que a maior preocupação com a situação de abrigo, abandono, maus tratos e falta de convívio familiar, é com a ruptura no desenvolvimento dessa criança, sendo que os estímulos aversivos são absorvidos com maior intensidade nos primeiros anos de vida, e são determinantes para a saúde mental na idade adulta. Sentimentos de rejeição, abandono e afins, são responsáveis pela depressão e outras consequências mais trágicas

Já Mattos *et al.* (2011)¹⁷ dissertaram sobre as burocracias que permeiam o processo de adoção, a possível devolução e as consequências para as crianças e os pais adotivos. Explicam que há diversas razões para os casos de adoção, como esterilidade, compaixão, e é preciso

uma avaliação psicológica com os adotantes para evitar futuras devoluções, conflitos por uma expectativa fantasiosa não alcançada. O número de crianças para adoção só faz aumentar com a miséria da contemporaneidade, e a inserção das mesmas em lares familiares é uma forma de restabelecer sua dignidade e tentar reestruturar sua realidade social e psicológica.

Mesmo quando a criança finalmente consegue um lar adotivo, as expectativas que giram em torno dela e dos pais, e as ilusões quanto a isso, devem ser levadas em consideração, no intuito de evitar a dissolução da família formada. Idealizações, segundo os autores, podem ser armadilhas que podem levar à extinção do processo ou da família, pois cada pessoa atribui um significado diferente para as palavras ‘carinho’, ‘afeto’, ‘lar’ e ‘família’.

Os autores sublinham veementemente a questão da frustração de ambas as partes como um fator que pode agravar a situação psicológica da criança em casos de adoção tardia:

A adoção tardia é bastante comum, mas complicadora, pois a maioria dos adotantes prefere bebês, por julgar ser mais fácil a adaptação, e acreditar poder se sobrepor à subjetividade da criança, a qual os mesmos julgam ser uma “página em branco”, onde eles podem reescrever uma nova história, mas, sabe-se não passar de ilusão, pois a família biológica é um fator presente na vida da criança adotada¹⁷.

Para se evitar esses inconvenientes, estudos apontam que o período de estágio de convivência com a família adotiva é um fator positivo, ajudando a romper com as expectativas de ambas as partes e diminuindo as possibilidades de frustrações que acarretam devoluções, e mais consequências psicológicas negativas que podem ser irreparáveis¹⁷.

O trabalho de pesquisa de Filho (2010)¹⁸ questiona os motivos por trás da adoção, levando em conta fatores sociais, desejos e expectativas por parte dos adotantes que podem, também, contribuir para a demora no processo em geral, deixando crianças na espera por mais tempo.

Segundo o autor, não é incomum a grande demanda por tratamento psicológico das crianças em serviços de saúde, buscadas por pais adotivos, e concorda com os fatos apresentados anteriormente por Mattos *et al.* (2011)¹⁷ no que se refere às expectativas que giram em torno do processo de adoção. Há dois lados da mesma moeda, sendo que a angústia que acompanha os pais pode ser compartilhada pelos que aguardam institucionalizados. O resultado disso pode ser visto na forma de consternação pelas crianças não corresponderem às idealizações, e consequentemente, dificuldades até mesmo de aprendizagem ou indisciplina apresentados na escola.

A questão da expectativa citada pode acontecer também com filhos biológicos, e não é o que chama a atenção. A dificuldade se enraíza nas ideias que se formam quando isso acontece em um lar adotivo:

[...] o fato de que os adotantes chegam a nós convictos de que o problema da criança esteja ligado à adoção, ou seja, não foi suficientemente ‘amado’ pela mãe biológica, pois têm a crença de que, se “a criança fosse amada de verdade, ela não teria sido entregue para adoção”, e de que a sua origem biológica estaria “falando mais alto” que a educação que lhe dão¹⁸.

A adoção existe encoberta por estigmas, trazendo a marca de problemas afetivos que os pais adotivos podem pensar vir com descendência genética, ou mesmo pelo trauma da rejeição, impureza de um corpo desconhecido¹⁸. Vê-se, neste sentido, o sofrimento que estas crianças que se encontram aguardando a adoção podem passar.

A construção da subjetividade destas crianças depende da relação familiar, parental, de que muitas vezes são privadas por mais tempo do que seria permitido por Lei, como já citado anteriormente. Estudos demonstram que é difícil estabelecer uma relação de causalidade entre formação de subjetividade de crianças adotadas e naturais, sendo que é o vínculo o mais importante neste processo, determinante da qualidade desta construção.

E mais uma vez se percebe no estudo de Filho (2010)¹⁸ a concordância com a questão da idealização:

Assim como no exemplo da “adoção à brasileira”, “os medos, os desencontros entre a criança ideal com a criança real, os questionamentos sobre a herança genética, sobre a ameaça de perda do amor e do reconhecimento do filho ao tomar ciência da sua origem, sobre a garantia de que os genitores não reivindicarão o pátrio poder”¹⁹ e tantos outros, revelam linhas de subjetivação que juntas (ou separadas) compõem o tecido “paranoico” que veste o corpo e a alma desse acontecimento.

Segundo a psicanálise, a relação entre pais e filhos, no que tange ao afeto, possui bases no ato de reviver seu narcisismo abandonado. Assim, o autor questiona a possibilidade de adoção de crianças negras, maiores de dois anos, ou do sexo masculino, por exemplo, em nome desse narcisismo. A escolha das crianças a serem adotadas e levadas para um lar onde são idealizadas a reproduzir padrões aceitáveis hereditários de uma família é permeada por mais questões do que se imagina. Aquelas que não são consideradas aptas para adoção por estas famílias tendem a ficar abrigadas por períodos de tempo mais longos.

As crianças adotivas estão sujeitas a uma carga emocional grande, mesmo depois de já pertencerem a um lar. A ausência de laços de sangue abre possibilidade de fantasias quanto à falta de alguma coisa, sendo que ela nunca será igual a outro filho gerado no ventre da família, ou mesmo que ela não irá amar os pais adotivos como amaria os biológicos, ou de que foi roubada dos genitores. Essas fantasias podem surgir tanto nos pais quanto na criança.

O processo de adoção é envolto em uma rede complexa de conceitos, preconceitos e estereótipos que são expressos pelas inseguranças, receios, percepções mais

distorcidas da realidade, agravando o quadro das consequências emocionais que envolvem todo este contexto. Uma criança que está aguardando a adoção ou que já foi adotada vive imersa em relações sociais que a segrega, que impõe um estigma de diferença social¹⁸.

Questionando o narcisismo em torno do processo, o autor busca ressignificar a cultura da adoção de forma a fazer valer os direitos das crianças aos cuidados tão básicos e necessários para a saúde de seu desenvolvimento emocional, em acordo com Gonçalves (2009)¹⁶. Independentemente da sua orientação sexual, gênero, identidade, condição econômica, etnia, os adultos que entram nesse processo devem estar dispostos a atender à demanda de afeto e direitos destas crianças, proporcionando um sentimento de filiação.

Aquelas crianças que não correspondem ao perfil de preferência dos futuros pais adotivos, pelas condições subjetivas citadas, são aquelas maiores de três anos de idade, negras, com irmãos, dentre outros perfis que não condizem com a idealização que se percebe nesse meio. Estas tendem a permanecer nos abrigos por mais tempo, atrapalhando seu desenvolvimento emocional, na expectativa da adoção.

Para Oliveira & Reis (2012), o abandono e a rejeição que envolvem o contexto das crianças abrigadas pode ter relação com a pobreza e miséria, sendo que pela falta de poder aquisitivo muitas grávidas não conseguem concretizar um aborto ou criar seus filhos. Aquelas mães que realmente praticaram o abandono, geralmente, não tiveram acesso à educação e bens socioculturais necessários¹². O estudo das autoras aponta para a reflexão do contexto geral que envolve a situação dos abrigados, desde antes de seu nascimento. O sofrimento psíquico tem início na concepção, e pode se estender, portanto, por toda a sua vida, ressaltando as ideias já colocadas de autores anteriores de que, se as crianças não atendem às expectativas dos pretendentes a adotar, tendem a permanecer por mais tempo na situação de abrigo e na carência do afeto e atenção necessários ao seu desenvolvimento emocional sadio.

Weber (1995)¹² realizou uma pesquisa com crianças em situação de internato a mais de três anos, e constatou prejuízos na formação de sua identidade e desenvolvimento. O sentimento que pode rodear as crianças em abrigos e internatos é algo perigoso que pode acarretar depressão, pelo simples fato de que ninguém as escolheu, de que foram rejeitadas pelos pais e ainda são rejeitadas por aqueles que escolhem crianças para terem um lar.

O preconceito é um dos principais determinantes do desencontro entre os pretendentes à adoção e as crianças institucionalizadas¹², seja ele de forma consciente ou inconsciente. “Em relação ao segundo preconceito, nos dizeres de Weber (1995)¹², pertencer a uma família adotiva traz características especiais que não podem ser negadas, ao contrário, devem ser assumidas totalmente”.

A temática da adoção possui muitas facetas e a adoção tardia é apenas uma delas. Crianças podem permanecer em abrigos porque têm mais de dois anos de idade, porque foram abandonadas por mães que não tinham condições socioeconômicas para criá-las, porque foram retiradas dos pais por incapacidade, porque foram esquecidas pelo Estado em orfanatos (ressalta-se eu a minoria nestas instituições é realmente órfã).

O perfil esperado pelos pretendentes à adoção é o que mais oferece risco de adoção tardia, pois a grande maioria tem preferência por crianças do sexo feminino, com no máximo três anos de idade, sem nenhum irmão ou doença conhecida e, sendo desta forma, poucas crianças têm a felicidade de se encaixar neste perfil.

Oliveira & Reis (2010)¹⁹ afirma que o ambiente familiar é de fundamental relevância para o bem estar de todos os membros relacionados, sendo que o exemplo é algo assimilado pela criança. Sentimentos de diferença não devem ser cultivados entre o filho adotivo e a família, sendo que o processo de adoção deve ser realizado com cuidados básicos, trabalhando o preconceito e a prevenção de problemas em ambas as partes.

Lehnen & Pinheiro (s.d.)²⁰ realizaram um estudo sobre adoção tardia, através de entrevistas com crianças institucionalizadas para identificar crenças e sentimentos gerados no aguardo de uma família adotante. Grande parte dos resultados desta pesquisa aponta a expectativa criada em torno da adoção, com sentimentos positivos, mas o sentimento de rejeição fica implícito quando se fala da adoção tardia, pois os pais preferem crianças menores.

Neste contexto, o abandono e a rejeição começam desde antes da institucionalização, pela família consanguínea, e perdura ao longo do tempo em que ficam no abrigo, por anos, como que esquecidas também pela sociedade. Um dos conceitos que se forma é de que a adoção tardia está diretamente relacionada com problemas e fracassos futuros²⁰.

Conforme Albuquerque (1994) há uma grande possibilidade de que essa criança traga uma carga de rejeição, devido a tudo que já vivenciou até o presente momento. O autor afirma que é possível que o seu desenvolvimento emocional tenha sido afetado, acarretando consequências que aparecerão durante o seu processo de maturação, mas se houver amor e aceitação incondicional, esses problemas podem ser superados²⁰.

A nova família em formação precisa de muito apoio para que essa relação da criança com os novos pais não seja encarada como mais uma relação provisória com abandono futuro, já que este é o modelo de relação que esta criança está acostumada.

As muitas etapas e processos do desenvolvimento humano são considerados pelas autoras neste estudo também, citando Winnicott para salientar a importância de um ambiente favorável à maturação saudável na primeira infância e à continuidade deste processo ao longo

dos anos. Não somente este autor, mas diversas pesquisas apontam para a relevância do ambiente familiar saudável, desde a infância até a adolescência inclusive no desenvolvimento da capacidade moral.

Instituições e abrigos não podem ser considerados ambientes exatamente favoráveis, como se deveria, para o desenvolvimento de uma criança, principalmente quando o tempo de abrigo se dispuser demasiado longo. Há uma carência de contato físico, de formação de vínculos afetivos, dando lugar a cobranças de regras e disciplinas impostas.

Concordando com o exposto anteriormente, Bello (1995)²¹ afirma que desde antes do nascimento já tem início o desenvolvimento do indivíduo, sendo que é estendido até perto dos 15 ou 16 anos. Visto isso, ressalta-se mais uma vez a relevância de um ambiente saudável em todos os anos que compõem essa fase. As instituições e abrigos estão longe de serem ideais para este fim mesmo com a instituição do ECA e as alterações nos procedimentos e formas de atendimentos. A preocupação com a proteção integral é interessante e necessária, mas ainda assim deixa a desejar na vinculação afetiva. Somente se percebe os efeitos que estes ambientes podem provocar quando se está do lado de fora²².

Nas entrevistas realizadas pelas autoras, muitas crianças relataram que pensam não serem escolhidas para a adoção porque os pretendentes pais preferem os mais novos, outras acreditam que são grandes demais para adoção, alguns disseram não saber o motivo de estarem ainda nos abrigos sem serem adotadas, e poucas acham que é porque 'ainda' não foram escolhidas.

Há a necessidade de se desligar as crianças dessas instituições o mais breve possível, devendo devolvê-la à família de origem ou encaminhada a uma substituta, para que os danos da falta de afeto e vinculação não sejam tão severos para seu desenvolvimento. Ainda assim, a separação do ambiente deve ser gradual, sem constituir mais um trauma. Para Tavares (2008)²³ abrigo não substitui a família no auxílio ao desenvolvimento psíquico saudável.

As autoras descobriram com sua pesquisa que é importante se atentar para o tempo de permanência nas instituições. Crianças que ficam longos períodos abrigadas tendem a desacreditar no processo de adoção e aumentar o sentimento de rejeição, tendo dificuldades para formar vínculos futuros. A espera deve ser trabalhada para que haja diminuição do sofrimento. O fato de outras crianças serem 'escolhidas' e elas ficarem para trás acarreta dificuldades psíquicas sérias, aumentando inclusive as situações potenciais de risco e manifestação de transtornos depressivos.

4. CONCLUSÃO

Pôde-se perceber com as pesquisas bibliográficas

deste estudo que a realidade da adoção no Brasil é envolvida em extrema lentidão e burocracia, sendo que o processo pode levar anos para ser concluído. Esta burocracia pode contribuir para consequências psicológicas severas nestas crianças, que podem ser irreversíveis em casos mais específicos.

Mesmo com a criação do ECA, assegurando os direitos da criança e do adolescente e visando, no caso específico do abrigo, aos cuidados personalizados, existem muitas dificuldades que permeiam este contexto. A começar pela burocracia que prolonga o tempo de espera, passando pelas idealizações dos pais que buscam adotar uma criança recém nascida, branca, ou com características parecidas com as de suas famílias para que não sejam acometidos pela percepção das diferenças.

Muitos jovens casais aguardam na lista de espera, ansiosos para oferecer amor e carinho a uma criança que não puderam ter, independente dos motivos pessoais diversos. Todavia, há que se atentar para a realidade diferente da fantasia que se cria em torno disso. O processo de adoção visa, também, atender às demandas emocionais de ambas as partes, mas para garantir que tudo funcione de forma a não haver devoluções, frustrações que levam a problemas psicológicos sérios, a "papelada" que envolve esta ação acaba até mesmo dificultando.

Dois anos é o prazo máximo estipulado para que as crianças fiquem em abrigos, mas a realidade no Brasil é discrepante, como se pôde observar com este estudo. Muitos indivíduos ficam até completar a maioridade, e quanto mais o tempo vai passando sem que eles sejam adotados enquanto crianças, menores as chances de isso acontecer com o passar do tempo. Crianças que possuem irmãos, doença de algum tipo, ou mesmo histórico familiar que vá contra as idealizações dos pais que aguardam para adotar, acabam ficando para trás – o que contribui para o aumento no tempo de espera no processo de adoção.

Os desejos de quem quer adotar nem sempre são compatíveis com a realidade. Tudo parece muito mais bonito na teoria, em seus sonhos, na mídia, enfim, em quaisquer outros lugares fora dos verdadeiros ambientes de abrigos e instituições, onde as crianças reais nem sempre tem menos de dois anos de idade, nem sempre são filhas únicas, seu comportamento pode não agradar a todos e os mecanismos de defesa que elas podem desenvolver neste ambiente, por vezes, ajuda a afastar futuros pais.

Diversos autores discorrem sobre a importância da primeira infância na formação da personalidade do indivíduo, sendo que um ambiente favorável com boa qualidade de vínculo afetivo é determinante para o desenvolvimento emocional sadio. Estudos demonstram que o papel da família no desenvolvimento da criança, no que tange aos cuidados, carinho, afeto, amor, proteção, principalmente vindos dos pais. Nos primeiros anos de vida

isso se torna ainda mais necessário, haja vista a importância do relacionamento mãe e bebê para que se desenvolva a segurança de maneira sadia. Pessoas que não tem essas condições podem desenvolver transtornos sérios de personalidade e depressão. Os exemplos, os estímulos desde a primeira mamada, são responsáveis pela noção de pertencimento, moralidade, capacidade de estabelecer vínculos, dentre outras características da personalidade tão importantes para a vida em sociedade.

Assim sendo, a partir das pesquisas realizadas foi possível constatar que o processo de adoção é algo moroso, que pode acarretar, sim, transtornos sérios psicológicos nas crianças que aguardam em abrigos e instituições. Essa demora envolve burocracias e idealizações fantasiosas por parte dos pretendentes que podem dificultar ainda mais a situação da adoção no Brasil.

Os psicólogos têm muito a contribuir neste cenário, seja no trabalho com a avaliação das famílias pretendentes à adoção, seja com as crianças, e mesmo com aqueles que trabalham em torno desse núcleo. Desta forma, podem ser criados grupos de intervenção que englobam as famílias, com intuito de conscientização e de auxílio psicológico para esta espera que traz, também, um ônus da ansiedade; as crianças também podem ser reunidas em grupos para trabalhar a ansiedade, a autoimagem, autoestima, expectativas e grande parte dos sentimentos que se fazem presentes quando o assunto é fazer parte de uma família.

Além disso, cabe ao psicólogo, enquanto promotor da cidadania e saúde, combinar esforços com demais profissionais da saúde e que trabalham no meio social para realizar um trabalho de esclarecimento dos processos de adoção, sobre a realidade dos internatos e abrigos, promover pesquisas a respeito deste tema para esclarecer à população seu funcionamento, preparando famílias, desfazendo rótulos e resgatando os vínculos importantes para a saúde emocional daqueles que irão adotar, que serão adotados, que estão aguardando na fila de ambos os lados e aqueles que convivem ou conviverão com esta realidade que é tão comum no Brasil.

Isso traz a ideia de que pode ser de grande auxílio o trabalho psicológico com os pretendentes a adoção, desfazendo pouco a pouco a ideia fantasiosa e trazendo-os à realidade, bem como o trabalho com as crianças que aguardam serem escolhidas, para diminuir os efeitos negativos que o ambiente pode ocasionar, sendo que mesmo com tanta preocupação com o bem estar das mesmas, a qualidade dos vínculos ainda é algo importante que pode deixar a desejar.

REFERÊNCIAS

- [1] SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 13 ago. 2015.
- [2] MEAD, L. M. "Public Policy: Vision, Potential, Limits", *Policy Currents*, Fevereiro: 1-4. 1995.
- [3] LYNN Lynn, L. E. *Designing Public Policy: A Casebook on the Role of Policy Analysis*. Santa Monica, Calif.: Goodyear. 1980
- [4] CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Acrescenta e altera dispositivos à Resolução Nº 54, de 29 de abril de 2008, que dispõe sobre a implantação e funcionamento do Cadastro Nacional de Adoção. Cria e dispõe sobre o Cadastro Nacional de Crianças e Adolescentes Acolhidos. Resolução CNJ 93, de 27 de outubro de 2009.
- [5] Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)
- [6] BRASIL. Lei n.12010/096, de 03 de agosto de 2009. Dispõe sobre adoção; altera as Leis nºs 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943; e dá outras providências.
- [7] JUSBRASIL. Disponível em <http://jusbrasil.com.br> Acesso em: 07 setembro 2014.
- [8] Senado Federal. A adoção feita por homossexuais: batalhas e vitórias. Revista Em Discussão. S.d. [acesso 07 set. 2014]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/adocao/relatos-reais-sobre-adocao/-a-adocao-feita-por-homossexuais-batalhas-e-vitorias-legais.aspx>
- [9] Coêlho BF. Adoção à luz do Código Civil de 1916. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIV, n. 87, abr 2011 [acesso 07 set. 2014] Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9266
- [10] BRASIL. Lei n. 3.133, de 08 de maio de 1957.
- [11] BRASIL. Lei 4.655, 02 de junho de 1965.
- [12] BRASIL. Lei 6.697, 10 de outubro de 1979.
- [13] BRASIL. Lei n.12010/096, de 03 de agosto de 2009. Dispõe sobre adoção; altera as Leis nºs 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943; e dá outras providências
- [14] BRASIL. Lei 12.955, 05 de fevereiro de 2014. Acrescenta § 9º ao art. 47 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer prioridade de tramitação aos processos de adoção em que o adotando for criança ou adolescente com deficiência ou com doença crônica.
- [15] Senado Federal. História das Leis de Adoção no Brasil. Revista Em Discussão. S.d. [acesso 07 set. 2014]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/adocao/contexto-da-adocao-no-brasil/historia-das-leis-de-adocao-no-brasil.aspx>
- [16] Gonçalves RV. Adoção - reflexos do procedimento. [Monografia]. Rio Grande do Sul: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009. [acesso 05 set.

- 2014] Disponível em:
http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/graduacao/tcc/tcc2/trabalhos2009_2/raquel_goncalves.pdf
- [17] Mattos MP, Hernandes MAF, Eloy CB. Adoção e devolução: a criança devolvida. In: IV Congresso de Psicologia da Unifil / I Congresso Nacional de Psicologia, 2011, abr. 25-30; Londrina; Paraná, 2011. [acesso 05 set. 2014] Disponível em:
http://www.unifil.br/portal/arquivos/publicacoes/paginas/2011/6/331_344_publipg.pdf
- [18] Filho FST. Os segredos da adoção e o imperativo da matriz bioparental. 2010; Florianópolis; Estudos *Feministas*; jan-abr. 2010. [acesso 05 set. 2014] Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ref/v18n1/v18n1a15.pdf>
- [19] Oliveira EMP, Reis APN. Adoção tardia: um estudo sobre o perfil da criança estabelecido pelos postulantes à adoção. Revista Jurídica UNIARAXÁ, v. 6, n. 15, p. 105-125; ago. 2012. [acesso 05 set. 2014] Disponível em:
www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/juridica/article/download/75/67
- [20] Lehnen CC, Pinheiro SD. Adoção tardia: implicações psicológicas na criança institucionalizada [artigo]. Rio Grande do Sul: Faculdades Integradas de Taquara. S.d.
- [21] BELLO, José Luiz de Paiva. Lauro de Oliveira Lima: um educador brasileiro. Vitória, 1995. 210 p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação - PPGE, Universidade Federal do Espírito Santo, 1995.
- [22] BEE, Helen. A criança em desenvolvimento. Tra. Maria Adriana V. Veronese. 7ª Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1996Tavares (2008)



USO INDISCRIMINADO DO METILFENIDATO PARA O APERFEIÇOAMENTO COGNITIVO EM INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS

INDISCRIMINATE USE OF METHYLPHENIDATE FOR COGNITIVE IMPROVEMENT IN HEALTHY PEOPLE

CARLOS EDUARDO FARDIN¹, JULIANA ANTUNES DA ROCHA PILOTO^{2*}

1. Acadêmico do Curso de Farmácia da Faculdade Ingá; 2. Farmacêutica responsável técnica da Farmácia Escola Uningá, Especialista em Farmacologia Clínica, Docente do curso de graduação em Farmácia da Faculdade Ingá.

*Rodovia PR 317, 6114, Parque Industrial 200, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87035-510. juliana_rocha88@hotmail.com

Recebido em 14/08/2015. Aceito para publicação em 19/08/2015

RESUMO

O metilfenidato é um fármaco destinado para o tratamento de patologias como Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade que se caracteriza pelo padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade. É um fármaco derivado das anfetaminas, farmacodinamicamente atua inibindo a recaptção de dopamina e noradrenalina, desencadeando um efeito estimulante no Sistema Nervoso Central, resultando em uma maior atenção e poder de concentração do indivíduo nos estudos ou em atividades desenvolvidas. Entretanto, este medicamento vem sendo administrado por indivíduos, isentos de qualquer patologia, que evidencie a necessidade de sua administração, visando o aperfeiçoamento cognitivo, aumento da capacidade produtiva, seja ela na fase acadêmica e/ou profissional. O metilfenidato é o fármaco psicoestimulante mais consumido no mundo, tal fato deve ser por duas variantes ambíguas, ou seja, criteriosamente e clinicamente necessária no caso de sua administração por indivíduos diagnosticados com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, na face oposta através de atos imprudentes, insensatos e ilícitos a administração desta substância visando a melhora da performance cognitiva, entretanto efeitos indesejáveis graves, são inevitáveis quando do uso inconsequente, sem diagnóstico e acompanhamento clínico médico. Conclui-se que o crescimento exponencial do consumo de metilfenidato nos últimos tempos é um fato que sugere uma ação emergencial das autoridades sanitárias competentes, a fim de impedir o uso indevido ou indiscriminado.

PALAVRAS-CHAVE: Metilfenidato, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, aprimoramento cognitivo, uso indiscriminado.

ABSTRACT

The methylphenidate is a remedy aimed at treating pathologies such as Attention Deficit Hyperactivity Disorder which is featured by the persistent pattern of lack of attention and or

hyperactivity. It is a remedy derived from amphetamines and acts dynamically restraining the recapture of dopamine and noradrenaline, unchaining a stimulating effect in the Central Nervous System, ending in a bigger power of attention and concentration of the person during studies and any other activity. However, such medicine has been used by people without any pathology, aiming at cognitive improvement, increasing the productive capacity in the academic and professional phase. The methylphenidate is the most consumed psychostimulant remedy in the world; such fact is due to ambiguous variations, it means, on one hand, carefully and clinically necessary in case of patients diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, on the other hand, an administration through imprudent, insensate and illicit acts in order to obtain a better cognitive performance, which may bring undesirable serious effects, inevitable when using without any medical follow up as well as any diagnosis. One may conclude that it is necessary an urgent attitude from hygiene authorities, in order to stop the unjustified and indiscriminate use of methylphenidate, whose consume has been increasing profusely lately.

KEYWORDS: Methylphenidate, attention deficit hyperactivity disorder, cognitive improvement; indiscriminate use.

1. INTRODUÇÃO

A partir da segunda metade do século XX o consumo de medicamentos aumentou significativamente, devido ao fortalecimento do paradigma biomédico, ao crescimento da indústria farmacêutica, à ampliação do acesso aos medicamentos e à intensificação dos processos de mercantilização da saúde e medicalização da sociedade. Neste panorama, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem sido descrito como um dos diagnósticos que mais sustentam o processo atual de medicalização da vida, devido ao crescente consumo de metilfenidato. Algumas das questões apontadas como

problemáticas são: o número excessivo de diagnósticos em crianças e adultos, a patologização de questões que são de ordem educacional e a expansão do uso não médico do medicamento, do qual jovens e adultos fazem uso para melhorar a performance cognitiva ou para fins recreativos¹.

Atualmente o metilfenidato é o psicoestimulante mais consumido no mundo, sua produção mundial passou de 2,8 toneladas em 1990 para quase 38 toneladas em 2006. Das 38 toneladas produzidas em 2006, 34,6 foram produzidas pelos Estados Unidos, que também são os maiores consumidores do estimulante. Naquele ano, o consumo mundial de metilfenidato foi de 35,8 toneladas para 82,2%².

O metilfenidato faz parte de um grupo de drogas, que têm em comum, ações como aumento da atividade motora e redução da necessidade de sono. Estas drogas diminuem a fadiga, induzem a euforia e apresentam efeitos simpaticomiméticos. São as medicações de primeira escolha no tratamento farmacológico do TDAH³. Medicamentos como o Metilfenidato (também um agente dopaminérgico) agem de forma a aumentar a capacidade de atenção, convergência de pensamento e retenção de informação. É usada por muitos estudantes e profissionais do mundo acadêmico de forma a melhorar e aumentar o processo cognitivo em seus meios profissionais⁴.

O metilfenidato foi sintetizado pela primeira vez em 1944 por Leandro Panizzon e em 1954 foi dado início aos testes em humanos e comercializados somente em 1955 pela Ciba-Geigy com o nome comercial de Ritalina®, inicialmente indicado para o tratamento da narcolepsia, um raro transtorno do sono. Somente a partir dos anos 60, estudos começaram a ressaltar os benefícios do Metilfenidato para tratamento de crianças hiperativas e distraídas. Hoje, sua principal indicação terapêutica é para o tratamento de TDAH em crianças⁵.

O metilfenidato é um derivado da piperidina, estruturalmente relacionado com as anfetaminas, sendo um estimulante leve do Sistema Nervoso Central (SNC), com efeito, mais ativo sobre a atividade mental que sobre a motora⁶.

O metilfenidato é um potente inibidor da recaptação da dopamina e da noradrenalina. Bloqueia a capturas das catecolaminas pelas terminações das células nervosas pré-ganglionares, impede que sejam removidas do espaço sináptico. Deste modo a dopamina e a noradrenalina extracelulares permanecem ativas por mais tempo, aumentando significativamente a densidade destes transmissores nas sinapses. Ele possui potentes efeitos agonistas sobre os receptores alfa e beta adrenérgico. O fármaco eleva o nível de alerta do SNC. Isto resulta numa melhor concentração, coordenação motora e controle dos impulsos⁷.

Atualmente estudantes e profissionais buscam meios para aumentar seu poder produtivo, estudar exagerada-

mente sem cansar e principalmente lembrar o que estudou. O metilfenidato está sendo amplamente utilizado por indivíduos não portadores de TDAH com a finalidade de melhorar a concentração e aumentar o desempenho intelectual⁸.

Com isso, motivos frequentes relatados por jovens que abusam de estimulantes incluem alcançar uma valorização elevada e/ou cognitiva, onde a melhora cognitiva é definida como "à amplificação ou ampliação de capacidades básicas da mente através da melhora ou aumento dos sistemas de processamento de informações internas ou externas". Estudos têm demonstrado que daqueles alunos que abusam de estimulantes, aproximadamente 60% são motivadas pela necessidade de estudar, com 58% necessidade de informação para uma melhor concentração e 43% melhoraram o estado de alerta⁹.

Contudo, o objetivo desta revisão da literatura será investigar sobre o aumento do uso indiscriminado de metilfenidato em indivíduos que não apresentam Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão da literatura através de livros e artigos científicos localizados nas bases de dados SciELO (*Scientific Electronic Library on Line*), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PUBMED (*National Center for Biotechnology Information - NCBI, U.S. National Library of Medicine*) e MEDLINE, utilizando como palavras-chave: Metilfenidato; Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; aprimoramento cognitivo; uso indiscriminado. Foram selecionados e revisados os artigos que abordaram a temática desde 1996 a 2015, independentemente do idioma de publicação no período de 23 de fevereiro de 2015 à 01 de agosto de 2015.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é hoje um dos temas mais estudados em crianças em idade escolar. Estima-se que ele apresente uma das principais fontes de encaminhamento de crianças ao sistema de saúde. A alta frequência de diagnósticos de TDAH conduz a uma reflexão crítica do processo de avaliação, intervenção, além de práticas educativas no acompanhamento de crianças e jovens tanto na família como no sistema de educação. As mudanças na família, à sofisticação do sistema de comunicação, o alto número de crianças e jovens por sala de aula constituem-se apenas em alguns dos potenciais fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de comportamentos de risco, os quais podem ser precipitadamente classificados em di-

agnósticos como TDAH¹⁰.

A avaliação psicológica e o diagnóstico do TDAH envolvem um processo delicado e complexo, o qual demanda do profissional experiência clínica, um bom conhecimento teórico e, sem dúvida, muita reflexão. As escolas, a cada dia que passa se envolvem em uma tendência de explicar o mau desempenho de seus alunos pela presença do TDAH. Ainda que em muitos casos o diagnóstico realizado na escola possa estar equivocado, o TDAH é responsável por uma boa parcela dos problemas escolares, tendo em vista que ele, independentemente da associação com a hiperatividade, compromete significativamente o desempenho escolar, pois prejudica uma condição indispensável para a aprendizagem como um todo¹¹.

O TDAH é caracterizado por padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade mais frequente e grave do que habitualmente se observa em indivíduos da mesma faixa etária. Os sintomas frequentemente apresentados são: desatenção (pede se para repetir as coisas, distrai-se facilmente, confunde os detalhes, não termina o que começou, ouve, porém, parece não escutar), impulsividade (grita alto e faz barulho, é extremamente excitável, não consegue esperar a vez, fala excessivamente), hiperatividade (prefere correr a andar, inquieta-se ou se contorce, faz tudo ruidosamente e deve estar sempre fazendo algo)¹².

Metilfenidato

No Brasil, o metilfenidato está disponível em três formulações, sendo duas de ação mais prolongada, os produtos à base dessa substância comercializados no Brasil é a RITALINA[®] (Novartis Biociências), RITALINA LA[®] (Novartis Biociências) e o CONCERTA[®] (Janssen Cilag)¹³. A formulação de liberação imediata exige o uso de várias tomadas ao longo do dia, por causa de sua rápida metabolização e eliminação, já as formulações de liberação prolongada facilitam a posologia para o paciente fazer a administração do medicamento¹⁴.

Segundo a Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998 que aprova o regulamento sobre substâncias sujeitas a controle especial, o metilfenidato só pode ser dispensado mediante retenção da Notificação de Receita, onde o metilfenidato está incluso na lista “A3” (substâncias psicotrópicas), sujeito a notificação de receita “A” (Notificação de Receita amarela)¹⁵.

O metilfenidato (MPH) é absorvido pelo trato gastrointestinal, mas apresenta uma baixa biodisponibilidade, de cerca de 30%, uma vez que ela passa por um extenso metabolismo durante a primeira passagem. Os níveis plasmáticos máximos são observados entre 1,5 e 2,5 horas após a administração oral de metilfenidato de liberação imediata (MPH-IR), tem uma baixa afinidade por proteínas plasmáticas, de aproximadamente 15%. No entanto, a sua propriedade de vinculação é muito forte. O

tempo de meia vida do MPH-IR é de aproximadamente 2,5 horas. A principal transformação ocorre no fígado, aparentemente como resultado da ação de carboxylesterase-1 (hCE-1) sobre o de esterificação de MPH ao ácido ritalínico, seu principal metabólito. Cerca de 75% da excreção urinária é composto por ácido ritalínico, em comparação a somente 1% de inalterado MPH¹⁶.

O metilfenidato é um derivado das anfetaminas, que são substâncias simpatomiméticas com ação predominante no sistema nervoso central, causando liberação de dopamina de seus estoques intraneurais, acarretando também a liberação de outros neurotransmissores como serotonina e noradrenalina e inibindo a sua recaptação no terminal axônico pré-sináptico, o que pode explicar seus efeitos farmacológicos e também os efeitos tóxicos. O mecanismo de ação das anfetaminas é complexo e envolve efeitos adicionais que afetam os níveis extracelulares de catecolaminas, incluindo inibição da recaptação, efeito na exocitose, síntese e metabolismo de neurotransmissores¹⁷.

No sistema nervoso central, o mecanismo de ação do metilfenidato ainda não foi completamente esclarecido, mas acredita-se que seja semelhante ao das anfetaminas¹⁸. Eles bloqueiam a proteína transportadora da recaptação da dopamina (DAT) e da noradrenalina (NET), aumentando a neurotransmissão dopaminérgica D1-D2 meso-córtico-límbica e noradrenérgica, e em doses excessivas o metilfenidato inibe a monoamina oxidase (MAO)^{19,20}. Portanto, drogas psicoestimulantes, como a cocaína, anfetaminas e metilfenidato inibem os transportadores de dopamina e noradrenalina, aumentando a disponibilidade destes neurotransmissores nas fendas sinápticas e produzindo assim efeitos estimulantes. A afinidade do metilfenidato (MPH) para os transportadores de dopamina e noradrenalina é maior do que a cocaína. Assim, as concentrações mais baixas de MPH em locais alvos seriam capazes de promover o mesmo nível de bloqueio quando comparado com a cocaína¹⁶.

Uso *off-label* e não prescrito do Metilfenidato

Ainda sem tradução oficial para o português, usa-se o termo *off-label* para se referir ao uso diferente do aprovado legalmente ou ao uso de um produto não registrado no órgão regulatório de vigilância sanitária no País, que, no Brasil, é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). O uso *off-label*, refere-se à variadas situações em que o medicamento é usado de diferentes formas com as registradas na bula, incluindo a administração de formulações extemporâneas ou de doses elaboradas a partir de especialidades farmacêuticas registradas; indicações e posologias não usuais; administração do medicamento por via diferente da preconizada; administração em faixas etárias para as quais o medicamento não foi testado; e para fins terapêuticos diferentes da aprovada para o medicamento²¹.

No uso *off-label* de psicoestimulantes, os riscos, os efeitos colaterais (por exemplo, sintomas gastrointestinais, tonturas, indução de psicose ou mania), assim como o uso indevido e sintomas de abstinência tem que ser levados em consideração. A este respeito, os riscos à saúde do uso de estimulantes ilícitos parece ser muito maior do que o uso de estimulantes prescritos²².

O metilfenidato é indicado, sobretudo, para o tratamento de pessoas com TDAH. Contudo, pessoas saudáveis (que não apresentam critérios para diagnóstico de TDAH ou qualquer outra doença que justifique o uso do medicamento) passaram a utilizar esse fármaco para melhorar o desempenho acadêmico²³. Além de outros indivíduos que quisessem “otimização cognitiva”, maximizando sua produtividade, aumentando sua capacidade de concentração, diminuindo o cansaço físico, entre outros efeitos promovidos pelo medicamento²⁴.

O uso não prescrito do metilfenidato na atualidade se faz, em grande parte, por universitários, empresários e profissionais da área de saúde. Esses usuários, em geral, têm maior conhecimento sobre a droga em relação à população. Entretanto, trata-se de um público heterogêneo, com uma busca ativa de interesses diversos e subjetivos pela substância. Situação esta que remete a nossa investigação à condição de multifacetada, com variáveis incontroláveis e complexas²⁵.

Em Universidades, é comum alunos - com fortes argumentos em defesa de suas práticas - comprarem e venderem medicamentos, não para tratar doenças, mas com intuito de obterem notas mais altas, vantagens sobre os colegas ou para aumentar a capacidade de aprendizagem. Dessa forma, os usuários estão respondendo ao que a sociedade espera deles: uma produtividade a qualquer custo, ainda que seja apenas um semblante de produção. Ainda, há quem use o medicamento simplesmente para manter-se desperto durante longas jornadas de trabalho ou estudo²⁶.

Vivemos numa sociedade competitiva, em que o rendimento nos estudos é visto como importante para alcançar uma posição e para ter sucesso. Uma pessoa que se perceba tendo um mau desempenho quando comparada aos seus pares, pode julgar que existe algo de errado com ela, pode se perceber como não tendo a atenção suficiente para se concentrar nos estudos e alcançar bons resultados, pode até perceber uma mudança qualitativa na sua atenção, um antes em que ela conseguia se concentrar nos seus estudos e um depois quando não consegue mais²⁷.

Entre 2002 e 2006, a produção brasileira do metilfenidato aumentou de 40 Kg para 226 Kg, colocando o País na posição de segundo líder no mundo na prescrição deste fármaco, o que contribui e acirra o debate sobre a adequação diagnóstica de TDAH e o uso crescente, não prescrito, por indivíduos que buscam seus efeitos estimulantes. Destaca-se que o metilfenidato chegou ao Brasil em 1998 e que em 2011 foram vendidas 1.212.850

caixas do medicamento, elevando-o ao posto do psicoestimulante sintético mais consumido²⁸.

Em um estudo realizado entre os estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia (Brasil). Foram incluídos ao acaso 186 (18,1%) estudantes dos seis anos do curso médico (n=1.025), no mês de maio de 2009. Foi de 8,6% (16/186) a frequência de alunos usuários de metilfenidato, em algum momento da vida escolar; desses, 87,5% indicaram o aumento de rendimento na faculdade como razão para o uso da substância; e entre o total de usuários, a maioria (75,5%) afirmou saber onde comprar metilfenidato sem receita médica; e 35,5% conheciam colegas da faculdade que faziam uso não-prescrito de metilfenidato²⁹.

Nos Estados Unidos, o número de crianças em idade escolar fazendo uso de metilfenidato ultrapassa as estimativas mais elevadas de prevalência de TDAH registradas. A estimativa de consumo nesse grupo de usuários chega a 16% em algumas universidades americanas²⁶. Já em um levantamento feito na Universidade de Wisconsin, nos Estados Unidos, mostrou que um em cada cinco estudantes da instituição já havia experimentado o metilfenidato com único propósito de aumentar a performance cognitiva⁸.

Entre os estudantes universitários iranianos de Habibzadeh relataram que em 2011, 8,7% dos estudantes em Universidade de Tabriz das ciências médicas do nordeste do Irã tinham um histórico de uso indevido de metilfenidato³⁰.

Efeitos colaterais e riscos que o uso de Metilfenidato pode gerar

Apesar de existirem muitos estudos sobre o metilfenidato, poucos são os que investigam a fundo seus efeitos adversos. Os efeitos mais comuns são dor abdominal, náusea, vômito, cefaleia, insônia, xerostomia, anorexia, taquicardia, palpitação, arritmias, alterações na pressão arterial, tosse, tiques, podem ser observados. Insônia e diminuição de apetite são diretamente proporcionais à dose do medicamento. Alucinações em crianças tratadas com metilfenidato são de origem visual e tátil, geralmente envolvendo insetos, cobras ou vermes. Os pais devem ser orientados para que estejam em alerta a qualquer sinal de alucinação. Se ocorrerem alucinações em curto prazo, deve-se reavaliar os benefícios do tratamento porque ainda não são conhecidos os efeitos de longo prazo³¹.

Além desses, já bastante conhecidos, existem ainda outros relatos, tais como: interferência do metilfenidato no crescimento; potencial de abuso desse fármaco, já que o mesmo faz parte dos chamados estimulantes do sistema nervoso central, do qual faz parte também a cocaína; há o desconhecimento dos efeitos da suspensão repentina da utilização do medicamento durante finais de semana e/ou férias³².

Na França, em um estudo realizado com 143 crianças

de até 10 anos de idade que estavam fazendo o uso de metilfenidato foi identificado que em 32% diziam estar fazendo uso *off-label* da substância, destas 43% apresentaram efeitos adversos graves. Houve relatos em 38 adultos, dos quais 84% foram identificados como uso *off-label*, sendo que 33% relataram algum efeito adverso. Dos efeitos mais comuns estão os efeitos neuropsiquiátricos, seguido de efeitos secundários cardiovasculares e cutâneos, havendo relatos em 13,3% dos casos³³.

Foi relatado que houve um aumento de 1,8 vezes no risco de morte súbita ou arritmia ventricular, e um aumento de 1,7 vezes no risco de todas as causas de morte em quase 44.000 novos utilizadores de metilfenidato. No entanto, as indicações de tratamento não foram relatadas e os pacientes só foram seguidos por 60 dias³⁴.

A dose tóxica de metilfenidato não foi estabelecida e não há evidência de que sofra variação de acordo com a idade do paciente. Exemplos de sintomas de toxicidade incluem agitação moderada a grave, alucinações, movimentos musculares anormais, perda da consciência e convulsões. O metilfenidato é contraindicado para pacientes que sofrem de ansiedade ou agitação, depressão grave, ideias suicidas, tiques ou história familiar de síndrome de Tourette, dependência a álcool ou substâncias de abuso, psicose, hipertireoidismo, doenças cardiovasculares e durante a amamentação³⁵.

4. CONCLUSÃO

Concluiu-se que a partir dos estudos disponíveis na literatura e pertinentes ao assunto, houve no decorrer dos anos um aumento significativo do consumo de metilfenidato no mundo, resultado do uso prescrito e não prescrito do fármaco.

Inicialmente as prescrições eram apenas e exclusivamente para as pessoas diagnosticadas com narcolepsias, posteriormente passou a ser prescrito para o tratamento de pessoas que apresentavam Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, já a variável que se faz somar a este crescimento exponencial do consumo de metilfenidato, é devido ao uso indiscriminado exercido pela população acadêmica (principalmente estudantes do curso de medicina), que visam obter melhores resultados em seus afazeres acadêmicos, dentre outros profissionais que almejam apenas o aprimoramento de sua performance cognitiva e desta forma obterem melhores resultados em sua vida profissional.

De acordo com os dados e pesquisas realizadas no decorrer do trabalho o consumo do metilfenidato está se expandindo de forma gradativa e pode vir a se tornar problema de saúde pública, sendo assim, torna-se necessário uma imposição de maior controle sobre a prescrição e dispensação, definição de estratégias de fiscalização de medicamentos à base de metilfenidato.

REFERÊNCIAS

- [1] Caliman LV, Rodrigues PHP. A experiência do uso de metilfenidato em adultos diagnosticados com TDAH. *Psicol. Estud.*, Maringá, v. 19, n. 1, p. 125-134, Mar. 2014.
- [2] Itaborahy C, Ortega FO. Metilfenidato no Brasil: uma década de publicações. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, Mar. 2013.
- [3] Lage CD, Gonçalves FD, Gonçalves OG, Ruback RO, Motta GP, Valadão FA. Uso de Metilfenidato pela População Acadêmica: Revisão de Literatura, v.10,n.3,p.31-39 (Mar - Mai 2015).
- [4] Magalhães GHF. Tecnologias Cognitivas: Uma Abordagem Geral. 4o Seminário Interno de Cognição Artificial - SICA - FEEC - UNICAMP, 2014.
- [5] Shirakawa DM, Tejada SN, Marinho CAF. Questões atuais no uso indiscriminado do metilfenidato. *Omnia Saúde*, v.9, n.1, p.46-53, 2012.
- [6] Goodman LS, Gilman AG. As bases farmacológicas da terapêutica. 11. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2005.
- [7] Mota SJ, Pessanha FF. Prevalência do uso de metilfenidato por universitários de Campos dos Goytacazes, RJ. *VÉRTICES*, Campos dos Goytacazes/RJ, v.16, n.1, p. 77-86, jan./abr. 2014.
- [8] Pasquini NC. USO DE Metilfenidato (MFD) por estudantes universitários com intuito de “turbinar” o cérebro. *Revista Biológica Farmacêutica de Campina Grande*, p. 2013.
- [9] Bagot SK, Kaminer Y. Efficacy of stimulants for cognitive enhancement in nonattention deficit hyperactivity disorder youth: a systematic review *Addiction*. 2014 Apr. v.09, n.4, p. 547–557.
- [10] Santos LF, Vasconcelos LA. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 26, n. 4, p. 717-724, 2010.
- [11] Graeff RL, Vaz CE. Evaluación y el diagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Psicol. USP*, São Paulo, v. 19, n. 3, set. 2008.
- [12] Guerreiro MM, Montenegro MA, Piva RT, Moura-Ribeiro MVL. Distúrbio do déficit de atenção: tratamento com metilfenidato. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 25-29, mar. 1996.
- [13] BRASIL. Ministério da saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Lista de Medicamentos de Referência, Metilfenidato, data de inclusão, 12 nov. 2012.
- [14] Louza MR, Mattos P. Questões atuais no tratamento farmacológico do TDAH em adultos com metilfenidato. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 56, supl. 1, p. 53-56, 2007.
- [15] BRASIL. Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Legislação em Vigilância Sanitária*, 12 mai. 1998.
- [16] Freese L, Signor L, Machado C, Ferigolo M, Barros HMT. Non-medical use of methylphenidate: a review. *Trends Psychiatry Psychother.* Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 110-115, 2012.
- [17] Marcon C, Silva LAM, Moraes CMB, Martins JS, Carpes AD. Uso de anfetaminas e substâncias relacionadas na sociedade contemporânea1; *Disciplinarum Scientia*. Série:

- Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 247-263, 2012.
- [18] BRASIL Ministério da saúde. Consultoria Jurídica/Advocacia Geral da União. Nota Técnica N° 38 /2012, princípio ativo: metilfenidato, Brasília, mai. 2012.
- [19] Aloe F, Alves RC, Araújo JF, Azevedo A, Bacelar A, Bezerra M, et al. Diretrizes brasileiras para o tratamento da narcolepsia. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 305-314, Sept. 2010.
- [20] Lapinsky JD, Velagaleti R, Yarravarapu M, Liu Y, Huang Y, Surratt CK, et al. Azido-Iodo-N-Benzyl Derivatives of threo-Methylphenidate (Ritalin, Concerta): Rational Design, Synthesis, Pharmacological Evaluation, and Dopamine Transporter Photoaffinity Labeling *Bioorg Med Chem. Jan. 1; v. 19, n.1, p.504–512. 2011.*
- [21] BRASIL. Ministério da saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Uso off label: erro ou necessidade?*. *Rev. Saúde Pública*, v. 46, n. 2, p. 395-397. 2012.
- [22] Hildt E, Lieb K, Franke AG. Life context of pharmacological academic performance enhancement among university students – a qualitative approach. *BMC Medical Ethics*, v. 15, n. 23, 2014.
- [23] Ortega F, Barros D, Caliman L, Itaborahy C, Junqueira L, Ferreira CP. Ritalin in Brazil: production, discourse and practices. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.34, p.499-510, jul./set. 2010.
- [24] Silva PCA, Luzio CA, Santos KYP, Yasui S, Dionísio GH. A explosão do consumo de Ritalina., *Revista de Psicologia da UNESP* v. 11, n. 2, 2012.
- [25] Brant LC, Carvalho TRF. Methylphenidate: medication as a “gadget” of contemporary life. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.42, p.623-36, jul./set. 2012.
- [26] Carvalho TRF, Brant LC, Melo MB. Exigências de produtividade na escola e no trabalho e o consumo de metilfenidato. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 35, n. 127, p. 587-604, Jun. 2014.
- [27] Gonçalves CS, Pedro RMLR. Sobre o consumo de medicamentos para a melhora cognitiva e do humor: primeiros passos de uma Cartografia das Controvérsias. *Anais da ReACT-Reunião de Antropologia da Ciência e Tecnologia*, v. 2, n. 2, 2015.
- [28] Silva AS, Leite BF, Brito GV, Vidal JS, Souza KM, Freitas MG, et al. Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde*; Ano VIII n° 23, março de 2014.
- [29] Cruz TCSC, Junior EPSB, Gama MLM, Maia LCM, Filho MJXM, Neto OM, et al. Uso não-prescrito de metilfenidato entre estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, v. 86, n. 1, p.3-6, 2011.
- [30] Eslami AA, Jalilian F, Ataee M, Alavijeh MM, Mahboubi M, Afsar A, et al. Intention and Willingness in Understanding Ritalin Misuse Among Iranian Medical College Students: A Cross-Sectional Study. *ISSN 1916-9736 E-ISSN 1916-9744. Global Journal of Health Science*; v. 6, n. 6, p.43-53, Jun. 2014.
- [31] Pastura G, Mattos P. Efeitos colaterais do metilfenidato., *Rev. Psiqu. Clín.* v.31, n.2, p.100-104, 2004.
- [32] Brzozowski FS, Caponi S. Medicamentos Estimulantes: Uso e Explicações em Casos de Crianças Desatentas e Hiperativas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.7, n.15, p.01-23, 2015.
- [33] Trenque T, Herlem E, Taam AM, Drame M. Methylphenidate off-label use and safety. *SpringerPlus*. v. 3, n. 1, p.286, 2014.
- [34] Schelleman H, Bilker WB, Kimmel SE, Daniel GW, Newcomb C, Guevara JP, et al. Methylphenidate and risk of serious cardiovascular events in adults. *Am J Psychiatry*. v. 169, n. 2, p.178-185, 2012.
- [35] Dias DC, Hoefler R. Distúrbio de Hiperatividade e Déficit de atenção - CEBRIM/CFE - Farmacoterapêutica ISSN 1413-9626, Ano XIV, n. 5-6, set-dez, 2009.



O USO DE TOXINA BOTULINICA COMO ALTERNATIVA PARA O TRATAMENTO DO SORRISO GENGIVAL CAUSADO PELA HIPERATIVIDADE DO LÁBIO SUPERIOR

THE USE OF BOTULINUM TOXIN AS AN ALTERNATIVE FOR GUMMY SMILE TREATMENT CAUSED BY THE UPPER LIP HIPERACTIVITY

ISABELA RIGHETTO **SENISE**¹, FABIANO CARLOS **MARSON**², PATRÍCIA SARAM **PROGIANTE**³, CLEVERSON DE OLIVEIRA E **SILVA**^{4*}

1. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Faculdade Ingá; 2. Professor Adjunto de Dentística - Uningá, Professor Efetivo do Mestrado em Odontologia – Uningá; 3. Professora Adjunta de Prótese - Uningá, Professora Efetiva do Mestrado em Odontologia – Uningá; 4. Professor Adjunto de Periodontia - Uningá, Professor Efetivo do Mestrado em Odontologia – Uningá.

* Faculdade Ingá Rod. PR 317, 6114, Maringá, Paraná, Brasil, CEP: 87035-510. prof.cleversonsilva@uninga.edu.br

Recebido em 19/06/2015. Aceito para publicação em 27/08/2015

RESUMO

O sorriso estético é aquele que apresenta correlação harmônica entre os elementos dentários e entre lábios e gengiva. Quando o indivíduo apresenta mais de 3mm de exposição gengival durante o sorriso, esse é denominado sorriso gengival. As possíveis causas do sorriso gengival incluem hiperplasia gengival, erupção passiva alterada, extrusão dento-alveolar anterior, crescimento vertical excessivo da maxila, lábio curto e hiperatividade do lábio superior. Para o tratamento do sorriso gengival devido a hiperatividade do lábio superior estão: miectomia, reposicionamento labial e o uso da toxina botulínica. A toxina botulínica é uma alternativa mais simples e menos invasiva. Assim, o objetivo deste estudo é realizar uma revisão de literatura sobre a aplicação da toxina botulínica como uma alternativa terapêutica para o tratamento do sorriso gengival causado pela hiperatividade do lábio superior. As principais vantagens são a facilidade técnica, a alta tolerabilidade pelo paciente, o baixo índice de complicações e o efeito praticamente imediato e natural; sendo sua principal desvantagem a manutenção do resultado por um curto período de tempo. O correto diagnóstico da causa e a adequada seleção da técnica para a correção do sorriso gengival são de fundamental importância para o sucesso do tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Sorriso; Toxinas botulínicas tipo A; Gengiva; Estética

ABSTRACT

The esthetic smile is one that has harmonic correlation between dental elements and between lips and gingiva. If the person has more than 3 mm of gingival display during smile, this is known as gummy smile. Possible causes of gummy smile include gingival hyperplasia, altered passive eruption, anterior dento-alveolar extrusion, excessive vertical growth of the maxilla, short lip and hyperactivity of the upper lip. For treatment of gummy smile due to upper lip hyperactivity are: myectomy, lip repositioning and use of botulinum toxin. Botulinum toxin is a simpler and less invasive alternative. Therefore, the aim of this study

is to conduct a literature review on the application of botulinum toxin as a therapeutic alternative for the treatment of gummy smile caused by upper lip hyperactivity. The main advantages are technical facility, high tolerability by the patient, low rate of complications and the almost immediate and natural effect; and its main disadvantage is the maintenance of the result for a short period of time. The correct diagnosis of the cause and the proper selection of the technique for correcting the gummy smile are crucial for successful treatment.

KEYWORDS: Smiling; Botulinum Toxins, Type A; Gingiva; Esthetics

1. INTRODUÇÃO

O sorriso estético é aquele que apresenta certa correlação harmônica entre forma e cor dos elementos dentários e entre lábios e gengiva^{1,2}. Os elementos para um sorriso com estética agradável, têm sido considerados em alguns estudos. A maior parte dos estudos mostra que durante o sorriso, o lábio superior deve posicionar-se ao nível da margem gengival dos incisivos centrais superiores e que somente ao atingir 4mm de exposição gengival o sorriso é considerado antiestético^{3,2}. Quando o indivíduo apresenta mais de 3mm de exposição gengival durante o sorriso, esse é denominado sorriso gengival. Estudos indicam que entre 10%⁴ e 29%⁵ da população apresenta tal condição⁶. A altura do sorriso é influenciada pelo sexo e pela idade. Existem evidências que as mulheres apresentam sorrisos mais altos do que os homens, essa condição regride gradualmente com a idade como consequência do aparecimento de flacidez dos lábios superiores e inferiores^{7,8,9}.

É importante que o profissional esteja atento à causa

do sorriso gengival. Apenas após um correto diagnóstico acerca de qual fator etiológico está presente em cada caso é que se pode propor um plano de tratamento adequado. As possíveis causas para um sorriso gengival incluem hiperplasia gengival, erupção passiva alterada, extrusão dento-alveolar anterior, crescimento vertical excessivo da maxila, lábio curto e hiperatividade do lábio superior. Em alguns casos esses fatores encontram-se associados^{10,11,12}.

A hiperatividade do lábio superior se caracteriza pelo excesso de força dos músculos levantadores do lábio superior ou depressor do septo nasal⁶. Para o tratamento do sorriso gengival devido a hiperatividade do lábio superior a literatura mostra como alternativas miectomia¹³, reposicionamento labial^{14,15,12} e o uso da toxina botulínica¹⁶.

A maior parte desses tratamentos baseiam-se em procedimento invasivos, como correções cirúrgicas, que acabam provocando maior morbidade para os pacientes¹⁷. A toxina botulínica surge como uma alternativa mais simples e menos invasiva para o tratamento do sorriso gengival causado pela hiperatividade do lábio superior¹⁶.

Desta forma, o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão de literatura sobre a aplicação da toxina botulínica como uma alternativa terapêutica para o tratamento do sorriso gengival causado pela hiperatividade do lábio superior.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Para a identificação de estudos considerados para esta revisão, a pesquisa se restringiu às línguas inglesa e portuguesa e artigos publicados até junho de 2015, sendo utilizadas as fontes de evidência eletrônica, Pubmed, Ebsco, Medline e base de dados Cochrane, com início da pesquisa em 06/01/2015 e com o término 20/06/2015.

3. DESENVOLVIMENTO

DIAGNÓSTICO DO SORRISO GENGIVAL

Existem fatores a serem obrigatoriamente considerados durante a avaliação clínica dos pacientes com queixa de sorriso gengival. Entre eles podem ser citados: distância interlabial em repouso; exposição dos incisivos superiores durante o repouso e a fala; arco do sorriso; proporção largura/comprimento dos incisivos superiores; características morfofuncionais do lábio superior³.

1- Distância interlabial em repouso

Para esse registro, é importante uma fotografia inicial dos lábios em repouso. Os lábios deveriam estar entreabertos, os dentes levemente afastados e parte do terço incisal dos incisivos superiores deveriam estar visíveis^{18,19,20}, variando de 1mm a 5mm, dependendo da altura dos lábios, da idade e do sexo do paciente^{19,20}. As

mulheres apresentam um espaço maior dentro da variação normal. Os aumentos no espaço interlabial são observados com o lábio superior anatômico curto, excesso maxilar vertical e protrusão mandibular com mordida aberta. Um espaço interlabial reduzido é encontrado nos casos de deficiência maxilar vertical, lábio superior anatomicamente longos, e retrusão mandibular com mordida profunda²¹. Com o envelhecimento facial, os incisivos superiores podem ter sua exposição diminuída, como consequência da abrasão das bordas incisais e, mais frequentemente, devido à redução no tônus da musculatura perioral e aos efeitos da gravidade, nas posições dos lábios superiores e inferiores^{18,22,23}.

2 - Exposição dos incisivos superiores durante o repouso e a fala

Sabe-se que a quantidade de exposição dos incisivos superiores, variam entre 2 a 4,5 mm nas mulheres e de 1 a 3 mm nos homens. Essa característica diminui ao longo da vida, devido ao processo de maturação e envelhecimento dos tecidos. Para registrar a exposição, pode se utilizar uma radiografia cefalométrica, e medir a distância, em milímetros, entre a borda incisal do incisivo central superior e o contorno inferior do lábio superior. O paciente deve ser orientado a falar frases com fonemas, que capturam maior exposição dos incisivos. Estão relacionados a uma maior exposição dos incisivos superiores em repouso: a extrusão desses dentes; o padrão facial dolicocefálico; o excesso vertical maxilar; o lábio superior curto³.

3 - Arco do sorriso

A forma do lábio inferior e as bordas incisais dos dentes anteriores superiores e inferiores que criam um arranjo agradável ou desagradável do sorriso²⁴. Deve haver uma harmonia entre a curvatura da borda incisal dos dentes anterossuperiores com a curvatura da borda superior do lábio inferior durante o sorriso voluntário²⁵. O ideal é que a curvatura das incisais fiquem paralelas ao lábio inferior e as incisais ligeiramente afastadas ou tocando levemente o lábio²⁶.

4 - Proporção largura/comprimento dos incisivos superiores

Alguns autores apontam a importância de se alcançar proporções no sorriso que se harmonizem com a face. O tamanho dos dentes deve atender uma relação de proporção, sendo a sua largura 80% da altura, com variação aceita entre 65% e 85%; e a dos incisivos laterais superiores em torno de 70%³. Francischone e Mondelli (2007)²⁷ mostraram a importância de normas, princípios ou parâmetros existentes para auxiliar os profissionais a tornar mais agradável o sorriso dos pacientes. Câmara (2006)²⁸ analisou que dentes mal posicionados, largura da arcada e dentes extraídos interferem na exposição

dentária, mas em uma vista sagital, são as inclinações dos incisivos superiores quem mais influencia na estética do sorriso. A proporção divina é que o incisivo central seja 62% maior que o lateral e sequencialmente nos posteriores^{27,29}. Contrapondo a isso, Marson e Silva (2009)³⁰ afirmaram que a proporção áurea foi encontrada nos dentes superiores anteriores em apenas 20% dos sorrisos, sendo este do gênero feminino; e ela não é comumente encontrada na população, e mesmo os sorrisos sem a ocorrência de proporção áurea podem ser considerados harmônicos, mesmos resultado encontrado por Câmara (2006)²⁸.

Etiologia e tratamento do sorriso gengival

São várias as causas e formas de tratamento do sorriso gengival. Entre as principais causas podem ser citadas:

1 - Hiperplasia gengival

A hiperplasia gengival pode estar associada ao uso de medicamentos como fenitoína, ciclosporina e bloqueadores de canal de cálcio, sendo que seu início e severidade podem estar relacionados com a presença de placa bacteriana e inflamação gengival⁶. A indução gengival por placa e medicamentos cria uma condição não estética, em que há aumento do tecido gengival, que irá recobrir a coroa clínica. A instrução de uma higiene oral é um passo importante no tratamento dessa condição, assim como cirurgias periodontais que podem ser realizadas para eliminar a quantidade excessiva de tecido mole hiperplasiado^{31,32}. Porém, a troca da medicação que causa a hiperplasia por outra que não apresente este efeito colateral é essencial para que não ocorra recidiva da condição³³.

2 - Erupção passiva alterada

A erupção dentária consiste em duas fases: ativa e passiva. A primeira fase é dada pelo movimento do dente em direção oclusal, e a segunda fase é a exposição dos dentes pela migração apical da gengiva. A coroa clínica curta e o excesso gengival são consequências da erupção passiva alterada, que impedem que haja um recuo adequado do tecido gengival para o nível da junção cimento-esmalte³⁴. A erupção passiva pode ser classificada em Tipo I: quando a linha mucogengival está localizada apicalmente à crista óssea; e Tipo II: a linha mucogengival está no nível ou coronalmente à crista óssea. Esses dois tipos podem ser subdivididos em Subtipo A: quando existe pelo menos 2 mm de distância entre a junção cimento-esmalte e a crista óssea; e em Subtipo B: quando existe menos de 2 mm entre a junção cimento-esmalte e a crista óssea³⁵. Técnicas como a gengivectomia com incisão tipo bisel externo ou interno, retalho mucoperi-

ostal deslocado apicalmente com ou sem osteotomia podem ser utilizados para tratar essa condição^{10,11,9}.

3 - Extrusão dento-alveolar anterior

A extrusão dento-alveolar causa a exposição excessiva de gengiva, sendo esta condição, possivelmente, associada ao desgaste dos dentes da região anterior ou associado a uma sobremordida⁶. A intrusão ortodôntica do elemento envolvido movendo a margem gengival em direção apical, assim como a correção cirúrgica periodontal com ou sem terapia restauradora adjunta ou uma intervenção interdisciplinar, se tornam opções de tratamento para essa condição^{36,37,20}.

4 - Crescimento vertical excessivo da maxila

O crescimento excessivo da maxila no sentido vertical ocorre no terço inferior da face e pode estar associado com a Síndrome da Face Longa^{38,36}. A exposição excessiva de gengiva, nesses casos, se dá devido à presença de um plano oclusal relativamente abaixo do padrão normal, levando com que o lábio inferior cubra a borda dos incisivos, caninos e pré-molares superiores. Esses achados permitem ao clínico diagnosticar o excesso vertical de maxila, que deve ser confirmado através de uma leitura cefalométrica⁶. O tratamento dos casos de sorriso gengival associados ao crescimento vertical excessivo da maxila pode ter uma abordagem multidisciplinar envolvendo a cirurgia ortognática, a dentística e a cirurgia plástica periodontal³⁵.

5 - Lábio curto

Os lábios desempenham um papel crucial na expressão facial, especialmente no ato de sorrir, cujas variações estão relacionadas com as características morfofuncionais do lábio, tais como: o comprimento, a espessura e a inserção, direção e contração de várias fibras musculares relacionadas aos lábios.

Quanto ao comprimento, o valor médio do lábio superior para homens é de 24 mm e para as mulheres, 20 mm. Os pacientes com lábios curtos estão sujeitos a maior exposição gengival no sorriso³.

As opções de tratamento englobam as cirurgias plásticas, como o alongamento do lábio superior associado à rinoplastia. Essas técnicas podem acarretar resultados variados e, com relativa frequência, problemas pós-operatórios, como a perda da naturalidade do sorriso⁴⁰. Três são as características presentes para a determinação do lábio superior curto: filtrum evidente, arco de cupido duplo e distância do ponto mais inferior do lábio às comissuras labiais maior que 3mm⁴¹.

6 - Hiperatividade do lábio superior

Os músculos responsáveis pelo movimento labial durante o sorriso são: elevador do lábio superior; elevador da asa do nariz do lábio superior; zigomático maior;

zigomático menor; depressor do septo nasal e fibras superiores do músculo bucinador⁴².

Durante o sorriso, o lábio normalmente move-se de 6 a 8mm em direção superior. Ao contrário, no lábio superior hiperativo essa distância pode ser 1,5 a 2 vezes maior⁴³.

Como alternativas para o tratamento para os casos de sorriso gengival causado pela hiperatividade do lábio superior existem a cirurgia de reposicionamento labial^{14,12,15}, procedimentos ressectivos nos músculos responsáveis pela mobilidade do lábio superior¹³ e o uso da toxina botulínica¹⁶.

Tratamento em caso de hiperatividade do lábio superior

As técnicas mais amplamente utilizadas para o tratamento do sorriso gengival causado por hiperatividade do lábio superior são a técnica do reposicionamento labial, a técnica de miectomia e o uso da toxina botulínica.

A técnica de reposicionamento labial foi primeiramente descrita por Rubinstein & Kostianovsky (1973)⁴⁴ para o uso na cirurgia plástica. Em 2006, Rosenblatt e Simon⁴⁵ adaptaram a técnica para a odontologia para o tratamento de sorriso gengival. Neste procedimento, a mucosa interna do lábio superior é cortada e um pedaço elíptico removido após dissecação da área. Assim, há estabilização mais baixa da inserção entre o lábio superior e o tecido queratinizado, 4 mm acima da margem gengival. Esse processo de reinserção restringe a elevação do lábio superior durante o sorriso, limitando a quantidade exposta de tecido gengival. Humayun et al. (2010)⁴⁶ descreveram o posicionamento da mucosa coronalmente em casos em que há excesso vertical de maxila e hiperatividade do lábio superior com o objetivo de reduzir o sorriso gengival através do redução do fundo de vestibulo, afirmando que é uma técnica minimamente invasiva, menos agressiva e apresenta menores possibilidade de complicações pós operatórias, comprada com a cirurgia ortognática. Recentemente, Ribeiro-Junior et al. (2013)¹⁵ modificaram essa técnica original. Na técnica modificada, o freio é preservado e uma faixa de mucosa de 10 a 12mm de altura, entre o incisivo central e o primeiro molar, é removida de cada lado da maxila e o retalho reposicionado coronalmente e suturado na gengiva inserida, reduzindo a exposição gengival. Silva et al. (2013)¹² relataram uma série de casos em que trataram 13 pacientes com o uso dessa técnica modificada. Os autores mostraram uma redução média de 4,4mm na exposição gengival, com alto nível de satisfação pelos pacientes, que escolheriam se submeter novamente à cirurgia se fosse necessário.

Miskinyar (1983)⁴⁰ descreveu a técnica de miectomia como opção ao tratamento do sorriso gengival causado por hiperatividade do lábio superior. Essa técnica é baseada no conceito de incisar o músculo elevador do lábio

superior, ou parte deste músculo, principal durante a formação do sorriso. De acordo com o autor, esse procedimento resulta em diminuição da elevação do lábio superior durante o sorriso. Ishida et al. (2010)¹³ descreveram o uso desta técnica em 14 pacientes e obtiveram uma redução média de 3,3mm 6 meses após a cirurgia.

O uso da toxina botulínica é uma terapia alternativa para o sorriso gengival, porém este método garante benefícios provisórios, uma vez que o seu efeito vai se perdendo ao longo do tempo⁴⁷. Ela é amplamente usada na prevenção e correção de mudanças causadas pela contração muscular do terços médio e inferior da face e pescoço, incluindo a exposição em excesso de gengiva⁴⁸.

A toxina botulínica representa um método simples, rápido e efetivo para a correção estética do sorriso gengival. Mazzuco e Hexsel (2010)⁴⁹ citaram outros fatores que os levam a considerar a toxina como terapia de primeira linha: facilidade e segurança durante a aplicação; uso de quantidade reduzida; rápida ação; baixo risco; e efeito reversível. Este último fator é particularmente interessante em casos em que o tratamento ortodôntico ou procedimento cirúrgico são recomendados, permitindo efeito estético previamente ao procedimento invasivo.

O transtorno estético pode ser corrigido pela injeção de toxina na área de exposição gengival e nos respectivos músculos envolvidos a fim de promover uma paralisia da musculatura⁵⁰. Em um trabalho realizado em 2010, foram feitas diferentes aplicações para cada tipo de exposição gengival com base nos principais músculos envolvidos. Houve uma diminuição no grau de exposição gengival em todos os pacientes. A melhor média geral obtida foi de 75%. Dois pacientes apresentaram efeitos adversos leves que foram facilmente corrigidos com doses adicionais de toxina botulínica do tipo A. Os autores concluíram que é importante identificar o tipo de exposição gengival e os principais músculos envolvidos. A toxina botulínica do tipo A mostrou-se eficaz e segura para uso em correção de exposição gengival⁴⁹. Um estudo propôs usar um ponto de injeção segura e reproduzível para a toxina botulínica tipo A como um método complementar para o tratamento do sorriso gengival, determinado por uma avaliação das características morfológicas⁵¹.

O que é o BOTOX?

Botox é o nome comercial da toxina botulínica tipo A produzida pela fermentação de bactéria anaeróbica *Clostridium botulinum*. Tipo A é uma das sete toxinas produzidas pela bactéria. A toxina é apresentada em frasco-ampola contendo 100 U de toxina em pó na forma liofilizada. No momento da aplicação se faz a diluição em solução salina 0,9% estéril sem conservante. Sob a forma liofilizada deve ser armazenada em congelador. Cada frasco de botox contém 100 unidades de *Clostridium botulinum*, 0,5mg de albumina humana e 0,9% de

cloreto de sódio⁵¹.

A injeção de toxina botulínica tipo A para reduzir as rugas é sem dúvidas um dos cosméticos que mais crescem no mundo. Uma única série de injeção de botox pode reduzir a severidade das linhas de expressão por 120 dias, após o qual serão necessárias novas injeções⁵¹.

Mecanismo de ação

A ação da toxina botulínica pode ser dividida em 2 fases, sendo que na fase 1 a comunicação neuromuscular é bloqueada e na fase 2 essa comunicação é restaurada⁵².

Na fase 1, a toxina botulínica bloqueia a transmissão de impulsos nervosos hiperativos dos músculos alvos, impedindo seletivamente a liberação da acetilcolina na junção neuromuscular, temporariamente impedindo a contração muscular. Ocorre a ligação, em que a porção da cadeia pesada do ingrediente ativo do botox se liga à membrana celular do nervo motor por uma molécula não identificada de alta afinidade. Esta ação de ligação de alta afinidade permite absorção eficiente do botox pelo nervo motor. O tratamento vai ser dirigido no local da injeção. Em seguida, ocorre a internalização, em que a molécula de proteína do botox passa através da membrana celular do nervo motor e entra no seu citoplasma por meio de um processo chamado endocitose. É aqui que o componente enzimático (cadeia leve) da molécula de proteína do botox é ativado. Por último, há o bloqueio, dentro no nervo motor, no qual a cadeia leve da molécula de proteína do botox se quebra distante de uma proteína (chamada SNAP25) que transmite vesículas que armazenam o neurotransmissor acetilcolina para anexar na membrana celular. Quebrando a SNAP25 previne essas vesículas da fusão com a membrana e impede a liberação de acetilcolina para dentro da junção neuromuscular. Assim, os impulsos nervosos que controlam as contrações musculares são bloqueados diminuindo a atividade muscular. Quebrando o SNAP25 também é bloqueada a liberação de neuropeptídeos envolvidos na transmissão de sensações dolorosas, teoricamente reduzindo sensação de dor dos nervos periféricos.

Como o efeito do botox é temporário, na fase 2 comunicação neuromuscular é restaurada. O tempo de ação do botox depende de cada paciente e para qual razão eles estão sendo tratados. Pode variar entrem poucos ou vários meses. Nesta fase, novas terminações nervosas crescem e conectam ao músculo após a terminação nervosa está bloqueada, renovando a capacidade do nervo de causar contrações musculares. Em seguida, a conexão do nervo original é restabelecida, o novo broto de nervo retrai e uma terminação nervosa original recupera suas funções, sugerindo que o tratamento com botox não altera permanentemente a junção neuromuscular

O efeito dura em média por 6 meses, variando entre 4 e 8 meses, tempo que o paciente pode retornar para

repetir o procedimento. É importante não dar injeções prematuramente, pois isso pode resultar numa formação de anticorpos que ira diluir o efeito de tratamento adicionais⁴⁷.

Para um procedimento bem realizado, os efeitos colaterais são mínimos, tais como pequeno desconforto e ligeiras contusões no local da injeção. Entretanto, é perigoso em caso de superdosagem, o botox pode resultar em paralisia do músculo alvo. A dosagem é fundamental para o sucesso⁴⁷.

As principais vantagens são a facilidade técnica, a alta tolerabilidade pelo paciente, o baixo índice de complicações e o efeito praticamente imediato e natural; sendo sua principal desvantagem a manutenção do resultado por um curto período de tempo¹⁶.

Contra-indicações

São contra-indicações, o uso do botox durante a gravidez ou enquanto estiver amamentando; presença de inflamação/infecção no local da injeção; alergia a albumina humana, toxina do botox ou solução salina; neuropatia muscular, desordem muscular como esclerose lateral amiotrófica (ELA), síndrome de Lambert Eaton, Distrofia Muscular, Eclerose Múltipla; quem faz uso de bloqueadores de canais de cálcio e aminoglicosídeos⁵¹

4. DISCUSSÃO

O objetivo do presente trabalho foi mostrar o uso da toxina botulínica para o tratamento de sorriso gengival causado por hiperfunção dos músculos responsáveis pela elevação do lábio superior durante o sorriso. A revisão mostrou que o botox é um método pouco invasivo, que pode apresentar bons resultados, porém com um tempo restrito de duração dos seus efeitos.

Até pouco tempo atrás, a toxina botulínica não era permitida para o uso odontológico. Porém, devido à alteração da resolução CFO 112/2011, o cirurgião dentista pôde aplicar toxina botulínica para fins terapêuticos.

Para Walsh (2012)⁵³, o botox pode ser a opção mais desejada pelo paciente pelo fato de ser mais conhecido pelo público e pelo seu efeito imediato, mas não significa que seja a melhor forma de tratamento. O autor ainda relata que os cirurgiões dentistas não poderiam aplicar o botox por 3 motivos: os princípios farmacológicos do botox são abordados na odontologia a um nível muito básico; a anatomia detalhada da face não é de formação do dentista a um nível suficiente para o uso seguro do botox; e o uso do botox para fins cosméticos faz parte da medicina estética e não faz parte da prática odontológica.

Diversos autores^{47,42,16} concordam que a toxina botulínica tipo A, em relação às outras técnicas, é uma técnica simples, fácil e segura durante a aplicação, a dosagem é reduzida, tem rápida ação, baixo risco e efeito reversí-

vel. Polo (2008)⁴⁷ demonstrou uma satisfação de 95% entre seus pacientes, sendo seus efeitos colaterais mínimos, limitados com um pequeno desconforto. Contudo é perigoso uma sobredosagem. O efeito dura aproximadamente 6 meses, podendo fazer uma nova aplicação entre 4 a 8 meses, sendo importante não aplicar prematuramente.

Gonçalves (2013)⁵¹ realizou diferentes aplicações para cada tipo de exposição gengival com base nos principais músculos envolvidos, e teve uma media de 75% de redução do sorriso gengival. Lima et al. (2014)⁴² citam como vantagem a técnica ser minimamente invasiva, e como desvantagem a necessidade de novas aplicações de 4 a 8 meses.

O trabalho de Da Escóssia et al. (2014)¹⁶ utilizaram a videografia por meio da filmagem com uma câmera de vídeo digital para o registro da dinâmica facial durante a fala e o sorriso. Os casos relatados mostraram leve aumento no comprimento do lábio superior no repouso após a aplicação do botox. Além disso, foi observada uma redução na exposição gengival, com maior efeito na primeira e segunda semana, a qual se manteve após 24 semanas.

Porém, existem limitações para o uso do botox, sendo dever de todo o profissional manter atualizados os conhecimentos profissionais, técnicos e científicos necessário para o exercício profissional. Entende-se que é competência de atuação odontológica do cirurgião dentista, a cavidade oral e suas estruturas, com o objetivo de garantir a harmonia da face, em decorrência do ajuste funcional de todo o sistema mastigatório. A toxina botulínica e os materiais preenchedores são permitidos ao cirurgião dentista quando destinados para tratamentos de condições estético-funcionais, nas regiões mandibular e maxilar e suas estruturas contíguas e contínuas da face⁵⁴.

A toxina botulínica pode também ser usado dentro da odontologia para casos de dor têmporo-mandibular (DTM); bruxismo; dor facial; harmonia da linha do sorriso; restabelecer o volume dos lábios para fonética adequada; adicionar volume ao redor da boca para retenção da prótese removível; eliminação de “espaços negros” depois de tratamentos periodontais e implantes que não preservaram a papila; espasmo hemifacial; trismo; e sialorreia⁵⁵.

5. CONCLUSÃO

O correto diagnóstico da causa e a adequada seleção da técnica cirúrgica para a correção do sorriso gengival são de fundamental importância para o sucesso do tratamento. A toxina botulínica pode ser uma alternativa segura e menos invasiva para tratamento de sorriso gengival provocado pela hiperatividade dos músculos elevadores do lábio superior. Apesar da toxina ser uma prática recente na odontologia, a mesma se mostrou uma ferramenta poderosa e de grande importância nos trata-

mentos de sorrisos gengivais que leva a altos níveis de satisfação no paciente, podendo assim ajudar a melhorar a qualidade de vida e ao mesmo tempo a autoestima dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- [01] Marson FC, Favaretto F, Silva CO, Michida SMA, Lolli LF, Correa GO. Análise da Inter-relação entre estética periodontal e dentária. *Revi Dental Press Estét* 2012; 9(2):58-68.
- [02] Marson FC, Piloto RL, Rocha OO, Lolli LF, Progiante PS, Silva CO. Percepção da atratividade do sorriso. *Rev U-NINGÁ Review (Online)* 2014; 20(1):26-9.
- [03] Seixas MR, Costa-pinto RA, Araujo TM. Checklist dos aspectos estéticos a serem considerados no diagnóstico e tratamento do sorriso gengival. *Dental Press J Orthod* 2011 Abr; 16(2):131-57.
- [04] Tjan AH, Miller GD, The JG. Some esthetic factors in a smile. *J Prosthet Dent* 1984 Jan; 51(1):24-8.
- [05] ong JK, Jin TH, Cho HW, Oh SC. The esthetics of the smile: a review of some recent studies. *Int J Prosthodont*. 1999 Jan/Feb; 12(1):9-19.
- [06] Silberberg N, Goldstein M, Smidt A. Excessive gingival display – etiology, diagnosis, and treatment modalities. *QuintessenceInt* 2009 Nov/Dez; 40(10):809-18.
- [07] Gomes IC, Chevitaress O, de Almeida NS, Salles MR, Gomes GC. Diffusion of calcium through dentin. *J Endod* 1996 Nov; 22(11):590-5.
- [08] Mestrenner SR, Komatsu J. Recuperação da linha do sorriso utilizando procedimentos cirúrgico e restaurador. *JBD* 2002 Jul/Set; 1(3):226-30.
- [09] Macedo ACV, Nunes VHS, Sardenberg C, Monte Alto R, Almeida RR, Alves Jr. et al. O sorriso gengival-tratamento baseado na etiologia: uma revisão de literatura. *R Periodontia* 2012 Set/Dez; 22(4):36-44.
- [10] Silva CO. Aumento estético de coroa clínica. *Rev Dental Press Periodontia Implantol* 2008; 2:63-7.
- [11] Marson FC, Silva RJ. Avaliação da estética dentária relacionada com a proporção áurea na dentição permanente anterior. *R Dentística online* 2009 Jan/Mar; (8)18:23-28.
- [12] Silva CO, Ribeiro-Júnior NV, Campos TV, Rodrigues JG, Tatakis DN. Excessive gingival display: treatment by a modified lip repositioning technique. *J Clin Periodontol* 2013; 40(3):260-5.
- [13] Ishida LH, Ishida LC, Ishida J, Grynglas J, Alonso N, Ferreira MC. Myotomy of the levatorlabii superioris muscle and lip repositioning: a combined approach for the correction of gummy smile. *Plast Reconstr Surg* 2010; 126(3): 1014-9.
- [14] Dallelaste FL, Correa GO, Marson FC, Neto-filho MA, Lolli LF, Silva CO. Correção de sorriso gengival pela técnica de reposicionamento labial. *Perionews* 2013; 7(4):337-41.
- [15] Ribeiro-Júnior NV, Campos TV, Rodrigues JG, Martins TMA, Silva CO. Treatment of excessive gingival display using a modified lip repositioning technique. *Int J Periodontics Rest Dent* 2013; 33(3):309-14.
- [16] Da Escóssia NBM, Ferraz Nunes LK, Júnior JC. Utilização de toxina botulínica do tipo A para minimizar o sorriso gengival: relato de três casos clínicos. *Rev Clín Ortod Dental Press* 2014 Ago/Set; 13(4):68-73.
- [17] Pires CV, Souza CGLG, Menezes SAF. Procedimentos plásticos periodontais em paciente com sorriso gengival – relato de caso. *R. Periodontia* 2010 Mar; 20(1):48-53.
- [18] Zachrisson BU. Esthetic factors involved in anterior tooth display and the smile; vertical dimension. *J Clin Orthod* 1998; 32(7):432-45.

- [19] Arnett GW, Bergman RT. Facial keys to orthodontic diagnosis and treatment planning. Part I. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1993; 103(4):299-312.
- [20] Fradeani M. *Esthetic analysis: a systematic approach to prosthetic treatment*. 3^a ed. Chicago: Quintessence; 2004.
- [21] Suguino R, Ramos AL, Terada HH, Furquim LZ, Omar LM, Filho GS. Análise facial. *Rev Dental Press OrtodOrtopMaxil* 1996 Set/Out; 1(1):86-107.
- [22] Lombardi RE. The principles of visual perception and their clinical application to denture esthetics. *J Prosthet Dent* 1973; 29(4):358-82.
- [23] Vig RG, Brundo GC. The kinetics of anterior tooth display. *J Prosthetic Dent* 1978; 39(5):502-4.
- [24] Sarver DM. The importance of incisor positioning in the esthetic smile: smile arc. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2001 Aug; 120(2):98-111.
- [25] Goldstein RE. *Estética em odontologia*. 1^a ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 1980.
- [26] Câmara CA. Estética em ortodontia: seis linhas horizontais do sorriso. *Dental Press J Orthod* 2010 Jan/Feb; 15(1):118-31
- [27] Francischone AC, Mondelli J. A ciência da beleza do sorriso. *Rev Dental Press Estet* 2007 Jun; 4(2):97-106.
- [28] Câmara CALP. Estética em ortodontia: diagramas de referências estéticas dentárias (DRED) e faciais (DREF). *Rev Dental Press Ortod Ortop Fac* 2006 Nov/Dez; 11(6):130-56.
- [29] Melo GFB, Menezes Filho PF. Proporção áurea e sua relevância para a odontologia estética. *Int J Dent* 2008 Out/Dez; 7(4):234-8.
- [30] Marson FC, Campanholo JR, Galo RC, Silva CO. Aumento estético de coroa clínica através da técnica de gengivoplastia associada à osteotomia e fechamento de diastemas em resina composta. *Rev Dental Press Periodontia Implantol* 2009; 3(1):71-7.
- [31] Jorgensen MG, Nowzari H. Aesthetic crown lengthening. *Periodontol* 2000 2001; 27(1): 45-58.
- [32] Claffey N. Plaque-induced gingival disease. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP (eds). *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*, 4a ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2006.
- [33] Dal Prá KJ. *O tratamento cirúrgico da hiperplasia gengival causada por fenitoína [tese]* Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2012.
- [34] Isiksal E, Hazar S, Akyalçın S. Smile esthetics: perception and comparison of treated and untreated smiles. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006 Jan; 129(1):8-16.
- [35] Sousa SJB, Magalhães D, Silva GR, Soares CJ, Soares PFB, Santos-Filho PCF. Cirurgia plástica periodontal para correção de sorriso gengival associada à restaurações em resina composta: relato de caso clínico. *Rev Odontol Bras Centr* 2010; 19(51):362-6.
- [36] Chiche G, Kokich V, Caudill R. Diagnosis and treatment planning of esthetic problems. In: Pinault A, Chiche G, editors. *Esthetics in fixed prosthodontics*. Hanover Park, Ill: Quintessence; 1994.
- [37] Garber DA, Salama MA. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. *Periodontol* 2000 1996; 11(1):18-28.
- [38] Kawamoto HK Jr. Treatment of the elongated lower face and the gummy smile. *Clin Plast Surg* 1982 Oct; 9(4):479-89.
- [39] Braga FG, Mendes LM. A influência do sorriso gengival no equilíbrio estético restaurador. *Rev Dental Press Estet* 2014 Jul/Set; 11(3):86-95.
- [40] Miskinyar SAC. A new method for correcting a gummy smile. *PlastReconstr Surg* 1983; 72(3):397-400.
- [41] Janson M. *Ortodontia em adultos e tratamentos interdisciplinares*. 1^a ed. Maringá: Dental Press; 2010.
- [42] Lima KTB, Bezerra QP, Pereira MC. O uso da toxina botulínica no tratamento do sorriso gengival – relato de caso. *Caderno de Ciências Biológicas e da Saúde* 2014; 4:1-14.
- [43] Silva RC, Carvalho PF, Joly JC. Planejamento estético em periodontia. In: Macedo MCS, Baldacci Filho R. *Procedimentos odontológicos*. eBook 25^oCIOSEP; 2007
- [44] Rubinstein, AM, Kostianovsky AS. Cirurgiaestética de lamalformacion de lasonrisa. *PrenMedi Argent* 1973; 60:952.
- [45] Rosenblatt A, Simon Z. Lip repositioning for reduction of excessive gingival display: a clinical report. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2006 Oct; 26(5):433-7.
- [46] Humayun N, Kolhatkar S, Souiyas J, Bhola M. Mucosal coronally positioned flap for the management of excessive gingival display in the presence of hypermobility of the upper lip and vertical maxillary excess: a case report. *J Periodontol* 2010; 81(12):1858–63.
- [47] Polo M. Botulinum toxin type A (Botox) for the neuromuscular correction of excessive gingival display on smiling (gummy smile). *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2008 Feb; 133(2):195-203.
- [48] Carruthers A, Carruthers J. Toxins 99, new information about the botulinum neurotoxins. *Dermatol Surg* 2000 Mar; 26(3):174-6.
- [49] Mazzuco R, Hexsel D. Gummy smile and botulinum toxin: a new approach based on the gingival exposure area. *J AmAcadDermatol* 2010 Dec; 63(6):1042-51.
- [50] Manganello-Souza LC, Oliveira AJ, Alpire MES, Trigo-Merida JA. Hipertrofia do músculo masseter. *Rev SocBrasCirPlást* 2000 Jan/Abr; 15(1):45-54.
- [51] Gonçalves BM. *Uso da toxina botulínica em odontologia*. [tese] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
- [52] Sahoo KC, Raghunath N, Shivalinga BM. Botox in gummy smile- a review. *Ind J Dent Sci* 2011 Abr/Nov; 4(1):51-3.
- [53] Walsh LJ. Use of botox by dentists: reasons for restrictions. *Australasian Dental Practice* 2012 Jan/Fev; 23(1):56-8.
- [54] Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO-112/2011. *Baixa normas sobre a utilização do uso da toxina botulínica e ácido hialurônico*. [acesso 15 jul. 2015] Disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/ato-normativo/?id=1585>.
- [55] Malcmacher L. The hottest topics in dentistry. *Dental Economics* 2011 Sep; 101(9):109-11.

