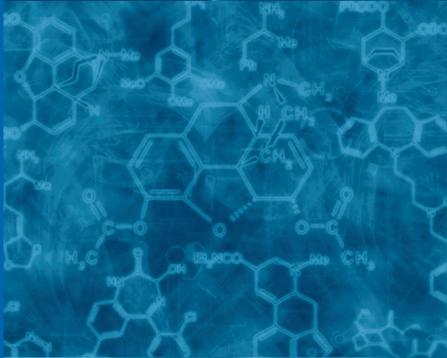


UNINGÁ - UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR INGÁ LTDA

# Uningá Review

Online ISSN 2178-2571



# 24(1)

Outubro / Dezembro  
October / December

# 2015



Master Editora  
The Greatest Open Access Journals

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

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

**Corpo Editorial / Editorial Board**

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



Prezado leitor, é com grande satisfação que divulgamos a vigésima quarta edição, volume um, 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-fourth edition, volume one 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**

**MONITORAMENTO DO TEMPO E TEMPERATURA DE REFEIÇÕES  
TRANSPORTADAS DE UMA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**

SUZANA CONZATTI, FERNANDA SCHERER ADAMI, PATRÍCIA FASSINA ..... 07

**RELAÇÃO ENTRE OS SINAIS E SINTOMAS DA DISFUNÇÃO  
TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL E SUA ASSOCIAÇÃO COM AS  
VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS**

BEATRIZ LIMONI DE SALLES, PATRÍCIA SARAM PROGIANTE, FABIANO CARLOS  
MARSON, CLEVERSON OLIVEIRA E SILVA, ÉRIKA CRISTINA FERREIRA ..... 13

**MESIODENS - DENTES SUPRANUMERÁRIOS: DIAGNÓSTICO, CAUSAS &  
TRATAMENTO**

GUILHERME MARCHETTI, RENATO VICTOR DE OLIVEIRA ..... 19

**RELATO DE CASO CLÍNICO**

**PRESENÇA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE ALTO DÉBITO POR ANEURISMA  
DE SEIO DE VALSALVA EM PACIENTE DE 58 ANOS**

MARCUS ROBERTO ANDREUCCI, MARCUS DE PAIVA THEODORO, EDERVAL KEY  
HAYASHI, ANDRE LUIZ TYSZKA, HENRIQUE LUDWIG BUENO, RAFAEL FARIA BARBOSA  
..... 24

**HIPOPLASIA DE ESMALTE: UMA ABORDAGEM CLÍNICA CONSERVADORA**

LETICIA DIAS MARTINHÃO, VIVIANE GUADAGNIN, MATHEUS MANTOVANI, CAMILA  
FRACALLOSSI ..... 27

**CLAREAMENTO INTERNO EM DENTES DESVITALIZADOS COM A TECNICA  
WALKING BLEACH - RELATO DE CASO**

MAISA TEIXEIRA LEIBANTE DE LUCENA, MATHEUS MANTOVANI, CAMILA FRACALLOSSI,  
GLEIZIELLI REGINA DA SILVA ..... 33

**EXODONTIA SIMULTÂNEA DE TERCEIROS E QUARTOS MOLARES INFERIORES  
E SUPERIORES: RELATO DE CASO CLÍNICO**

LETÍCIA NADAL, ANA FLÁVIA PILATTI, FERNANDA MARIA SOPELSA SCHWADE, ANA  
CLAUDIA POLETTO, LUÍS CÉSAR LOPES, ELIANA CRISTINA FOSQUIERA ..... 40

## ATUALIZAÇÃO DA LITERATURA

### **SEGURANÇA DO PACIENTE NA ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

DÉBORA FERNANDES **CRESPILHO**, THIAGO SILVA **ARAÚJO**, MARIA ANTÔNIA RAMOS **COSTA**, VERUSCA SOARES DE **SOUZA** ..... 45

### **CORTICOSTEROIDES UTILIZADOS NO TRATAMENTO DA ASMA BRÔNQUICA**

JÉSSICA **PANERARI**, SHARIZE BETONI **GALENDE** ..... 50

### **ALCALOIDES COMO AGENTES ANTITUMORAIS: CONSIDERAÇÕES QUÍMICAS E BIOLÓGICAS**

JOÃO PAULO **MARQUES**, GISELY CRISTINY **LOPES** ..... 56

### **PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES E EFEITOS COLATERAIS PÓS-TRANSPLANTE RENAL**

JULIANA MOURA **TIZO**; LUCIANA CONCI **MACEDO** ..... 62

### **ASSOCIAÇÃO BIDIRECIONAL ENTRE DIABETES MELLITUS E DOENÇA PERIODONTAL: UMA REVISÃO**

LEORIK PEREIRA DA **SILVA**, JEFFERSON DA ROCHA **TENÓRIO**, BRUNO CESAR DE VASCONCELOS **GURGEL**, HÉBEL CAVALCANTI **GALVÃO**, ROSEANA DE ALMEIDA **FREITAS** ..... 71

### **IDENTIFICAÇÃO HUMANA PELA ARCADA DENTÁRIA ATRAVÉS DO PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO**

LETÍCIA **NADAL**, ANA CLAUDIA **POLETTO**, ELIANA CRISTINA **FOSQUIERA** ..... 75

### **IDENTIFICAÇÃO HUMANA ATRAVÉS DE MARCAS DE MORDIDA: A ODONTOLOGIA A SERVIÇO DA JUSTIÇA**

LETÍCIA **NADAL**, ANA CLAUDIA **POLETTO**, CAMILA REGINA KLAUS **MASSAROTTO**, ELIANA CRISTINA **FOSQUIERA** ..... 79

### **PREDOMÍNIO DO ESTRESSE EM ACADÊMICOS DE MEDICINA**

SHEILA SANCHES **ARNOLD**, ELIANE ALICRIM DE **CARVALHO** ..... 85

### **TOXICOMANIA E SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA: ARTICULAÇÕES**

TÁLITA ALVES **DIAS**, FRANCIELLE GONZALEZ **CORREIA** ..... 90

### **A INFLUÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO SOBRE O NÍVEL DE AUTOESTIMA DOS IDOSOS**

THAIS SILVA **ASCENCIO**, CONSTANZA **PUJALS** ..... 98

**INTERVENÇÕES DO PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO DO SUAS NO ATENDIMENTO À MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA REVISÃO DOS ÚLTIMOS 10 ANOS**

BIANCA APARECIDA **PIOVEZAN**, CARLA FERNANDA BARBOSA **MONTEIRO** ..... 104

**O AUTISMO E OS DIFERENTES ENFOQUES EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO**

BRUNA THAIANE **GOMES**, CONSTANZA **PUJALS** ..... 114

**RECURSOS HUMANOS: DO OPERACIONAL AO ESTRATÉGICO**

FERNANDA SCALIANTE DA **SILVA**, ELIANE ALICRIM DE **CARVALHO** ..... 124

**A RELAÇÃO MÃE E FILHA E SUAS IMPLICAÇÕES NA ANOREXIA**

SAMIRA MERI **CRUZ**, FRANCIELLE GONZALEZ CORREIA **GOMES** ..... 132

**TOXICOMANIA: RECIDIVA NO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

JOSIANE CRISTINA **ROSA**, FRANCIELLE GONZALEZ CORREIA **GOMES** ..... 139

# MONITORAMENTO DO TEMPO E TEMPERATURA DE REFEIÇÕES TRANSPORTADAS DE UMA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

## TIME MONITORING AND TEMPERATURE MEALS CARRIED OF A FEEDING AND NUTRITION UNIT

SUZANA CONZATTI<sup>1</sup>, FERNANDA SCHERER ADAMI<sup>2</sup>, PATRÍCIA FASSINA<sup>3\*</sup>

1. Acadêmica do curso de Nutrição da Univates; 2. Nutricionista, Mestre em Gerontologia Biomédica da PUCRS, docente do curso de graduação de nutrição da Univates; 3. Nutricionista, Mestre em Ambiente e Desenvolvimento da Univates, docente do curso de graduação de nutrição da Univates.

\* Rua Arnaldo Becker Altmayer, 103, Via Norte, Lajeado, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP: 95900-000. [patriciafassina@univates.br](mailto:patriciafassina@univates.br)

Recebido em 09/06/2015. Aceito para publicação em 13/08/2015

### RESUMO

Avaliou-se o tempo e temperatura de preparações transportadas conforme a Portaria CVS 5/2013 e RDC 216/2004. Estudo transversal no qual foram monitoradas temperaturas de 55 amostras de alimentos nas caixas térmicas, nas cubas do buffet no início e no final da distribuição. Os dados foram analisados no programa SPSS, versão 20.0. O arroz manteve a temperatura entre os horários ( $p=0,532$ ) e o feijão reduziu, mas manteve-se adequada até o último horário ( $p<0,001$ ). Nas guarnições ( $p=0,440$ ), carnes ( $p=0,324$ ) e saladas ( $p=0,490$ ) não houve diferença de temperatura entre os horários, mas apresentaram inadequação ( $p<0,001$ ). As sobremesas aumentaram de temperatura ( $p<0,001$ ). O binômio tempo-temperatura do arroz e feijão manteve-se adequado e algumas carnes, guarnições e preparações frias apresentaram inconformidades.

**PALAVRAS-CHAVE:** Serviços de alimentação, alimentação coletiva, alimentos.

### ABSTRACT

We evaluated the time and temperature of transported preparations as CVS Ordinance 5/2013 and 216/2004 DRC. Cross-sectional study were monitored temperatures of 55 food samples in the coolers, in the buffet tanks at the beginning and end of the distribution. Data were analyzed using SPSS, version 20.0. Rice maintaining the temperature between times ( $p = 0.532$ ) and reduced the beans, but remained adequate until the last time ( $P < 0.001$ ). In linings ( $p = 0.440$ ), meat ( $p = 0.324$ ) and salads ( $p = 0.490$ ), there was no temperature difference between the times, but had inadequate ( $p < 0.001$ ). The desserts increased temperature ( $p < 0.001$ ). The rice-time temperature binomial and beans remained adequate and some meats, trimmings and cold preparations showed non.

**KEYWORDS:** Food service, collective feeding, food.

### 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, estima-se que, de cada cinco refeições, uma é realizada fora de casa. Segundo dados da Associação Brasileira das Empresas de Refeições Coletivas (ABERC), o serviço de alimentação teve um crescimento estimado em 15,3 % no ano 2008, demonstrando claramente a força desse mercado<sup>1</sup>.

As Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN) vêm aumentando sua atuação no mercado de refeições coletivas e estão colocadas como o terceiro maior local de ocorrência de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) no Brasil<sup>2</sup>.

Alimentos não seguros, responsáveis pela causa dessas doenças, têm sido um problema de saúde registrado ao longo da história da humanidade até os dias atuais, sendo a sua ocorrência uma questão de saúde significativa em países desenvolvidos e em desenvolvimento, apesar de os governos de todo o mundo estarem buscando a implementação de técnicas que visem à melhoria da segurança do sistema de abastecimento alimentar<sup>3</sup>.

Uma das formas de evitar as DTA é através do acesso ao alimento seguro, que contenha níveis aceitáveis de contaminantes de origem biológica, química ou física e que não cause danos à saúde do consumidor, sendo os responsáveis quem os produzem. O controle de temperatura constitui uma das etapas do processo de produção de alimentos para que sejam oferecidos de forma segura<sup>4</sup>.

As temperaturas adequadas podem contribuir como fatores para a garantia da qualidade e da segurança das refeições servidas, tanto no armazenamento como na distribuição. Para isso, devem ser monitoradas constantemente e implementadas medidas corretivas e preventivas, de forma a minimizar os riscos de contaminação pela proliferação microbiológica patogênica melhorando a qualidade das preparações servidas nos restaurantes<sup>5</sup>.

As UAN fornecem grandes quantidades de alimentos

ao consumidor e sua produção, de forma centralizada, apesar de possibilitar maior controle do processo, necessita do transporte dos alimentos prontos para a sua distribuição<sup>6</sup>, sendo que as refeições transportadas envolvem maiores riscos aos alimentos e, por isso, dá-se a importância do controle térmico, além de técnicas de manipulação e processamento de alimentos no combate a proliferação de microrganismos patogênicos<sup>7</sup>.

As UAN que transportam refeições devem buscar soluções a fim de sanar as inadequações provenientes dos procedimentos incorretos tanto dos manipuladores como do funcionamento de equipamentos e acondicionamento térmico das preparações, a fim de minimizar e/ou eliminar os riscos de DTA. Para isto, é fundamental que os alimentos oferecidos por elas estejam em conformidade com as disposições das legislações vigentes no país. A faixa de temperatura considerada perigosa por favorecer a rápida multiplicação bacteriana varia de 5 a 60°C. Por isso, a importância de se manter a temperatura acima de 60°C no momento da distribuição e atingir a temperatura de, no mínimo, 70°C durante o processo de cocção<sup>3</sup>.

A legislação federal, Resolução RDC 216/2004<sup>9</sup>, determina que o armazenamento e o transporte do alimento preparado, da distribuição até a entrega ao consumo, devem ocorrer em condições de tempo e temperatura que não comprometam sua qualidade higiênico-sanitária e que a temperatura do alimento preparado deve ser monitorada durante essas etapas. Após serem submetidos à cocção, os alimentos preparados devem ser mantidos em condições de tempo e de temperatura que não favoreçam a multiplicação microbiana. Para a conservação a quente, os alimentos devem ser submetidos à temperatura superior a 60°C por, no máximo, seis horas e inferior a 60°C por até 1 hora e de preparações frias até 10°C por, no máximo, 4 horas e entre 10°C e 21°C por até 2 horas<sup>10</sup>.

Além do controle do tempo e temperatura, a RDC 216/2004<sup>9</sup> determina ainda que os alimentos preparados devem ser transportados em meios de transporte higienizados, sendo adotadas medidas a fim de garantir a ausência de vetores e pragas urbanas. Estes veículos devem ser dotados de cobertura para proteção da carga, não devendo transportar outras cargas que comprometam a qualidade higiênico-sanitária do alimento preparado.

Como atribuições do profissional nutricionista, a Resolução do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) 380/2005<sup>11</sup>, determina as atribuições deste profissional por área de atuação, sendo que nas UAN compete a este planejar, implantar, coordenar e supervisionar as atividades de pré-preparo, preparo, distribuição e transporte de refeições e/ou preparações culinárias, assim como planejar, implantar, coordenar e supervisionar as atividades de higienização de ambientes, veículos de transporte de alimentos, equipamentos e utensílios, atividades estas que contribuem para a garantia da segurança e da

qualidade do alimento preparado.

Considerando a importância do controle do monitoramento térmico como forma de garantia da qualidade de refeições transportadas, este estudo teve como objetivo monitorar e analisar o tempo e a temperatura de refeições quentes e frias transportadas produzidas em uma UAN, em comparação aos padrões vigentes da Portaria CVS 5/2013<sup>10</sup> e Resolução RDC nº 216<sup>9</sup>.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo de caráter transversal, através do qual foram analisadas as temperaturas das preparações quentes e frias transportadas para a refeição almoço, durante dez dias não consecutivos, a serem servidas aos trabalhadores de uma UAN de um município do Vale do Taquari/RS.

As temperaturas das preparações foram verificadas e registradas com auxílio de um termômetro da marca Asko® em três momentos distintos: 1. logo após a cocção, nas caixas térmicas, aguardando transporte; 2. nas cubas do balcão de distribuição, logo após o transporte; 3. após a distribuição, ao final do horário de almoço, ainda nas cubas do balcão de distribuição.

Na unidade central, a preparação das refeições inicia às seis horas da manhã, sendo que entre nove e dez horas todas as preparações devem estar prontas para serem transportadas nas caixas térmicas. O tempo de transporte entre a cozinha central e o local de distribuição é de vinte minutos, sendo que o horário de almoço inicia às onze e finaliza às treze horas, devido aos turnos de funcionamento da empresa, ficando as preparações expostas no balcão de distribuição por um tempo de duas horas.

As temperaturas coletadas durante o período de estudo foram comparadas àquelas determinadas pelas legislações CVS 5/2013<sup>10</sup> e RDC 216/2004<sup>9</sup> que regulamentam a distribuição de alimentos quentes a temperatura 60°C por, no máximo, seis horas e 60°C por até 1 hora e de preparações frias até 10°C por, no máximo, 4 horas e entre 10°C e 21°C por até 2 horas.

Os dados foram analisados no programa SPSS, versão 20.0. O nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ). Foram realizadas estatísticas univariadas descritivas (médias, desvio-padrão e frequências) e bivariadas (teste t de Student, Mann-Whiney, ANOVA e Kruskal-Wallis). Utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliar se as variáveis contínuas seguiam a distribuição normal. Os testes t de Student e Mann-Whitney foram aplicados para comparar a temperatura entre as amostras que estavam adequadas e as que não estavam, conforme cada tipo de alimento e os testes de ANOVA e Kruskal-Wallis foram utilizados para comparar a temperatura média das amostras de cada tipo de alimento conforme o horário da coleta.

### 3. RESULTADOS

Entre as temperaturas analisadas das 55 amostras de alimentos: feijão/lentilha, arroz, carnes, guarnição, saladas e sobremesas, na tabela 1 (Tabela 1) apresentam-se as médias de temperaturas médias para cada tipo de preparação referente os três momentos distintos de coleta (horários 1, 2 e 3), assim como a média de cada uma delas conforme a sua adequação e inadequação perante à legislação.

**Tabela 1.** Comparação da temperatura dos alimentos conforme o horário e adequação à legislação.

Temperatura por Horário				
[n 149]	Horário 1 Média ± DP	Horário 2 Média ± DP	Horário 3 Média ± DP	P
Saladas	17,70 ± 5,28	18,89 ± 3,45	19,03 ± 2,02	0,490
Arroz	72,07 ± 10,41	75,07 ± 5,95	69,95 ± 7,23	0,532
Feijão/Lentilha	94,23 ± 2,26	83,81 ± 3,72	70,38 ± 3,56	<0,001
Guarnição	70,03 ± 17,65	62,35 ± 19,08	56,83 ± 22,41	0,440
Carnes	72,86 ± 17,35	68,46 ± 8,02	60,97 ± 5,45	0,324
Sobremesas	9,70 ± 2,07	13,66 ± 2,23	17,42 ± 1,67	<0,001
Temperatura segundo a Legislação vigente				
[n 149]	Adequada Média ± DP	Inadequada Média ± DP	P	
Saladas	15,79 ± 3,53	20,75 ± 2,50	<0,001	
Guarnição	72,67 ± 7,58	29,76 ± 7,50	<0,001	
Carnes	71,69 ± 11,50	55,92 ± 2,13	0,001	
Sobremesas	11,42 ± 2,91	17,42 ± 1,67	0,001	

DP = Desvio Padrão; Testes de ANOVA e Kruskal-Wallis, teste t e Mann-Whitney para a comparação entre as categorias, considerando significativo  $p < 0,05$  (5%). \*Não foi possível comparar as temperaturas conforme a adequação à legislação para o arroz e o feijão, pois não houve inadequação. Horário 1: nas caixas térmicas, aguardando transporte; 2. nas cubas do balcão de distribuição, logo após o transporte; 3. após a distribuição, ainda nas cubas do balcão de distribuição.

O arroz não apresentou diferença significativa de temperatura entre os horários ( $p=0,532$ ). Apenas uma amostra apresentou temperatura inferior à  $60^{\circ}\text{C}$ , por isso não foi aplicado o teste de comparação.

O feijão apresentou redução significativa de temperatura, mas manteve-se adequada até o último horário ( $p < 0,001$ ). Não houve nenhuma amostra com temperatura menor de  $60^{\circ}\text{C}$ .

Nas guarnições não houve diferença significativa de temperatura entre os horários ( $p=0,291$ ), mas algumas amostras apresentaram temperaturas significativamente inadequadas ( $p < 0,001$ ), sendo a média de temperaturas de  $29,76 \pm 7,50$ .

Nas carnes não houve diferença significativa de temperatura entre os horários ( $p=0,324$ ) e algumas amostras apresentaram temperaturas significativamente inadequadas ( $p=0,001$ ), sendo a média de temperatura de  $55,92 \pm 2,13$ .

Nas saladas não houve diferença significativa de temperatura entre os horários ( $p=0,490$ ), mas também apresentaram amostras que estavam significativamente inadequadas ( $p < 0,001$ ).

Nas sobremesas houve aumento significativo da

temperatura durante o período de distribuição ( $p < 0,001$ ) e algumas amostras apresentaram diferença significativa de temperatura ( $p=0,001$ ).

### 4. DISCUSSÃO

O presente estudo enfatizou a discussão sobre o importante tema binômio tempo/temperatura de refeições transportadas, sendo que as preparações quentes, como arroz e feijão/lentilha, obtiveram melhores resultados. Porém, houve desconformidades em relação a alguns tipos de carnes, guarnições e pratos frios, como saladas e sobremesas, sendo os mesmos resultados encontrados por São José *et al.* (2011)<sup>12</sup> para guarnição e prato principal (preparação à base de carne), onde as temperaturas apresentaram inadequações tomando-se por base a Portaria CVS 5/2013,<sup>10</sup> sendo inferiores a  $60^{\circ}\text{C}$ .

Faé & Freitas (2014)<sup>13</sup> avaliaram o binômio tempo/temperatura de preparações quentes em um restaurante *self service* e encontraram variações de temperatura de  $92,6^{\circ}\text{C}$  a  $27,4^{\circ}\text{C}$  nas aferições, além de algumas carnes e guarnições com exposição por mais de 3 horas consecutivas em temperaturas abaixo de  $60^{\circ}\text{C}$ , sendo que os alimentos fritos ou que sofreram cocção no forno ou na churrasqueira perderam temperatura mais rapidamente quando comparados ao feijão, que manteve sua temperatura adequada para o consumo. No presente estudo, as temperaturas das preparações quentes variaram de  $94,23^{\circ}\text{C} \pm 2,26$  a  $56,83^{\circ}\text{C} \pm 22,41$ , sendo as temperaturas máxima e mínima do tempo de exposição dos alimentos superiores ao do estudo de Faé & Freitas (2014)<sup>13</sup> cumprindo ressaltar, entretanto, que o feijão/lentilha também se mantiveram acima de  $60^{\circ}\text{C}$  durante as duas horas de distribuição, além do arroz, com exceção de algumas carnes e guarnições. Conforme a legislação, ambos os estudos apresentaram tempo e temperaturas inadequadas das preparações quentes ao final do período de distribuição, permanecendo neste, inferiores a  $60^{\circ}\text{C}$ , e expostas por mais de uma hora no balcão de distribuição, apresentando desconformidade com a legislação, ultrapassando o limite máximo de tempo por ela determinado, ou seja, para alimentos quentes  $< 60^{\circ}\text{C}$  exposição de até 1 hora.

Nas preparações quentes, como arroz e feijão/lentilha do presente estudo não foram encontradas temperaturas abaixo de  $60^{\circ}\text{C}$ . Algumas amostras de guarnição e carnes apresentaram temperaturas adequadas, enquanto outras foram encontradas em temperaturas inadequadas  $29,76 \pm 7,50$  e  $55,92 \pm 2,13$ , as quais ficaram expostas fora do tempo determinado pela previsão legal de até uma hora para exposição de alimentos quentes abaixo de  $60^{\circ}\text{C}$ , podendo estar representando um risco para a saúde dos trabalhadores da UAN ao serem consumidas. O estudo de Marinho *et al*<sup>8</sup> converge com o atual estudo em relação aos alimentos quentes, no qual também en-

contraram variação de inadequação de temperaturas nas preparações a base de carnes e guarnição.

Abreu *et al.*,<sup>7</sup> em um serviço de refeições transportadas, observaram que as temperaturas mensuradas no período de montagem das refeições estavam todas acima de 65°C. Já na análise da temperatura final, observou-se que 88% das marmitas apresentaram temperatura de entrega inferior a 60°C, 12% apresentaram temperatura entre 60° e 65°C e nenhuma apresentou temperatura superior a 65°C. No presente estudo, as temperaturas de distribuição dos alimentos quentes nas caixas térmicas, no primeiro momento, também apresentaram temperaturas acima de 65°C, portanto na verificação da temperatura final, observou-se que a maioria das preparações quentes, entre elas o arroz, o feijão/lentilha e as carnes apresentaram temperaturas acima de 60°C, divergindo do estudo de Abreu *et al.* (2012)<sup>7</sup>, mantendo conformidade com a legislação, com exceção da guarnição.

Abreu *et al.* (2012)<sup>7</sup> ainda ressaltam que o horário de consumo das refeições, em cada ponto de entrega e a infra-estrutura desses locais para a manutenção da temperatura ou reaquecimento são fundamentais para a garantia da minimização dos riscos de toxinfecções alimentares, preservação da saúde dos comensais e segurança dos alimentos, sendo que no presente estudo o local e o transporte das preparações eram adequados, porém as guarnições poderiam representar um risco de DTA ao final da distribuição, pois o tempo de exposição excede ao limite máximo de 1 hora determinado pela legislação.

No estudo de Dalpube *et al.* (2012)<sup>4</sup>, apurou-se diferenças significativas de temperaturas entre as preparações: arroz e carne ( $p=0,0021$ ), feijão e carne ( $p<0,0001$ ), feijão e guarnição ( $p=0,0109$ ). No presente estudo, as temperaturas de igual ordem apresentaram diferenças entre as preparações, sendo que a das carnes e guarnições apresentaram-se inferiores àquelas observadas em relação ao arroz e feijão/lentilha nos três momentos distintos de aferição das temperaturas. Para Ricardo *et al.*,<sup>14</sup> esse evento pode ser explicado devido a melhor condutibilidade de temperaturas nos alimentos com maior teor de líquidos e/ou preparados em água, como o feijão e o arroz, já as preparações com menor quantidade de água e maior superfície de contato possibilitam maior perda de calor, como as preparações fritas e assadas.

Em relação à temperatura de distribuição das preparações frias do atual estudo, como saladas e sobremesas, observaram-se temperaturas em conformidade com a legislação, a qual determina temperaturas entre 10 e 21°C por até 2 horas, sendo este o tempo de permanência dos alimentos preparados no balcão de distribuição, porém para melhor adequação à norma legal, deveriam apresentar-se com temperaturas inferiores a 10°C, de modo a possibilitar a sua permanência no *buffet* por até quatro horas, conforme a Portaria CVS 5/2013<sup>10</sup>. Se-

gundo Monteiro *et al.* (2014)<sup>5</sup>, essas temperaturas podem ocorrer devido ao cozimento das saladas em horários próximos ao da distribuição, sem a submissão dos mesmos a um processo de refrigeração adequado.

Assemelhando-se ao presente estudo, através da qual não se encontrou temperaturas de preparações frias mínimas determinadas pela legislação para saladas e sobremesa, Rocha *et al.* (2010)<sup>15</sup> também constataram 100% de inadequação de temperaturas, sendo maiores que 10°C para as saladas ao avaliar as temperaturas de restaurantes *self service* em Minas Gerais. O mesmo constataram Monteiro *et al.* (2014)<sup>5</sup> nos onze restaurantes e lanchonetes avaliados no campus de uma instituição pública de ensino do município de Belo Horizonte-MG, assim como o estudo de Marinho *et al.* (2010)<sup>8</sup>. Entretanto, de acordo com a Portaria CVS 5/2013<sup>10</sup>, estas preparações poderiam alcançar temperaturas entre 10°C e 21°C por um período máximo de duas horas. Portanto, de acordo com esta análise, as preparações avaliadas apresentaram-se adequadas.

Alves & Ueno (2010)<sup>16</sup>, quando avaliaram a temperatura de preparações frias em 16 restaurantes *self-service* de São Paulo, obtiveram uma variação de temperatura desses alimentos frios de 9,70°C a 41,70°C. No atual estudo, as temperaturas das preparações frias apresentaram variações de 9,70°C  $\pm$  2,07 a 19,03°C  $\pm$  2,02, entre o início e o final da distribuição, para sobremesas e saladas, respectivamente, sendo igual à temperatura mínima e inferior à temperatura máxima registradas pelo estudo de Alves e Ueno,<sup>16</sup> estando em conformidade com a legislação, levando-se em conta a faixa de temperatura entre 10 e 21°C aceitáveis por um tempo de exposição de até duas horas, determinados pela Portaria CVS 5/2013<sup>10</sup>.

Foi observado no estudo de Barbieri *et al.* (2011)<sup>17</sup>, que apenas 57% das amostras analisadas tiveram uma temperatura ideal, sendo que todas as saladas e sobremesas apresentaram temperaturas inadequadas, porém todas elas estavam adequadas em relação ao tempo de exposição, conforme CVS 5/2013<sup>10</sup>. O presente estudo vem ao encontro aos resultados de Barbieri *et al.* (2011)<sup>17</sup> por apresentar algumas preparações de saladas e sobremesas com temperaturas inadequadas, porém também com um tempo de exposição adequado, conforme a legislação vigente.

Ao final do estudo verificou-se que o binômio tempo/temperatura das preparações quentes, arroz e feijão/lentilha, mantiveram-se adequadas, garantindo a segurança dos alimentos. Algumas temperaturas das carnes, guarnições e preparações frias apresentaram inconformidades, fora dos padrões vigentes pelas legislações, porém as preparações frias mantiveram-se dentro do tempo máximo de duas horas de distribuição, permitidos pela previsão legal, mas os pratos quentes, como carnes e guarnições permaneceram por duas horas de exposição,

período de tempo maior que o determinado pela legislação, de até 1 hora, podendo estar representando um risco para a saúde dos trabalhadores da UAN ao serem consumidas. Esses resultados assemelham-se aos estudos de Santos *et al.* (2014)<sup>18</sup> e Chesca *et al.* (2006),<sup>6</sup> existindo a necessidade de se implantar um sistema de controle de tempo e temperatura de exposição das refeições aos comensais.

Este estudo permitiu demonstrar a importância do monitoramento do binômio tempo/temperatura e a necessidade de aplicação de ferramentas simples, como a lista de verificação e o registro de temperatura de preparações no balcão de distribuição para a garantia da qualidade final da refeição que é oferecida ao cliente.

Todas as temperaturas verificadas e registradas para a realização desse estudo foram monitoradas por uma estudante do curso de nutrição durante o seu estágio supervisionado obrigatório de UAN. Certamente, este fator contribuiu para que o resultado desta pesquisa fosse positivo, não havendo a necessidade do envolvimento das funcionárias da unidade para a coleta de dados, devido as suas demais responsabilidades.

## 5. CONCLUSÃO

O presente estudo verificou que o binômio tempo/temperatura do arroz e feijão/lentilha se manteve adequado, garantindo a segurança dos alimentos. Algumas temperaturas das carnes, guarnições e preparações frias apresentaram inconformidades de temperaturas, estando estes fora dos padrões vigentes pelas legislações.

Porém, em relação ao tempo de exposição dos alimentos para consumo, as preparações frias mantiveram-se dentro do tempo máximo de duas horas de distribuição, permitidos pela previsão legal, mas os pratos quentes, como carnes e guarnições permaneceram por duas horas de exposição, período de tempo maior que o determinado pela legislação, de até 1 hora, podendo estar representando um risco para a saúde dos trabalhadores da UAN ao serem consumidas, não sendo garantida a segurança dos alimentos expostos ao consumo nessa etapa do processo, conforme a legislação vigente, Portaria CVS 5/2013<sup>10</sup> e RDC 216/2004<sup>9</sup>.

Portanto, enfatiza-se a implementação do monitoramento, registro e verificação das temperaturas das preparações dos alimentos expostos ao consumo nas UAN, como forma de se evitar a ocorrência de DTA, oferecendo alimentos seguros ao comensal. Salienta-se ainda a atenção quanto à necessidade de capacitação e treinamento para os manipuladores, atividades imprescindíveis aos serviços de alimentação, que favorecem a garantia de um alimento seguro e de qualidade.

## REFERÊNCIAS

- [01] Costa Almeida GL, Costa SRR da, Gaspar A. A questão da gestão da segurança de alimentos em restaurantes comerciais do tipo self-service: o estudo de um caso. *Revista GEPROS. Gestão da Produção, Operações e Sistemas*, 2010 abr./jun.; 5(2):11-26.
- [02] Mello JF de, Schneider S, Lima MS de, Frazzon J, Costa M da. Avaliação das condições de higiene e da adequação às boas práticas em unidades de alimentação e nutrição no município de Porto Alegre – RS. *Alim Nutr, Araquara*, 2013 abr./jun.; 24(2):175-82.
- [03] World Health Organization. Five keys to safer food manual. [acesso em 22 dez. 2014]. Disponível em: [http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/manual\\_keys.pdf](http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/manual_keys.pdf)
- [04] Dalpubel V, Busch L, Giovanoni A. Relação entre alimento seguro e a temperatura de preparações quentes do *buffet* de uma Unidade de Alimentação e Nutrição no Vale do Taquari, RS. *Destques Acadêmicos*, 2012; 4(3):143-8.
- [05] Monteiro MAM, Ribeiro R de C, Fernandes BDA, Sousa JF de R, Santos LM. Controle das temperaturas de armazenamento e de distribuição de alimentos em restaurantes comerciais de uma instituição pública de ensino. *Demetra: alimentação, Nutrição & Saúde*. 2014; 9(1):99-106.
- [06] Chesca AC, Bataglioni CCV, Faria SCP de, Andrade SCBJ de, Silveira M de, D'Angelis CEM. Refeições transportadas: importância do controle da temperatura. *Rev Hig Aliment*, 2011 set.; 25(2):93-100.
- [07] Abreu ES de, Toimil RFSL, Silva AP da, Kuribayashi CL, Silva JC da, Vito PS de. Monitoramento da temperatura de refeições quentes transportadas porcionadas. *e-Scientia, Belo Horizonte*, 2012; 5(1):03-08.
- [08] Marinho CB, Souza C da S, Ramos SA. Avaliação do binômio tempo-temperatura de refeições transportadas. *Arquivo do curso de Nutrição do Centro Universitário de Barra Mansa*, 2010.
- [09] Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 216, de 15 de setembro de 2004. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília*, 16 set. 2004. [acesso em 16 out. 2014] Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/4a3b680040bf8cdd8e5dbf1b0133649b/RESOLU%C3%87%C3%83O-RDC+N+216+DE+15+DE+SETEMBRO+DE+2004.pdf?MOD=AJPERES>
- [10] São Paulo. Centro de Vigilância Sanitária. Portaria CVS 5/2013, de 09 de abril de 2013. Centro de Vigilância Sanitária, da Coordenadoria de Controle de Doenças, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 09 abr. 2013. [acesso em 23 dez. 2014] Disponível em: [http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/PORTARIA%20CVS-5\\_090413.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/PORTARIA%20CVS-5_090413.pdf).
- [11] Brasil. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução n. 380, de 09 de dezembro de 2005. Brasília, DF. [acesso em 28 dez. 2014] Disponível em: <http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res380.pdf>.
- [12] São José JFB de, Coelho AIM, Ferreira KR. Avaliação das boas práticas em unidade de alimentação e nutrição

- no município de Contagem-MG. *Alim Nut*, Araraquara 2011; 22(3):479-87.
- [13] Faé TSMF, Freitas AR de. Avaliação do binômio tempo x temperatura na distribuição de alimentos, em uma Unidade de Alimentação e Nutrição em Guarapuava-PR. [acesso em 23 dez. 2014]. Disponível em: <http://www.unicentro.br/graduacao/denut/documentos/tcc/2009/TCC%2029-2009%20%28TARLIS%20S.%20M.%20FA%C3%89%29%29.pdf>.
- [14] Ricardo FO, Morais MP de, Carvalho ACMS. Controle de tempo e temperatura na produção de refeições de restaurantes comerciais na cidade de Goiânia-GO. *Demetra: alimentação, Nutrição & Saúde*, 2012; 7(2):85-96.
- [15] Rocha B, Batista L da S, Borges BMA, Paiva AC. Avaliação das condições higiênicas sanitárias e da temperatura das refeições servidas em restaurantes comerciais do tipo self-service. *Revista Perquir re. Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão do UNIPAM*, Patos de Minas, 2010; 7(1):30-40.
- [16] Alves MG, Ueno M. Restaurantes self-service: segurança e qualidade sanitária dos alimentos servidos. *Rev Nut*, Campinas, 2010 jul./ago.; 23(4):573-80.
- [17] Barbieri RR, Esteves AC, Matoso R. Monitoramento da temperatura de preparações quentes e frias em uma Unidade de Alimentação e Nutrição. *Rev Hig Aliment*, 2011 mar./abr.; 25(194/195):40-45.
- [18] Santos L de J, Nascimento EBV, Fonseca M da CP. Tempo e temperatura da alimentação transportada destinada ao restaurante universitário na cidade de Salvador – BA. [acesso em 21 dez. 2014] Disponível em: [http://crn5.org.br/?attachment\\_id=5404](http://crn5.org.br/?attachment_id=5404).



# RELAÇÃO ENTRE OS SINAIS E SINTOMAS DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL E SUA ASSOCIAÇÃO COM AS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS

RELATION BETWEEN THE SIGNALS AND SYMPTOMS OF TEMPOROMANDIBULAR DYSFUNCTION AND OROFACIAL PAIN AND YOUR ASSOCIATION WITH THE PSYCHOSOCIAL VARIABLES

BEATRIZ LIMONI DE SALLES<sup>1\*</sup>, PATRÍCIA SARAM PROGIANTE<sup>2</sup>, FABIANO CARLOS MARSON<sup>3</sup>, CLEVERSON OLIVEIRA E SILVA<sup>4</sup>, ÉRIKA CRISTINA FERREIRA<sup>5</sup>

1. Acadêmica do Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Ingá; 2. Pós-Doutora pela Usp-Bauru, Mestre e Doutora em Prótese Dentária, Especialista em DTM (Disfunção Temporomandibular) e Prótese Dentária, Profa. do Curso de Odontologia da Faculdade Ingá (Disciplina de Prótese Dentária e Gnatologia), Professora do Mestrado em Prótese Dentária da Faculdade Ingá; 3. Pós-Doutorado em Dentística, Professor do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade Ingá; 4. Professor Doutor do Curso de Odontologia da Faculdade Ingá e UEM; 5. Doutoranda em Ciências da Saúde, Mestrado em Ciências da Saúde e Bacharel em Estatística na UEM.

\* Rua Francisco Silveira da Rocha, 231, Parque Alvar, Sarandi, Paraná, Brasil. CEP: 87113-350. [biasalles94@hotmail.com](mailto:biasalles94@hotmail.com)

Recebido em 28/06/2015. Aceito para publicação em 01/09/2015

## RESUMO

Estudo transversal populacional da Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (DTM e DOF) e correlações na Cidade de Maringá-Paraná-Brasil. Métodos: Os Eixos I (questões 0 a 7) e II do Critério de Diagnóstico para Pesquisa das Desordens Temporomandibulares (RDC/DTM) e o Questionário de Avaliação do Sono (SAQ) foram utilizados para avaliação de dor, sono, depressão e somatização. A amostra populacional foi de 568 pessoas com idade entre 20 e 65 anos, usuárias do Sistema de Saúde Público. Processamento e análise dos dados: após aplicação dos questionários, estes foram tabulados em planilhas do Pacote *Microsoft Excel 2010*. A análise será disposta em tabelas de frequências simples, através de tabelas para melhor visualização dos resultados. Resultados: A amostra final (n=568) constituiu-se de predominantemente de mulheres (77,5%), com idade entre 30 e 39 anos e maior número de casados (49,6%). A maioria de etnia caucasiana (67,8%) e ensino superior completo (46,7%). A Classificação do Grau da Dor Crônica (GDC) demonstrou que a maioria apresentava-se sem dor ou com baixa intensidade de dor (50,9%) sem limitação de atividades diárias pela dor (Grau 0 e I); contudo, (35%) dos participantes apresentavam alta intensidade de dor sem limitação das atividades diárias (Grau II), (14%) apresentavam limitação severa e moderada de atividades diárias em virtude da dor (Graus III e IV). Um baixo escore global de sono, depressão e somatização, e uma baixa correlação positiva com estas variáveis psicossociais e a Intensidade Característica da Dor (ICD) foi encontrada. Conclusão: Uma importante parcela da população brasileira apresenta necessidade de tratamento de DTM e DOF e o tratamento requer tratamento multifatorial. Pacientes com DTM que apresentam depressão maior somatização da dor.

**PALAVRAS-CHAVE:** Desordem temporomandibular, dor orofacial, depressão.

## ABSTRACT

Population cross-sectional study of the Temporomandibular Dysfunction (TMD) and Orofacial Pain (OFP) as well as of their correlations in the city of Maringá, Paraná, Brazil. Methods: Axis I, questions 0 to 7, and axis II, Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/DTM), as well as the Sleep Assessment Questionnaire (SAQ), were used for the assessment of pain, sleep, depression, and somatization. The sample taken from the population consisted of 568 people aged between 20 and 65 years, users of the public healthcare system. Data processing and analysis: After the questionnaires were filled, they were tabulated in *Microsoft Excel 2010* spreadsheets. The analysis is presented in frequency tables for a clearer view of the results. Results: The final sample (n = 568) consists of mainly women (77.5%), aged between 30 and 39 years, and 49.6% of those in the sample are married. Furthermore, 67.8% are Caucasian and 46.7% have a college degree. The classification of the Chronic Pain Intensity (CPI) has shown that 50.9% of the subjects presented zero or low pain intensity with no limitations in daily activities due to pain (Intensities 0 and I), 35% of the participants presented high pain intensity with no limitations in daily activities (Intensity II), and 14% presented mild or serious limitations in daily activities due to pain (Intensities III and IV). A low global sleep score, depression and somatization, and a low positive correlation was found between these psychosocial variables and the Characteristic Pain Intensity (CPI). Conclusion: An important part of the Brazilian population requires treatment for TDM and OFP, a treatment that is multifactorial. Patients who are suffering from DTM and present depression as well as higher somatization of pain.

**KEYWORDS:** Temporomandibular disorders, orofacial pain, depression.

## 1. INTRODUÇÃO

Disfunção temporomandibular (DTM) é uma condi-

ção patológica e/ou comportamento parafuncional<sup>1</sup>, onde a sintomatologia está associada a Dor Orofacial, a músculos da mastigação e articulações temporomandibulares (ATM).

Os fatores psicossociais, como depressão, estresse, ansiedade, bem-estar físico tem uma predisposição e perpetuação da DTM<sup>1,2,3,4,5,9</sup>. Acomete predominantemente o gênero feminino<sup>2,3,6</sup>, independentemente da idade. Entretanto, um fator que pode aumentar a intensidade e sintomas musculares é o bruxismo, que juntamente com fatores psicológicos, pode causar o aparecimento de dores de cabeça frequentes<sup>7</sup>. A qualidade do sono e o estresse também podem influenciar drasticamente em indivíduos com DTM<sup>8</sup>.

A parafunção é caracterizada pela dor miofacial associada as alterações álgicas (musculares) e/ou degenerativas da ATM. Podendo apresentar deslocamento de disco articular isoladamente ou também associado com dor miofacial<sup>11</sup>. A DTM pode afetar também o sistema neuromuscular estomatognático em conjunto com a limitação funcional mandibular<sup>2</sup>.

Os pacientes que apresentam disfunção temporomandibular diagnosticada apresentam uma dor mais severa, muitas vezes gerando uma incapacidade de realizar as atividades normais. As alterações musculares e articulares associadas com a depressão também podem acarretar em uma incapacidade nas atividades diárias, como também uma potencialização da dor<sup>12</sup>.

A sintomatologia dolorosa presente da DTM pode trazer muitos malefícios para o bem-estar dos pacientes como: dificultando o processo mastigatório, impedindo uma boa noite de sono, acarretando em dia estressante e também o aparecimento de dores de cabeça frequentes, estes fatores podem alterar o psicológico, podendo intensificar ainda mais a dor<sup>7,9</sup>. Então se houver um controle emocional, e um tratamento adequado para a DTM, será que a qualidade de vida desse paciente poderia ser melhor?

O Critério Diagnóstico para pesquisa em Disfunção Temporomandibular (RDC/DTM), é considerado uma medida de diagnostico padrão ouro<sup>10</sup>. O RDC permite diagnosticar uma doença ou outra patologia com precisão, e assim poder ter um parâmetro correto a respeito da dor aparente, com a dor presente<sup>10</sup>.

Frente a este questionamento o objetivo geral desde trabalho foi estudar a Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial associado com fatores psicossociais, de uma forma a entender como alteração psicológica pode influenciar na DTM.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

### Delineamento

Estudo de delineamento transversal de base populacional, na população da cidade de Maringá, Paraná. As

informações referidas foram obtidas através de entrevistas estruturadas realizadas nos domicílios da população estudada, realizadas no período de agosto de 2011 a março de 2015. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Ingá com o CAAE 0071.0.362.000-11 e com o Parecer número 0071/11. A população do estudo foi composta por pessoas com idade entre 20 e 65 anos, usuárias do Sistema de Saúde Público da cidade de Maringá – PR

### Localização geográfica do estudo

Segundo dados epidemiológicos do IBGE, o município de Maringá, situado no noroeste do estado do Paraná é composto por aproximadamente 357.077 mil habitantes sendo o número de homens equivale a 48% (171.396) e o número de mulheres 52% (185.680). A cidade conta com 25 Unidades Básicas de Saúde e uma Unidade Central (Secretaria de Saúde), 13 hospitais e 8 instituições de ensino superior, 43 escolas municipais, 34 de escolas estaduais, 28 escolas particulares e 87 pré-escolas.

O perfil étnico populacional da amostra do município constitui-se de descendentes de italianos, japoneses, portugueses, poloneses, árabes, alemães, ou seja, possui uma etnia mista. A cidade está localizada a 420 quilômetros de Curitiba, a 554,9 metros de altitude, de clima subtropical, com uma área de 489,8km<sup>2</sup>.

### População do estudo

A população do estudo foi composta por 568 pessoas com idade entre 20 e 65 anos, usuárias do Sistema de Saúde Público da cidade de Maringá – PR. Estima-se que a cidade de Maringá possua 135 mil habitantes, com idade entre 20 e 62 anos (dados fornecidos pelo CECAPS – Anexo G)<sup>10</sup>.

### Seleção da amostra

Foram incluídas apenas as pessoas com idade entre 20 a 65 anos cadastradas como ativas no Sistema de Usuários do Município. Esta estratégia visa excluir pessoas com duplicidade de inserção no sistema, as que mudaram de endereço e as que faleceram.

Foram excluídos pacientes, no pré-operatório, que relataram doença periodontal aguda (problemas agudos), pacientes com odontalgia por cárie e/ou abscesso, pacientes que estavam fazendo uso de anti-inflamatórios (exceto paracetamol), ansiolíticos, anticonvulsivantes e/ou analgésicos opioides e aqueles com algum tipo de doença sistêmica ou distúrbios psicológicos que criem dificuldades na aplicação do questionário. Isto se deve ao fato que as condições anteriormente citadas podem influenciar nos diagnósticos da DTM (Disfunção Temporomandibular) e DOF (Dor Orofacial).

### Instrumentos

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário

estruturado, padronizado e pré-testado, contendo variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, psicossociais e relacionadas ao sono.

Aplicação do Eixo II do RDC/TMD (fatores socioeconômicos e psicossociais e de posicionamento e movimento articular): (RDC/TMD) que emprega um sistema de dois eixos para o diagnóstico e classificação das distúrbios temporomandibulares (DTM). O eixo II é usado para avaliar fatores comportamentais, psicológicos e psicossociais relevantes ao tratamento de pacientes com DTM. Este eixo inclui uma escala de dor crônica graduada, medidas de depressão e número de sintomas físicos não específicos, bem como uma avaliação de limitação da habilidade de movimentação mandibular. O RDC/TMD se atém nas formas mais comuns de distúrbios musculares e articulares excluindo as distúrbios menos frequentes, para as quais ainda há pouca concordância nos métodos de confiabilidade e validade de identificação e definição dos casos<sup>9</sup>.

Aplicação do Eixo I do RDC/TMD (questão de 1 a 7) - (fatores de posicionamento e movimento articular)<sup>9</sup>. O eixo I busca o diagnóstico físico das distúrbios dos músculos mastigatórios e das articulações.

O desfecho estudado foi a Distúrbio Temporomandibular (DTM) e Dor Orofacial e seus fatores associados em adultos de uma Cidade do Sul do País. Esta variável foi obtida através da pergunta 07, 08 e 09 (RDC/TMD EIXO II) que quando interpretada da graduação 4 a 10, forneceu o diagnóstico da alteração.

Localização, Tempo de início e duração e intensidade da Dor: o entrevistado foi questionado em relação ao local da dor, duração, intensidade, qualidade desta dor e injúrias que provocaram esta dor. (RDC/TMD EIXO II - Questão 03, 04, 05, 07, 08, 09, 16d, 17a e b).

Limitações provocadas pela dor: o entrevistado foi questionado em relação as limitações de função mastigatória, movimentos mandibulares e alterações de volume (inchaço) na cavidade bucal e na cabeça e pescoço. (RDC/TMD EIXO II - Questões 16c, 19, 20.16).

Alterações Articulares, Musculares e Mastigatórias: o entrevistado foi questionado em relação às alterações de travamento, limitação de abertura de boca, presença de apertamento e bruxismo, alterações na mordida e presença de ruídos otológicos, qualidade e eficiência mastigatória. (RDC/TMD EIXO II - Questões 14a, 14b, 15a, 15b, 15c, 15d, 15e, 15f, 15g; Questões de 01 a 07 – Eixo I do RDC/TMD).

### Variáveis independentes

#### Variáveis demográficas

Sexo: masculino e feminino. Questão 24 (RDC/TMD EIXO II).

Idade: em anos completos. Para análise foi categorizada em grupos. (Questão 23 – RDC/TMD EIXO II).

Cor/Raça: observada pelo entrevistador, foi catego-

rizada em: Branca, negra e outra. (RDC/TMD EIXO II - Questão 25).

Etnia: referida pelo autor e classificada como: Portugueses, Italianos, Espanhóis, Alemães, Poloneses, Japoneses, outros ou nenhuma. (RDC/TMD EIXO II - Questão 26).

Estado civil: categorizado em: Casado, solteiro, viúvo, separado, união estável. (RDC/TMD EIXO II - Questão 29).

#### Variáveis socioeconômicas

Escolaridade: coletada em anos de estudo e posteriormente categorizada em analfabeto, fundamental incompleto, fundamental, médio incompleto, médio, superior incompleto, superior. (RDC/TMD EIXO II - Questão 27).

Situação ocupacional: categorizada em: trabalhando, desempregado, aposentado, pensionista, estudante e outro. (RDC/TMD EIXO II - Questão 28c).

Renda familiar: utilizada a renda do entrevistado, em Reais. Serão incluídas, outras fontes de renda como pensões, aposentadorias e aluguéis. Posteriormente será categorizada em quartis. (RDC/TMD EIXO II - Questão 30).

#### Variáveis psicossociais

Atividades Psicossociais e suas alterações devido a presença da dor: quanto a dor incapacita psicossocialmente o entrevistado. (RDC/TMD EIXO II - Questões 10, 11, 12, 13, 19).

Condições de saúde e presença de morbidades

Saúde: percepção da própria saúde, consulta médica, internação hospitalar, uso de medicamentos, hipertensão, diabetes, osteoporose, colesterol, doença renal, doença do coração e doença pulmonar, fraqueza, falta de apetite, dores nas costas, enxaquecas, náuseas, alterações gástricas, alterações de temperatura, dormência corporal, alterações na garganta, alterações bucais. Para essa variável o participante foi questionado se algum médico havia dito que ele tinha alguma das doenças acima citadas. (RDC/TMD EIXO II - Questões 01, 02, 06, 16a, 16b, 18, 20.1, 20.2, 20.3, 20.4, 20.7, 20.10, 20.15, 20.18, 20.19, 20.20, 20.21, 20.23, 20.24, 21, 22; SAQ - Questão 17).

#### Entrevistas

Após a seleção dos pacientes, com posse da lista, contendo endereço do mesmo, entrevistas estruturadas, foram realizadas, com a seguinte sequência:

a) Leitura e Assinatura do Termo de Consentimento por parte do paciente;

b) Aplicação do Eixo II do RDC/TMD (fatores socioeconômicos e psicossociais e de posicionamento e movimento articular);

c) Aplicação do Eixo I do RDC/TMD - (fatores de

posicionamento e movimento articular);

### Processamento e análise dos dados

Após aplicação dos questionários, estes foram tabulados em planilhas do Pacote *Microsoft Excel 2010*. A análise será disposta em tabelas de frequências simples, através de tabelas para melhor visualização dos resultados.

## 3. RESULTADOS

Foram avaliados dados de 568 pacientes, 77,5% (n=440) do sexo feminino e 22,5% (n=128) do sexo masculino. As faixas etárias mais presentes na amostra foram de 20 a 29 anos, representado por 31,7% (n=180) dos pacientes e 35,0% (n=199) deles de 30 a 39 anos. Quase a metade dos pacientes, 49,6% (n=282) eram casado(as) e 38,9% (n=221) deles eram solteiro(as). A maioria, 67,8% (n=385) tinha pele branca e quanto à escolaridade, 46,7% (n=265) relataram terem concluído a faculdade (Tabela 1).

**Tabela 1.** Descrição das variáveis qualitativas demográficas e socioeconômicas, em adultos de Maringá- PR, 2012.

Variáveis	n	%
Gênero		
Feminino	440	77,5
Masculino	128	22,5
Faixa etária		
20 a 29 anos	180	31,7
30 a 39 anos	199	35,0
40 a 49 anos	140	24,6
50 a 59 anos	44	7,7
60 anos ou mais	5	0,9
Estado Civil		
Casado (a)	282	49,6
Viúvo (a)	5	0,9
Divorciado (a)	21	3,7
Separado (a)	39	6,9
Solteiro (a)	221	38,9
Cor da pele		
Asiático ou indígena	32	5,6
Parda ou mestiça	109	19,2
Negro	33	5,8
Branco	385	67,8
Outro	9	1,6
Escolaridade		
Escola Primária	34	6,0
Escola Ginásial	79	13,9
Científico	190	33,5
Faculdade	265	46,7

A idade média dos pacientes avaliados foi de 35,3±9,8 anos. Já quanto à qualidade de vida, os domínios psicológicos e relações sociais foram os que apresentaram maior qualidade de vida enquanto o que apresentou menor qualidade de vida foi o domínio auto avaliação da qualidade de vida, lembrando que o escore máximo que pode ser obtido em cada domínio é de 20 pontos. A qualidade de vida geral foi de 65,7 pontos sendo que o valor máximo que poderia ser obtido é 100

(Tabela 2).

**Tabela 2.** Descrição das variáveis quantitativas, idade, e domínios da qualidade de vida, em adultos de Maringá- PR, 2012.

Variáveis	Média	Desvio padrão
Idade	35,3	9,8
Qualidade de Vida (Domínios)		
Físico	13,7	2,7
Psicológico	13,9	2,7
Relações Sociais	13,9	3,4
Meio Ambiente	12,4	2,3
Auto avaliação da QV	11,8	4,3
Total	13,2	2,1
Qualidade de vida Geral	65,7	

Como se pode observar na Tabela 3, os entrevistados tiveram em média 2,2±5,8 dias de incapacidade, a maioria deles 87,1% (n=495) tiveram zero pontos de incapacidade (quando avaliado os dias). Em média os entrevistados tiveram 0,9±1,3 pontos de incapacidade sendo que 60,9% (n=346) tiveram zero ponto de incapacidade. Quando somado os dias de incapacidade com os pontos de incapacidade, ficou evidenciado que a maioria dos entrevistados, 58,1% (n=330) tiveram 0 pontos de incapacidade, 17,1% (n=91) tinham um ponto de incapacidade e 10,7% (n=61) 2 pontos de incapacidade. Já quanto a classificação da dor crônica ficou evidenciado, que 50,9% (n=289) tinha baixa intensidade da dor, 35,0% (n=199) alta intensidade, 12,1% (n=69) limitação moderada e 1,9% (n=11) limitação severa.

**Tabela 3.** Descrição das variáveis relacionadas a intensidade da dor, em adultos de Maringá- PR, 2012.

Intensidade da dor	Média		Desvio padrão	Pa-
	Média	±		
Dias de incapacidade	2,2		5,8	
	n		%	
0 Pontos de incapacidade	495		87,1	
1 ponto de incapacidade	50		8,8	
2 pontos de incapacidade	19		3,3	
3 pontos de incapacidade	4		0,7	
Pontos de incapacidade	0,9		1,3	
	n		%	
0 Pontos de incapacidade	346		60,9	
1 ponto de incapacidade	66		11,6	
2 pontos de incapacidade	59		10,4	
3 pontos de incapacidade	97		17,1	

Soma dos pontos de incapacidade	n	%
0	330	58,1
1	97	17,1
2	61	10,7
3	46	8,1
4	23	4,0
5	9	1,6
6	2	0,4

Classificação da dor Crônica		
Grau I - Baixa intensidade	289	50,9
Grau II - Alta intensidade	199	35,0
Grau III - Limitação Moderada	69	12,1
Grau IV - Limitação Severa	11	1,9

Ao avaliar a Tabela 4, podemos verificar que 58,5% (n=332) apresentaram desordem muscular com dor. Metade dos entrevistados, 50,0% (n=284) não apresentava deslocamento de disco com redução.

**Tabela 4.** Descrição das variáveis qualitativas, classificação SAQ, desordem muscular, deslocamento de disco, dor miofacial com limitação de abertura de boca, deslocamento de disco com redução com dor e deslocamento de disco sem redução, em adultos de Maringá- PR, 2012.

Variáveis	n	%
Desordem muscular		
Sem dor	236	41,5
Com dor	332	58,5
Deslocamento de disco com redução		
Ausente	284	50,0
Presença lado direito ou esquerdo	169	29,8
Dor Miofacial com limitação de abertura de boca		
Ausente	147	25,9
Presente	421	74,1
Deslocamento de disco com redução com dor		
Ausente	338	59,5
Presente	230	40,5
Deslocamento de disco sem redução		
Ausente	463	81,5
Presente (direito ou esquerdo)	105	18,5

No entanto, 29,8% (n=169) apresentaram deslocamento de disco com redução no lado direito ou esquerdo, 1,8% (n=10) no lado direito e esquerdo e 18,5% (n=105) apresentaram desvio lateral esquerdo/direito não corrigido. 74,1% (n=421) dos entrevistados apresentavam dor miofacial com limitação de abertura da boca, 40,5% (n=230) deslocamento de disco com redução com dor.

18,5% (n=105) dos entrevistados apresentaram deslocamento de disco sem redução no lado esquerdo ou direito.

#### 4. DISCUSSÃO

Desordens Temporomandibulares são consideradas uma doença multifatorial, e a depressão, juntamente com fatores psicossociais tem sido um grande fator predisponente ao desenvolvimento da DTM<sup>1,2,3,4,5,9</sup>.

Neste estudo a prevalência de pacientes avaliados são do sexo feminino (77,5%), a faixa etária mais presente foi entre 30 e 39 anos (35%). Quando comparado a outros trabalhos pode-se observar que também há uma prevalência do gênero feminino, o que impossibilita de afirmar com certeza que as mulheres apresentam maior grau de DTM em relação aos homens<sup>13,11,2</sup>. Quanto a qualidade de vida, foi demonstrado um índice maior nos domínios psicológicos e relações sociais (13,9%), já na auto avaliação percebe-se uma menor qualidade de vida (11,8%).

Em um estudo, as mulheres apresentavam maior presença e gravidade de DTM que os homens, porém não houve associação significativa entre o grau de depressão e o gênero nos pacientes avaliados<sup>3</sup>. Foi avaliado que pacientes com a presença de DTM dolorosa aumentam as chances para níveis de depressão moderada a grave<sup>13</sup>. Verificou-se que pacientes com auto relatos de DTM crônica, depressão, dor na ATM, tem desempenho mastigatório reduzido, e ao mastigar sentem dor, e pacientes sem alteração psicossocial, responderam de forma diferente, mesmo apresentando DTM, porém, a intensidade de dor era reduzida ao mastigar, segundo DOUGALL *et al.*,<sup>9</sup> dados que corroboram com o resultado deste estudo.

Quando comparamos os pacientes entrevistados com os dias de incapacidade e a intensidade de dor, podemos observar a maioria 87,1% (495) tiveram zero pontos de incapacidade (quando avaliado os dias). Em relação aos pontos de incapacidade 60,9% (346) tiveram zero pontos de incapacidade. Ao somar os dias de incapacidade e os pontos de incapacidade, ficou evidenciado que a maioria deles 58,1% (330) tiveram zero pontos de incapacidade.

Ao avaliar a classificação de dor crônica, movimento articular, depressão e sintomas físicos não-específicos, incluindo dor ou sem dor, os entrevistados foram classificados de acordo com o eixo II do RDC, e neste estudo a maioria dos pacientes 50,9% (289) apresentaram baixa intensidade da dor grau I, e apenas 1,9% (11) pacientes apresentaram limitação severa grau IV. Pasinato<sup>14</sup> *et al.*, em seu trabalho mostrou que pacientes com mobilidade articular normal 34% apresentaram dor crônica graus II e III, e pacientes com mobilidade articular alterada 36% apresentaram dor crônica graus II e III, e também depressão grave. Soares<sup>2</sup> *et al.*, mostrou que 54,79% (39) dos entrevistados apresentou alta intensidade da dor grau

II, e 15,07% (11) apresentou limitação severa grau IV.

De acordo com a classificação do RDC/DTM Eixo I, 58,5% (332) pacientes foram diagnosticados com dor, já em relação ao deslocamento de disco com redução, 50% (421) pacientes não apresentou alteração, 29,8% (169) com deslocamento de disco com redução, 74,1% (421) dos entrevistados apresentavam dor miofacial com limitação de abertura de boca, 40,5 (230) deslocamento de disco com redução com dor, e 18,5% (105) apresentavam deslocamento de disco sem redução no lado esquerdo ou direito. No estudo realizado por Soares *et al* (2012)<sup>2</sup> 42,47% (31) pacientes foram diagnosticados com dor miofacial, e 54,79% (40) apresentaram dor miofacial associada à abertura limitada. Quanto ao deslocamento de disco 43,84% (32) pacientes apresentaram deslocamento de disco com redução, 6,85% (5) com deslocamento de disco sem redução com abertura limitada, e 9,59% (7) com deslocamento de disco sem redução e sem limitação de abertura.

## 5. CONCLUSÃO

Com este estudo podemos concluir que:

Pacientes com desordem muscular e articular que apresentam sintomas de depressão mostram uma sintomatologia dolorosa maior que pacientes sem sintomas de depressão;

A maior parte dos pacientes apresentou DTM com baixa intensidade da dor, não interferindo na sua rotina diária.

## REFERÊNCIAS

- [1] Glaros AG, Williams K, Lausten L. The role of parafunctions, emotions and stress in predicting facial pain. *The Journal of the American Dental Association*, 2005; 136(4):451-8.
- [2] Soares TV, Coelho PR, Ferreira LA, Guimarães JP. Correlation Between severity of temporomandibular disorders and psychosocial factoris in patients with chronic pain. *Odontologia Clínica-Científica* (Online). 2012; 11(3):197-202.
- [3] Toledo BAS, Capote TSO, Campos JADB. Associação entre disfunção temporomandibular e depressão. *Brazilian Dental Science*. 2010; 11(4).
- [4] Nifosi F, Violato E, Pavan C, Sifari L, Novello G, Nardini LG. et al. Psychopathology and clinical features in an Italian sample of patients with myofascial and temporomandibular joint pain: preliminary data. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2007; 37(3):283-300.
- [5] Vilalta VC, Santos MB, Cunha VPP, Marchini L. Depression and TMD in the elderly: A pilot study *Depressão e DTM em idosos: Estudo piloto*, *Braz Dent Sci*. 2012; 15(2):71-5.
- [6] Österberg T; Carlsson GE. Relationship between symptoms of temporomandibular disorders and dental status, general health and psychosomatic factors in two cohorts of 70-year-old subjects. *Gerodontology*. 2007; 24(3):129-35.
- [7] Marklund S, Haggman-Henrikson B, Wanman A. Risk factors associated with incidence and persistence of frequent headaches. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2014; 72(8):788-94.
- [8] Martins RJ, Garbin CAS, Garcia AR, Garbin AJI, Miguel N. Stress levels and quality of sleep in subjects with temporomandibular joint dysfunction. *Revista Odontologia*. 2010; 25(1):32-6.
- [9] Dougall AL, Jimenez CA, Haggard RA, Stowell AW, Riggs RR, Gatchel RJ. Biopsychosocial factors associated with the subcategories of acute temporomandibular joint disorders. *Journal of orofacial pain*. 2012; 26(1):7.
- [10] Dworkin SF, Sherman J, Mancl L, Ohrbach R, LeResche L, Truelove E. Reliability, validity, and clinical utility of the research diagnostic criteria for Temporomandibular Disorders Axis II Scales: depression, non-specific physical symptoms, and graded chronic pain. *Journal of orofacial pain*. 2002; 16(3):207-20.
- [11] Branco RS, Branco CS, Tesch RS, Rapoport A. Frequência de relatos de parafunções nos subgrupos diagnósticos de DTM de acordo com os critérios diagnósticos para pesquisa em disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). *Rev Dent Press Ortodon Ortopedi Facial*. 2008; 13(2):61-9.
- [12] Progiante PS. Levantamento epidemiológico na cidade de Maringá: disfunção temporomandibular e dor orofacial e suas variáveis. 2012.
- [13] Fernandes G, Gonçalves DAG, Siqueira JTT, Camparis CM. Painful temporomandibular disorders, self reported tinnitus, and depression are highly associated. *Arquivos de neuro-psiquiatria*. 2013; 71(12):943-7.
- [14] Pasinato F, Souza JA, Corrêa ECR, Silva MT. Temporomandibular disorder and generalized joint hypermobility: application of diagnostic criteria. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*. 2011; 77(4):418-25.



# MESIODENS - DENTES SUPRANUMERÁRIOS: DIAGNÓSTICO, CAUSAS E TRATAMENTO

MESIODENS - SUPERNUMERARY TEETH:  
DIAGNOSIS, TREATMENT AND CAUSES

GUILHERME MARCHETTI<sup>1\*</sup>, RENATO VICTOR DE OLIVEIRA<sup>2</sup>

1. Acadêmico do curso de graduação em Odontologia da Faculdade INGÁ, Brasil; 2. Mestrado em Implantodontia. Professor do Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Ingá.

\* Rua Duque de Caxias 420 Apt:401 Centro, Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89600-000. [guilhermemarchetti@msn.com](mailto:guilhermemarchetti@msn.com)

Recebido em 24/05/2015. Aceito para publicação em 01/09/2015

## RESUMO

Um dos maiores problemas de desenvolvimento dental em crianças é o dente supranumerário. Mesiodens é um dente supranumerário presente na linha média entre os dois incisivos centrais. Este elemento supranumerário geralmente resulta em problemas orais, tais como a má oclusão, um susceptibilidade a impação alimentar, estética deficiente, e formação de cistos. A prevalência de mesiodens varia entre 0,09% e 2,05% em diferentes estudos. Este trabalho revisa a literatura atual sobre a etiologia, prevalência, diagnóstico e gestão deste problema. Visto que, deste modo é sugerido que se faça o diagnóstico precoce e o tratamento a fim de prevenir complicações ortodônticas e patológicas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dente, criança, supranumerário, mesiodens.

## ABSTRACT

One of the largest dental developmental problems in children is the supernumerary tooth. Mesiodens is a supernumerary tooth present in the midline between the two central incisive. This usually results in supernumerary element oral problems such as malocclusion a susceptibility to food impaction, poor aesthetics, and formation of cysts. The prevalence of mesiodens ranges between 0.09% and 2.05% in different studies. This paper reviews the current literature on the etiology, prevalence, diagnosis and management of this problem. Since, in this way it is suggested to make the early diagnosis and treatment to prevent orthodontic and pathological complications.

**KEYWORDS:** Tooth, child, supernumerary, mesiodens.

## 1. INTRODUÇÃO

Definimos dentes supranumerários como dentes a

mais ou extras em comparação com dentição normal. É mais comum na região central da maxila ou mandíbula em dentes supranumerários; todavia, a sua ocorrência em mandíbula é muito raro. O tipo mais comum de dente supranumerário segundo Alberti *et al.* (2006)<sup>1</sup> é o mesiodens. Os Mesiodens podem aparecer como único, múltiplo, unilateral ou bilateral. Chamamos de “Mesiodens” a presença de dentes supranumerários múltiplos. Estudos indicam que no caso de algumas síndromes específicas, mesiodens podem apresentar-se como uma parte dos sintomas. No entanto, esta condição pode ser observada em indivíduos normais também. Segundo Fernandez-Montenegro *et al.* (2006)<sup>2</sup> indícios indicam que a história familiar positiva é um dos fatores que pre-dispõem a presença dos mesmos.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo realizado com radiografias panorâmicas de pacientes ortodônticos. Foram analisadas retrospectivamente, obtendo-se uma amostra de 15 pacientes com o mesiodens. Os seguintes aspectos foram analisados: distribuição entre os sexos, número de mesiodens; se irrompido ou não irrompido; posição; complicações; tratamento instituído, e anomalias dentárias associadas. A frequência de anomalias dentárias na amostra estudada foi comparada a valores de referência para a população em geral e níveis de significância.

## 3. RESULTADOS

### Patogênese Estudos & Prevalência

Segundo Van Buggenhout G, Bailleul-Forestier *et al.* (2008)<sup>3</sup> é importante para dentistas, estudiosos, bem

como para antropólogos, geneticistas e outros profissionais de saúde conhecer a prevalência de anomalias dentárias em diferentes comunidades. Alguns estudos epidemiológicos têm sido realizados e há uma variação considerável entre as suas conclusões. A prevalência relatada na população geral varia entre 0,15% e 1,9% e é relatado para ser mais comum no sexo masculino do que em mulheres.

Algumas variações devido a diferenças de susceptibilidades demográficas e ambientais também podem ter algum tipo de impacto sobre a prevalência relatada. A ocorrência de mesiodens na dentição decídua é bastante raro, já no caso da dentição permanente esta anomalia tem sido considerada como a anomalia dentária mais comum conforme relata Ray D, Bhattacharya B (2005)<sup>4</sup>. Tem sido relatado que em 82% dos casos, ocorre na maxila, especificamente na região de dentes anteriores.

Morfológicamente, os mesiodens podem ter formas heterogêneas. Três tipos comuns; ou seja, cônico, tuberculados e suplementares (dente semelhantes), relata-se de que a forma cônica é o tipo mais comum segundo estudos de Prabhu NT, Rebecca J, Munshi (1998)<sup>5</sup>.

Em alguns casos, os mesiodens irrompem naturalmente, mas normalmente eles permanecem impactados ou entram em erupção em uma posição invertida. Também é bastante provável que esses dentes sigam um caminho anormal de erupção ou mesmo tomam uma posição ectópica. Novamente Ray D, Bhattacharya B (2005)<sup>4</sup>, descreve a erupção de dentes supranumerários mais prevalente em dentição decídua. E é bem menos provável para mesiodens entrarem em erupção, se ocorrer em múltiplos segundo Primosch *et al.* (1981)<sup>6</sup>.

A prevalência de dentes supranumerários na dentição permanente para a população em geral na Europa tem sido relatada entre 0,1 e 3,8% da população conforme Rajab LD, Hamdan MA (2002)<sup>7</sup> relatou. Já a prevalência estimada na população na região da África subsaariana e na Ásia é entre 2,7 e 3,4% relatado por Mighani G. no Jornal Iraniano de Ortodontia. A prevalência geral de mesiodens em crianças iranianas foi encontrada em 1,6% das crianças. Neste mesmo estudo, a prevalência de mesiodens foi mais elevada na população masculina em comparação com a população feminina.

Diferença de gênero também foi relatada em alguns outros estudos. Rajab e Hamdan (2002)<sup>7</sup> relataram uma proporção sexual de 2,2: 1 na população estudada de crianças jordanianas. Neste estudo, foi demonstrado que a população masculina era mais susceptível de ser afetada do que a feminina. Uma maior proporção de 6,5: 1, também foi relatada por Davis, da ocorrência de dentes excedentários em crianças de Hong Kong conforme afirma o próprio Davis PJ. *et al.* (1987)<sup>8</sup>. A ocorrência de dentes supranumerários em dentição permanente é de duas vezes no sexo masculino em relação ao feminino; no entanto, nenhuma distribuição de gênero significativa foi

relatada na dentição decídua.

## Etiologia

Segundo afirma Benazzi S, Buti L, Franzo L, Kullmer O, Winzen *et al.* (2009)<sup>9</sup> o primeiro relatório documentado de dentes supranumerários foi encontrado em antigos restos de esqueletos humanos desde a era pleistocênica inferior. Até recentemente, a evidência mais primitiva da presença de mesiodens remonta a 13.000 anos atrás, quando ele foi encontrado entre os restos de um aborígine australiana conforme estudos descritos por Sutton *et al.* (1985)<sup>10</sup>. Ele também documentou a presença de mesiodens invertidos que entraram em erupção na cavidade nasal em restos arqueológicos encontrados durante o século sete na Alemanha.

Os mesiodens podem ser vistos como um achado isolado ou como parte de uma síndrome, especialmente lábio leporino, fenda palatina e síndrome de Gardner.

Pesquisas atuais demonstram que os riscos de ocorrência de anomalias dentárias, expressam-se de forma diferente tais como dysostosis cleidocranial e síndrome de Gardner, quando os mesiodens ocorrem como parte dos seus sintomas, demonstrando assim que a base genética pode desempenhar um papel importante como cita Townsend GC *et al.* (2005)<sup>11</sup>, ele observa que supranumerários são mais comuns nos membros da família e sugere a hereditariedade como fator etiológico; no entanto, ele não segue um padrão; bem como tem sido sugerido que os fatores ambientais podem ter influência sobre a susceptibilidade genética; mediante as colocações de Jasmin JR, Jonesco-Benaiche *et al.* (1993)<sup>12</sup>.

Também foi observada a possibilidade de transmissão genética através de um traço autossômico dominante e uma herança ligada ao cromossomo X determinando através disso e podendo assim explicar a dominação sexual masculina nesta anomalia.

Já os fatores ambientais podem desempenhar um papel na ocorrência de mesiodens, bem como a divisão do dente através da teoria dicotomia. De acordo com a teoria dicotomia, argumenta-se que a divisão do broto de dente em duas secções iguais ou desiguais pode ou não formar dois dentes de tamanhos iguais ou em um dente duplo dismórfico apenas.

A teoria da hiperatividade da lamina dental, que é o aumento na lâmina dental; pode ser considerada como o fator etiológico mais aceitável no desenvolvimento dos mesiodens.

## Complicações

Várias complicações podem ocorrer como resultado da presença de mesiodens, incluindo erupção atrasada, apinhamento dental, espaçamento, impação dos incisivos permanentes, formação anormal de raízes, alteração no trajeto de erupção dos incisivos permanentes, diastema mediano, lesões císticas, infecção intra-oral, rotação, a

reabsorção da raiz dos dentes adjacentes ou até mesmo erupção dos incisivos na cavidade nasal conforme descrito por Gorlin RJ *et al.* (2001)<sup>13</sup>.

Segundo estudos o atraso na erupção dos dentes permanentes e deslocamentos de incisivos superiores permanentes são as complicações mais comuns, enquanto aglomerações, diastemas, e a dilaceração dos dentes permanentes são menos comuns. Ocasionalmente, formação de cistos pode acontecer ou o dente pode entrar em erupção na cavidade nasal. Conforme Leyland L, P Batra *et al.* (2006)<sup>14</sup> relata; a presença de dentes excedentários como é o caso dos mesiodens, pode gerar erupção retardada em 26-52% dos casos e deslocamento ou rotação dos dentes adjacentes em 28% a 63% dos casos. Ele também relatou outras complicações, como a reabsorção das raízes adjacentes, aglomeração, desenvolvimento de cistos dentígeros, diastema, dilaceração, e erupção ectópica dos dentes permanentes na cavidade nasal assim como Seddon RP *et al.* (1997)<sup>15</sup> também havia relatado.

Em caso de qualquer alteração no trajeto de erupção dos incisivos centrais ou mesmo erupção assimétrica, o médico deve avaliar a possibilidade de um dente extra. É muito mais fácil para pegar anomalias dentárias na dentição decídua durante a rotina dental check-up. Além disso, foi relatada uma estreita correlação entre anomalias dentárias na dentição decídua e permanente; presença de anomalia dentária na dentição decídua em 50% dos casos afeta significativamente dentição permanente conforme Whittington BR, Durward CS *et al.* (1996)<sup>16</sup>.

### Falha de Eupção

A presença de um dente supranumerário é a causa mais comum para a falha de erupção dos incisivos superiores. Afirma-se que o mesiodens causa atraso na erupção, devido à sua posição, que é em sua maioria localizada no palato geralmente relacionada com os incisivos superiores, Leyland L, P Batra *et al.* (2006)<sup>14</sup>. Bartolo *et al.* (2008)<sup>17</sup> nos informou que 63% dos pacientes com incisivos não rompidos tinham hiperdontia.

### Deslocamento ou rotação

Em alguns casos, o deslocamento dos incisivos é um achado comum, o que pode atrasar a sua erupção. Conforme Scheiner e Sampson *et al.* (1997)<sup>18</sup> em uma avaliação; foi mencionado que é mais provável de que os tipos de mesiodens tuberculados em sua maioria produzem uma erupção retardada, e tipos cônicos frequentemente causam deslocamento do dente adjacente. Por isso é muito importante verificar a presença de qualquer dente supranumerário antes do tratamento ortodôntico, ou de incisivos girovestidos.

### Apinhamento ou diastema anormal

Erupção de dentes supranumerários muitas vezes provoca uma grande aglomeração. Um incisivo lateral

supranumerário pode aumentar o potencial de apinhamento consideravelmente e pode causar um problema estético grande na região anterior superior. Além destes relatos Rajab LD, Hamdan MA *et al.* (2002)<sup>7</sup> relata interferências de dentes decíduos retidos e diastemas anormais com uma associação de apinhamento.

### Anormalidades raiz

Reabsorção radicular dos dentes adjacentes, devido à presença de dentes supranumerários podem ocorrer muito raramente segundo Zilberman Y, Malron M, *et al.* (1992)<sup>19</sup>. Dilaceração radicular é uma anomalia de desenvolvimento na forma do dente e de sua estrutura, e que pode acontecer como flexão acentuada do dente quer seja na porção coronária ou na porção de raiz. Nestes casos a perda de vitalidade do dente tem sido relatada em condições raras segundo estudos relatados por Shafer WG, Hine MK, (1974)<sup>20</sup>.

### Erupção na Cavidade nasal

Outra complicação relatada e associada com mesiodens é a erupção ectópica, mesmo na cavidade nasal. Tomadas radiográficas e exames clínicos ajudam o cirurgião no diagnóstico. Clinicamente, uma massa branca pode ser vista na área nasal, radiograficamente, aparecendo como uma radiopacidade semelhante a um dente normal conforme descrito por Madeira GD, Mackenzie I. *et al.* (1987)<sup>21</sup>.

### Diagnóstico

É discutido na literatura de que quanto mais cedo realizado o diagnóstico melhor o prognóstico. O conhecimento do clínico de anomalias comuns e sua localização na dentição decídua e mista resultarão no diagnóstico precoce e podem, conseqüentemente, evitar maiores complicações posteriores. O diagnóstico precoce torna-se possível a partir dos 2 anos de idade como recomendado por alguns autores Whittington BR, Durward CS *et al.* (1996)<sup>16</sup>. Em casos de assimetria, deve-se suspeitar de mesiodens. É também provável que o excesso de retenção dos incisivos superiores decíduos, especialmente se assimétrica, ou em caso de erupção ectópica significativa de um ou ambos os incisivos superiores permanentes são devido à presença de mesiodens como relatado por Rajab LD, Hamdan MA *et al.* (2002)<sup>7</sup>.

Na dentição decídua, mesiodens muitas vezes têm forma normal; e podem entrar em erupção normalmente; esta é a razão do por que esses dentes são frequentemente ignorados. A outra razão possível para a comunicação menos frequente de mesiodens decíduos pode ser a dificuldade de sua detecção pelo profissional. É comum que os mesiodens anteriores irrompam de forma primária e esfoliam-se normalmente antes da sua descoberta; podendo assim ser confundido com geminação ou anomalias de fusão conforme descrito por Humerfelt D, Hurlen B,

Humerfelt S. *et al.* (1985)<sup>22</sup>.

Segundo Madeira GD, Mackenzie I. *et al.* (1987)<sup>21</sup> na dentição permanente, o diagnóstico é muito mais fácil de se fazer pelo fato de se seguir a erupção dos dentes anteriores permanentes. No entanto, na dentição permanente, a detecção destes dentes figurantes precisa de um exame clínico e radiográfico completo. Panorâmica, oclusal maxilar e radiografias periapicais são recomendados para auxiliar o processo de diagnóstico de mesiodens. Embora radiografia panorâmica é a melhor ferramenta de rastreio, a clareza na região da linha mediana é ainda limitada para o diagnóstico de mesiodens, em casos mais complexos faz-se necessário um pedido de tomografia computadorizada.

Em um estudo realizado por Huang WH, Tsai TP, Su HL *et al.* (1992)<sup>22</sup> a maioria dos mesiodens entraram em erupção numa posição invertida, mas Huang acredita que a maioria dos mesiodens irrompeu normalmente.

### Localização e Números

Dentes supranumerários são geralmente únicos e não irrompidos. Em 76-86% dos casos, supranumerários individuais ocorrem, enquanto supranumerários duplos ocorrem em 12-23% e a incidência de múltiplos supranumerários é menos de 1% em todos os casos conforme relatado nos levantamentos de Orhan AI, Ozer L, Orhan K. *et al.* (2006)<sup>24</sup>. Quando se posicionado na região anterior, mais problemas vão ser causados devido ao crescimento e desenvolvimento alterado na área. Impactação dos incisivos permanentes, torna-se comum devido à presença de mesiodens. E estes dentes geralmente acabam irrompendo espontaneamente após a extração dos mesmos.

### Classificação

A classificação de dentes supranumerários geralmente é baseada em sua morfologia, juntamente com a sua localização nas arcadas dentárias. De acordo com a forma e tamanho, duas subclasses são consideradas na classificação de mesiodens; ou seja, mórfico e dismórfico. A subclasse mórfico geralmente é semelhante a um incisivo central de tamanho normal, enquanto que os dentes dismórficos têm diferentes formas e tamanhos e são classificados em cônica, tuberculada, suplementar. Portanto, os dentes excedentários podem variar a partir de um dente normal a uma massa dismórfica segundo Van Buggenhout G, Bailleul-Forestier *et al.* (2008)<sup>3</sup>.

### Indicações, cuidados e gestão

A gestão de dentes supranumerários depende do tipo e da posição do dente. A remoção imediata de mesiodens geralmente é indicado nas seguintes situações; inibição ou atraso da erupção, o deslocamento do dente adjacente, a interferência e relação com aparelhos ortodônticos, presença de condição patológica, ou erupção espontânea

do dente supranumerário. Munns D. *et al.* (1981)<sup>25</sup> afirma que quanto mais cedo os mesiodens são removidos, melhor o prognóstico.

Existem dois métodos para extração de mesiodens; extração antes da formação da raiz dos incisivos permanentes e extração após a formação da raiz dos incisivos permanentes. Alguns autores recomendam a extração de mesiodens na dentição mista precoce, a fim de facilitar a erupção espontânea e alinhamento dos incisivos conforme descrito por Tay F, Pang A, Yuen S. *et al.* (1984)<sup>26</sup>.

Há controvérsias na literatura sobre o tempo de remoção de quaisquer mesiodens inclusos. A fim de promover o alinhamento adequado e erupção dos dentes adjacentes, recomenda-se a extrair mesiodens na dentição mista precoce, reduzindo assim a necessidade de tratamento ortodôntico. Pode demorar seis meses a três anos para que um dente incluso entre em erupção após a remoção dos mesiodens consoante descrição realizada por Munns D. *et al.* (1981)<sup>25</sup>. Henry e Post *et al.* (1989)<sup>27</sup> sugerem adiar a extração dos mesiodens sobre a idade de 10 anos, quando o ápice do incisivo central está quase formado. Se o tratamento for adiado, depois dessa idade, o tratamento cirúrgico e o tratamento ortodôntico mais complexo pode ser necessário. O tipo e posição do dente incluso, o espaço disponível no arco dental, além do estágio de desenvolvimento radicular; podem influenciar o tempo que leva para um dente impactado entrar em erupção após a remoção cirúrgica dos mesiodens.

Garvey *et al.* (1999)<sup>28</sup> recomenda apenas o monitoramento dos mesiodens nas seguintes situações; satisfatória erupção dos dentes subsequentes, a ausência de quaisquer lesões patológicas associadas e o risco de danos para a vitalidade dos dentes relacionados. Também foi recomendado manter mesiodens assintomáticos não irrompidos, que não afetam a dentição. Estes dentes, que geralmente são encontrados por acaso, é melhor deixar no lugar sob observação conforme Garvey (1999)<sup>28</sup>.

O cirurgião dentista deve considerar a condição do paciente na decisão final, no entanto, um estudo recente de Yagüe-García *et al.* (2009)<sup>29</sup> salientou que a remoção precoce dos dentes supranumerários, a fim de evitar complicações é o tratamento de escolha.

## 4. CONCLUSÃO

Os “Mesiodens” são as formas mais prevalentes de dentes supranumerários na dentição permanente, não sendo uma condição rara. Evidências sobre etiologia dos mesiodens indicam que a susceptibilidade genética em conjunto com fatores ambientais pode aumentar a atividade da lâmina dentária levando à formação deste ou destes elementos dentários adicionais. Extração de mesiodens na dentição mista de precoce, ou seja; de forma

rápida; ajuda no alinhamento espontâneo dos dentes adjacentes; no entanto, casos assintomáticos poderiam ser deixados sem tratamento, juntamente com um check-up regular do cirurgião dentista, ortodontista ou odontopediatra.

## REFERÊNCIAS

- [01] Alberti G, Mondani PM, Parodi V. erupção dos dentes permanentes supranumerários em uma amostra da população urbana escola primária em Gênova, Itália. *Eur J Paediatr Dent*. 2006; 7(2):89-92.
- [02] Fernandez-Montenegro P, Valmaseda-Castellon E, Berini-Aytes L, Gay Escoda C. Estudo retrospectivo de 145 dentes supranumerários. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006; 11(4):E339-44.
- [03] Van Buggenhout G, Bailleul-Forestier I. Mesiodens. *Eur J MedGenet*. 2008; 51(2):178-81.
- [04] Ray D, Bhattacharya B, S Sarkar, G. Das Irrompeu mesiodens cônicas superiores em dentição decídua em uma menina bengali - Relato de caso. *J indiano Soc Pedod Voltar Dent*. 2005; 23(3):153-5.
- [05] Prabhu NT, Rebecca J, Munshi AK. Mesiodens na dentição decídua - relato de caso. *J indiano Soc Pedod Voltar Dent*. 1998; 16(3):93-5.
- [06] Primosch RE. Dentes anteriores supranumerários - avaliação e intervenção cirúrgica em crianças. *Pediatr Dent*. 1981; 3(2):204-15.
- [07] Rajab LD, Hamdan MA. Dentes supranumerários. Revisão da literatura e um levantamento de 152 casos. *Int J Dent Paediatr*. 2002; 12(4):244-54.
- [08] Davis PJ. Hypodontia and hyperdontia of permanent teeth in Hong Kong schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1987; 15(4):218-20.
- [09] Benazzi S, Buti L, Franzo L, Kullmer O, Winzen O, Gruppioni G. Relatório de três dentes humanos primários fundidos em um material arqueológico. *Int J Osteoarchaeol*. 2009 doi: 10.1002/oa.1056
- [10] Sutton PR. Erupção de migração e teorias de dentes: eles podem explicar a presença de um mesiodens 13.000 anos de idade no cofre do palato? *Oral Surg Pathol Oral Oral Med*. 1985; 59(3):252-5.
- [11] Townsend GC, Richards L, Hughes T, Pinkerton S, influências Schwerdt W. epigenéticas podem explicar as diferenças dentárias em pares de gêmeos monozigóticos. *Aust Dent J*. 2005; 50(2):95-100.
- [12] Jasmin JR, Jonesco-Benaiche N, dentes Muller-Giamarchi M. supranumerários em gêmeos. *Oral Surg Pathol Oral Oral Med*. 1993; 76(2):258-9.
- [13] Gorlin RJ, Cohen MM, Hennekam RC. Síndromes da cabeça e pescoço. 4 ed. Oxford: Oxford University Press. 2001; 547:1108.
- [14] Leyland L, P Batra, Wong F, Llewelyn R. A avaliação retrospectiva da erupção dos incisivos permanentes impactados após a extração de dentes supranumerários. *J Clin Pediatr Dent*. 2006; 30(3):225-31.
- [15] Seddon RP, Johnstone SC, PB Smith. Mesiodentes em gêmeos.: Relato de caso e uma revisão da literatura. *Int J Dent Paediatr*. 1997; 7(3):177-84.
- [16] Whittington BR, Durward CS. Levantamento de anomalias em dentes decíduos e sua correlação com a dentição permanente *NZ Dent J*. 1996; 92(407):4-8.
- [17] Bartolo A, Camilleri A, incisivos Camilleri S. unerupted - características e anomalias associadas. *Eur J Orthod*. 2010; 32(3):297-301.
- [18] Scheiner MA, Sampson WJ. Dentes supranumerários.: Uma revisão da literatura e quatro relatos de casos. *Aust Dent J*. 1997; 42(3):160-5.
- [19] Zilberman Y, Malron M, Shteyer A. Avaliação de 100 crianças em Jerusalém com dentes supranumerários na região pré-maxilar. *ASDC J Dent Criança*. 1992; 59(1):44-7.
- [20] Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Um livro de patologia oral. 3 ed. Philadelphia: WB Saunders; 1974. distúrbios de diferenciação das estruturas orais e paraoral; pp. 2-80.
- [21] Madeira GD, Mackenzie I. A deformidade dentonasal. *Oral SurgPathol Oral Oral Med*. 1987; 63(6):656-7.
- [22] Humerfelt D, Hurlen B, Humerfelt S. Hiperdontia em crianças com menos de quatro anos de idade: Estudo radiográfico. *ASDC J Dent Criança*. 1985; 52(2):121-4.
- [23] Huang WH, Tsai TP, Su HL. Mesiodens in the primary dentition stage: aradiographic study. *ASDC J Dent Child*. 1992; 59(3):186-9.
- [24] Orhan AI, Ozer L, Orhan K. Familiar ocorrência de vários dentes supranumerários nonsyndromal. Uma condição rara. *Ângulo Orthod*. 2006; 76(5):891-7.
- [25] Munns D. Unerupted incisors. *Br J Orthod*. 1981; 8(1):39-42.
- [26] Tay F, Pang A, Yuen S. unerupted anteriores superiores dentes supranumerários.: Relato de 204 casos. *ASDC J Dent Criança*. 1984; 51(4):289-94.
- [27] Henry RJ, Pós-AC. A mesiodens vestibular posicionados: relato de caso. *PediatrDent*. 1989; 11(1):59-63.
- [28] Garvey MT, Barry HJ, Blake M. dentes supranumerários - uma visão geral de classificação, diagnóstico e tratamento. *J DentAssoc Can*. 1999; 65(11):612-6
- [29] Yagiie García-J, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Vários dentes supranumerários não associados a síndromes complexas: um estudo retrospectivo. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009; 14(7): E331-6.



# PRESENÇA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE ALTO DÉBITO POR ANEURISMA DE SEIO DE VALSALVA EM PACIENTE DE 58 ANOS

58-YEAR-OLD PATIENT WITH A HIGH DEBIT ACUTE HEART FAILURE DUE TO VALSAVA SINUS ANEURYSM

MARCUS ROBERTO ANDREUCCI<sup>1\*</sup>, MARCUS DE PAIVA THEODORO<sup>2</sup>, EDERVAL KEY HAYASHI<sup>3</sup>, ANDRE LUIZ TYSZKA<sup>4</sup>, HENRIQUE LUDWIG BUENO<sup>5\*</sup>, RAFAEL FARIA BARBOSA<sup>6</sup>

1. Médico cardiologista, serviço de cardiologia do Hospital Santa Rita – Maringá, preceptor da residência de cardiologia; 2. Médico hemodinamicista, serviço de cardiologia do Hospital Santa Rita – Maringá, preceptor da residência de cardiologia; 3. Médico hemodinamicista, serviço de cardiologia do Hospital Santa Rita – Maringá, preceptor da residência de cardiologia; 4. Médico cirurgião cardiovascular do Hospital Santa Rita – Maringá; 5. Residente de cardiologia do Hospital Santa Rita – Maringá; 6. Residente de cardiologia do Hospital Santa Rita – Maringá.

\* Hospital Santa Rita – UTI. Praça 07 de Setembro, 285, Maringá. Paraná. Brasil. CEP 87015-290. [henriqueb83@gmail.com](mailto:henriqueb83@gmail.com)

Recebido em 01/05/2015. Aceito para publicação em 17/09/2015

## RESUMO

O aneurisma de Seio de Valsalva (ASV) é uma doença congênita rara, com gene de baixa penetrância na população, e possui fenótipos diferentes de apresentação, porém todos concorrem na forma de aumento volumétrico da estrutura formada pela parede aórtica no seio de Valsalva. A doença decorre inicialmente por um defeito na formação dos folhetos histológicos da parede arterial aórtica, causando adelgaçamento desta e consequente formação aneurismática devido pressão sanguínea local. Aqui é relatado o caso de um paciente de 58 anos admitido com um quadro sindrômico de insuficiência cardíaca de alto débito, decorrente de aneurisma de seio de Valsalva, complicado com fístula para o ventrículo direito.

**PALAVRAS-CHAVE:** Aneurisma, seio de Valsalva, fístula de ventrículo direito.

## ABSTRACT

The aneurysm of the sinus of Valsalva (ASV) is a rare congenital disease with low penetrance gene in the population, that has different phenotypes of presentation, nonetheless all compete in the form of volumetric increase of the structure formed by the aortic wall in the Valsalva's sinus. The disease is caused by a defect in the initial formation of histological leaflets of the aortic artery wall, causing this thinning and subsequent aneurysm formation due to local blood pressure. Here we report the case of a patient with 58 year old with syndromic heart failure at high output, resulting from Valsalva sinus aneurysm, complicated with fistula to the right ventricle.

**KEYWORDS:** Aneurysm, synus of Valsalva, right ventricle fistula.

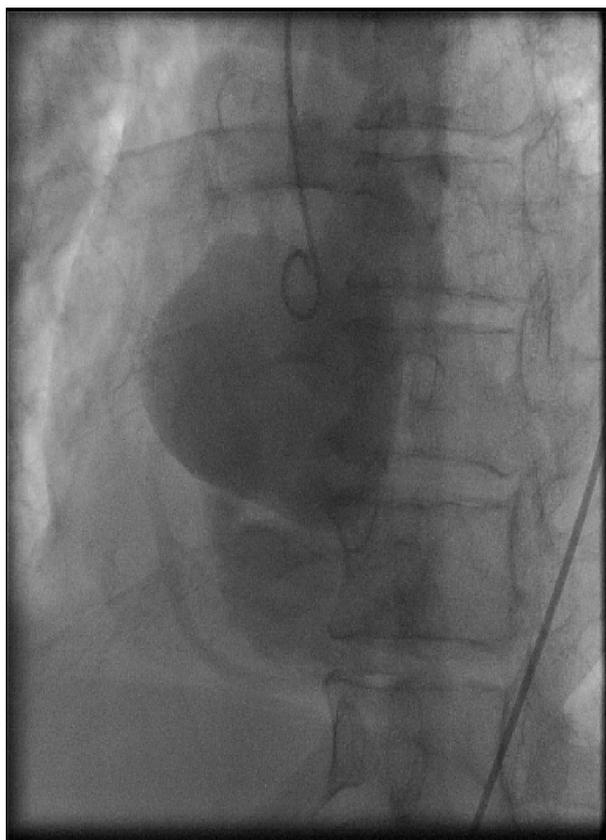
## 1. INTRODUÇÃO

O aneurisma do seio de Valsalva (ASV) é uma condição rara causada pela baixa espessura da parede aórtica na localização do seio aórtico. A condição é geralmente congênita, porém ocorre aumento da estrutura ao longo da vida, por distensão da parede aórtica, que na maioria das vezes vai se tornar sintomática apenas após o rompimento. As condições de rompimento ainda são desconhecidas e os fatores que influenciam para o evento também são obscuras. Antes da ruptura os sintomas podem ser sutis e de difícil reconhecimento; após a ruptura pode ocorrer a protrusão do seio de Valsalva para qualquer câmara cardíaca, sendo mais comumente o átrio e ventrículo direito, artéria pulmonar e septo interventricular. Nós relatamos um caso de um paciente masculino de 58 anos, com aneurisma do seio de Valsalva com fístula para o ventrículo direito.

## 2. RELATO DE CASO

Paciente 58 anos, com histórico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) em tratamento regular, tabagista de 30 anos/maço, deu entrada no pronto socorro cardiológico com quadro de dispneia aos mínimos esforços de início recente e piora rápida e progressiva. Nega associação com outros sintomas. O início do quadro havia sido há cerca de 2 meses, com evolução rápida, e o paciente negava procura por outro serviço médico anteriormente. O exame físico na admissão mostrava sopro contínuo em borda esternal direita, de intensidade ++/IV. Durante o internamento, a realização de ecocardiograma demonstrou a presença de aneurisma do seio de Valsalva, de cerca de 76mm no seu maior diâmetro, sendo a função global ventricular preservada e câmaras de tamanhos

normais. A cineangiocoronariografia (Figura 1) demonstrou a mesma estrutura aneurismática, porém com a presença de fístula de alto débito para o ventrículo direito (VD), além de redução luminal de cerca de 50% desde a origem de coronária direita até o terço proximal, “compatível com compressão extrínseca pelo seio coronariano direito aneurismático”. Apesar da indicação de cirurgia precoce, paciente optou por alta, a despeito das orientações da equipe cirúrgica, tendo recebido alta a pedido, com programação de cirurgia corretiva eletiva.



**Figura 1.** Aneurisma volumoso do seio de valsalva. Na imagem é possível ver o enchimento do ventrículo direito devido fístula e da coronária direita.

Após 2 semanas da alta do paciente para programação do procedimento cirúrgico, paciente retornou para o pronto socorro cardiológico com exacerbação da dispneia. Não apresentava novos dados na anamnese e o exame físico mantinha a ausculta com mesmo padrão. Paciente foi internado para estabilização do quadro, porém apresentou hipotensão e rebaixamento do nível de consciência, com piora da dispneia, sendo então levado para UTI. A avaliação da equipe cardiológica optou por adiantamento da cirurgia corretiva, sendo, portanto, realizada a cirurgia em emergência. Durante o procedimento, além da correção do aneurisma e da fístula para VD, foi trocada a valva aórtica com colocação de prótese metálica St. Jude Medical n.º. 23. A cirurgia não teve intercorrências inesperadas e o pós-operatório foi reali-

zado na UTI. No 4º dia do pós-operatório, paciente apresentou ritmo de fibrilação atrial paroxística, sendo usado amiodarona em dose de ataque em um desses episódios. Após a medicação, paciente evoluiu para bloqueio atrioventricular total, porém com frequência cardíaca normal e sem instabilidade hemodinâmica. A manutenção do quadro levou a colocação de marca-passo definitivo tipo DDD, no 7º dia do pós-operatório, realizado sem intercorrências. Paciente evoluiu bem, recebendo alta da UTI e do hospital após 11 dias de internamento. Após abordagem da equipe, assinou termo de consentimento para publicação do caso.

### 3. DISCUSSÃO

O aneurisma do seio de valsalva (ASV) é uma condição rara ocasionada pela ausência de algumas das camadas da parede arterial. A ausência das camadas muscular e elástica leva a um adelgaçamento da parede aórtica localizada no seio de valsalva. O local normalmente cresce ao longo do tempo, adquirindo forma aneurismática, que é geralmente assintomática até o momento do rompimento. Após o rompimento, as câmaras cardíacas podem ser invadidas, mais comumente o átrio e ventrículo direito<sup>1</sup>. Se o rompimento não ocorre, o aneurisma pode facilmente não ser diagnosticado devido os sintomas não serem específicos.

O caso apresentado representa a ocorrência de um evento raro, porém de alta morbimortalidade e fundamental se torna a atenção médica para o quadro para que não ocorra erro. O nosso caso era um paciente masculino com sintomas de dispneia de início recente com pró-dromos aos esforços. A primeira hipótese levantada foi de doença coronariana levando a insuficiência cardíaca, porém já na realização do ecocardiograma foi possível a formulação do diagnóstico. A associação com dados da cineangiocoronariografia (CATE) pode demonstrar com clareza a presença de uma estrutura comprometendo a circulação coronária direita além de causar aumento de volume de ventrículo direito devido fístula. Na literatura atual da doença, apesar da baixa sensibilidade e especificidade, o ecocardiograma se mostra um exame fundamental para o diagnóstico, assim como neste caso; dados como localização e tamanho podem ser conseguidos com este método diagnóstico<sup>2</sup>.

A presença de fatores de risco para doença aterosclerótica não fazia do ASV a principal hipótese diagnóstica inicial, apesar da população masculina ser mais afetada 3-4 vezes e a idade ser também de pico do evento<sup>3</sup>. No entanto, a evolução mais arrastada não é a apresentação típica, com as maiores séries de casos da doença relatando dor torácica, epigástrica ou dispneia intensa como sintomas súbitos na maioria dos pacientes e queixas mais comuns do quadro, diferente deste caso<sup>4</sup>.

A descrição do paciente de início de dispneia de início recente, com piora rápida e progressiva, corrobora o

fato da doença ser assintomática na extensa maioria dos casos, surgindo subitamente, sendo seus sintomas desencadeados pela ruptura ou compressão de estruturas correlatas<sup>5</sup>. É possível inferir do caso que a fístula de alto débito tenha relação com o início do sintoma ou com a piora do mesmo, já que na prática resulta em shunt esquerda-direita.

Apesar da etiologia ser congênita na maioria dos casos, outras causas podem ser identificadas, como infecções – mais comumente a endocardite bacteriana –, doenças degenerativas e trauma torácico<sup>6</sup>. No caso apresentado, apesar do histórico de trauma torácico há alguns meses, não foi possível identificar outra causa, inferindo a possibilidade de etiologia congênita sendo a mais provável, não podendo descartar o trauma, em uma evolução tardia.

A evolução no pós-operatório com forma de arritmia do tipo fibrilação atrial seguido de bloqueio atrioventricular total (BAVT) não é descrito como evento comum em outras casuísticas; dessa forma não é possível avaliar o risco desses eventos no pós-operatório da correção do ASV. No entanto, é sabido do risco de arritmias após intervenções cardíacas diversas, sendo, portanto, aceitável frente a gravidade do quadro de entrada e a necessidade de cirurgia de emergência devido a evolução ruim.

#### 4. CONCLUSÃO

Na literatura descritiva é possível notar que a maioria dos pacientes com ASV abre o quadro com sintomas intensos e súbitos, corrigidos após a cirurgia; no entanto, a maior parte deles permanece com sintomas, porém leves, com classificação de NYHA I-II<sup>4</sup>. Neste caso o paciente recebeu alta assintomático ao repouso, apresentando sintomas discretos aos esforços, se encaixando na classificação de NYHA I., portanto, temos um desfecho favorável do quadro.

#### REFERÊNCIAS

- [1] Sun HP, Ma X, Bai X, Ujit M, Ma YT. Acute inferior wall myocardial infarction secondary to ruptured sinus of Valsalva aneurysm in a 22-year-old man. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2014; 147:e8-10.
- [2] Attias D, Messika-Zeitoun D, Cachier A, Brochet E, Serfaty JM, Laissy JP, et al. A multi-perforated man: asymptomatic ruptured sinus of Valsalva aneurysm associated with an atrial and ventricular septal defect. *Eur J Echocardiogr.* 2008; 9:301-2
- [3] Takach TJ, Reul GJ, Duncan JM, Cooley DA, Livesay JJ, Ott DA, et al. Sinus of Valsalva aneurysm or fistula: management and outcome. *Ann Thorac Surg.* 1999; 68:1573-1577.
- [4] Saeed G, Asfoor A, Peivandi AA. Comments: Ruptured sinus of Valsalva aneurysm: 10-year Indian surgical experience. *Asian Cardiovasc Thorac Ann.* 2012; 20:625-6.

- [5] Menon S, Kottayil B, Panicker V, Karunakaran J. Ruptured sinus of Valsalva aneurysm: 10-year Indian surgical experience. *Asian Cardiovasc Thorac Ann.* 2011; 19:320-23.
- [6] Feldman DN e Roman MJ. Aneurysm of the sinuses of Valsalva [Review]. *Cardiology.* 2006; 106:73-81.



# HIPOPLASIA DE ESMALTE: UMA ABORDAGEM CLÍNICA CONSERVADORA

## ENAMEL HYPOPLASIA: A CONSERVATIVE CLINICAL APPROACH

LETICIA DIAS MARTINHÃO<sup>1</sup>, VIVIANE GUADAGNIN<sup>2</sup>, MATHEUS MANTOVANI<sup>3</sup>, CAMILA FRACALLOSSI<sup>4\*</sup>

1. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Faculdade Ingá; 2. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Faculdade Ingá; 3. Professor Assistente na Área de prótese Dentária na Faculdade Ingá, Mestre em Prótese pela Faculdade Ingá; 4. Professora Assistente na área de Dentística Restauradora na Faculdade Ingá, Mestre em Clínica Integrada pela Universidade Estadual de Maringá.

\* Faculdade Ingá Rodovia PR 317, 6114, Maringá, Paraná, Brasil, CEP: 87035-510. [cahfractallossi@gmail.com](mailto:cahfractallossi@gmail.com)

Recebido em 28/05/2015. Aceito para publicação em 01/09/2015

### RESUMO

Alterações morfológicas de cor e proporções harmoniosas, na maioria das vezes, não levam a problemas dentários funcionais, no entanto, podem comprometer o estado psicológico e o convívio social do paciente. O presente artigo relata um caso de hipoplasia de esmalte, com a presença de manchas amarelo-amarronzadas de média profundidade e alterações na textura do esmalte dos incisivos centrais superiores e inferiores, comprometendo a estética e autoestima da paciente. Paciente B.P., 10 anos, procurou a clínica da Faculdade Ingá queixando-se da presença de manchas nos dentes anteriores superiores permanentes. Durante a anamnese, a mãe adotiva relatou que os dentes acometidos já estavam manchados desde seu irrompimento e relatou trauma na região, por queda, aos 3 anos de idade aproximadamente. Além disso, apontou o fato de a mãe biológica ter feito uso de drogas ilícitas durante a gravidez. Ao exame clínico, diagnosticou-se hipoplasia de esmalte. Diante da queixa da paciente, o tratamento seguiu-se de desgastes superficiais das manchas brancas dos dentes 11 e 21, com o cuidado de preservar o máximo da estrutura sadia e em seguida restauração com compósito resinoso. A utilização de resinas compostas direta, como alternativa de tratamento conservador para lesões de manchas hipoplásicas de esmalte, se mostrou eficiente no restabelecimento da estética e harmonia do sorriso, além de alcançar a satisfação pessoal da paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipoplasia do esmalte dentário; resina composta direta; estética do sorriso.

### ABSTRACT

Morphological color changes and harmonious proportions, in most cases, do not lead to functional dental problems, however, could compromise the psychological state and the social life of the patient. This article reports a case of enamel hypoplasia, with the presence of brownish yellow spots of medium depth and changes in the enamel texture of the upper and lower central incisors, compromising the aesthetics and self-esteem of the patient. Patient B.P. 10

years, sought the clinic of the Faculty Inga, complaining about the presence of stains on the upper permanent front teeth. During the interview, the adoptive mother reported that the affected teeth were already spotted since its outbreak and reported trauma in the region, by fall, to three years old approximately. In addition, she said the fact that the birth mother having used illicit drugs during pregnancy. Clinical examination was diagnosed enamel hypoplasia. On the complaint of the patient, the treatment was followed by wear surface of white teeth stains 11 and 21, taking care to preserve as much of the healthy structure and then restore with composite resin. The use of direct composite resins, as conservative alternative treatment for enamel hypoplastic spot lesions, proved effective in restoring aesthetics and smile harmony, and attains personal satisfaction of patients.

**KEYWORDS:** Enamel hypoplasia; direct composite resin; Smile aesthetics.

### 1. INTRODUÇÃO

O esmalte dentário é um tecido mineralizado de origem ectodérmica e seu desenvolvimento acontece em três etapas, sendo a primeira delas a fase formativa, quando ocorre a deposição de matriz orgânica sobre o germe dentário, em seguida ocorre a mineralização parcial da matriz orgânica formada e por fim, tem-se a maturação do esmalte por meio do processo de calcificação<sup>1</sup>. Após a completa formação do esmalte dentário a estrutura mante-se intacta<sup>2</sup>, de modo que, qualquer alteração, durante a formação permanece registrada na superfície do tecido<sup>3</sup>.

Diante deste contexto, é possível observar uma significativa prevalência de alterações na superfície do esmalte dentário, tanto na dentição decídua quanto permanentemente de crianças. Estudos realizados em países como Nova Zelândia, Inglaterra e Brasil, mostraram que dentre as alterações deste tecido dentário, a hipoplasia de esmalte mostrou um índice de prevalência entre 11,1% e 15,2% em dentição decídua e permanente<sup>4</sup>.

A hipoplasia de esmalte é definida como a formação incompleta ou defeituosa da matriz orgânica do esmalte dentário em desenvolvimento, o que conseqüentemente leva à deficiências e irregularidades da superfície do tecido dentário<sup>5</sup>. Muitas são as causas que levam a hipoplasia, dentre elas fatores que afetam a condição sistêmica do paciente como baixo peso ao nascer<sup>6</sup> e as deficiências vitamínicas proveniente da má nutrição do bebê durante a vida intrauterina<sup>7</sup>; fatores etiológicos genéticos como amelogenese imperfeita e epidermólise bolhosa hereditária<sup>12</sup>; e fatores etiológicos como infecções locais e trauma<sup>8</sup>.

A hipoplasia de esmalte é um diagnóstico bastante comum na clínica odontológica infantil e suas alterações abrangem desde manchas esbranquiçadas, irregulares e rugosas até alterações complexas na estrutura do esmalte, que por sua vez, comprometem a estética e posteriormente interferem na vida social e escolar da criança, sendo que o comprometimento social pode se manifestar como distúrbios psicológicos e comportamentais. Além disso, a rugosidade causada pela alteração no tecido aumenta a susceptibilidade para o acúmulo de placa bacteriana e também para o desenvolvimento de lesões cáries<sup>2</sup>. Sendo assim, o tratamento dessas lesões é imprescindível tanto para a estética dental quanto para a autoestima e saúde bucal da criança<sup>9</sup>.

O propósito deste trabalho, foi de apresentar por meio de um caso clínico, a resolução estética de um caso de hipoplasia de esmalte em incisivos centrais superiores.

## 2. DESENVOLVIMENTO

A formação do esmalte dental é um processo biológico complexo, porém bem coordenado. Seu desenvolvimento é regulado por células epiteliais, que são os ameloblastos, esses expressam um importante conjunto de genes que codificam a produção de proteínas essenciais para a formação desse tecido dentário<sup>10</sup>.

A amelogenese na dentição humana inicia no útero materno, e desenvolve-se em dois principais estágios: secretório e de maturação. Durante a fase secretória, a matriz do esmalte é estabelecida e a mineralização da matriz ocorre durante a subsequente fase de maturação, que são divididos em dois estágios, iniciais e tardios. No estágio inicial de maturação, o esmalte é grosseiro, branco e relativamente mole. Já durante o estágio tardio de maturação, este esmalte difuso e opaco, é substituído pelo esmalte final, este é translúcido e duro. Os ameloblastos, são extremamente sensíveis aos estímulos externos e também a fatores locais e sistêmicos, ou qualquer agressão pode acarretar em anomalias no esmalte dentário<sup>11</sup>. Quando a agressão aos ameloblastos ocorre durante a fase de formação da matriz, pode haver uma redução na produção do esmalte, que depois de calcificado e maturado apresentará uma redução na sua espes-

sura, configurando-se assim uma hipoplasia<sup>10</sup>.

Depois de o esmalte estar mineralizado não existe mais riscos de ocorrer defeitos, pois não há mais divisão celular após a sua maturação, e também porque tais células são insubstituíveis.

Essas hipoplasias podem ser decorrentes de fatores etiológicos, hereditários, sistêmicos e locais<sup>7,12</sup>. As anomalias genéticas afetam todos os dentes, que podem ser eles: amelogenese imperfeita e epidermólise bolhosa hereditária<sup>6,7,12</sup>. Nos casos de etiologia sistêmica, todos os dentes que estão em desenvolvimento, podem ser afetados durante a atuação do fator etiológico. Alguns exemplos de fatores etiológicos sistêmicos são: complicações durante ou logo após o parto, fissuras labiopalatais, desordens nutricionais (deficiências das vitaminas, A, C D, cálcio e fósforo), distúrbios metabólicos (hipotireoidismo), infecções (sífilis, sarampo, varicela), terapia antineoplásica, lesões cerebrais e defeitos neurológicos<sup>7,11,12</sup>.

A prevalência de lesões de hipoplasia de esmalte dentário varia de acordo com a população alvo do estudo. Um estudo realizado com crianças na Nova Zelândia mostrou um índice de prevalência entre 13,5% e 15,2%. Outro estudo realizado com crianças britânicas, teve como resultado uma prevalência de 14,6%<sup>5</sup>. Em relação aos dados do Brasil, um estudo realizado recentemente no município de Itajaí (Santa Catarina), revelou um índice de prevalência de 11,1% em dentição decídua<sup>5</sup>. Entretanto, até onde se conhece, não há estudos que mostrem a prevalência em dentição permanente.

O diagnóstico para diferentes tipos de defeitos de esmalte é possível a partir de uma anamnese detalhada e conhecimento das características e fatores etiológicos destes defeitos/ alterações. Entretanto é através do exame clínico que identificamos os defeitos hipoplásicos existentes, e qual o grau de envolvimento estético e funcional. As condições ideais para a correta realização do exame clínico, como iluminação adequada, profilaxia previa das superfícies e secagem, são relatadas como ferramentas indispensáveis para o estabelecimento do diagnóstico<sup>1</sup>.

Clinicamente as hipoplasias de esmalte se manifestam como fossas, ranhuras, irregularidades, manchas brancas ou alterações de cor que variam do amarelo a marrom. Em sua forma menos acentuada mostra-se com ondas ou sulcos horizontais, de coloração normal nas superfícies vestibulares dos dentes, fazendo com que essas anormalidades que podem ser percebidas quando um exame clínico bastante minucioso for executado. Nos casos mais acentuado as estrias são mais profundas e proeminentes, causando alterações na coloração do esmalte, que varia de amarelo pardo até negro, sugerindo uma perturbação prolongada na função dos ameloblastos<sup>1,5</sup>.

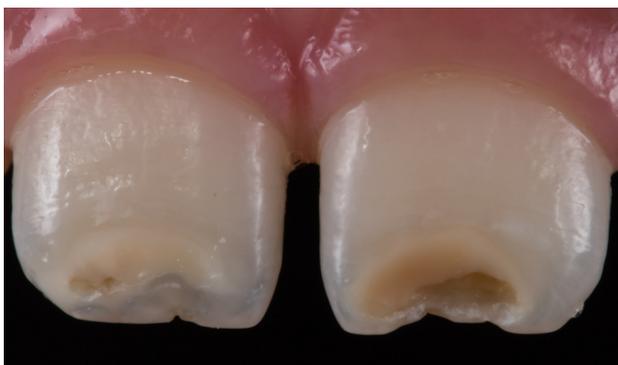
Existem poucas evidências para afirmar que dentes

hipoplasiados são mais suscetíveis a cárie do que dentes normais, porém lesões de cárie podem se desenvolver em defeitos de esmalte mais facilmente<sup>13</sup>, pois o esmalte menos mineralizado, mais poroso e de superfície irregular pode facilitar o acúmulo de biofilme, favorecendo assim a colonização destas áreas pelos *Streptococcus* do grupo Mutans, que junto com outros fatores bem conhecidos envolvidos na etiologia da doença cárie, geram o estabelecimento de uma lesão cariosa<sup>1,14,15</sup>. Assim, pode-se dizer que há uma maior incidência de cárie em dentes que apresentam hipoplasia de esmalte<sup>16,17</sup>.

Em pacientes odontopediátricos, o plano de tratamento deve ser realizado de modo que permita um bom prognóstico a médio e a longo prazo, não apenas em termos de estética, mas também considerando os aspectos biológicos<sup>18</sup>. Uma criança com um sorriso comprometido poderá apresentar distúrbios psicológicos e comportamentais. Dessa forma, o tratamento dos dentes afetados, restaurando a estética e a harmonia facial possui uma grande relevância nos restabelecimento da auto estima e auto confiança da criança<sup>17,18</sup>. Assim, o objetivo principal do tratamento das hipoplasias de esmalte, é restabelecer a plena repercussão anatômica e harmônica entre oclusão, função e estética, devolvendo ao paciente seu auto-estima e promovendo benefícios psicológicos e sociais<sup>14</sup>.

### 3. CASO CLÍNICO

Regimes Paciente do gênero feminino, 10 anos de idade procurou atendimento na clínica da Faculdade de Odontologia da Faculdade Ingá - Uningá, acompanhada de sua mãe, queixando-se de manchas nos incisivos centrais, que afetavam a estética do sorriso.



**Figura 1.** Lesões hipoplásicas nos incisivos centrais superiores (11 e 12).

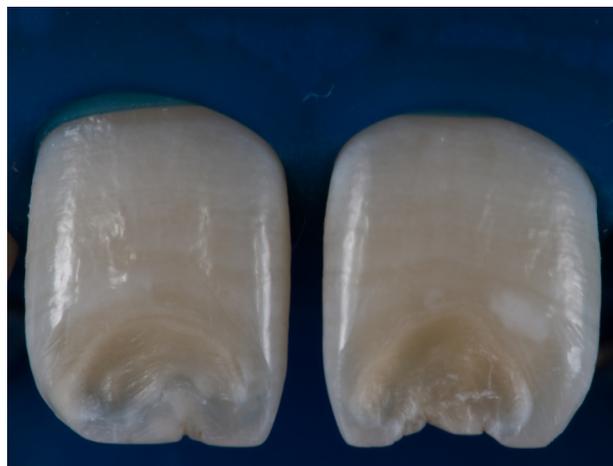
Na anamnese, a mãe relatou que os dentes acometidos já estavam manchados desde seu irrompimento, e se recordava da ocorrência de traumatismo quando a criança tinha 3 anos. Quanto à história médica atual, não relatava nenhuma alteração sistêmica, porém em relação a história pregressa relatou que sua mãe biológica fez uso

de drogas ilícita na gestação. Ao exame clínico, observou-se que os incisivos centrais superiores e inferiores apresentavam-se com manchas profundas na região de terço médio e incisal das superfícies vestibulares, de coloração amarelo-esbranquiçada. Foi realizado o exame de transluminação com aparelho a led da marca (Kondortech modelo Aigh- 7A, fabricado na China em 2013), em que foi possível observar as manchas bem delimitadas de 0,5mm a 0,7mm.



**Figura 2.** Seleção da cor da resina composta.

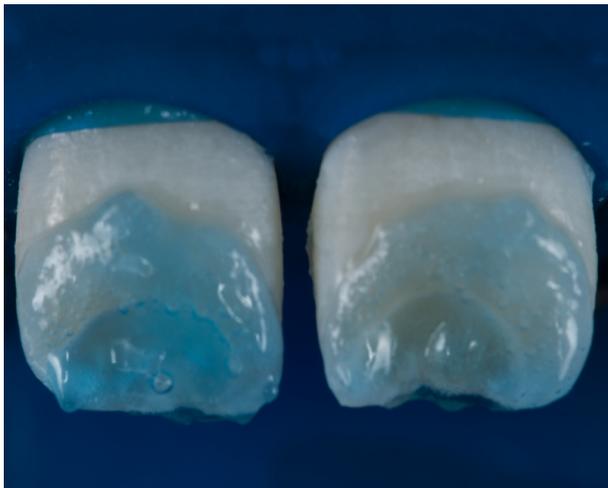
Para recuperar a estética os incisivos centrais superiores, estes foram restaurados com resina composta pela técnica direta, os demais optaram-se por preservá-los devido à idade da paciente, por não influenciar de forma demasiada a estética e por garantir a preservação do dente natural.



**Figura 3.** Remoção das lesões de hipoplasia de esmalte.

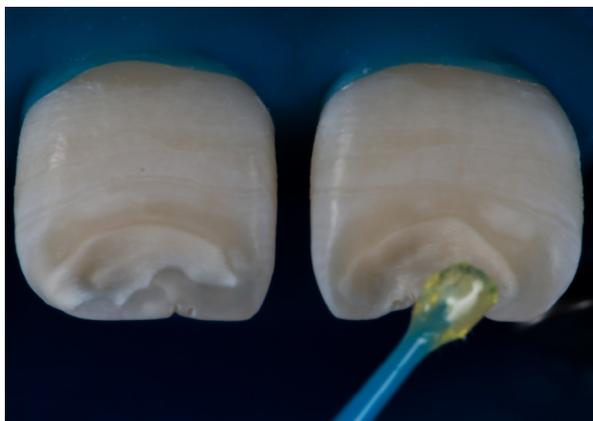
Foi feita anestesia infiltrativa da região anterior e isolamento absoluto, em seguida realizou-se a remoção das manchas com o uso da broca diamantada esférica (KG 1014 Sorensen, Brasil), com o mínimo desgaste dentário. Fez-se também a remoção da carie na face vestibular apenas do dente 21, sendo que esta estava inativa,

foi realizado bisel no ângulo cavo-superficial, com broca diamantada de granulação extrafina (KG 2135 FF).



**Figura 4.** Condicionamento dos tecidos dentários com ácido fosfórico a 37%

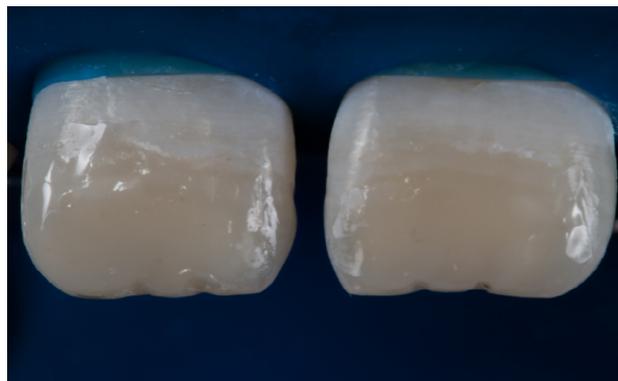
Foi então realizada a seleção de cor para a restauração, utilizando pequenos incrementos de resina composta, as quais foram posicionadas na face vestibular do dente, e assim foram fotopolimerizadas. As cores de resina escolhidas foram, para dentina A2 e para esmalte A1, da marca Empress Direct Filling Material. Após a escolha da cor, fez-se o a profilaxia dos dentes com pasta profilática, pedra pomes e escova de Robson. Em seguida o local foi limpo e então realizado o condicionamento ácido, 30s em esmalte e 15s em dentina, sendo que o ácido gel a 37%.



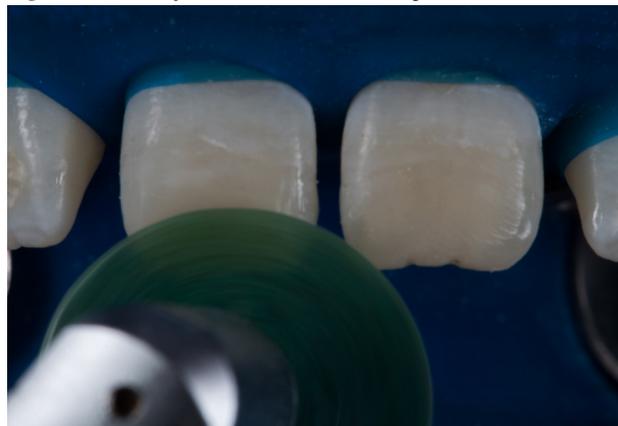
**Figura 5.** Aplicação do sistema adesivo

O sistema adesivo (Ambar FGM) foi aplicado duas vezes com microbrush e por fim fotopolimerizado por 40 segundos. A resina composta foi inserida por incrementos, e cada incremento foi fotopolimerizado por 20 segundos, sendo que o último foi fotoativado por 40 segundos. Após os incrementos de dentina, foi inserida a resina de esmalte, dando anatomia de sulcos e mamelos, devolvendo a forma original aos dentes. Ao final da res-

tauração, foi realizado o acabamento com disco de lixa com granulação leve, de marca TDV Disco de lixa.



**Figura 6.** Restaurações diretas com resina composta



**Figura 7:** Acabamento final com discos de lixa.



**Figura 8.** Caso finalizado.

#### 4. DISCUSSÃO

A hipoplasia do esmalte é hoje a sequela mais frequente (45,5%) advinda de traumatismos, principalmente, por ocorrer durante o período de desenvolvimento da coroa do dente sucessor<sup>18,19,20,21,22,23</sup>. Os traumatismos na dentição decídua têm prevalência de 4% a 30% sendo as

quedas a etiologia mais comum<sup>18,19,20</sup>. Os elementos mais atingidos por trauma são os incisivos centrais superiores, tanto decíduos quanto permanentes e a faixa etária mais acometida varia de 1 a 4 anos<sup>24</sup>. A prevalência das alterações de desenvolvimento dos dentes permanentes causadas por traumatismo nos antecessores varia de 12 a 69%<sup>19,22,24</sup>. Um fator importante na prevalência destas sequelas é a proximidade anatômica entre os dentes decíduos e os germes dos permanentes<sup>19,24</sup>. Sendo assim e diante do relato apresentado pela mãe da paciente sobre o traumatismo sofrido pela criança, acredita-se que as lesões hipoplásicas observadas nas pacientes são sequelas da queda ocorrida aos 3 anos de idade.

Diante do exposto, o caso clínico em questão apresenta o relato de lesões de hipoplasia de esmalte do tipo moderadas que acometeram o esmalte dentário dos incisivos centrais permanentes superiores e inferiores da paciente, e trouxeram prejuízo à estrutura dentária e conseqüentemente à estética e harmonia facial da paciente, gerando um desconforto à mesma. Diante da queixa e considerando os diversos tipos de tratamentos sugeridos na literatura para hipoplasia de esmalte, a idade da paciente e suas expectativas, optou-se pela realização de restaurações conservadoras com resina composta. Esta opção levou em consideração o fato de que na atualidade, a odontologia estética vem seguindo caminhos mais conservadores que procuram manter a estrutura dentária sadia e ao mesmo tempo devolver estética e conseqüentemente o bem-estar ao paciente, sendo assim, as queixas dos pacientes somadas às suas expectativas devem sempre ser respeitadas, uma vez que, o comprometimento do sorriso pode provocar alterações psicológicas e comportamentais na paciente. Diante disso, a técnica de restaurações diretas é considerada simples, eficiente, de baixo custo, com boa durabilidade, e que possibilita a realização de reparos e conservação do tecido sadio no restabelecimento da estética, função e na harmonia facial da paciente<sup>25</sup>. Dentre os procedimentos invasivos, a utilização de compósitos adesivos é considerada uma alternativa minimamente invasiva, uma vez que, requerem desgastes limitados apenas à área do elemento dentário alterado<sup>26</sup>.

Outro fator importante observado e analisado foram as características de coloração voltadas para o amarelo-amarronzada e a textura rugosa das lesões, detalhes estes que somado a idade da paciente, também foram imprescindíveis para a escolha do tratamento, uma vez que, as irregularidades presentes no esmalte dental, principalmente em pacientes jovens, muitas vezes descomprometidos com a higienização, podem favorecer a maior ação das placas bacterianas e conseqüentemente aumentar as chances de lesões de cárie. Isto corrobora com alguns autores que afirmam que, apensar de as lesões de cárie e de hipoplasia de esmalte não serem doenças relacionadas, as lesões de cárie que podem se desenvolver

em defeitos de esmalte, na maioria das vezes apresentam uma evolução mais acentuada<sup>17</sup>.

Atenção especial também foi dada à escolha do material restaurador utilizado, quando optou-se pela utilização de resina composta com conteúdo de partículas nanométricas, que possibilitam menor contração de polimerização e promove uma lisura superficial bastante satisfatória<sup>27</sup>. Assim, o tratamento restaurador possibilitou uma região mais lisa e menos susceptível ao acúmulo de placas e conseqüentemente menos propensa ao aparecimento de lesões de cárie.

Outra questão importante a ser levada em consideração é o fato de que o cirurgião dentista deve motivar os pacientes a manter uma boa higiene bucal durante e após o tratamento da hipoplasia do esmalte. Os pais ou responsável devem ser alertados sobre a importância das consultas periódicas de controle. Assim na consulta de retorno da paciente, observou-se que as restaurações encontravam-se satisfatórias e segundo relato da mãe a criança apresentou uma significativa melhora da autoestima, tendo notável reflexo no seu comportamento social.

Diante disso, acredita-se que tratamentos conservadores devem ser sempre a primeira opção. Assim, o sucesso do tratamento em questão foi possível, principalmente, devido ao diagnóstico preciso, a correta indicação e técnica do tratamento realizado e a utilização de materiais restauradores de qualidade, que possibilitaram a manutenção da estrutura dentária sadia e o restabelecimento estético e funcional dos dentes afetados, garantindo a satisfação da paciente.

## 5. CONCLUSÃO

A realização de restaurações diretas com resina composta, como alternativa de tratamento conservador para lesões de manchas hipoplásicas de esmalte, se mostrou eficiente no restabelecimento da estética e harmonia do sorriso, além de alcançar a satisfação pessoal da paciente. Além disso, o diagnóstico preciso, a correta indicação e técnica de tratamento culminaram para o sucesso do procedimento.

## REFERÊNCIAS

- [1] Passo I.A *et al.* Defeitos do esmalte: etiologia, características clínicas e diagnóstico diferencial. Ver. Inst. Ciência Saúde. 2007; 25(2):187-92.
- [2] Ferreira FV, Zeng J, Thomson WM, Peres MA, Demarco FF. Association between developmental defects of enamel and dental caries in schoolchildren. Journal of Dentistry. 2014; 42:540-46.
- [3] Santos CT, Picini C, Czulniak GD, Alves FBT. Anomalias do esmalte Dentário – Revisão de Literatura. Arch Health Invest. 2014; 3(4):74-81.
- [4] Bonato,V.V.B.Hipoplasia dental: Revisão de literatura Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade

- de Odontologia. Porto Alegre /RS, 10 de Dezembro de 2010.
- (De Liefde B, Herbison GP. Prevalence of developmental defects of enamel and dental supplementation. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1985; 13(3):164-7.
- (Brook A H, Smith JM. The aetiology of developmental defects of enamel: a prevalence and Family study in East London, UK.)
- Lunandelli SE, Peres MA. Prevalence and distribution of developmental enamel defects in the primary dentition of pre-school children. *Braz Oral Res.* 2005; 19(2):144-9.
- Hoffmann RHS, Sousa MLR, Cypriano S. Prevalência de Defeitos de Esmalte e sua Relação com Cárie Dentária na Dentição Decídua e Permanente, Indaiatuba, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23(2):435-44.
- [5] Bendo BC, scarpelli CA, Novaes- júnior BJ, Vale PPM, Paiva MS. hipoplasia de esmalte em incisivos permanentes: um acompanhamento de 6 meses, R.G.O. 2007; 55(1):107-12.
- [6] Pimlott JFL, Howley TP, Nikiforuk G, Fitzharding PM. Enamel Defects in Prematurely Born, Low Birth-Weight Infants. *Pediatric Dentistry.* 1985; 7(3).
- [7] Laskaris, G. Anomalias dentárias. Atlas colorido de doenças bucais da infância e adolescência. Trad de Elizabete Moraes. Porto Alegre/São Paulo: Artes médicas/Santos. 2000; 2-35
- [8] Campos V, Cruz R, Mello HSA. Diagnostico e Tratamento das nomalias da Odontogenese. São Paulo: Santos. 2004; 83p.
- [9] Oliveira FV, Silva MFA, Nogueira RD, Geraldo-Martins VR. Hipoplasia de Esmalte em Pacientes Hebiátrico: Relato de Caso Clínico. *Rev Odontol Bras Central.* 2015; 24(68).
- [10] Chagas MS, Jacomo DRES. Campos UR. Frequency of enamel hypoplasia on anterior permanent teeth after injury in their antecessors. *Arquivo Bras. de odontologia.* 2007.
- [11] Neville BW, *et al.* Anomalia dos dentes. In :patologia oral e maxilofacial. Rio de janeiro: Guanabara Koogan. 1998; 2:43-92.
- [12] Costa CAS, Hebling J, Montano TCP. Hipoplasia de esmalte: Revisão de literatura. *Odont Clin.* 1997; 7:39-2.
- [13] De Liefde BI, Ierbison GP, prevalence of developmental defects of enamel aand dental caries in New Zealand children receiving differing fluoride supplementation. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1985; 13(3):164-7.
- [14] Ribas AO, Czylusniak GD. Anomalias do esmalte dental: etiologia , diagnostico e tratamento. *Publ UEPG Ci Biol Saúde.* 2004. 10(1):23-35
- [15] Cruvinel VRN. Prevalencia de defeitos do esmalte e carie dentaria nas dentições decídua e permanente em crianças de nascimento prematuro e a termo. Tese de doutorado. Brasília UNB. 2009.
- [16] Braga LCC, *et al.* Hipoplasia de esmalte localizada: dente de Turner. *Rev. RGO.* 2007; 53(4):329-34.
- [17] Mcdonald RE. Alterações no Desenvolvimento dos Dentes e Maxilares. In *Odontopediatria.* 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997; 4:40-63.
- [18] Alexandre GC, Campos V, Oliveira BH. Luxação intrusiva de dentes decíduos. *Rev Assoc Paul Cir Dent,* 2000; 54:215-19.
- [19] Andreasen JO, Andreasen FM, Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the teet. 3th. Ed. Copenhagen: Mosby. 1994;771.
- [20] McDonald RE, Avery DR. *Odontopediatria.* 7 ed. Trad. De Roberval de Almeida Cruz. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. 601p.
- [21] Bem Bassat Y, Brin I, Fuks A, Zilberman Y. Yffect of trauma to the primary incisors on permanent successors in differen developmental stages. *Pediatr Dent* 1985; 7:37-40.
- [22] Chaves CD. alterações da odontogênese decorrentes de traumatismos em dentes decíduos anteriores. Relato de oito casos clínicos; (Monografia- Especialização em odontopediatria). Rio de janeiro: Faculdade de odontologia da UERJ. 1997; 59p.
- [23] Nolla CM. The developmental of the permanent teeth. *J Dent Child* 1960; 27:254-66.
- [24] Andreasen JO, Ravn JJ. The Effect of traumatic injuries to primary teeth on their permanent successors. II. A Clinical and radiographic follow-up study of 213 teeth. *Scand J Dent Res* 1971; 79:384-94.
- [25] Villarroel M, Fahl N, De Sousa AM, De Oliveira OB Jr. Direct esthetic restorations based on translucency and opacityof composite resins. *J Esthet Restor Dent.* 2001; 23 (2):73-87.
- [26] Willian V, Messer LB, Burrow MF. Molar incisor hypomineralization: review and recommendations for clinical management *Pediatric Dent.* 2006; 28 (3):224-32.
- [27] Ferraz da Silva, JM, Maranha da Rocha, D., Kimpara ET, Uemura ES, Resinas compostas: estágio atual e perspectivas. *Revista Odonto* 2008; 16(32):98-104.



# CLAREAMENTO INTERNO EM DENTES DESVITALIZADOS COM A TÉCNICA WALKING BLEACH - RELATO DE CASO

## INTERNAL BLEACHING IN DEVITALIZED TEETH WITH WALKING BLEACH TECHNIQUE – CASE REPORT

MAISA TEIXEIRA LEIBANTE DE LUCENA<sup>1</sup>, MATHEUS MANTOVANI<sup>2</sup>, CAMILA FRACALLOSSI<sup>3\*</sup>, GLEIZIELLI REGINA DA SILVA<sup>4</sup>

1. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Faculdade Ingá; 2. Professor Assistente na Área de Prótese na Faculdade Ingá – UNINGÁ; 3. Professora Assistente na Área de Dentística Restauradora na Faculdade Ingá; 4. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Faculdade Ingá.

\* Faculdade Ingá - Rodovia PR 317, 6114, Maringá, Paraná, Brasil, CEP: 87035-510, [cahfracallossi@gmail.com](mailto:cahfracallossi@gmail.com)

Recebido em 01/06/2015; Aceito para publicação em 08/09/2015

### RESUMO

O escurecimento dental, principalmente em dentes anteriores é rapidamente percebido, e gera um desconforto muito grande, comprometendo o bem-estar e a autoestima. O clareamento é a tentativa mais conservadora de restabelecer a cor normal dos dentes. Esse artigo tem como objetivo apresentar um relato de caso sobre clareamento interno com a técnica walking bleach. Paciente apresentou-se com escurecimento no dente 21, no qual realizou o clareamento interno em três sessões, utilizando como agente clareador perborato de sódio com peróxido de hidrogênio a 20%, associado com uma sessão de clareamento externo com peróxido de hidrogênio a 38%. Os resultados clínicos permitiram observar a eficácia da técnica de walking bleach, principalmente pelo tratamento extremamente conservador e de baixo custo, que proporcionou rápida devolução da estética e satisfação ao paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Walking bleach, dente desvitalizado, perborato de sódio.

### ABSTRACT

The dental darkening, especially in anterior teeth is quickly noticed, and it generates a very great discomfort, affecting the well-being and the self-esteem. The dental bleaching is the most conservative attempt to restore the normal color of the teeth. This article aims to present a case report of an internal whitening with the Walking Bleach technique. The patient presented with darkened 21 tooth, in which were conducted the internal bleaching in three sessions, using as bleaching agent sodium perborate with 20% hydrogen peroxide associated with one session of external whitening with hydrogen peroxide 38%. The clinical results presented the effectiveness of the Walking Bleach technique, especially the

extremely conservative management and its low cost, which provided rapid return of aesthetics and patient satisfaction.

**KEYWORDS:** Walking bleach, devitalized tooth, sodium perborate.

### 1. INTRODUÇÃO

Com base no padrão de normalidade, os dentes podem apresentar alterações cromáticas que podem se originar de diversas causas, classificando-as em causas locais e causas gerais. Além disso, as alterações de cor da coroa dentária podem variar quanto à etiologia, a aparência, a gravidade e a localização<sup>1</sup>. Nesse contexto, a polpa cumpre um papel importante na manutenção da cor do dente e a perda da sua vitalidade pode afetar em diferentes graus a coloração e brilho da estrutura dental, deixando-a normalmente com um tom escuro, com matrizes que podem variar entre cinza, esverdeado, pardo ou azulado<sup>2</sup>.

O escurecimento dental, principalmente em dentes anteriores é rapidamente percebido e gera um desconforto ao paciente, prejudicando a harmonia do sorriso e consequentemente o bem-estar e a autoestima<sup>2</sup>.

Frente a um dente tratado endodonticamente que apresenta qualquer tipo de descoloração dental, o profissional pode lançar mão de algumas opções de tratamento como o clareamento dental, a recuperação da estética através de manobras restauradoras ou protéticas ou ainda associar as técnicas clareadoras com as restauradoras<sup>3,4</sup>. O clareamento dental é a opção mais conservadora de restabelecer a cor normal dos dentes<sup>5</sup> e por ser considerada uma terapia odontológica simples e de resultados previsíveis, têm sido a primeira alternativa na busca de

um perfil estético satisfatório<sup>5</sup>. Sabe-se, portanto, que também há efeitos deletérios para os dentes e as estruturas de suporte, sendo a reabsorção cervical externa a mais grave descrita na literatura. Diferentes técnicas e materiais têm sido testados para evitar essa reabsorção<sup>17</sup>. Autores<sup>6</sup> recomendam o uso de material de clareamento em nível de epitélio juncional e a colocação de uma base protetora cervical.

Esse artigo tem como objetivo mostrar um relato de caso onde foi feito o clareamento interno com a técnica walking bleach usando como agente o perborato de sódio com peróxido de hidrogênio a 20%.

## 2. DESENVOLVIMENTO

### Etiologia das alterações dentais

As mancha e alterações dos dentes despolpados de interesse endodôntico podem ser causados pelos seguintes fatores: materiais restauradores, hemorragia intracoronária; decomposição de detritos intrapulpare; medicamentos de uso intracanal e materiais obturados<sup>7,8</sup>. Estes resíduos podem penetrar através dos túbulos dentinários, resultando num quadro de descoloração dental.

Quando esses pigmentos formam uma molécula capaz de refletir luz em comprimento de onda visível pelo olho humano e cuja intensidade é superior à luz refletida pela estrutura dental, predomina então a cor do pigmento e observa-se o dente escurecido<sup>9,10,11</sup>.

Os dentes podem ter alterações de cor congênicas, como amelogenese imperfeita, dentinogenese imperfeita, hipoplasia do esmalte e porfirismo congênito, assim como alterações adquiridas, entre elas podem citar hipocalcificação do esmalte, fluorose dental, assim como o uso de medicamentos como tetraciclina e outras alterações de ordem sistêmica<sup>2,12</sup>.

### Técnicas de clareamento dental e agentes clareadores

As técnicas mais amplamente utilizadas no clareamento de dentes despolpados são denominadas termocatalítica ou técnica imediata e walking bleach ou técnica mediata. Há quem faça uma associação dessas duas técnicas, que é denominada técnica mista<sup>2</sup>. A maior diferença das duas técnicas é o método de liberação do oxigênio ativo dos compostos químicos clareadores<sup>4</sup>.

Na técnica termocatalítica o calor é usado para liberar oxigênio ativo do agente clareador<sup>4</sup>. O calor catalisa os produtos de decomposição dos agentes clareadores em radicais livres oxidantes instáveis, bem como impulsiona os agentes clareadores através de processos de expansão e difusão por entre os túbulos dentinários<sup>5</sup>. Esta técnica é totalmente realizada no consultório, onde o profissional coloca uma bolinha de algodão embebida em peróxido de hidrogênio a 30% no interior da câmara

pulpar e utiliza uma fonte de calor como catalizador para acelerar a liberação de oxigênio<sup>13</sup>. Essa fonte de calor pode vir de instrumentos elétricos, lâmpadas de alta potência ou de um instrumento metálico aquecido ao rubro. O calor não deve tocar o dente, apenas a bolinha de algodão. O procedimento deve ser repetido até a obtenção da coloração desejada.

A técnica de walking bleach, proposta inicialmente por SPASSER<sup>14</sup>, e em 1957 Nutting e Poe modificou o uso da água destilada por peróxido de hidrogênio 30%, utiliza como agente clareador o perborato de sódio. Uma pasta espessa de perborato de sódio e peróxido de hidrogênio é inserida na cavidade pulpar<sup>13</sup>, o dente é posteriormente selado e o agente clareador é mantido na cavidade por um período de sete dias. O processo deve ser repetido até que seja obtido o resultado desejado, com um máximo de 4 sessões. É hoje considerada a técnica que traz o menor risco de induzir reabsorção cervical externa<sup>2</sup>.

Compararam as três técnicas de clareamento para dentes despolpados: termocatalítica, walking bleach e a combinação de ambas. Todas demonstraram ser efetivas, mas a walking bleach apresentou como vantagem um menor tempo clínico, além de oferecer menores riscos de reações adversas nos tecidos perirradiculares.<sup>4</sup>

Em 1997, a técnica de clareamento inside/ outside foi originalmente descrita na literatura americana por Settembrini *et al.* 1997<sup>15</sup> e a modificação dessa técnica foi descrita por Liebenberg 1997<sup>16</sup>. A técnica basicamente consiste na aplicação do peróxido de carbamida a 10% tanto na parte externa quanto na interna do dente de uma maneira simultânea, ou seja, a câmara pulpar não é vedada. Nessa técnica, utiliza-se uma moldeira que deve ser projetada de modo que haja um reservatório por palatino e vestibular para o dente em questão. O agente clareador é aplicado no interior da cavidade e por vestibular, sendo mantido em posição com o auxílio da moldeira. A grande vantagem desses tratamentos é o curto período de tempo necessário para obtenção do efeito clareador e diminuição do risco de reabsorção cervical externa, devido à menor concentração do agente clareador e também porque não há necessidade da utilização de calor, o tempo de tratamento é menor e o oxigênio é completamente eliminado antes da confecção da restauração definitiva. Contudo, a manutenção da câmara pulpar aberta pode comprometer o selamento biológico promovido inicialmente pelo tratamento endodôntico e pelo tampão cervical, além de dificultar a higienização da cavidade pelo paciente<sup>16,5,17</sup>.

Para executar as técnicas de clareamento com total segurança, o canal radicular deve estar hermeticamente obturado, a coroa dental deve estar relativamente intacta; deve se remover toda e qualquer dentina escurecida/amolecida; substituir restaurações, quando estas são responsáveis pelo escurecimento da coroa<sup>3</sup>. A presença

de fraturas, fendas, hipoplasias e outras alterações da estrutura do esmalte podem também dificultar ou até contraindicar o clareamento interno<sup>3</sup>. Para a realização do clareamento, independentemente da técnica escolhida, ao acessar a câmara pulpar, é imprescindível a confecção de um tampão cervical. Para isso, é necessário desobstruir cerca de 2 a 3mm do material endodôntico, a partir da junção amelocementária, e confeccionar um selamento na entrada do canal radicular (uma camada de 1 a 2mm de material selador). Os materiais seladores indicados para esse procedimento podem ser o cimento de fosfato de zinco, o cimento de óxido de zinco e eugenol, o cimento de ionômero de vidro, material híbrido de ionômero de vidro ou ainda a resina composta<sup>18,19,7</sup>. Uma fina camada de cimento de hidróxido de cálcio ou hidróxido de cálcio pró-análise (P.A.) pode ser utilizada diretamente sobre a obturação radicular e antes do tampão cervical, na tentativa de promover uma alcalinização do meio e, conseqüentemente, reduzir o risco de reabsorção radicular externa a aplicação de uma fonte de calor, para acelerar a reação química do clareamento dental (técnica termocatalítica), tem sido questionada pelo fato de se constituir em um fator de risco para o desenvolvimento de reabsorção radicular externa<sup>6,1</sup> principalmente quando existe histórico de trauma no dente a ser<sup>6</sup>, ou de defeitos no cimento radicular<sup>20</sup>.

Após o término do processo clareador, uma bolinha de algodão deve ser temporariamente inserida no interior da câmara pulpar, por um período mínimo de uma semana, para permitir a completa eliminação do agente clareador e seus produtos de decomposição – principalmente o oxigênio residual – da câmara pulpar, para que não haja interferência no processo de polimerização dos materiais resinosos<sup>21</sup>. Alguns autores recomendam que após o término da aplicação do agente clareador, a câmara pulpar seja totalmente preenchida com uma pasta de hidróxido de cálcio e água, sendo mantida na câmara pulpar por 7 dias<sup>22</sup>. Este procedimento visa reverter o pH da região cervical para a normalidade, reduzindo o risco de uma reabsorção externa no futuro. Principalmente depois de utilizar peróxido de hidrogênio<sup>5</sup>. Alguns fabricantes recomendam adicionar uma aplicação de calor ou de luz. A aplicação de calor no interior da cavidade pulpar deve ser considerado fator negativo (devido à reabsorção). O uso de um laser de diodo não melhorou o resultado do clareamento, comparado a aplicação de luz com lâmpada halógena<sup>23</sup>. No entanto, a utilização da lâmpada de halogeneo também produziu um aumento da temperatura no canal da raiz, e o efeito do clareamento não foi melhor do que com a técnica walking bleach<sup>24</sup>.

Substâncias e produtos comerciais para as técnicas de clareamento dental vêm sendo utilizados desde meados de 1800. Tais substâncias baseavam-se na aplicação de produtos a base de cloreto de lima, cloreto de soda, cloreto de alumínio, ácido oxálico, pironoze (éter-peróxido),

dióxido de hidrogênio, peróxido de sódio, ácido sulfuroso, hipofosfato de sódio e cianeto de potássio, agindo como agentes oxidantes na porção orgânica do dente<sup>25,26</sup>.

Em 1918, as técnicas de clareamento incluíram o uso de peróxido de hidrogênio com instrumento aquecido<sup>27</sup>. Salvas em 1938<sup>28</sup> foi o primeiro a utilizar o perborato de sódio associado à água destilada alcançando melhores resultados em dentes desvitalizados.

Em 1989 Haywood & Heymann<sup>29</sup> descreveram a técnica de clareamento dental caseiro em que se utiliza o peróxido de carbamida.

Atualmente, produtos a base de peróxido de hidrogênio e de carbamida tem sido utilizados para as técnicas de clareamentos de dentes vitais. Para dentes desvitalizados, o peróxido de hidrogênio, perborato de sódio e peróxido de carbamida, tem sido opções seguras<sup>30,31,19,32,7</sup>.

Os agentes clareadores usados normalmente atuam por reações de oxidação. Por serem fortes agentes oxidantes estas substâncias reagem com as macromoléculas responsáveis pelos pigmentos, e por um processo de oxidação, os materiais orgânicos são convertidos em compostos com menos peso molecular, e eventualmente em dióxido de carbono e água, removendo os pigmentos da estrutura dentária por difusão, resultando em um efeito clareador.

O peróxido de hidrogênio, mais comumente utilizado, na concentração de 30% por volume e 100% por peso, também conhecida por Superoxol, é ainda hoje a substância mais efetiva para o clareamento de dentes. Também utilizada em outras concentrações, é uma solução muito cáustica e deve ser manipulada com muita cautela, protegendo os tecidos adjacentes<sup>2,33</sup>.

No mecanismo de ação do perborato de sódio, sua substância pode ser encontrada na forma de um pó branco ou em pastilhas. Quando seca é estável, porém em solução aquosa se decompõe em metaborato de sódio, oxigênio e peróxido de hidrogênio em uma concentração entre 10% e 16%. Em diferentes técnicas pode ser associada à água destilada, água oxigenada e ao peróxido de hidrogênio<sup>34,14,2,33</sup>. Já no mecanismo de ação do peróxido de carbamida a que varia entre 10% a 37% está baseado na dissociação em aproximadamente 25% de ureia e 10% e peróxido de hidrogênio. O principal benefício da utilização desse material está na baixa concentração de peróxido de hidrogênio liberada, bem como na presença de ureia<sup>25,5</sup>. A ureia é um composto que regula o pH intracoronário durante o processo clareador. Quando possui carbopol este faz com que a liberação de oxigênio seja retardada, atuando com menor intensidade, porém por um maior período de tempo.

O baixo pH intracoronário associado à difusão de peróxido de hidrogênio entre os túbulos dentinários em direção as fibras do ligamento periodontal, pode dar início a

uma reação inflamatória podendo resultar um quadro de reabsorção radicular externa<sup>34,35,20</sup>.

### 3. RELATO DE CASO

Paciente jovem D.W.S., sexo masculino, chegou a Clínica Odontológica da UNINGA, insatisfeito com seu sorriso, devido ao escurecimento do dente 21. Após anamnese e exame físico detalhado observou uma grande alteração de cor do incisivo central superior esquerdo, devido ao tratamento endodôntico feito há dois anos. Radiograficamente o dente não apresentava nenhuma lesão periapical. Para a resolução deste caso, foi esclarecido as possíveis dúvidas e os objetivos a serem alcançados, mostrando também as limitações. Foi discutido as técnicas a serem realizadas e os materiais a serem usados.



Figura 1. Registro inicial da cor.

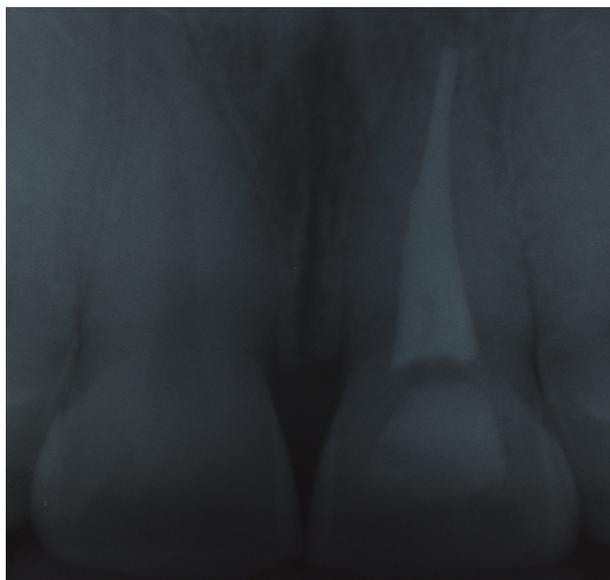


Figura 2. Aspecto Radiográfico.

Após a fase de adequação do meio bucal, por meio de orientações de higiene, foi realizado, primeiramente, o registro fotográfico e a tomada de cor (Figura 1 e 2), e em seguida mediu-se a altura da coroa (figura 3) para a realização da abertura coronária (Figura 4). Foi confeccionado o tampão cervical com cimento de ionômero de vidro para evitar uma possível reabsorção cervical ex-

terna, sem prejudicar o contato do material clareador com a dentina pigmentada. Por fim, aplicou-se o agente clareador, pela técnica walking bleach, utilizando perborato de sódio associado ao peróxido de hidrogênio 20%, que foi protegido com material restaurador provisório.

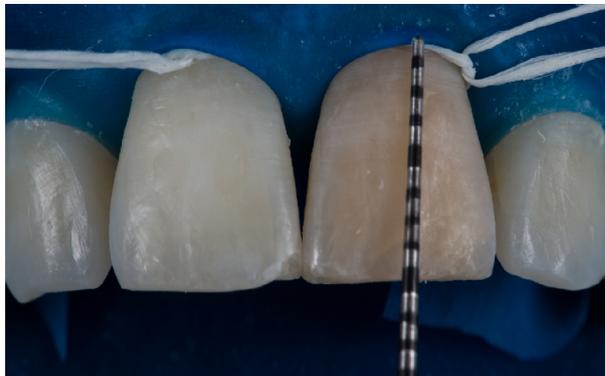


Figura 3. Altura coronária.

Uma semana depois foi realizada nova tomada de cor (Figura 5) e a substituição do gel clareador. Na terceira sessão foi removido o selamento feito com material provisório, troca do gel da cavidade e aplicação da técnica de clareamento externo, com peróxido de hidrogênio a 38% (Figura 6 e 7).



Figura 4. Abertura coronária



Figura 5. Tomada de cor após clareamento interno.



**Figura 6.** Clareamento externo com peróxido de hidrogênio a 8%.



**Figura 8.** Resultado final.

Somente na quarta sessão, o agente clareador foi totalmente removido da cavidade e com o intuito de neutralizar a ação do ácido utilizado para o clareamento interno, colocou-se hidróxido de cálcio (PA), que foi protegido com material provisório. Devido à interferência do agente clareador na adesão dos materiais restauradores a restauração definitiva com resina composta na palatina do dente tratado foi realizada após sete dias da remoção do gel clareador (Figura 8).

#### 4. DISCUSSÃO

A alteração de cor dos dentes é um dos principais motivos de insatisfação com a estética e a harmonia do sorriso, levando à busca por um tratamento que restabeleça as características naturais. A escolha de um tratamento conservador, baseado nas técnicas de clareamento interno, utilizando perborato de sódio associado ao peróxido de hidrogênio 20%, associado ao clareamento externo com peróxido de hidrogênio a 38%, para a resolução do caso clínico apresentado, foi considerada satisfatória, uma vez que, recuperou-se a estética do sorriso sem danos à estrutura dentária do paciente.

É de suma importância que o profissional saiba diagnosticar adequadamente essas alterações de cor para indicar o melhor procedimento a ser utilizado ou até mesmo a associação de uma ou mais técnicas. Os resul-

tados satisfatórios encontrados neste relato estão de acordo com os estudos de Edhardt *et al.*<sup>5</sup>, que avaliaram a efetividade da técnica walking bleach utilizando uma pasta confeccionada com perborato de sódio e água ou uma pasta de perborato de sódio e peróxido de hidrogênio e observaram um efeito clareador maior e mais rápido na combinação de perborato com peróxido de hidrogênio. Investigaram a eficácia de diferentes agentes clareadores internos na permeabilidade dentinária de dentes anteriores não vitais, e observaram que a maior permeabilidade dentinária foi conseguida com o peróxido de carbamida a 37%, seguida pela pasta de perborato de sódio associada ao peróxido de hidrogênio a 20%.<sup>17,36</sup>

Outro fator importante a ser discutido é a opção pela utilização do hidróxido de cálcio como agente forrador, que teve como objetivo a prevenção da reabsorção cervical externa, uma vez que, a pasta de hidróxido de cálcio consegue neutralizar a acidez gerada pelo agente clareador. O seu uso por 7 dias tem a finalidade de garantir a permeabilidade da pasta nos tecidos dentais e consequentemente neutralizar o efeito dos agentes clareadores em toda a câmara pulpar e também ao nível cervical com eficiência<sup>17</sup>. A etiologia da reabsorção interna não é clara, porém alguns autores sugerem que a difusão peróxido de hidrogênio pelos túbulos dentinários até o ligamento periodontal quando o agente clareador aumenta as chances de reabsorção<sup>37</sup>, por isso a necessidade de um bom vedamento cervical e a importância da utilização do agente alcalinizante.

Além dos cuidados com a técnica do clareamento, o vedamento da abertura palatina é imprescindível para o bom selamento do canal e assim evitar infiltrações que podem prejudicar a estética, novamente. Neste relato optou-se pelo vedamento com resina composta após 7 dias da remoção do agente clareador com o intuito de evitar qualquer interferência do produto sobre a resina composta que pudesse prejudicar o selamento do canal. Alguns autores<sup>21,38</sup> apontaram que a presença de peróxido residual e oxigênio ativo, liberados pelos agentes clareadores, podem inibir a polimerização de resina. Outros pesquisadores mostraram que peróxido de hidrogênio a 30% pode afetar os componentes orgânicos e inorgânicos da dentina, causando desnaturação de proteínas<sup>20</sup>, o que poderia reduzir o desempenho das restaurações de resina composta<sup>40</sup>. Dessa forma, recomendam-se um tempo de espera de 7 a 10 dias para a realização da restauração, período este em que existe uma recuperação do potencial de adesão entre o substrato dental e substâncias adesivas<sup>41</sup> como realizadas neste artigo.

Diante disso, acredita-se que tratamentos conservadores devem ser sempre a primeira opção. Assim, o sucesso do tratamento em questão foi possível, principalmente, devido ao diagnóstico preciso, a correta indicação e técnica do tratamento realizado, que possibilitaram

a manutenção da estrutura dentária sadia e o restabelecimento estético dos dentes afetados, garantindo a satisfação da paciente. Novos estudos são necessários para garantir a eficácia do tratamento a longo prazo. Além disso, se faz necessário o acompanhamento clínico e radiográfico do dente clareado para verificar a segurança dos métodos e dos produtos utilizados.

## 5. CONCLUSÃO

Os resultados clínicos permitiram observar a eficácia da técnica de walking bleach, principalmente pelo tratamento extremamente conservador e de baixo custo, que proporcionou rápida devolução da estética e satisfação ao paciente.

## REFERÊNCIAS

- [1] Dahl JE, Pallesen U, Tooth bleaching—a critical review of the biological aspects. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003;14(4):292-304.
- [2] Netto PCP. Clareamento de dentes desvitalizados: relato de caso clínico [tese] Londrina: universidade estadual de londrina, 2013.
- [3] De Deus QD, Clareamento de dentes com alteração de cor, *Endodontia Rio de Janeiro Medici*, 1992;5:383.
- [4] Freccia WF, Peters DD, Lorton L, & Bernier WE, An in vitro compansion of non-vital bleaching technique in the discolored tooth, *J.Endodon* 1982; 8(2):70-7.
- [5] Erhardt MCG, Shinohara MS, Pimenta LA, Clareamento Dental interno, *RGO* 2003; 51(1):23-9.
- [6] Friedman S, Rotstein I, Libfeld H, Stabholz A, & Heling I. Incidence of external root resorption and esthetic results in 58 bleached pulpless teeth. *Endod. Dent. Traumatol.* 1988; 4(1):23-6
- [7] Martins JD, Bastos LC, Gaglianone LA, Azevedo JFGD,Bezerra RB, Morais, PMR , Diferentes alternativas de clareamento para dentes escurecidos tratados endodonticamente, *Ci. méd. biol.*, 2009; 8(2):213-8.
- [8] Goldstein RE, Estetica em odontologia (esthetics in dentistry), Guanabara Koogan 1980:479
- [9] Campagnoli KR, Junior NS, Clareamento de dentes desvitalizados: técnica LED com peróxido de hidrogênio, *Rev. Clín. Pesq. Odontol* 2008; 4(2):107-112.
- [10] Matuda FS, Miranda CB, Pagani C, Benetti AR, Valera MC. Clareamento intracoronário utilizando perborato de sódio ou peróxido de hidrogênio fotoativado: relato de casos clínicos. *Rev. Paul. Odontol.* 2005;27(1):31-35.
- [11] Montenegro CCG, Machado CT. Clareamento via peróxido de hidrogênio associado à confecção de uma faceta em resina composta. *J Biol Chem.* 1997;1(4):9-13.
- [12] Menezes MM, Firoozmand LM, and Huhtala MFR, Avaliação do desgaste superficial do esmalte escovado com dentifrícios e submetido à ação de agentes branqueadores, *Cienc Odontol Bras* 2003; 6(1):44-50
- [13] Sossai N, Verdinelli EL, e Bassegio W, Clareamento dental, *Revista Saúde e Pesquisa* 2011; 4(3):425-36.
- [14] Spasser, H. F. A Simple Bleaching Tecnique using Sodium Perborate. *NY State Dent J* 1961; 27(6):332-4.
- [15] Settembrini L, Gultz J, Kaim J, Scherer W. A technique for bleaching nonvital teeth: inside/outside bleaching. *J Am Dent Assoc* 1997; 128(9):1283-4.
- [16] Liebenberg WH, Intercoronal lightening of discoloured pulpless teeth e modified walking bleach technique, *Quintessence Int.* 1997; 28(12):771-7.
- [17] Boaventura JMC, Roberto AR, Lima JPM, Padovani GC, Brisighello LC, Andrade MF. Clareamento para dentes despolpados: revisão de literatura e considerações. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo* 2012; 24(2):114-22.
- [18] Loguercio, A. D., Souza, D., Floor, A. S., Mesko, M., Barbosa, A. N., & Busato, A. L. S.Avaliação clínica de reabsorção radicular externa em dentes desvitalizados submetidos ao clareamento. *Pesq. Odontol. Bras.* 2002; 16(20):131-5.
- [19] Attin T, Paque F, Ajam F, & Lennon AM. Review of the current status of tooth whitening with the walking bleach technique. *Int. Endod. J.* 2003; 36(5):313-29.
- [20] Rotstein I.; Torek Y.; Lewinstein I. Effect of cementum defects on radicular penetration of 30% H2 O2 during intracoronar bleaching. *J. Endod. Baltimore* 1991; 17(5):230- 3.
- [21] Titley KC, Torneck CD, Ruse ND & Krmec D, Adhesion of a resin composite to bleached and unbleached human enamel, *J Endodon* 1993; 19(3):112-5.
- [22] Kehoe JC, Ph reversal following in vitro bleaching of pulpless teeth, *J endodon* 1987; 13(1):6-9.
- [23] Gontijo IT, Navarro RS, Ciamponi AL, Miyakawa W, Zezell DM. [Color and surface temperature variation during bleaching in human devitalized primary teeth: an in vitro study.](#) *J Dent Child (Chic).* 2008; 75(3):229-34.
- [24] Carrasco J, Illas F, Bromley ST. [Ultralow-density nano-cage-based metal-oxide polymorphs.](#) *Phys Rev Lett.* 2007 Dec 7; 99(23):235502
- [25] Haywood VB, History, safety and effectiveness of current bleaching technique and applications of the night-guard vital bleaching technique, *Quintessence Int.* 1992; 23(7):471-88.
- [26] Faria BT, Hofling RTB, Carvalho AS, Bussadori SK, Bassanta AD, Clareamento Dental Caseiro e Clareamento Dental interno – uma associação para a recuperação o sorriso, *RGO* 2003 out;51(4):289-292.
- [27] Abbot CH. Bleaching Discolored Teeth by means of 30% Perydrol and the Eletric Light Rays. *J Allied Dent Soc* 1918; 13:259.
- [28] Salvas, J. C. Perborate as a Bleaching Agent. *J Am Dent Assoc* 1938; 25(2):324.
- [29] Haywood VB, Heymann HO, Nightguard vital bleaching, *Quintessence Int* 1989 mar;20(3):173-6
- [30] Waterhouse PJ; Nunn JH. Intracoronar bleaching of non-vital teeth in children and adolescents: interim results. *Quintessence Int.* 1996; 27(7):447-52.
- [31] Chng HK.; Palamara JEA; Messer HH. Effect of hydrogen peroxide and sodium perborate on biomechanical properties of human dentin. *J. Endod.* 2002; 28(2):62-7.
- [32] Conceição EM, et al, *Dentistica – saúde e estética*, editora ArtMe 2000:253.
- [33] Zimmerli B, Jeger F and Lussi A, Bleaching of Nonvital Teeth Harrington GW, Natkin E, External root resorption associated with bleaching pulpless teeth, *J Endodon* 1979 nov; 5(11):344-8.
- [34] Heller D, Skriber J, Lin LM, Effect of intracoronar bleaching on external cervical root resorption, *J Endodon* 1992 abr; 18(4):145-8.

- [35] Carrasco LD, Froner IC, Corona SA, Pecora JD. Effect of internal bleaching agents on dentinal permeability of non-vital teeth: quantitative assessment. *Dent Traumatol* 2003 Apr;19(2):85-9.
- [36] Smith JJ, Cunningham CJ, Montgomery S. Cervical Canal leakage after internal bleaching. *J. Endod* 1992, Oct; 18(10):476-81.
- [37] Torneck CD, Titley KC, Smith DO, Adibfar A. Effect of water leaching the adhesion of composite resin to bleached and unbleached bovine enamel. *J Endod* 1991Apr; 17(4):156-60.
- [38] Rotstein I, Lehr Z, Gedalia I. Effect of bleaching agents on inorganic components of human dentin and cementum. *J Endod* 1992 Jun; 18(6):290-3.
- [39] Shinohara MS, Rodrigues JA, Pimenta LA. In vitro microleakage of composite restorations after nonvital bleaching. *Quintessence Int* 2001 May; 32(5):413-7.
- [40] Andrade M, Huck C, Flores V. Clareamento dental: o clareamento à luz da ciência. In: Leonardo M. *Endodontia: tratamento de canais radiculares, princípios técnicos e biológicos*. São Paulo: Artes Médias; 2005:345-92.



# EXODONTIA SIMULTÂNEA DE TERCEIROS E QUARTOS MOLARES INFERIORES E SUPERIORES: RELATO DE CASO CLÍNICO

## DENTAL EXTRACTION SIMULTANEOUS OF THIRD AND FOURTH MOLARS: CASE REPORT

LETÍCIA NADAL<sup>1</sup>, ANA FLÁVIA PILATTI<sup>2</sup>, FERNANDA MARIA SOPELSA SCHWADE<sup>3</sup>, ANA CLAUDIA POLETTO<sup>4</sup>, LUÍS CÉSAR LOPES<sup>5</sup>, ELIANA CRISTINA FOSQUIERA<sup>6\*</sup>

1. Cirurgiã-Dentista, graduada pela Universidade Paranaense – UNIPAR; 2. Cirurgiã-Dentista, graduada pela Universidade Paranaense – UNIPAR; 3. Cirurgiã-Dentista, graduada pela Universidade Paranaense – UNIPAR; 4. Acadêmica de Odontologia da Universidade Paranaense – UNIPAR; 5. Professor especialista do curso de odontologia da Universidade Paranaense – UNIPAR, Cascavel PR; 6. Administradora de Empresas (Unioeste), Cirurgiã-Dentista (Unipar), Mestre em Clínica Integrada (UEPG), Doutoranda em Odontologia Estomatologia (PUC/PR), Docente do curso de Odontologia da Universidade Paranaense, Cascavel, Brasil.

\* Rua Recife, 1000 apto 103, Cascavel, Paraná, Brasil. CEP: 85.810-030. [elianacf@unipar.br](mailto:elianacf@unipar.br)

Recebido em 24/05/2015. Aceito para publicação em 01/09/2015

### RESUMO

Os dentes supranumerários são aqueles que excedem a série normal, podendo ocorrer em ambos os arcos dentários. Como a sua etiologia ainda não é completamente entendida, existem diversas teorias que buscam explicar a origem dos dentes supranumerários. Ocorrem na maioria das vezes na dentição permanente e duas vezes mais em homens que em mulheres. Os dentes supranumerários possuem uma classificação de acordo com sua forma e localização. A presença desses dentes pode ocasionar problemas, como falhas no irrompimento, deslocamento de dentes, apinhamento cistos e tumores odontogênicos. Normalmente o diagnóstico ocorre através de exames radiográficos de rotina, pois a maioria desses dentes estão inclusos e encontram-se assintomáticos. No entanto, um diagnóstico precoce é extremamente importante para que seja realizado um correto plano de tratamento com o intuito de prevenir possíveis complicações. Este trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico de uma paciente atendida no Centro de Especialidade (CEO) Unipar Campus Cascavel, portadora de quatro dentes supranumerários (quarto molares) em mandíbula e maxila.

**PALAVRAS-CHAVE:** Supranumerários, dentes impactados, quarto molar.

### ABSTRACT

The supernumerary teeth are considered changes in dental development, characterized by a change in number, exceeding the normal series of permanent dentition or deciduous dentition. As to its etiology is still not completely understood, there are several theories that attempt to explain the origin of supernumerary teeth. These teeth are usually detected in routine radiographic exams, because the majority of them are asymptomatic and are included. Mainly affect the permanent denture and if not removed early, may cause changes in the development of

the occlusion. Among the complications stand out dental crowding, delayed eruption, root resorption of adjacent teeth, midline diastema and formation of cyst or odontogenic tumors. The supernumerary teeth have a classification according to their shape and location. Diagnose early is extremely important to have a correct treatment plan with the aim of preventing the complications reported. This study report a clinic case of patient attended in the Specialty Center (CEO) Unipar Campus Cascavel, carrier of four supernumerary teeth (fourth molars) in mandible and maxilla.

**KEYWORDS:** Supernumerary teeth, impacted tooth, fourth molars.

### 1. INTRODUÇÃO

Os dentes supranumerários representam a formação de um ou mais dentes em número maior que normal, na mandíbula ou maxila, uni ou bilaterais<sup>1</sup>. Neville (2009)<sup>2</sup> define como supranumerário ou hiperdontia o desenvolvimento de um número de dentes que excede a série normal, tanto na dentição permanente quanto na mista, podendo ser encontrado em qualquer região dos arcos dentários. Podem aparecer na dentição decídua, mas são muito mais frequentes na dentição permanente<sup>1</sup>. São geralmente assintomáticos, descobertos em exames de rotina, sendo que em apenas 25% ocorre erupção espontânea<sup>3,4</sup>.

A hiperdontia é mais frequente na dentição permanente, ocorrendo, na maioria dos casos na maxila com uma relação de 9:1 quando comparada à mandíbula. A região do arco superior mais acometida é a pré-maxila, na linha média anterior, seguida da região de molares<sup>5,6</sup>. Segundo Cancio *et al.* (2004)<sup>5</sup>, nos estudos realizados em diferentes populações, a prevalência encontrada de dentes supranumerários incluiu valores entre 0,1 e 3,5%,

sendo o gênero masculino duas vezes mais afetado que o feminino. Cunha Filho *et al.* (2002)<sup>7</sup> verificaram a presença de dentes supranumerários através de 848 radiografias panorâmicas dos arquivos da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da UFRGS. Foram encontrados 64 dentes supranumerários, em 54 pacientes, sendo a região da maxila com maior recorrência, apresentando 37 do total de casos, sem patologias associadas. Carvalho *et al.* (2011),<sup>8</sup> determinaram a prevalência de anomalias de número, encontrando dentes supranumerários em 0,72% das 139 radiografias panorâmicas avaliadas na população portuguesa. Correa *et al.* (2009)<sup>4</sup> avaliaram a prevalência de dentes supranumerários em 843 radiografias panorâmicas datadas de 1997 a 2007, tendo obtido uma prevalência de 2,5% de dentes supranumerários com predomínio da faixa etária de 12 a 20 anos, sendo 17 dentes supranumerários em mandíbula e 15 dentes supranumerários em maxila.

Quanto a classificação, os dentes supranumerários recebem algumas denominações, de acordo com a sua localização. Se estiverem entre os incisivos superiores, são chamados de “mesiodens”, se na distal dos terceiros molares, “quarto molares”, se na região de pré-molares, terceiros pré-molares e em relação vestibulo lingual aos molares, são chamados de “paramolares”<sup>1,3,6,9</sup>. Podem ainda ser encontrados, raramente, no seio maxilar e na cavidade nasal<sup>9</sup>.

Em relação à sua morfologia, podem ser classificados em mesiodens, sendo o supranumerário mais comum<sup>5</sup> seguido do quarto molar superior. Outros dentes supranumerários encontrados com certa frequência são os paramolares superiores, pré-molares inferiores, incisivos laterais superiores, incisivos centrais inferiores e pré-molares superiores respectivamente<sup>6</sup>.

A etiologia dos dentes supranumerários ainda não está bem elucidada<sup>3,10</sup>, podendo ser explicada pela hiperatividade da lâmina dentária na fase inicial ou divisão do germe dentário, conduzindo à formação de dentes “gêmeos” sendo a última hipótese conhecida como “teoria da dicotomia”<sup>3,6</sup>. A hereditariedade talvez tenha participação na gênese de alguns casos de anomalia. Os dentes supranumerários também são relacionados a tendência atávica, ou seja, regressão a padrões de ancestrais primitivos do “*homo sapiens*” que apresentavam mais dentes que a série normal<sup>3,6</sup>. Algumas entidades patológicas como a disostose cleidocraniana e a Síndrome de Gardner são acompanhadas caracteristicamente pela presença de dentes supranumerários<sup>1,3</sup>. Ainda, podem ser citados a influência de fatores locais, como inflamação, trauma e pressão anormal, relacionadas à época da odontogênese<sup>3</sup>.

O diagnóstico dos dentes supranumerários é simples e ocorre geralmente em exame de rotina, mas alguns casos fazem-se necessário complementar com outros exames como a radiografia panorâmicas, técnica de Clark,

oclusal, lateral de crânio e tomografias<sup>9</sup>. É importante a detecção precoce dos dentes supranumerários, visto a série de complicações que podem causar na dentição, como diastemas, retardo ou impacção, posicionamento inadequado de dentes permanentes, erupção ectópica, reabsorção radicular, má formação de dentes permanentes, desarranjo oclusal e desenvolvimento de cistos e tumores odontogênicos<sup>2,6,11</sup>. Tommasi (1982)<sup>1</sup> cita os possíveis transtornos como má posição e retenção dos elementos normais e cistos dentígeros. Fernandes *et al.*<sup>3</sup> cita ainda como complicação comprometimento de enxertos ósseos alveolares e comprometimento da colocação de implantes.

O tratamento para estes casos depende do tipo, da posição do dente supranumerário e do seu efeito potencial sobre o dente adjacente, como a interferência na cronologia de erupção<sup>10</sup>, prevenção de doenças periodontais, lesões cáries, pericoronarite, reabsorção radicular externa, cistos, tumores, fraturas de mandíbula e dor de origem desconhecida, na facilitação do tratamento ortodôntico, otimização da saúde periodontal e em casos de dentes impactados sob prótese dentária. Na maioria absoluta dos casos de supranumerários é realizado exodontia, sendo que é indicada a cirurgia somente se houver indicação de transtorno à saúde bucal do paciente; após a complementação da dentição, e quando as raízes dos permanentes estejam formadas, é que se deve iniciar extrações para preservar os traumas nas raízes<sup>12</sup>.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de terceiros molares retidos e quarto molares (supranumerários) em mandíbula e maxila em paciente atendido no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) UNIPAR Campus de Cascavel.

## 2. RELATO DE CASO

Paciente de 17 anos, gênero feminino, feoderma, foi encaminhada ao Centro de Especialidades Odontológica (CEO) da Universidade Paranaense - Campus Cascavel, para extrações dos terceiros e quartos molares inclusos inferiores com finalidade ortodôntica, diagnosticados através da radiografia panorâmica (Figura 1). Após a anamnese e exame físico, verificou-se que a paciente não apresentava contra-indicações locais ou sistêmicas para o procedimento. Ao exame clínico intra-bucal foi constatado que o aspecto gengival da região se apresentava com sinais de normalidade. A radiografia panorâmica (Figura 1) revelou a presença de terceiros e quartos molares superiores e inferiores inclusos. Os quartos molares apresentavam morfologia aparentemente normal, coroa bem definida, porém com tamanho significativamente reduzido quando comparado aos dentes adjacentes, sendo então considerado um micro dente. O dente 18 apresentava-se irrompido, em posição vertical, segunda Winter e o dente 28, encontrava-se em inclusão intra-óssea. O dente 38 encontrava-se retido e segundo a

classificação de Winter, mesioangular; conforme Pell e Gregory, Classe I posição B. O elemento 48 também encontrava-se retido e segundo Winter, na posição horizontal; segundo Pell e Gregory, Classe I posição B. O tratamento proposto foi a remoção cirúrgica dos quartos molares inferiores simultaneamente à exodontia dos dentes terceiros molares (38 e 48) e, em um segundo momento, a exodontia do 18 e 28 e dos quarto molares superiores.



**Figura 1.** Radiografia panorâmica. Podemos visualizar os elementos 18, 28, 38 e 48 e seus respectivos quartos molares.

Como terapêutica pré-operatória foi administrado 1h antes da cirurgia, amoxicilina 1g e dexametasona 4mg. No ato cirúrgico foi realizada antisepsia intra-bucal com solução de clorexidina 0,12% e extra-oral com produto a base de iodopolividona 10% que equivale a 1% de iodo ativo (PVP-I) em solução aquosa na concentração de 1%, aposição dos campos cirúrgicos estéreis. A técnica anestésica utilizada em ambos os lados foi do tipo bloqueio regional do nervo alveolar inferior, bucal e lingual; técnica de Lindsay. A solução anestésica de escolha foi a Mepivacaína na concentração de 2% com o vasoconstritor epinefrina 1:100.000.



**Figura 2.** Seccionamento e exodontia do elemento 38.

Iniciou-se a exodontia pelo lado esquerdo. A incisão foi do tipo Avellanal, descolamento mucoperiosteal, osteotomia, odontosseccãocorono-radicular 48 (Figura 2) e

respectiva remoção. Com a exodontia dos terceiros molares tornou-se visível os supranumerários adjacentes, e sua exérese foi realizada. Posteriormente curetou-se, realizou a regularização óssea e irrigação com soro fisiológico 0,9% do alvéolo, reposição passiva dos tecidos e sutura de ponto simples com fio de nylon 5-0.



**Figura 3.** Quarto molar do lado esquerdo, adjacente ao elemento 38.

Do lado direito, efetuou-se a mesma sequência com incisão tipo Avellanal, descolamento mucoperiosteal, osteotomia, odontosseccãocorono-radicular 38 e respectiva remoção. Após, visível o supranumerário adjacente, sua exérese foi realizada (Figura 4). Posteriormente realizaram-se curetagem, regularização óssea e irrigação com soro fisiológico 0,9% do alvéolo, reposição passiva dos tecidos e sutura de ponto simples com fio de nylon 5-0 (Figura 5).



**Figura 4.** Exérese do quarto molar direito.

No período pós-operatório foram prescritos: cefalexina 500mg de 6/6 horas por 7 dias, nimesulida 100mg de 12 /12 horas por 5 dias e dipirona gotas/1 frasco, 35

gotas de 6 /6 horas por 3 dias. Sete dias após a cirurgia a sutura foi removida, não havendo nenhuma complicação pós-operatória.



**Figura 5.** Sutura com fio de Nylon 5-0 do lado direito.

Após 20 dias, a paciente retornou para a realização da segunda etapa cirurgia, que consistia na exodontia simultânea dos terceiros molares superiores (18 e 28) e os distomolares superiores. Como terapêutica pré-operatória, e para a técnica cirúrgica ser asséptica foram tomados os mesmos cuidados que na exodontia da região inferior. A técnica anestésica utilizada em ambos os lados foi do tipo bloqueio regional do nervo alveolar superior posterior e palatino maior. A solução anestésica de escolha foi a Mepivacaína na concentração de 2% com o vasoconstritor epinefrina 1:100.000.



**Figura 6.** Dentes 18 e 28 e distomolares superiores.

Em ambos os lados foi seguido a mesma sequência cirúrgica. A incisão foi do tipo Avellanal, descolamento mucoperiósteo, osteotomia com pressão manual (somente no lado esquerdo) e exérese com extratores (reto e angulados) dos dentes 18 e 28 e respectiva remoção. Após a exodontia dos terceiros molares, foi realizada osteotomia na região posterior e assim, tornou-se visível os supranumerários adjacentes, e sua exérese foi realizada (Figura 6). Posteriormente curetou-se, realizou a regularização óssea e irrigação com soro fisiológico 0,9% do alvéolo, reposição passiva dos tecidos e sutura de ponto simples com fio de nylon 5-0. No pós-operatório foram prescritos: cefalexina 500mg de 6 /6 horas por 7 dias, nimesulida 100mg de 12 /12 horas por 5 dias e dipirona gotas/1 frasco, 35 gotas de 6 /6 horas por 3 dias. Sete dias após a cirurgia a sutura foi removida, não havendo nenhuma complicação pós-operatória.

### 3. DISCUSSÃO

Os dentes supranumerários constituem uma das anomalias mais conhecidas e estudadas da dentição humana<sup>6</sup>. Inúmeros casos são citados na literatura, como o de Almeida *et al.* (2010)<sup>13</sup> apresentando o paciente 8 dentes supranumerários, sendo 4 distomolares. Esses dentes são geralmente assintomáticos, descobertos em exames de rotina, sendo que em apenas 25% ocorre erupção espontânea<sup>3,4</sup>. Em relação a presença de quartos molares, Corrêa *et al.* (2009)<sup>4</sup> encontrou uma prevalência de 4 casos, todos em mandíbula numa análise de 843 radiografias panorâmicas. A maior frequência destes dentes é em maxila<sup>3</sup>. Moura *et al.* (2013)<sup>14</sup> encontrou uma frequência de 1,99% de dentes supranumerários em 1511 pacientes, sendo que 33,33% das hiperdontias eram de distomolares. Os quartos molares são removidos usualmente no mesmo tempo cirúrgico em que se remove os terceiros molares retidos<sup>15</sup>.

No caso relatado, a paciente foi encaminhada para avaliação ortodôntica. Ao solicitar exame radiográfico panorâmico, foi diagnosticada a presença dos elementos 28, 38 e 48 inclusos, verificando-se também a presença de distomolares, tanto do lado direito quanto do lado esquerdo. Lima *et al.* (2009)<sup>16</sup> e Fernandes *et al.* (2005)<sup>3</sup> classificam como distomolares os elementos supranumerários situados posteriormente ao terceiro molar, seguindo a sua localização.

Segundo Neville (2009)<sup>2</sup> algumas hiperdontias podem estar ligadas à hereditariedade ou associação de distúrbios do desenvolvimento (síndrome de Gardner, disostosecleidocraniana e fissuras labiopalatinas, entre outras. Contudo, neste caso a presença dos elementos supranumerários (quartos molares) não estava associada a genética, nem mesmo a alterações de desenvolvimento.

Em relação à incidência, segundo Cancio *et al.* (2004)<sup>5</sup>, Silva *et al.* (2003)<sup>6</sup> e Neville (2009)<sup>2</sup> a preva-

lência encontrada de supranumerários incluiu valores entre 0,1 e 3,5%, sendo que o gênero masculino é duas vezes mais afetado que o feminino. Neste caso trata-se de um paciente do sexo feminino. Cancio *et al.* (2004)<sup>5</sup>, ainda relata que ocorre na maioria dos casos na maxila, com uma relação de 9:1 quando comparado a mandíbula. Entretanto, em nosso caso, os quartos molares foram encontrados na mandíbula.

O tratamento proposto, para a região da mandíbula, foi a exodontia dos elementos 18, 28, 38, 48 e seus respectivos distomolares. Indicou-se a remoção a fim de prevenir complicações relatadas por Lima *et al.* (2009)<sup>16</sup> e Neville *et al.* (2009)<sup>2</sup> como a prevenção de doenças periodontais, lesões cariosas, pericoronarite, reabsorção radicular externa, cistos, tumores, fraturas de mandíbula e dor de origem desconhecida, também na facilitação do tratamento ortodôntico.

As contraindicações de ordem geral para a remoção de dentes supranumerários são a exodontia em pacientes com idade avançada ou muito precoce, condição sistêmica comprometida e possibilidade de dano excessivo as estruturas adjacentes. Nestas situações é preferível realizar apenas o acompanhamento para evitar lesões ao nervo alveolar inferior e fratura óssea, por exemplo. Vale ressaltar que no caso relatado, o paciente apresentava idade adequada para realização da exodontia, condição sistêmica apropriada, não havia risco de danos às estruturas adjacentes e o mesmo estava apto a colaborar com o procedimento cirúrgico. Contraindicações de ordem local, inclui a radioterapia prévia na área, pericoronarites graves e infecções agudas. De ordem sistêmica podem ser as doenças metabólicas e cardíacas descompensadas, leucemias, linfomas, discrasias sanguíneas, uso de anti-coagulantes, gravidez e uso de medicamentos imunossupressores<sup>16</sup>. No caso relatado, a paciente não apresentava nenhuma alteração sistêmica que contra-indicasse o procedimento cirúrgico.

Em relação à técnica cirúrgica, a remoção dos quartos molares requer os mesmos cuidados para a cirurgia de terceiros molares inclusos. O tratamento é guiado pela localização, tipo e posição do dente.

#### 4. CONCLUSÃO

A importância da realização da anamnese e exame clínico de forma criteriosa juntamente com o auxílio de exames radiográficos são essenciais para o diagnóstico e planejamento na presença de dentes supranumerários. A remoção ou manutenção do elemento irá depender da avaliação de exames complementares, levando em consideração os riscos que a permanência do dente poderá acarretar. Os procedimentos trans e pós-operatórios obtiveram sucesso.

## REFERÊNCIAS

- [01] Pendyala Tommasi AF. Diagnóstico em patologia bucal. São Paulo, SP: Artes Médicas. 1982.
- [02] Neville D. Patologia Oral e Maxilofacial. Rio de Janeiro: Elsevier. 2009.
- [03] Fernandes AV, Rocha NS, Almeida RAC, Silva EDO, Vasconcelos BCE. Quarto molar incluso: relato de caso. Rev-CirTraumatol Buco-Maxilo-Fac 2005; 5(2):61-6.
- [04] Corrêa FG, Ferreira MV, Friedrich LR, Pistóia AD, Pistóia GD. Prevalência de dentes supranumerários-estudo retrospectivo. IJD 2009; 8(1): 11-15.
- [05] Cancio AV, Farias JG, Rodrigues AAA, Gonçalves FMQ, Santos RM. Quarto molar retido: revisão de literatura e relato de casos clínicos. Rev Int Cir Traumatol Bucocomaxilofacial 2004; 2(8):225-9.
- [06] Silva CJ, Santana SS, Silva MCP, Castro PPC. Quarto molar: relato de caso clínico. Rev Bras CIF Periodontia. 2003; 1(3):197-200.
- [07] Cunha Filho JJ, Puricelli E, Hennigen TW, Leite MGT, Pereira MA, Martins GL. Ocorrência de dentes supranumerários em pacientes do serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, Faculdade de Odontologia da UFRGS, no período de 1998 a 2001. R FacOdont. 2002; 43(2):27-34.
- [08] Carvalho S, Mesquita P, Afonso A. Prevalência das anomalias de número numa população portuguesa. Estudo radiográfico. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac, 2011; 52(1):7-12.
- [09] Loreto A FV, Kelmer F, Oliveira RV. Supranumerário na região de mandíbula interferindo na oclusão: diagnóstico, planejamento e tratamento de um caso clínico. UNINGÁ Review 2015; 21(1).
- [10] Fardin AC, Gaetti-Jardim EC, Aranega AM, Jardim Junior EG, Garcia Junior IR. Quarto molar retido: a importância do diagnóstico precoce. RFO 2011; 16(1):90-4.
- [11] Carvalho FG, Bolzan AP, Diniz MB, Cordeiro RLC. Dentes supranumerários e suas implicações: relato de caso clínico. UNOPAR Cient Ciên. Biol. Saúde 2007; 9(1):5-10.
- [12] Amaral S, Andrade FS, Lima AP, Osorio SG, Franzin LCS, Osorio A. Dentes supranumerários relato de caso. UNINGÁ Review 2014; 20(1):64-6.
- [13] Almeida TE, Junior Saavedra J, Kaeakami PY, Palis CA, Mariani PB, Dottore AM. Hiperdontia: relato de caso com 8 elementos supranumerários. Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo. 2010; 22(1):78-84.
- [14] Moura WL, Cravinhos JCP, Moura CDVS, Freire SASR, Monteiro MO, Pinheiro SD, *et al.* Prevalência de dentes supranumerários em pacientes atendidos no Hospital Universitário da UFPI: um estudo retrospectivo de cinco anos. Rev Odontol UNESP 2013; 42(3):167-71.
- [15] Machado AM, Borges HOL, Moreira CC, Pozza DH, Oliveira MG. Hiperdontia. Rev. de Clín. Pesq. Odontol 2004; 1(2):15-17.
- [16] Lima, ILA, Silva AIV, Oliveira FJ. Radiografias convencionais e tomografia computadorizada cone-beam para localização de dentes inclusos: relato de caso. Arq Brás odontol 2009; 52:58-64.



# SEGURANÇA DO PACIENTE NA ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

PATIENT SAFETY IN PRE-HOSPITAL EMERGENCY CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW

DÉBORA FERNANDES CRESPILO<sup>1</sup>, THIAGO SILVA ARAÚJO<sup>2</sup>, MARIA ANTÔNIA RAMOS COSTA<sup>3</sup>, VERUSCA SOARES DE SOUZA<sup>4\*</sup>

1. Enfermeira. Graduada pela Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR). Paranavaí – PR – Brasil; 2. Enfermeiro. Graduado pela Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR). Paranavaí – PR – Brasil. 3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo programa de pós-graduação da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Diretora do Centro de Ciências da Saúde e Docente do curso de enfermagem da Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR). Paranavaí – PR – Brasil; 4. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo programa de pós-graduação da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Docente da graduação em enfermagem da Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR). Paranavaí – PR – Brasil.

\* Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR) – Campus Paranavaí - Avenida Gabriel Espiridião, S/N, Paranavaí, Paraná, Brasil. CEP: 87700-000. [veruscasoares@gmail.com](mailto:veruscasoares@gmail.com)

Recebido em 26/05/2015. Aceito para publicação em 01/09/2015

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar na literatura, ações de segurança voltadas para o Atendimento Pré-hospitalar e favorecer a reflexão acerca das práticas de saúde neste nível de atenção. **Método:** Revisão integrativa que incluiu artigos científicos publicados no período de 2000 a 2014 nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. Identificou-se 180 artigos, sendo selecionados quatro. **Resultados:** Categorias temáticas: 1) Prevenção de eventos adversos no Atendimento Pré-hospitalar; 2) O estímulo à prática baseada em evidências científica. Destaca-se a importância da utilização de formas educativas como estratégia para promoção de ações de segurança do paciente e prevenção de eventos adversos, o que estimula a implementação de uma assistência baseada em evidências científica no contexto da assistência pré-hospitalar. **Conclusões:** As publicações acerca da temática encontram-se incipientes, o que alerta à necessidade de realização de pesquisas que se voltem para as iniciativas da enfermagem no estímulo a práticas seguras no Atendimento Pré-hospitalar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atendimento pré-hospitalar; Enfermagem em Emergência; Segurança do paciente.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the literature, security actions for the pre-hospital care and encourage reflection about health practices at this level of attention. **Method:** Integrative review that included scientific articles published between 2000 to 2014 in the Virtual Health Library databases identified 180 articles, and selected four. **Results:** thematic categories: 1) prevention of adverse events in Prehospital Care; 2) Encouraging the practice based on scientific evidence. It highlights the importance of using educational forms as a strategy to promote patient safety actions and prevention of adverse events, which encourages the implementation of a scientific evidence-based assistance under the pre-hospital care. **Conclusions:** The publications on the theme are incipient, which warns of the need to conduct research that go back to the nursing initiatives in encouraging safe practices in the pre-hospital care.

**KEYWORDS:** Pre-hospital care, emergency nursing, patient safety.

## 1. INTRODUÇÃO

O debate focado na segurança do paciente tomou vulto à partir da divulgação do Relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System*, pelo Instituto de Medicina<sup>1</sup>, que apontou as condições de insegurança às quais os pacientes estavam expostos durante o processo de cuidado no sistema de saúde americano, o que permitiu ao longo dos anos, o estabelecimento de estratégias para promoção de segurança ao paciente.

Com o intuito de estimular práticas seguras, o Ministério da Saúde (MS) por intermédio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) divulgou protocolos de segurança, apontando áreas básicas de preocupação durante a prática assistencial<sup>2</sup>. Entretanto, pouco se aborda sobre a segurança do paciente em ambiente de atendimento pré-hospitalar (APH).

O APH é o atendimento emergencial prestado em um primeiro nível de atenção, em eventos ocorridos fora do hospital, como, traumas decorrentes de acidente automobilístico, mal súbito de qualquer etiologia e distúrbios psiquiátricos<sup>3</sup>. Desta forma, o APH objetiva a estabilização clínica no local da ocorrência e em seguida sua remoção para uma unidade hospitalar compatível e adequada ao quadro apresentado pela vítima<sup>3</sup> de forma segura e para evitar possíveis sequelas transitórias ou permanentes.

Ao analisar que, o APH visa a execução de intervenções rápidas, com segurança e com intuito de evitar limitações ao paciente vítima de acidentes, entende-se que a preocupação acerca da segurança do paciente permeia todos os níveis de assistência, incluindo além do cuidado hospitalar, o APH. Desta forma, assim como no contexto hospitalar, a enfermagem está diretamente relacionada com a assistência e recuperação dos envolvidos.

Percebe-se a importância do estímulo à práticas seguras e en-

volvimento da enfermagem no APH ao se analisar o aumento considerável de acidentes traumáticos e suas repercussões no sistema de saúde. À exemplo disso, alerta-se para o aumento do número de internação por causas externas de 118.000 em 2002 para 180.000 em 2012<sup>4</sup>, o que implica em custos assistenciais de internação e reabilitação em saúde, além do reflexo social de diminuição da força de trabalho.

Na busca da minimização do número de sequelas provenientes de atendimentos em saúde, os profissionais responsáveis pelo APH (técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e militares do Corpo de Bombeiros), passam por treinamentos para qualificar a equipe, de forma a aprimorar os protocolos de atendimento continuamente. Desta forma, a busca na literatura acerca de iniciativas de segurança no APH, fornece subsídios para o cotidiano assistencial e permite o estímulo à práticas baseadas em evidência científica.

Embora haja um aumento do interesse em relação às questões de segurança do paciente, poucos são os estudos que investigam acerca destas práticas no APH. Neste sentido, questiona-se: Como se encontra a publicação científica acerca de iniciativas de segurança do paciente em APH? E para respondê-la, tem-se por objetivo analisar as publicações científicas acerca da segurança do paciente durante o APH.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura cuja coleta de dados foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) durante o mês de julho de 2014. A escolha pela realização desse método se justifica por se entender que a revisão integrativa consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões para a realização de futuros estudos<sup>5</sup>. Esse método possui seis etapas, descritas a seguir.

### Primeira Etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa

Estabeleceu-se o tema “Ações de segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar de emergência” e a questão norteadora “Como está representada a publicação científica acerca das ações para a segurança do paciente em Atendimento Pré-Hospitalar de emergência?”.

### Segunda Etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura

Realizou-se a busca dos artigos no sítio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), onde a averiguação dos artigos é feita de forma ampla, utilizando todas as bases de dados ali contidas, a saber: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), biblioteca digital *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde* (IBECS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), entre outras.

A escolha das palavras-chaves pautou-se nos critérios: pertenc

cer aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e evidenciar em partes a temática do estudo. Desta forma, foram utilizados os descritores em saúde: “enfermagem em emergência”, “atendimento pré-hospitalar” e “segurança do paciente”, de forma individual e cruzada com o objetivo de potencializar a busca.

Como critérios de inclusão dos artigos foram estabelecidos: artigos científicos de acesso livre, publicados no período entre 2000 a 2014; disponíveis nos idiomas Português, Inglês e Espanhol; indexados na base de dados mencionadas; que abordssem acerca das ações de segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar de emergência.

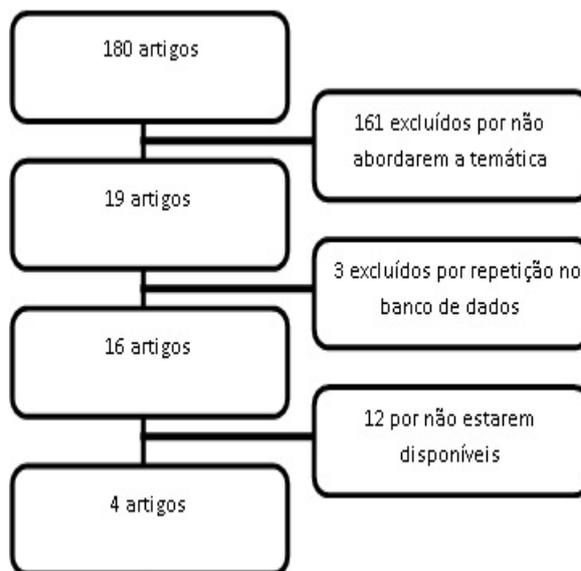


Figura 1. Seleção dos artigos para a análise. Brasil, 2014.

### Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos

As informações sintetizadas dos artigos selecionados se referiram aos seguintes itens<sup>5</sup>: Nome da Pesquisa, autores, tipo de publicação, objetivos, detalhamento metodológico, detalhamento amostral, resultados e conclusões.

### Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Foi realizada a busca inicial pelos resumos dos artigos que correspondiam aos descritores utilizados e selecionados para leitura na íntegra e análise, aqueles que mencionavam ações de segurança no atendimento pré-hospitalar de emergência.

### Quinta etapa: interpretação dos resultados

Para análise e interpretação dos resultados, foi aplicada a análise de conteúdo, que possibilitou o agrupamento do conteúdo estudado em categorias temáticas<sup>6</sup>. Foi caracterizado os estudos por meio de leitura repetidas dos textos na íntegra e seguiu-se as etapas indicadas por Bardin: pré-exploração do material ou de leituras flutuantes, a seleção das unidades de análise ou unidades de significados e o processo de categorização e sub-categorização<sup>6</sup>.

### Sexta etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento

As informações obtidas são apresentadas em um quadro e categorias temáticas. Para discussão dos dados, estes serão agrupados em duas categorias de acordo com leituras repetidas dos artigos selecionados: “Prevenção de Eventos Adversos no APH” e “O estímulo à práticas baseadas em evidências científicas”.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados um total de quatro artigos, que atenderam aos critérios de inclusão e estão representados na Quadro 1.

**Quadro 1.** Distribuição dos artigos selecionados segundo Estrato Qualis e Nível de Evidência (n=4).

Artigo	Referência	Estrato Qualis	Nível de Evidência
01	Divino EA, Pereira QLC, Siqueira HCH. A Capacitação da equipe que atua no atendimento pré-hospitalar móvel: necessidade e importância da educação permanente na perspectiva dos trabalhadores. Rev. Min. Enferm. 2009; 13(3): 358-364	B2	Nível 2
02	Loussius HM, Roislien J, Lockey DJ. Patient safety in pre-hospital emergency tracheal intubation: a comprehensive meta-analysis of the intubation success rates of EMS providers. Critical Care. 2012. 16(1):R24	A1	Nível 1
03	Hagiwara MA, Sjoqvist BA, Lundberg L, Suserud BO, Henricson M, Jonsson A. Decision support system in prehospital care: a randomized controlled simulation study. American Journal of Emergency Medicine. 2013; 31(1):145-53.	B1	Nível 2
04	Tomaz S, Chanovas M, Roqueta F, Toranzo T. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad Paciente. Emergencias. 2012. 24: 225-233	A2	Nível 2

Dentre os artigos selecionados, apenas um era de autoria exclusiva de enfermeiros. Os demais artigos são escritos por equipe multidisciplinar composta por médicos, biomédicos, matemáticos e engenheiros. Ainda, uma publicação estava apresentada em português, outra em espanhol e duas em inglês.

No tocante ao ano de publicação, os quatro artigos foram divulgados entre o período de 2009 a 2013, sendo um proveniente de periódico nacional e outros três internacionais. A partir da análise de divulgação do periódico científico, dois artigos foram publicados em periódicos de estrato Qualis A e dois em estrato Qualis

B, o que se apresenta com uma média considerada boa. Em contrapartida, apenas um dos artigos foi classificado em análise de nível de evidência como ação fortemente recomendada, o que indica grande evidência científica, e os demais, foram classificados com média evidenciada, ou seja, apenas recomendado.

Os estudos investigados apresentaram objetivos diversos, entretanto, todos abordavam de alguma forma medidas para prevenção de eventos adversos e a importância da prática baseada em evidências no contexto da assistência pré-hospitalar. Desta forma, mediante análise de conteúdo temática foi possível identificar as categorias indicadas e a seguir definidas.

### Prevenção de eventos adversos no APH

Nos últimos anos, as organizações nacionais e internacionais têm se voltado ao estímulo de práticas seguras com o objetivo de reduzir os riscos de danos para os níveis mínimos possíveis<sup>7</sup> durante o atendimento de pacientes em todos os níveis de atenção à saúde, e o atendimento pré-hospitalar está inserido neste contexto.

O Evento Adverso (EA) é definido pelo Ministério da Saúde como incidentes que resultam em danos decorrentes da assistência e não relacionados à evolução natural da doença de base do paciente<sup>8</sup>. Desta forma, são considerados agravos não intencionais decorrentes da atenção à saúde, que ocasionam lesões mensuráveis nos pacientes afetados e/ou prolongamento do tempo de atendimento e internação podendo levar ao óbito<sup>9</sup>, ou seja, aumentam a probabilidade de um prognóstico desfavorável na recuperação direta do indivíduo.

Embora os EA possam ocorrer em quaisquer contextos e modalidades assistenciais nos quais se prestam cuidados de saúde, dados da literatura estimam que 10% dos pacientes internados em hospitais sofram EA evitáveis<sup>8</sup>. O Artigo 1<sup>10</sup> relaciona o aumento da incidência de eventos adversos à falta de formação profissional e ausência da educação continuada dos trabalhadores das urgências. Para os autores, a falta de envolvimento dos profissionais no estabelecimento de protocolos e capacitação contínua leva à desmotivação para o atendimento, de forma a comprometer a qualidade na assistência e na gestão do setor.

Entre os procedimentos passíveis de risco de eventos adversos graves durante sua execução na assistência pré-hospitalar, cita-se a intubação orotraqueal. Tal procedimento é identificado no Artigo 2<sup>11</sup> como uma causa evitável de morte em pacientes com trauma e parada cardíaca. Ressalta-se que o procedimento tem um risco para ocorrência de eventos adversos graves se não for realizado da forma correta e os profissionais responsáveis pelo procedimento devem ser tecnicamente e constantemente capacitados para sua realização, de forma a estar apto à tomar decisões e iniciar a assistência direta, a fim de prevenir ou tratar complicações.

A busca pela oferta de segurança em todos os momentos assistenciais surgiu da vulnerabilidade do paciente enquanto sujeito de ações de saúde. Em análise da literatura dos países que compõe a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente identificou-se a prevalência entre 3 e 16% de incidência de eventos adversos resultantes de cuidados médicos não seguros nas suas hospitalizações, dentre eles reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas e o risco de infecções associados aos cuidados de saúde<sup>12</sup>.

A proteção ao paciente oferecida por meio de uma assistência segura é responsabilidade de cada profissional e do estímulo e clima estabelecidos pelas Instituições de saúde. Isto porque, embora o fator humano esteja presente nos eventos adversos, as condições de trabalho, aspectos estruturais e atividades desenvolvidas podem estar relacionadas ao desencadeamento de erros<sup>13</sup>.

Em razão do reconhecimento da interferência da estrutura e processos na dinâmica assistencial, os autores do Artigo 3<sup>14</sup> ressaltam a necessidade de maior investigação acerca das questões de segurança e as ameaças ao paciente em atendimento pré-hospitalar. Isto porque, além de ameaças comuns à segurança do paciente encontrado em cuidados regulares de emergência, os fatores ambientais específicos encontrados em APH podem contribuir para um aumento do risco.

Entendendo que o ambiente hostil e peculiar ao qual o profissional que atua no APH está inserido, observa-se a importância do envolvimento de todos os profissionais e gestores no intuito de se estabelecer protocolos assistenciais seguros. O Artigo 4<sup>15</sup> ressalta a necessidade de se implantar atividades educativas e ações para criar uma rede de instrutores específicos na área, prevenindo assim o aumento de agravos. Essa estratégia deve ser adaptada à realidade assistencial do APH, de forma a melhorar a segurança do paciente nos cuidados em acidentes e emergências.

Percebe-se que diversos fatores contribuem para a ocorrência de EAs no atendimento, fato este, que compromete a qualidade da assistência direta ao paciente e pode levar a sequelas transitórias e permanentes, o que reflete em custos sociais, além dos custos assistenciais. Desta forma a capacitação dos profissionais, através de treinamentos em serviço e educação permanente em saúde, se mostra como uma estratégia para a promoção da segurança do paciente no APH.

#### O estímulo à prática baseada em evidências científicas

O estímulo à participação dos profissionais de saúde em programas de aperfeiçoamento oferecidos pelas instituições de saúde têm se mostrado como uma estratégia efetiva<sup>16</sup> na adoção de medidas que minimizem o distanciamento entre os avanços científicos e a prática assistencial, de forma que se reflita em qualidade no atendimento, incluindo na tomada de decisão rápida no APH.

Por definição, a Prática Baseada em Evidências (PBE) envolve o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do paciente. Compreende um processo integralizador da competência terapêutica com os achados clínicos gerados pelas pesquisas sistemáticas existentes e nos princípios da epidemiologia<sup>5</sup>.

No intuito de se estimular a implantação nos serviços da prática baseada em evidências, têm-se a estratégia da Educação Permanente em Saúde como forma de uma atualização cotidiana das práticas, seguindo os novos aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, o que contribui para a construção de relações e processos que emergem do interior das equipes, com seus agentes e práticas organizacionais<sup>17</sup>.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) caracteriza o aprendizado e aprimoramento de técnicas que contribuem para a segurança do paciente e o Artigo 1<sup>(10)</sup> confirma esta prática, destacada

pelos profissionais como fundamental e imprescindível na capacitação prévia ao início das atividades. A qualificação para o APH móvel, utilizando as vivências e dúvidas surgidas no fazer cotidiano para que este seja repensado, visa a um atendimento rápido, eficaz e seguro. Por meio do programa de EPS, a instituição/serviço transmite aos profissionais a importância que seu trabalho tem, para que este seja realizado com sucesso.

Um dos fatores mais influentes na aprendizagem e nas mudanças é a prática constante e o conhecimento atualizado. Desta forma, o artigo 2<sup>11</sup> ressalta que intervenções críticas e complexas devem ser fornecidas por profissionais capacitados e de acordo com o seu nível de formação profissional. Além disso, reafirma o treinamento em serviço como uma estratégia para a superação dos obstáculos para realização de uma assistência eficiente.

A necessidade de treinamento em serviço se justifica porque, a assistência pré-hospitalar é realizada através protocolos e diretrizes clínicas. O artigo 3<sup>14</sup> relembra que os esforços voltados ao cumprimento das diretrizes clínicas têm como objetivo aumentar a qualidade do atendimento no pré-hospitalar. Desta forma, utiliza-se a simulação como estratégia para treinamentos, a fim de capacitar a equipe na tomada de decisão e atendimentos em ambiente extra hospitalar.

A utilização de treinamentos contínuos se mostra como um aliado na implementação de novas práticas e ações de saúde<sup>16</sup>. O artigo 4<sup>15</sup> destaca a prática baseada em evidência como uma formação heterogênea em segurança do paciente, com o objetivo de projetar e desenvolver um modelo de formação específica por seus instrutores. A partir das atividades dos mesmos, é possível extrair uma aproximação entre o sucesso no atendimento e a segurança do paciente. Assim abrem mais espaços para a participação e possibilidades de reflexão na busca de alternativas, tendo em vista a melhoria da prática.

Vale ressaltar que todas as formas voltadas à educação e aprimoramento contínuo dos profissionais de saúde são essenciais na busca da oferta de uma assistência de qualidade. Para isto, torna-se indispensável o processo de capacitação dos profissionais de saúde e da enfermagem, visto que a categoria está inserida em todos os contextos de atenção.

## 4. CONCLUSÃO

Na busca pela segurança do paciente no contexto do APH, percebe-se que utilização de formas educativas como estratégia para a prevenção de eventos adversos no atendimento se mostra eficiente na oferta de um cuidado de qualidade. Desta forma, as rotinas previamente padronizadas podem ser caracterizadas como um norteador para que haja um alinhamento entre rotinas e prática profissional, de forma a se evitar o dano.

Diante do que foi exposto neste trabalho entende-se que existe uma necessidade de implementação de novas práticas e ações quanto ao estímulo da prática baseada em evidências. A necessidade de atualização e capacitação dos profissionais realimentam o profissional através do saber e fazer, abrindo espaços para a participação e possibilidades de reflexão na busca de alternativas, tendo em vista a melhoria da prática.

Conclui-se ainda que, as publicações acerca da temática são

incipientes e reafirma-se a necessidade de realização de estudos que se voltem para as iniciativas da enfermagem no estímulo à práticas seguras no APH.

## REFERÊNCIAS

- [01] Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America [Internet]. Washington: National Academy; 2000. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>. Acesso em: 11 jan. 2013.
- [02] BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Instituições para a segurança do paciente e dá outras providências. Brasília, DF, 2013
- [03] Santos NCM. Urgência e emergência para a enfermagem: do atendimento pré-hospitalar (APH) à sala de emergência. 6ª.ed.rev. e atual. – São Paulo: Iátria, 2010
- [04] Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 27 agos 14.
- [05] Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem; Texto contexto enferm. 2008; 17(4).. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-0702-008000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-0702-008000400018) Acesso em 08 agost 14.
- [06] Campos CJG Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Revista brasileira de enfermagem. 2004; 57(5). Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-7167-2004000500019&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7167-2004000500019&lang=pt)> Acesso em 17 agos 14.
- [07] Reis CT, Martins M, Laguardia JA segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. Ciênc. saúde coletiva vol.18 no.7 Rio de Janeiro 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000700018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000700018&script=sci_arttext) Acesso em 30 agos 14
- [08] Oliveira JR, Xavier RMF, Junior AFS. Eventos adversos notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA): Brasil, estudo descritivo no período 2006 a 2011. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília. 2013; 22(4):671-8.. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742013000400013&script=sci\\_arttext](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742013000400013&script=sci_arttext) Acesso em 05 set 14
- [09] Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. Rev. Esc. Enferm USP. 2010; 44(2):287-94. Acedido 24/09/2014 as 10:35hrs. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342-010000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342-010000200007)
- [10] Divino EA, Pereira QLC, Siqueira HCH. A Capacitação da equipe que atua no atendimento pré-hospitalar móvel: necessidade e importância da educação permanente na perspectiva dos trabalhadores. Rev. Min. Enferm. 2009; 13(3):358-64. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&expSearch=546882&indexSearch=ID> Acesso em 10 set 14
- [11] Loussius HM, Roislien J, Lockey DJ. Patient safety in pre-hospital emergency tracheal intubation: a comprehensive meta-analysis of the intubation success rates of EMS providers. Critical Care. 2012. 16(1):R24. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22325973> Acesso em 10 set 14.
- [12] Jha AK, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I, Bates DW. Patient safety research: an overview of the global evidence. Qual Saf Health Care. 2010; 19:42-7. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/19/1/42.full> Acesso em 20 set 14
- [13] Beccaria LM, Pereira RAM, Countrin LM, Lobo SMA, Trajano DHL. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2009; 21(3):276-282. São José do Rio Preto. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3> Acesso em 15 set 14
- [14] Hagiwara MA, Sjoqvist BA, Lundberg L, Suserud BO, Henricson M, Jonsson A. Decision support system in pre hospital care: a randomized controlled simulation study. American Journal of Emergency Medicine, 2013; 31(1):145-53. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1174884/> Acesso em 10 set 14
- [15] Tomaz S, Chanovas M, Roqueta F, Toranzo T. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad Paciente. Emergencias. 2012; 24:225-33. Disponível em: <[http://www.semes.org/revista/vol24\\_3/11.pdf](http://www.semes.org/revista/vol24_3/11.pdf) Acesso em 10 set 14
- [16] Davim RMB; Torres GV.; Santos SR. Educação continuada em enfermagem: conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escola. Rev. latino-am. enfermagem, Ribeirão Preto. 1999; 7(5):43-9. Acedido em 24/09/2014 as 14hrs. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13503.pdf> Acesso em 20 set 14
- [17] L'abbat, S. Educação em Saúde: uma nova abordagem. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro. 1994; 10(4):481-90.



UNINGÁ  
review

# CORTICOSTEROIDES UTILIZADOS NO TRATAMENTO DA ASMA BRÔNQUICA

## CORTICOSTEROIDS USED IN THE TREATMENT OF ASTHMA BRONCHIAL

JÉSSICA PANERARI<sup>1</sup>, SHARIZE BETONI GALENDE<sup>2\*</sup>

1. Acadêmica do curso de Graduação em Farmácia da Uningá; 2. Farmacêutica-Bioquímica, mestre pela Universidade Estadual de Maringá, docente do curso de Graduação em Farmácia da Uningá.

\* Rodovia PR 317, 6114, Parque Industrial 200, Maringá, Paraná, Brasil. CEP 87035-510. [sharizeg@yahoo.com.br](mailto:sharizeg@yahoo.com.br)

Recebido em 26/07/2015. Aceito para publicação em 01/09/2015

### RESUMO

O presente artigo tem como objetivo geral a realização de uma revisão de literatura acerca da corticoterapia no tratamento de pacientes com asma brônquica. A asma brônquica é uma inflamação crônica das vias respiratórias, a qual, quando não tratada adequadamente ocasiona altos índices de comorbidade em seus portadores. Destaca-se no presente artigo os efeitos secundários mais comuns do uso prolongado de glicocorticoides sintéticos, apontando também as vantagens e redução de efeitos secundários do uso da corticoterapia inalatória quando comparada a corticoterapia sistêmica na profilaxia dos sintomas da doença. Este estudo observou uma melhor relação custo/risco/benefício no uso de corticosteroides inalatórios no tratamento profilático da asma, uma vez que há uma redução dos efeitos secundários em relação à administração sistêmica, porém, podendo surgir efeitos indesejáveis em seu uso prolongado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Corticosteroides, asma brônquica, tratamento.

### ABSTRACT

This article has as main objective to conduct a literature review about the corticosteroid therapy in the treatment of patients with bronchial asthma. Asthma is a chronic inflammation of the airways, which when not treated properly causes high rates of comorbidity in their carriers. It highlights in this article the most common side effects of prolonged use of synthetic glucocorticoids, also pointing out the advantages and reduction of side effects of using inhaled corticosteroids compared systemic corticosteroids for the prophylaxis of disease symptoms. This study found a better cost/benefit/risk in the use of inhaled corticosteroids in the prophylactic treatment of asthma, since there is a reduction of side effects compared to systemic administration, however, and there may be side effects in prolonged use.

**KEYWORDS:** Corticosteroids, bronchial asthma, treatment.

### 1. INTRODUÇÃO

Os corticosteroides, produzidos naturalmente pelo organismo, foram identificados por Edward Calvin Kendall e Philip Showalter Hench no início do século XX, o que lhes rendeu o Prêmio Nobel em Fisiologia ou Medicina no ano de 1950<sup>1</sup>. Atualmente, todos os corticosteroides utilizados são obtidos por síntese ou por oxidação microbiológica de esteroides de origem natural, sendo usados amplamente por diversas áreas da medicina como a reumatologia, imunologia, alergologia, dermatologia, dentre outras<sup>2</sup>.

A asma é definida como uma doença inflamatória crônica, a qual desencadeia um quadro de hiperresponsividade brônquica das vias aéreas inferiores, ocasionando sintomas como sibilância, aperto no peito, tosse, dispnéia, principalmente à noite, pela manhã ao despertar ou mediante esforço físico. Ela é colocada como uma doença bastante comum entre as crianças e sua prevalência epidemiológica varia entre regiões ou países<sup>2</sup>.

No tratamento da asma brônquica, os corticosteroides são utilizados por via inalatória e/ou sistêmica, permitindo um controle da sintomatologia e proporcionando melhora na qualidade de vida do paciente<sup>3</sup>.

Ainda não há cura para a asma, no entanto, os tratamentos disponíveis apresentam um controle eficiente da doença. No entanto, os medicamentos utilizados, principalmente os corticosteroides sistêmicos, podem gerar efeitos secundários indesejáveis<sup>4</sup>, resultando em transtornos como distúrbios no humor, no apetite, anormalidade dos índices glicêmicos em pacientes diabéticos, descontrole da pressão arterial, e distúrbios de imunidade<sup>5</sup>.

Mesmo com os avanços farmacológicos, ainda não existem tratamentos curativos para a asma, e sim tratamentos destinados à melhora da qualidade de vida do indivíduo com asma<sup>6</sup>. Nesse sentido, busca-se na literatura existentes meios de tratamento que apresentem melhor risco/benefício, buscando-se nos corticosteroides

inalatórios boa resposta de tratamento com redução dos efeitos secundários apresentados pelos corticosteroides sistêmicos.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Buscando levantar dados sobre o tratamento com corticosteroides inalatórios em pacientes com quadro de asma brônquica, constrói-se o presente artigo, o qual corresponde a uma revisão de literatura, através de uma pesquisa descritiva bibliográfica de levantamento, com abordagem quantitativa. O objetivo geral é fazer uma abordagem do uso de corticosteroides no tratamento e manutenção de pacientes com asma brônquica e nos efeitos secundários gerados por esse tratamento, bem como as vantagens em relação ao uso de corticosteroides sistêmicos, principalmente os de uso oral.

As buscas para o levantamento bibliográfico foram realizadas em bases de dados como Scientific Library online (SCIELO), *National Center for Biotechnology Information* (NCBI), e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-LILACS). Sendo as buscas realizadas através dos indicadores Asma, Tratamento, Corticoide, Corticoterapia, resultando em cento e oitenta artigos, dos quais trinta e um foram utilizados para a construção do presente artigo.

## 3. DESENVOLVIMENTO

### Asma brônquica

A asma brônquica caracteriza-se por uma inflamação crônica das vias respiratórias. Esta enfermidade atinge cerca de 5% da população ocidental adulta e cerca de 10% da população infanto-juvenil<sup>7</sup>. Apesar de ser uma doença que provoca baixo índice de mortalidade em seus portadores, apresenta índices elevados de comorbidade. A principal sintomatologia está ligada a baixa oxigenação, aperto no peito, tosse e secreção, sendo esses episódios geralmente associados à obstrução generalizada, no entanto variável do fluxo pulmonar. As causas da asma estão ligadas a fatores genéticos e ambientais<sup>8</sup>.

O controle da asma pode ser obtido na maioria dos pacientes, dessa forma, os sintomas diurnos e noturnos se tornam incomuns, há baixa frequência no uso de broncodilatadores de alívio, há redução significativa na ocorrência de crises, ausência aos compromissos sociais, como escola e trabalho são reduzidas e a atividade física ocorre com normalidade, assim como a manutenção da função pulmonar. Consequentemente, com o controle da asma é possível se evitar os atendimentos em emergências e as hospitalizações. No entanto, quando esse controle não ocorre a asma pode tornar-se crônica, gerando limitação permanente no fluxo aéreo, desencadeando limitação física e social significativa, podendo ocasionar o óbito do paciente devido a ocorrências mais graves<sup>9</sup>.

A asma é caracterizada por episódios repetitivos de sibilância, dispneia, opressão torácica e tosse, geralmente associados a limitação variável do fluxo de ar, podendo ser reversível de forma espontânea ou mediante tratamento<sup>10</sup>. O diagnóstico da asma é feito com base em informações clínicas, testes de função pulmonar e outros exames específicos, podendo a asma ser classificada em atópica e não atópica<sup>11</sup>.

No caso da asma atópica, o paciente possui histórico familiar da doença e ela está em grande parte dos casos, associada a eczema pulmonar e/ou rinite alérgica, apresentando teste de hipersensibilidade mediada por IgE positivos. Já a asma não tópica apresenta etiologia mais complexa, não tendo relação com alérgenos ou mediação por IgE, sendo incomum a ocorrência de rinite ou eczema associada<sup>11</sup>.

O tratamento da asma se baseia em quatro componentes: emprego de medidas objetivas de avaliação da função pulmonar e da gravidade da asma; controle ambiental, visando eliminar ou evitar fatores desencadeante de crises; tratamento farmacológico em longo prazo, no tratamento e prevenção das inflamações das vias aéreas; e a educação do paciente, de modo a gerar uma parceria entre paciente, família e médico<sup>10</sup>.

Os fatores de risco para desenvolvimento da asma, além da predisposição genética, envolvem também fatores ambientais como exposição à alérgenos inalados como poeira doméstica, fungos, barata. O tabagismo passivo é um importante fator desencadeante da asma, assim como a exposição ao tabaco do feto pelo tabagismo da mãe durante a gravidez. A presença de alergias alimentares também se apresenta como um fator de risco para o desenvolvimento da asma brônquica. As infecções por vírus são as principais desencadeantes dos sintomas de asma durante a infância, pois geram danos ao epitélio respiratório, promovem inflamação e induzem a resposta imune e a hiperresponsividade brônquica<sup>12</sup>.

O tratamento farmacológico da asma é conduzido de forma a considerar episódios de crise ou exacerbação e o tratamento de manutenção, tendo como principal objetivo proporcionar suporte médico-terapêutico, educacional e afetivo que sirvam para que as exacerbações não venham a ocasionar atendimentos em serviços de urgência, internações ou até mesmo óbito do paciente.

### Corticosteroides: mecanismos de ação

Os corticosteroides são produzidos a partir do colesterol pelo córtex da glândula adrenal, eles são hormônios essenciais à manutenção do organismo, agindo sobre o metabolismo de carboidratos, lipídeos, entre outros. Os corticosteroides são divididos em glicocorticoides e mineralocorticoides. A zona glomerulosa, área mais externa das glândulas adrenais, secretam os mineralocorticoides, principalmente a aldosterona, a zona fasciculada, área intermediária, produz o glicocorticoide cortisol e por fim,

a zona reticular que se encarrega da produção dos hormônios sexuais<sup>13</sup>. São utilizados na medicina, em forma sintética como inibidores de reações inflamatórias ou alérgicas, pois promovem a inibição da produção do precursor da maioria dos mediadores de resposta imunológica e inflamatória, como as prostaglandinas e leucotrienos, podendo ser administrados por via oral, parental ou tópica<sup>14</sup>.

Em relação ao mecanismo de ação dos corticosteroides destaca-se que são hormônios esteroides, os quais derivam do metabolismo do colesterol. Sua ação anti-inflamatória se dá devido ao conjunto de alterações nas células que participam do processo inflamatório. Observa-se, após sua administração sistêmica, a diminuição da produção de linfocinas e menocinas inflamatórias, aumento de neutrófilos circulantes e indução de eosinófilos<sup>15</sup>.

O mecanismo de ação dos glicocorticoides ocorre em nível celular através da ligação a receptores de alta afinidade existente no citoplasma (*Glucocorticoid Receptor* – GR) e através da capacidade de translocação nuclear do complexo esteroide-receptor (CG-GR) ligam-se ao DNA cromossômico, desencadeando, ou inibindo a transcrição do gene, por transativação ou transrepressão<sup>16</sup>. Ou seja, o mecanismo de ação fundamental dos glicocorticoides é a transcrição gênica. Na transativação ocorre a ligação a receptores proteicos específicos do glicocorticoide livre, pois, ele atravessa por difusão passiva a membrana celular da célula-alvo e se direciona ao citoplasma, onde se encontram tais receptores. Enquanto na transrepressão os monômeros de moléculas de glicocorticoides e receptores específicos interagem com fatores de transcrição como proteína ativadora 1 (AP-1) e fator nuclear kB (NF-kB) por interação proteína-proteína e promovem efeito inibitório de suas funções<sup>17</sup>.

Aponta-se que *in vitro* e *in vivo* os efeitos dos glicocorticoides podem se evidenciar dentro de trinta minutos, como exemplo, a inibição da liberação de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), porém destacando que a expressão dos efeitos pode durar horas, como a elevação da glicose plasmática, ou dias como a indução da glicose-6-fosfatase<sup>15</sup>.

Com relação ao mecanismo de ação dos mineralocorticoides, cita-se que eles são secretados pela zona glomerulosa do córtex das glândulas adrenais, eles influenciam os eletrólitos dos líquidos extracelulares, atuando principalmente sobre o sódio e o potássio. Se apresentando como essenciais ao equilíbrio eletrolítico do organismo, pois a água acompanha o caminho feito pelo sódio no organismo, através da osmose, atuando sobre a estabilização do volume plasmático e dessa forma tendo forte atuação sobre a pressão arterial. Aponta-se ainda que a aldosterona apresenta efeitos relevantes e diretos sobre o sistema nervoso central e sobre o balanço energético. Da mesma forma que os glicocorticoides alteram

a atividade do hipocampo, contribuindo para adaptações do comportamento em resposta a situações de estresse<sup>18</sup>.

### Efeitos secundários da corticoterapia

Os efeitos secundários da administração de corticosteroides sistêmicos são a obesidade com distribuição peculiar de gordura, favorecendo abdômen, tronco e face, porém poupando as extremidades<sup>19</sup>. Observa-se ainda efeitos sobre os músculos, sobre o tecido conjuntivo, sobre o sistema vascular, sobre os rins, sobre os ossos, sobre as respostas inflamatórias e imunes e sobre o sistema nervoso central<sup>16</sup>.

Com relação aos tecidos muscular, ósseo, vascular e conjuntivo destacam-se sinais de hipercortisolismo como perda de massa óssea (osteoporose), fraturas vertebrais e necrose dos quadris; perda da integridade do tecido conjuntivo, associada a capilares frágeis, hematomas faciais e pele fina através da qual os vasos sanguíneos podem ser vistos, estrias arroxeadas; catabolismo proteico aumentado, que resulta em atrofia e fraqueza dos músculos do tronco e das extremidades, cicatrização pobre e crescimento prejudicado em crianças; metabolismo de carboidratos anormal ou até mesmo diabetes franco; aumento significativo do colesterol, tanto VLDL e LDL; hipertensão; doença cardiovascular<sup>19</sup>. Destaca-se, ainda que o uso prolongado de corticosteroides em crianças pode acarretar atraso no crescimento devido ao efeito direto no esqueleto, na diminuição de absorção de cálcio no intestino e pelo efeito antianabólico e catabólico nas proteínas do tecido periférico<sup>20</sup>.

A síndrome de Cushing é considerada um distúrbio multissistêmicos no qual distúrbios são provocados no organismo devido ao excesso de cortisol, os principais sintomas são geralmente inespecíficos, como, ganho de peso, fadiga, letargia, depressão, alguns sintomas mais característicos são fraqueza muscular proximal, atrofia cutânea, estrias violáceas, rubor facial, fragilidade capilar e acúmulo central de gordura, que ocorre principalmente, na região das fossas supra-claviculares e na região cervical posterior<sup>21</sup>. Quando se prolonga o hipercortisolismo, ou síndrome de Cushing, ocorrem efeitos sobre o Sistema Nervoso Central como insônia, euforia ou depressão; e alterações nas respostas inflamatórias e imunes como cicatrização e resposta a infecções prejudicadas<sup>19</sup>. Aponta-se que as consequências patológicas podem ser produzidas por grandes doses terapêuticas ou longa duração no tratamento com glicocorticoides sintéticos.

A síndrome de Cushing é diagnosticada mediante avaliação clínica e confirmada através de exames laboratoriais, verificando-se a dosagem do principal glicocorticoide da camada fasciculada, o cortisol e a do principal hormônio regulador da função do córtex adrenal, o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH). Ao encontrar um quadro clínico sugestivo de síndrome de Cushing e me-

diante a confirmação por exames laboratoriais do hiper-cortisolismo, os níveis plasmáticos basais de ACTH devem ser determinados para diferenciar as causas ACTH-dependentes das ACTH-independentes<sup>22</sup>.

Aponta-se que para o controle dos níveis de cortisol no organismo o teste que apresenta maior sensibilidade de detecção é a dosagem do cortisol na urina de 24 horas ou o teste de estimulação com o ACTH, pois a medida do cortisol sérico tem baixa sensibilidade<sup>23</sup>.

Com relação aos corticosteroides inalatórios, os efeitos secundários apresentados, geralmente, são locais, principalmente na mucosa perioral, sendo a candidíase oral ou esofágica a mais comum, com ocorrência em cerca de 5% dos pacientes em tratamento prolongado. Pode ainda ocorrer disfonia, tosse frequente, ou raramente, hipertrofia da língua, a qual é revertida com a suspensão da medicação<sup>2</sup>.

A higiene bucal após a utilização dos corticosteroides inalatórios contribui para a redução de incidência de eventos adversos na região bucal, evitando principalmente a candidíase. Porém, é necessária uma correta avaliação clínica considerando a relação entre risco e benefício, para que se consiga alcançar uma menor dose de manutenção a qual deve se mostrar compatível com o melhor nível de controle da doença<sup>24</sup>.

### **Corticoterapia no tratamento da asma brônquica**

Na abordagem clínica considera-se que a asma tanto pode se apresentar de forma leve e apenas em alguns episódios, como também em forma grave, e com sintomas persistentes, o que gera um índice elevado de comorbidade em seus portadores. Nas formas graves recomenda-se o início imediato do uso de corticosteroides sistêmicos. No entanto, quando não se tem um diagnóstico inicial de alterações óbvias na função pulmonar costuma-se prescrever repetidos cursos de medicação beta-2 agonista, o que pode gerar uma consequente deterioração das funções pulmonares pelo fato de o paciente apresentar sintomas compatíveis com a asma durante meses ou anos sem ser medicado corretamente<sup>25</sup>.

Nesse contexto, vários estudos têm fornecido resultados relevantes para o tratamento de asma brônquica, ainda que em sua forma leve, como sendo uma doença basicamente inflamatória, sugerido assim, a utilização de corticosteroides inalatórios cada vez mais precocemente, pois ainda não foi completamente determinada a relação entre inflamação e alterações da função respiratória com a hiperresponsividade brônquica, devido a casos de ocorrência de hiperresponsividade sem a presença de sinais inflamatórios<sup>9</sup>.

Vários estudos apontam para o tratamento de asma brônquica grave através corticoterapia inalatória e sistêmica, necessária ao controle imediato ou profilático da doença, pois, a corticoterapia inalatória é bem estabele-

cida e usada como um meio rápido de redução do quadro sintomático devido à redução da inflamação gerando melhora da função pulmonar em poucos dias ou semanas, resultando também em modificação da hiperresponsividade no decorrer de meses<sup>26</sup>.

O ajuste da dose mínima deve ser periódico e está relacionado a gravidade do quadro apresentado, ressaltando a necessidade de associação de medidas de prevenção de efeitos secundários como a osteoporose, através de uso de bifosfonatos, exercícios físicos regulares e dieta com suplementação cálcica e de vitamina D<sup>14</sup>. Além de tais medidas, recomenda-se a realização regular dos níveis glicêmicos e da pressão arterial, a avaliação de complicações gastrointestinais como o refluxo esofágico, e a avaliação de complicações oftalmológicas<sup>27</sup>.

Ainda que inicialmente os corticosteroides inalatórios tenham sido introduzidos no tratamento da asma como objetivo de redução do emprego de corticoterapia sistêmica, dado seus efeitos colaterais, o uso destes fármacos tem se expandido de forma significativa. Na atualidade, os corticosteroides inalatórios são considerados essenciais ao tratamento de pacientes com sintomas de asma persistentes. E o emprego dessas medicações por via inalatória é reconhecido por manuais de tratamento, os quais são resultado de diversos consensos internacionais, sendo indicada a introdução de tratamento anti-inflamatório em indivíduos que necessitam de uso regular de medicação beta-2-agonista associado ou não a presença de sintomas persistentes<sup>25</sup>.

O uso da corticoterapia inalatória no tratamento da asma brônquica tem sido cada vez mais considerado no manejo e prevenção de asma moderada e persistente apresentando bons resultados<sup>2</sup>. O uso dos corticosteroides inalatórios oferece melhor relação custo/risco/benefício no tratamento profilático da asma persistente, sendo seu uso associado à redução da mortalidade e das hospitalizações por asma. A terapia inalatória com corticosteroides na asma é possibilitada pela introdução de agentes capazes de reunir máxima potência tópica e mínima biodisponibilidade sistêmica, sendo, tais características alcançadas a partir de agentes lipossolúveis de alta afinidade ao receptor e rápida inativação na primeira passagem pelo fígado, após absorção sistêmica. Imediatamente após o uso do corticosteroide inalatório, parte do fármaco se deposita na orofaringe sendo deglutida e absorvida. Dessa forma, a biodisponibilidade sistêmica total resulta da soma das frações absorvidas do pulmão, do trato digestivo e da mucosa oral<sup>23</sup>.

É importante considerar que a supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal pelos corticosteroides tem relação direta com as doses administradas, duração do tratamento, via de administração e formulação do medicamento utilizado. Destaca-se a não existência de efeito supressor considerável na administração de doses de corticosteroide inalatório, de até 1.500 mcg/dia em a-

dultos e de até 400 mcg/dia em crianças, apontando-se que tais dados podem variar quando há combinação de tratamento com outros corticosteroides orais<sup>28</sup>.

É relevante considerar que ao iniciar a substituição dos corticosteroides orais por inalatórios em pacientes em uso crônico, que a suspensão gradual das doses orais deve ser cuidadosa, devido a lenta recuperação adrenal a qual pode se estender até por três anos<sup>29</sup>. Observa-se ainda, que apesar da redução dos efeitos secundários em relação aos corticosteroides sistêmicos, os inalatórios também podem gerar efeitos secundários, principalmente no uso em longo prazo, como interferência no eixo hipófise-suprarrenal, no ganho de peso, metabolização da glicose, na constituição óssea, ocorrência de catarata, adelgaçamento da pele, hipertensão arterial e retardo no crescimento, no entanto, como já citado, a ocorrência desses efeitos é menor se comparada ao uso de corticosteroides sistêmicos<sup>30</sup>.

A administração em cursos rápidos de corticoterapia oral ou parenteral apenas no tratamento das crises agudas e/ou graves de asma passou a ser bem mais frequente. Pois, com a introdução do uso dos corticosteroides inalatórios se possibilitou a redução do uso prolongado de corticosteroides sistêmicos, facilitando a retirada da corticoterapia oral, a qual deve ser feita em duas ou três semanas, para que se evite os efeitos colaterais indesejáveis da supressão da produção do cortisol pelo organismo. Observou-se bons resultados na administração prolongada de corticosteroides inalados como a inibição das fases imediata e tardia da doença, após o desencadeamento com alérgenos, e ainda a diminuição da hiperresponsividade brônquica à histamina e metacolina<sup>31</sup>.

Nesse sentido, os corticosteroides inalatórios correspondem ao tratamento estabelecido e preconizado como droga de primeira linha no tratamento da asma. Seus resultados positivos estão associados a sua alta potência local combinada com baixa biodisponibilidade sistêmica, permitindo a redução de outras drogas principalmente os corticosteroides orais. Diversos estudos clínicos com os corticosteroides inalatórios comparam o uso de baixas doses (400 µg/dia) e altas doses (800 a 2.000 µg/dia) de corticosteroides inalatórios. Alguns estudos de curta duração demonstraram benefício com a utilização de altas doses e outros não, sendo que nos estudos prolongados tem se evidenciado os benefícios dos corticosteroides inalatórios<sup>30</sup>.

Os principais corticosteroides inalatórios disponíveis no mercado brasileiro e amplamente utilizados no tratamento da asma brônquica são: Dipropionato de beclometasona (Beclosol<sup>®</sup>, Clenil F<sup>®</sup>); Flunisolida (Flunitec<sup>®</sup>); Fluticasona (Flixotide<sup>®</sup>); Budesonida (Pulmocort<sup>®</sup>). Aponta-se que tais fármacos disponíveis no mercado apresentam eficácia semelhante, ou seja, atingem máxima resposta clínica em curvas de relação de dose de medicamento com a resposta do organismo, no entanto, com

doses diferentes pois cada formulação apresenta características farmacológicas próprias, ainda que semelhantes<sup>31</sup>.

Um fator importante que acaba por gerar uma redução na adesão a corticoterapia inalatória, são os eventos adversos que ocorrem principalmente na orofaringe. Tais eventos geralmente incluem garganta seca, pigarros, e sensação constante de sede e com menor frequência também, dor ou desconforto na garganta e disfonia. Aponta-se que cerca de 80% dos pacientes tem a ocorrência de pelo menos um evento adverso relacionado ao uso dos corticosteroides inalatórios. Nesse sentido, se torna relevante a boa orientação do paciente quanto à necessidade de dar continuidade ao tratamento, uma vez que mediante o abandono a morbidade e a gravidade da asma são elevadas<sup>22</sup>.

#### 4. CONCLUSÃO

Apesar de ainda não ter sido descoberta a cura para a asma brônquica, medidas profiláticas e tratamentos farmacológicos colaboram para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e na redução da comorbidade ocasionada por tal doença. Aponta-se o uso eficaz de corticosteroides sintéticos, sistêmicos e inalatórios, no tratamento da asma, tanto em casos agudos quanto crônicos. No entanto, observou-se diversos efeitos secundários que podem ser desencadeados pelo excesso de cortisol em decorrência desses tratamentos.

Este estudo apontou uma melhor relação custo/risco/benefício no uso de corticosteroides inalatórios no tratamento profilático da asma, uma vez que há uma redução dos efeitos secundários em relação a administração sistêmica, porém, podendo surgir tais efeitos em seu uso prolongado. Assim é necessária a correta orientação dos pacientes para que haja uma maior adesão do tratamento, uma vez que, a presença de eventos adversos como, sensação de sede, garganta seca e pigarros podem levar ao abandono do tratamento, o que contribui para o aumento da comorbidade gerada pela asma brônquica.

Destaca-se como principal dificuldade encontrada na elaboração do presente estudo, a pouca existência de estudos clínicos e de caso abordando os efeitos secundários do uso prolongado ou em altas doses de corticosteroides inalatórios. Abrindo-se, assim, precedentes para pesquisas mais aprofundadas nessa área.

#### REFERÊNCIAS

- [1] Herder WW. Heroes in endocrinology: Nobel Prizes. *Endocr Connect.* 2014 Sep; 3(3):R94-R104. doi: 10.1530/EC-14-0070.
- [2] Arend E, Fische, GB, Mocelin H, Medeiros L. Corticóide inalatório: efeitos no crescimento e na supressão adrenal. *J. bras. pneumol.* [online]. 2005; 31(4):341-9. ISSN 1806-3756

- [3] Meireles CG, Lima JTS, Spósito PA. Tratamento medicamentoso da asma em crianças e suas principais reações adversas. *Rev. Bras. Farm. Ed.* 2013; 94(2):102-8.
- [4] Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- [5] Brunton LL, Lazo JS, Parker KL. *As bases Farmacológicas da terapêutica.* 10.ed. Rio de Janeiro: Editora McGrawhill. 2007.
- [6] Korta M J, Valverde M J, Praena CM, FIGUEROLA MJ, Rodríguez FCR, Rueda E S. Therapeutic education in asthma management [Article in Spanish]. *An Pediatr (Barc).* 2007; 66(5):496-517.
- [7] Fasciglione MP, Castaneiras CE. El componente educativo en el abordaje integral del asma bronquial. *J. bras. pneumol.*, São Paulo. 2010; 36(2):252-9.
- [8] Gina- Global Initiative For Asthma . Bethesda: National Heart, Lung and Blood Institute. National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services; 2008 [cited 2008 Nov 26]. Estrategia Global para la Prevención y Manejo del Asma. 2006.
- [9] Bacharier LB, Strunk RC, Mauger D, White D, Lemanske RF., Sorkness CA. Classifying Asthma Severity in Children. *American journal of respiratory and critical care medicine.* 2004; 170.
- [10] Leite M, *et al.* Avaliação do questionário de controle da asma validado para uso no Brasil. *J. bras. pneumol.* [online]. 2008; 34(10):756-63. ISSN 1806-3756.
- [11] Vianna EO. Asma brônquica: o presente e o futuro. *Medicina, Ribeirão Preto, abr./jun.* 1998. 31:229-40.
- [12] Alvim CG; Andrade CR. Asma na criança e no adolescente: diagnóstico, classificação e tratamento. Grupo de Pneumologia Pediátrica do Departamento de Pediatria da FM/UFGM 2013.
- [13] Bavaresco L; Bernardi A; Battastini AMO. Glicocorticóides: usos clássicos e emprego no tratamento do câncer. *Infarma.* 2005; 17(7/9).
- [14] Faria E. Opções terapêuticas na Asma grave. *Rev. bras. alerg. imunopatol.* 2006; 29(6):06/29-06/256.
- [15] Fernandes AM; Valera FCP; Anselmo-Lima WT. Mecanismos de ação dos corticosteróides na polipose rinossinusal. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2008; 74(2):0034-7299.
- [16] Benson M. Pathophysiological effects of glucocorticoids on nasal polyps: an update. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2005; 5:31-5.
- [17] Schimmer BP, Parker KL. Hormônio adrenocoticotrófico; esteróides adrenocorticais e seus análogos sintéticos; inibidores da síntese e das ações dos hormônios adrenocorticais hormonais. In: Goodman & Gilman's. (eds): *As Bases Farmacológicas da Terapêutica*, 11ª ed, 2010; 1433-57.
- [18] Fernandes-Rosa FL, Antonini SRR. Resistência aos Mineralocorticóides: Pseudo-hipoaldosteronismo Tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2007;51/3
- [19] Genuth SM. Supra-renais. In: BERNE, R. M., LEVY, M. N. *Fisiologia.* 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000; 51: 877-95.
- [20] Valente O, Atallah AN. Efeitos Metabólicos e Manuseio Clínico de Corticosteróides. In: Prado, F C; Valle, J R; Ramos, J A. (orgs.). *Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento.* São Paulo; Artes Médicas; 2012; 1454:1710-12.
- [21] Rollin GAFS. Diagnóstico diferencial da Doença de Cushing ou Pseudo-Cushing. (Tese de Doutorado). Orientador CZEPIELEWSKI, MA. UFRGS, Porto Alegre, 2008.
- [22] Castro M, Moreira AC. Diagnóstico Laboratorial da Síndrome de Cushing. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2002; 46(1).
- [23] SBPT- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia- III Consenso Brasileiro No Manejo Da Asma. Capítulo III - tratamento. *J. Pneumologia* [online]. 2002; 28(suppl.1):9-21. ISSN 1678-4642.
- [24] Pinto CR; Almeida NR; Marques TS; Yamamura LLL; Costa LA; Souza-Machado A. Eventos adversos locais associados ao uso de corticosteróides inalatórios em pacientes com asma moderada ou grave. *Jornal Brasileiro de Pneumologia.* 2013; 39(4).
- [25] Sano, F; Solé D, Naspitz CK. Intervenção precoce com corticoterapia inalatória no tratamento da asma. *Rev. bras. alerg. imunopatol.* 2000; 23(3):124-9.
- [26] Alvim C, Nunes S, Fernandes S, Camargos P, Fontes MJ. Corticoide oral e inalatório para tratamento de sibilância no primeiro ano de vida. *J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre.* 2011; 87(4):314-18.
- [27] Corrigan CJ, Shiner RJ, Shakur BH, Ind PW. Methotrexate therapy of oral corticosteroid-dependent asthmatics reduces serum immunoglobulins: correlation with clinical response to therapy. *Clin Exp Allergy.* 2005; 35:579-84
- [28] Lipworth RJ. Systemic adverse effects of inhaled corticosteroid therapy: a systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 1999; 10:941-55
- [29] Cumming RG, Mitchell DJ, Leedsee SR. Use de inhaled corticosteroids and risk of cataracts. *N Engl J Med* 1997; 337:8-140.
- [30] Arend E. Efeitos do corticosteroide inalatório no crescimento e peso de crianças asmáticas. Dissertação de Mestrado. UFRGS: Porto Alegre- RS. 2005
- [31] Chong-Neto HJ, Rosário CS, Rosário NA. Corticosteróides intranasais. *Rev. bras. alerg. imunopatol.* 2010; 33(2).



# ALCALOIDES COMO AGENTES ANTITUMORAIS: CONSIDERAÇÕES QUÍMICAS E BIOLÓGICAS

## ALKALOIDS AS ANTITUMOR AGENTS: CHEMICAL AND BIOLOGICAL CONSIDERATIONS

JOÃO PAULO MARQUES<sup>1</sup>, GISELY CRISTINY LOPES<sup>2\*</sup>

1. Acadêmico do curso de graduação em Farmácia da Faculdade Ingá; 2. Farmacêutica, Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Estadual de Maringá, Docente do Curso de Graduação em Farmácia da Faculdade Ingá.

\*Faculdade Ingá, Rodovia PR 317, 6114, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87035-510. [prof.giselylopes@uninga.edu.br](mailto:prof.giselylopes@uninga.edu.br)

Recebido em 26/08/2015. Aceito para publicação em 01/09/2015

### RESUMO

A atividade farmacológica dos alcaloides se confunde com a própria história do homem. Ao longo dos anos acumularam-se muitos conhecimentos sobre esses compostos, principalmente através de tentativa e erro, superstição, religião e por fim, métodos científicos modernos, como por exemplo, o isolamento de alcaloides com atividade antineoplásica. Objetivou-se realizar uma avaliação sistemática dos alcaloides que são abordados farmacologicamente na clínica médica como agentes antineoplásicos. Observamos que a utilização de agentes antineoplásicos está entre as medidas terapêuticas mais adotadas para o controle e tratamento do câncer, sendo as plantas medicinais consideradas promissoras como fonte de substâncias que podem ser utilizadas como protótipos na pesquisa de novos fármacos com atividade antineoplásica. Dentre os compostos em evidência, destacamos os alcaloides: inibidores mitóticos, inibidores da desmontagem de microtúbulos e inibidores da topoisomerase I. Muitos dos alcaloides descritos estão em uso na clínica médica, porém destacamos a importância da pesquisa e desenvolvimento de novos compostos bem como a modelagem molecular de compostos já conhecidos previamente, a fim de reduzir a toxicidade e minimizar os efeitos colaterais dos agentes antineoplásicos, possibilitando o avanço desta classe terapêutica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Câncer, antineoplásicos, alcaloides.

### ABSTRACT

The pharmacological activity of alkaloids is intertwined with the man's history. Along the years have amassed a lot of knowledge about this compounds, especially through the trial and error, superstition, religion and finally, modern scientific methods, such as the isolation alkaloids with antineoplastic activity. The objective was to provide a systematic assessment of the alkaloids that are pharmacologically discussed in the medical clinic as anticancer agents. We observed that the use of anticancer agents are among the most therapeutic measures taken for the control and treatment of cancer, and medicinal plants considered as a source of promising substances which may be used as research prototypes of new drugs with antineoplastic activity. Among the compounds in evidence, we highlight the alkaloids: mitotic inhibitors, microtubule dis-

sembly inhibitors and topoisomerase inhibitors I. Many of the alkaloids are described in use in clinical medicine, but we emphasize the importance of research and development of new compounds and modeling molecular compounds already known in advance in order to reduce toxicity and side effects of known antineoplastic agents, permitting the advancement of the class therapeutic.

**KEYWORDS:** Neoplasms, antineoplastic agents, alkaloids.

### 1. INTRODUÇÃO

Atualmente várias plantas medicinais tiveram suas propriedades farmacológicas avaliadas e comprovadas cientificamente, dados estes que corroboraram o uso popular e estimularam o interesse no estudo de drogas vegetais como fonte de novos medicamentos fitoterápicos e/ou fármacos<sup>1,2</sup>.

A importância e o potencial químico dos produtos de origem natural tem sido destaque nos últimos anos, principalmente, considerando o fato de que cerca de 50% dos medicamentos utilizados na clínica médica para o tratamento de neoplasias, em todo o mundo, são oriundos de produtos naturais ou de seus derivados semi-sintéticos<sup>3</sup>. No entanto, o potencial dos produtos naturais tem sido pouco explorado, sendo que entre as 250 a 350 mil espécies de plantas existentes no mundo, somente cerca de 15% foram investigadas quimicamente, e apenas 6%, biologicamente<sup>4</sup>.

No Brasil, a biodiversidade é inestimável, sendo as plantas superiores fontes importantes para obtenção de novos recursos terapêuticos. A flora brasileira possui enorme potencial para o desenvolvimento da ciência e tecnologia, e nos últimos anos, destacou-se pela grande quantidade de artigos publicados em revistas científicas na área de produtos naturais, comparando-se aos países da América Latina<sup>5</sup>.

Entre as principais substâncias extraídas das plantas, os alcaloides são umas das classes mais pesquisadas do ponto de vista químico e biológico, devido a sua atividade antitumoral<sup>6</sup>. De acordo com Pelletier<sup>7</sup>, alcaloides

são compostos orgânicos cíclicos contendo nitrogênio em um estado de oxidação negativo e de distribuição limitada entre os seres vivos. Estima-se que esta classe abranja mais de 4000 compostos, que correspondem a cerca de 15% a 20% dos produtos naturais conhecidos e que está dividida em diferentes grupos, tropânico, quinolínic, piperidínico, entre outros. Tendo como destaque o grupo dos alcaloides indólicos, devido à sua grande diversidade em termos de estrutura e de propriedades farmacológicas, principalmente antineoplásicas<sup>8,9</sup>.

A utilização de agentes antineoplásicos está entre as medidas terapêuticas mais adotadas para o controle e tratamento do câncer, entretanto seus resultados são limitados e apresentam muitos efeitos colaterais indesejáveis<sup>10</sup>. Dessa forma, o desenvolvimento de novos fármacos para o controle e tratamento dessa doença é desejável. Nesse sentido, os alcaloides são considerados substâncias bastante promissoras, uma vez que têm sido importantes fontes de substâncias que podem ser utilizadas como protótipos na pesquisa de novos fármacos com atividade antitumoral.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado levantamento de dados por meio de pesquisa bibliográfica em artigos nacionais e internacionais obtidos das bases de dados BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde), PUBMED (Us National Library of Medicine), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library), através de uma análise interpretativa sobre o uso de alcaloides que são empregados farmacologicamente na clínica médica como agentes antitumorais, bem como, o desenvolvimento de um referencial teórico sobre o assunto.

## 3. DESENVOLVIMENTO

### Referencial teórico

O câncer é uma das doenças que mais assustam a sociedade desde a antiguidade, pois é uma enfermidade que na maioria das vezes não tem cura, levando a pessoa a óbito. Atualmente, a comunidade científica define o câncer como uma neoplasia maligna, ou seja, mutações em um ou mais dos vastos arranjos de genes que regulam o crescimento e a morte das células<sup>11</sup>. O que distingue as mutações oncogênicas das outras é que por sua natureza elas permitem que uma célula mutante se desenvolva em uma doença que ameaça a vida. Portanto, o câncer é caracterizado pelo crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos, podendo migrar para outras regiões do corpo, as chamadas metástases. Essas células dividem-se rapidamente, tendendo a ser muito agressivas e de crescimento incontrolável, o que determina a instalação de neoplasias malignas<sup>10</sup>.

A multiplicação excessiva de células induz o organismo a produzir uma quantidade maior de vasos sanguíneos para fornecer água e nutrientes para essas células. O armazenamento dessas células no organismo produz tumores malignos que podem migrar e invadir tecidos, chegando na maioria das vezes em vasos sanguíneos ou linfáticos, onde se disseminam<sup>10,11</sup>.

De acordo com as expectativas do projeto Globocan 2012, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer, IARC (Internacional Agency for Research on Cancer), e da Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2012 houve um aumento de 14,1 milhões dos casos de câncer, sendo que 8,2 milhões resultaram em morte em todo o mundo<sup>12</sup>. A quantidade de casos relacionados ao câncer em países desenvolvidos continua crescendo e aumentando mais do que em países em desenvolvimento, devido à falta de medidas preventivas. Estima-se que em 2030 a quantidade de novos casos de câncer será de 21,4 milhões, tendo 13,2 milhões de mortes relacionadas, devido ao envelhecimento da população<sup>13,14</sup>.

No Brasil, o câncer representa a segunda maior causa de óbito entre a população<sup>15</sup>. O número de casos é crescente, passando de 2,24/100 mil habitantes em 1970 para 11,52 /100.000 habitantes em 2010<sup>13</sup>.

De acordo com a OMS, em 2008, cerca de 7,9 milhões de pessoas morreram em decorrência do câncer e aproximadamente 72% dessas mortes por câncer ocorreram em países de baixa e média renda<sup>12</sup>. Estimativas preveem que esse número deverá aumentar para 12 milhões até 2030. No Brasil, segundo Instituto Nacional de Câncer (INCA), as estimativas para o ano de 2014 apontavam para uma ocorrência de aproximadamente 493 mil casos de câncer diagnosticados<sup>15</sup>.

Em relação ao tipo de câncer, o de maior incidência é o de pele do tipo não-melanoma. Esse mesmo instituto apontou para 98.420 casos novos de câncer de pele não melanoma nos homens e 83.710 nas mulheres no Brasil, em 2014. Esses valores correspondem a um risco estimado de 100,75 casos novos a cada 100 mil homens e 82,24 a cada 100 mil mulheres<sup>14</sup>.

O câncer de pele não melanoma é o mais incidente em homens nas regiões Sul (159,51/ 100 mil), Sudeste (133,48/ 100 mil) e Centro-Oeste (110,94/ 100 mil). Nas regiões Nordeste (40,37/ 100 mil) e Norte (28,34/ 100 mil), encontram-se na segunda posição. Nas mulheres, é o mais frequente em todas as regiões, com um risco estimado de 112,28/ 100 mil no Sudeste, 99,31/ 100 mil no Centro-Oeste, 86,03/ 100 mil no Sul, 46,68/ 100 mil no Nordeste e 24,73/ 100 mil no Norte<sup>14,15</sup>.

Considerada uma doença rara, o câncer infanto-juvenil (crianças e adolescentes entre zero e 19 anos) corresponde a entre 1% e 3% de todos os tumores malignos na maioria das populações. Apresenta características histopatológicas próprias. No Brasil, em 2011, ocorreram 2.812 óbitos por câncer em crianças e adoles-

centes (de 0 a 19 anos). As neoplasias ocupam a segunda posição (7%) de óbitos nessa faixa etária em 2011, perdendo somente para óbitos por causas externas, configurando-se como uma das doenças que mais mata<sup>16</sup>.

Sabe-se que mais de 50% dos casos de câncer ocorrem com a participação de hábitos nocivos, tais como tabagismo, sedentarismo, contatos com carcinógenos ambientais, alimentação inadequada contendo excesso de nitrosaminas, de gordura animal, corantes e conservantes<sup>17</sup>. Estima-se que, se o número de fumantes no mundo fosse reduzido em 30% mais vidas seriam salvas do que se conseguiu com a somatória de todos os avanços da oncologia dos últimos 10 anos<sup>16</sup>. Conscientização da população, através da mídia, além da facilitação do acesso de fumantes a ambulatórios específicos para a cessação do tabagismo, com orientações e medicações apropriadas sem custo, constituem medidas eficazes a serem tomadas. Outra medida, de caráter governamental, seria a exemplo da França, o aumento do preço do maço de cigarros decorrente de maior cobrança de impostos que poderiam ser revertidos para propaganda antitabagista e para pesquisas voltadas para o combate ao câncer<sup>18</sup>.

Vários tipos de câncer podem ser evitados através da não exposição a fatores determinantes. A detecção precoce das células malignas, ou seja, a sua identificação na fase inicial, promove um tratamento melhor, tendo assim uma chance maior de cura<sup>19</sup>.

A semelhança entre as células cancerígenas e as células normais do organismo cria um enorme desafio para o tratamento de neoplasias e principalmente a distinção entre esses dois tipos de células<sup>10</sup>. O diagnóstico e tratamento dos diferentes tipos de câncer, em todas as idades, sofreram expressivos avanços nos últimos 20 anos. Modernos métodos de imagem, análises bioquímicas e métodos de biologia molecular têm permitido o diagnóstico apurado, acompanhamento adequado e avaliação do prognóstico dos pacientes. O diagnóstico precoce aliado aos atuais métodos terapêuticos (radioterapia, quimioterapia, cirurgia e transplantes de medula óssea) têm permitido índices de sobrevida progressivamente maiores em casos considerados incuráveis até pouco tempo. Ressalte-se também a importância do constante surgimento de medicamentos quimioterápicos mais eficazes e o emprego do esquema combinado de drogas<sup>11,17,19</sup>.

Recentemente tem-se utilizado o tratamento através da fotorradiação com derivados hematoporfínicos (HTP) e a imunoterapia, sendo que o objetivo desses procedimentos é acabar com o câncer, mais sempre fazendo a terapia combinada, onde se junta mais de um tipo de tratamento<sup>10</sup>. A destruição das células neoplásicas é muito difícil, pois essas se dividem com uma velocidade muito maior em relação às células normais. A adequação a estilos de vida mais saudáveis, como uma alimentação balanceada e a prática constante de atividade

física, permite um controle maior dos cânceres de mama, próstata, intestino e outros. São importantes adoções em países como o Brasil, que se encontra em transição econômica, aumentando o ônus do câncer observado em países com economias desenvolvidas<sup>19</sup>.

A utilização de agentes antineoplásicos está entre as medidas terapêuticas mais adotadas para o controle e tratamento do câncer, entretanto seus resultados são limitados e apresentam muitos efeitos colaterais. Dessa forma, o desenvolvimento de novos fármacos para o controle e tratamento dessa doença é uma das situações que mais estimula a ciência atualmente. Nesse sentido, as plantas medicinais são consideradas promissoras, uma vez que têm sido importante fonte de substâncias que podem ser utilizadas como protótipos na pesquisa de novos fármacos com atividade antineoplásicas<sup>6</sup>.

## Alcaloides utilizados como agentes antitumorais

### Inibidores Mitóticos

*Catharanthus roseus* (L.) G. Don, conhecida também como Vinca, possui compostos que são capazes de estimular a despolarização dos microtúbulos, ligando-se as -tubulinas impedindo a polimerização<sup>20</sup>. Os compostos que representam esta classe são a vimblastina e vincristina (figura 1), isolados das folhas da espécie *C. roseus*<sup>21</sup>. Muitas das substâncias provindas da Vinca com ação antimitótica possuem estrutura dímera assimétrica e mudanças mínimas na sua estrutura estão relacionadas com a toxicidade e às atividades anticancerígenas descritas<sup>22</sup>.

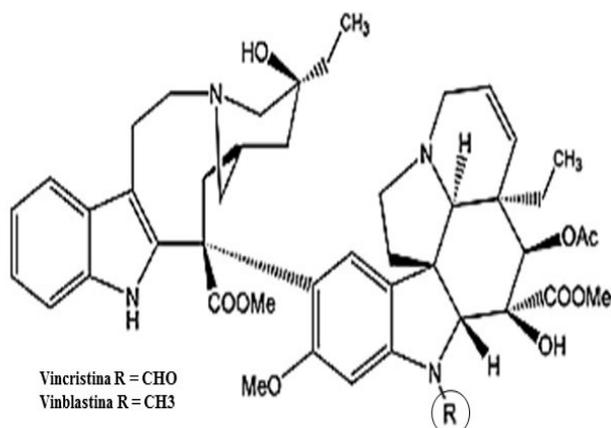
A vimblastina liga as -unidades de tubulinas em sítios específicos para determinados alcaloides, sendo que a ligação é rápida e reversível, estimulando mudanças na conformação da tubulina e tornando mais difícil a associação com moléculas parecidas. Esta ligação pode ser realizada diretamente nos microtúbulos através da extremidade terminal positiva, sendo que apenas duas moléculas de vimblastina em cada unidade podem desestabilizar 50% dos microtúbulos, não necessariamente, causando a despolarização e mielossupressão reversível<sup>23,24</sup>.

A vincristina possui atividade anticancerígena e toxicidade diferente da vimblastina, mesmo tendo características químicas similares. A diferença ocorre na estrutura do N-substituinte da unidade di-hidroindólica. É utilizada em terapias combinadas para leucemias infantis e linfomas. A neurotoxicidade e a neutropenia continuam sendo o efeito colateral principal e a toxicidade dose limitante desta substância<sup>10</sup>.

Numa estratégia de aproveitar melhor os compostos oriundos da *C. roseus*, processos biotecnológicos referentes ao metabolismo secundário, foram usados na tentativa de se obter novas moléculas com maior atividade

farmacológica e poucos efeitos colaterais<sup>25</sup>. A vinorelbina ou nor-5'-anidrovimblastina (Navelbina®), derivado semissintético da vinca, possui ampla atividade anticancerígena, usada no câncer de mama e carcinoma de pulmão<sup>26</sup>. Em relação a outros alcaloides da vinca, vinorelbina é mais efetivo e menos neurotóxico<sup>27</sup>. É um composto bastante lipofílico que tem facilidade em ser distribuído para tecidos periféricos do organismo<sup>28</sup>.

A vindesina ou sulfato de 4-desacetilvimblastinamida (Eldisina®), derivado semissintético da vimblastina. É utilizado para o câncer de mama, melanoma, adenocarcinoma de pulmão e distúrbios hematológicos, sendo que muitos destes são resistentes à vincristina. Esta bloqueia a mitose de forma dose-dependente e se torna reversível quando esta mesma substância é retirada do organismo<sup>29</sup>.

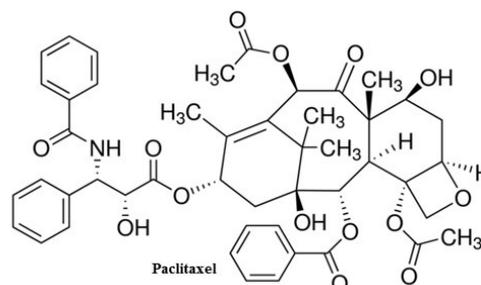


**Figura 1.** Estrutura das moléculas de vincristina e vimblastina, extraída da espécie *Catharanthus roseus*, conhecida popularmente como Vinca rosa.

### Inibidores da desmontagem dos microtúbulos

O paclitaxel (figura 2) é um triterpeno poliidroxilado obtido a partir de *Taxus brevifolia*, uma árvore do Pacífico<sup>30</sup>, que obteve resultados positivos contra uma grande variedade de tumores em concentrações nano molares,

como o tumor de mama e ovário<sup>10</sup>. Os taxanos, possuem mecanismo citotóxico, conectando-se especificamente e reversivelmente a subunidade da tubulina e estimulando a sua polimerização, fazendo com que ocorra a estabilização dos microtúbulos. Esta estabilização bloqueia o ciclo da célula, ou seja, na fase G<sub>2</sub>/M impedindo a ocorrência de mitose celular<sup>10,31,32</sup>. O paclitaxel foi comercializado pela empresa americana Bristol-Meyer Squibb através do nome de Taxol, na década de 90, e hoje em dia é vendido em mais de 60 países. O sucesso em relação aos tipos de tumores sólidos foi devido a sua capacidade de inibir a despolarização da tubulina. Este sucesso todo trouxe inúmeros derivados, sendo estes produzidos no laboratório com o objetivo de achar seus grupos farmacofóricos (grupo responsável pela atividade farmacológica), obtendo uma relação estrutura-atividade capaz de identificar substâncias mais potentes<sup>33,34</sup>. Seus derivados têm sido utilizados clinicamente em: transplante de órgãos, doenças neurodegenerativas como o Alzheimer e doenças autoimunes como a artrite reumatoide, tendo além de atividade oncológica as atividades imunológicas, por induzem genes e proteínas pró-inflamatórias<sup>35,36</sup>.



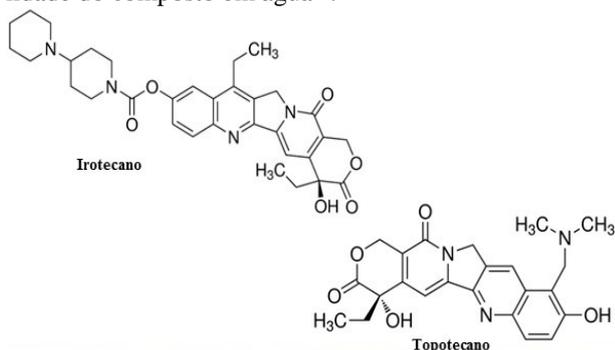
**Figura 6.** Estrutura da molécula de paclitaxel, obtida a partir das cascas de *Taxus brevifolia*.

### Inibidor da topoisomerase I (TOP I)

Inibidores de topoisomerasas agem principalmente na etapa intermediária da clivagem do DNA em que a fita permanece clivada por períodos de tempo praticamente indetectáveis. Grandes quantidades de TOP1cc favorecem modificações no DNA e apoptose. Durante a

religação do TOP1cc ocorre ataque nucleofílico na ligação fosfodiéster-DNA-tirosil pelo final da fita de DNA livre, 5'-hidroxil-DNA<sup>10</sup>. A camptotecina, alcaloide extraído da *Camptotheca acuminata* Decne. (Cornaceae), apesar de apresentar resultados promissões nos estudos pré-clínicos realizados em 1970<sup>37</sup>, apresentou baixa atividade anticancerígena e toxicidade para os rins em ensaios clínicos preliminares. Sua ineficiência *in vivo* foi atribuída à instabilidade do anel -hidroxi- -lactônico em pH neutro e no pH ácido da urina a molécula ativa era reestruturada causando danos renais tubulares<sup>38</sup>. No entanto, estudos subsequentes, tendo como protótipo a camptotecina, culminaram em 1996, com a síntese do análogo irinotecano, e posteriormente o topotecano (figura 3), que são inibidores da TOP I, aprovados pelo FDA para o tratamento de câncer de cólon, e mais tarde para o de pulmão e ovário<sup>39-41</sup>.

A camptotecina e seus análogos, possuem algumas limitações de seu uso, principalmente a leucopenia, o que limita a dose ser administrada e a eficácia dos mesmos<sup>42</sup>. Irinotecano produz sérios efeitos colaterais e requer monitoramento de uso. A toxicidade está relacionada à dose, sendo frequentemente observados quadros de neutropenia severa<sup>42,43</sup> que pode ser atribuída ao grupamento bis-piperidina, responsável pela maior solubilidade do composto em água<sup>44</sup>.



**Figura 3.** Estrutura das moléculas de irinotecano e topotecano, derivados da camptotecina, obtida a partir da espécie vegetal *Camptotheca acuminata* Decne. (Cornaceae).

## 4. CONCLUSÃO

O câncer é uma patologia não contagiosa, que pode ser definida como um grupo de mais de 100 doenças que se caracterizam pelo crescimento descontrolado de células que perderam a identidade celular. A literatura relata o uso de produtos de origem natural, ou obtidos por semi-sintética para o tratamento dos mais diversos tipos de neoplásica.

A biodiversidade, nas últimas décadas, vem sendo bioprospectada para o desenvolvimento de novos fármacos cada vez mais seguros e efetivos na luta contra o câncer, e que possam atuar de maneira mais seletiva, com menores efeitos colaterais. Este contexto, destacamos a importância, e eficiência dos alcaloides utilizados clinicamente como agentes antitumorais. Além disso, salientamos o interesse da comunidade científica na modelagem molecular, a partir de protótipos naturais, que buscam reduzir a toxicidade e efeitos colaterais, possibilitando o desenvolvimento de novos fármacos e ampliação do arsenal terapêutico.

## REFERÊNCIAS

- [1] Alvim NAT, M. d. A. Ferreira, et al. (2006). "The use of medicinal plants as a therapeutical resource: from the influences of the professional formation to the ethical and legal implications of its applicability as an extension of nursing care practice." *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 14: 316-323.
- [2] Turolla M. S. d. R. and E. d. S. Nascimento (2006). "Informações toxicológicas de alguns fitoterápicos utilizados no Brasil." *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas* 42: 289-306.
- [3] Mann J. (2002). "Natural products in cancer chemotherapy: past, present and future." *Nat Rev Cancer* 2(2): 143-148.
- [4] Gurib-Fakim A. (2006). "Medicinal plants: traditions of yesterday and drugs of tomorrow." *Mol Aspects Med* 27(1): 1-93.
- [5] Calixto JB. (2005). "Twenty-five years of research on medicinal plants in Latin America: a personal view." *J Ethnopharmacol* 100(1-2): 131-134.
- [6] Brandão HN, J. P. David, et al. (2010). "Química e farmacologia de quimioterápicos antineoplásicos derivados de plantas." *Química Nova* 33: 1359-1369.
- [7] Qiu S, H. Sun, et al. (2014). "Natural alkaloids: basic aspects, biological roles, and future perspectives." *Chin J Nat Med* 12(6): 401-406.
- [7] Pelletier SW. *Alkaloids: Chemical and Biological Perspectives*. Volume 15, New York: USA, Wiley. Pages 1-635, 2001.
- [8] Verpoorte R. (1986). "Methods for the Structure Elucidation of Alkaloids." *Journal of Natural Products* 49(1): 1-25.
- [9] Cordell GA, M. L. Quinn-Beattie, et al. (2001). "The potential of alkaloids in drug discovery." *Phyther Res* 15(3): 183-205.
- [10] Almeida VL. d., A. Leitão, et al. (2005). "Câncer e agentes antineoplásicos ciclo-celular específicos e ciclo-celular não específicos que interagem com o DNA: uma introdução." *Química Nova* 28: 118-129.

- [11] Guerra MR, Gallo CVM, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev Bras Cancerol* 2005; 51(3): 227-34.
- [12] Ferlay J, Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D. M., Forman, D. and Bray, F. (2015), Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int. J. Cancer*, 136: E359–E386.
- [13] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
- [14] INCA. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: Inca, 2011.118p.
- [15] INCA. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional, vol. IV. Rio de Janeiro: INCA; 2010. 487 p
- [16] Facina T. (2014). Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2014; 60(1): 63
- [17] Menezes AM, B. L. Horta, et al. (2002). "Risco de câncer de pulmão, laringe e esôfago atribuível ao fumo." *Revista de Saúde Pública* 36: 129-134.
- [18] Câncer no Brasil: presente e futuro. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2004, vol.50, n.1, pp. 1-1.
- [19] Pinto M. and M. A. D. Ugá (2011). "Custo do tratamento de pacientes com histórico de tabagismo em hospital especializado em câncer." *Revista de Saúde Pública* 45: 575-582.
- [20] Mohanta B, M. Sudarshan, et al. (2007). "Potential of *Vinca rosea* extracts in modulating trace element profile: a chemopreventive approach." *Biol Trace Elem Res* 117(1-3): 139-151.
- [21] Kumar A, D. Patil, et al. (2013). "Isolation, purification and characterization of vinblastine and vincristine from endophytic fungus *Fusarium oxysporum* isolated from *Catharanthus roseus*." *PLoS One* 8(9).
- [22] Sertel S, Y. Fu, et al. (2011). "Molecular docking and pharmacogenomics of vinca alkaloids and their monomeric precursors, vindoline and catharanthine." *Biochem Pharmacol* 81(6): 723-735.
- [23] Lu Y, S. X. Hou, et al. (2003). "[Advances in the study of vincristine: an anticancer ingredient from *Catharanthus roseus*]." *Zhongguo Zhong Yao Za Zhi* 28(11): 1006-1009.
- [24] Dabydeen DA., G. J. Florence, et al. (2004). "A quantitative evaluation of the effects of inhibitors of tubulin assembly on polymerization induced by discodermolide, epothilone B, and paclitaxel." *Cancer Chemother Pharmacol* 53(5): 397-403.
- [25] Ishikawa H, D. A. Colby, et al. (2009). "Total synthesis of vinblastine, vincristine, related natural products, and key structural analogues." *J Am Chem Soc* 131(13): 4904-4916.
- [26] Gebbia V. and C. Puozzo (2005). "Oral versus intravenous vinorelbine: clinical safety profile." *Expert Opin Drug Saf* 4(5): 915-928.
- [27] Zhang HY., X. Tang, et al. (2008). "A lipid microsphere vehicle for vinorelbine: Stability, safety and pharmacokinetics." *Int J Pharm* 348(1-2): 70-79
- [28] Rabbani-Chadegani A, E. Chamani, et al. (2009). "The effect of vinca alkaloid anticancer drug, vinorelbine, on chromatin and histone proteins in solution." *Eur J Pharmacol* 613(1-3): 34-38.
- [29] Jagetia GC. and S. K. Adiga (1998). "Influence of vindesine exposure on the micronucleus formation and cell survival in V79 cells." *Mutat Res* 421(1): 55-63.
- [30] Hao DC, X.-J. Gu, et al. (2015). 3 - Taxus medicinal resources: a comprehensive study. *Medicinal Plants*. D. C. H.-J. G. G. Xiao, Woodhead Publishing: 97-136.
- [31] Gonzalez-Martin A, E. Alba, et al. (2015). "Nab-Paclitaxel in Metastatic Breast Cancer: Defining the Best Patient Profile." *Curr Cancer Drug Targets* 17: 17
- [32] Khanna C, M. Rosenberg, et al. (2015). "A Review of Paclitaxel and Novel Formulations Including Those Suitable for Use in Dogs." *J Vet Intern Med* 29(4): 1006-1012.
- [33] Cordell GA, M. L. Quinn-Beattie, et al. (2001). "The potential of alkaloids in drug discovery." *Phytother Res* 15(3): 183-205.
- [34] Souza MVN. d. (2004). "Novos produtos naturais capazes de atuar na estabilização de microtúbulos, um importante alvo no combate ao câncer." *Química Nova* 27: 308-312
- [35] Fitzpatrick FA. and R. Wheeler (2003). "The immunopharmacology of paclitaxel (Taxol), docetaxel (Taxotere), and related agents." *Int Immunopharmacol* 3(13-14): 1699-1714.
- [36] Gligorov J. and J. P. Lotz (2004). "Preclinical pharmacology of the taxanes: implications of the differences." *Oncologist* 2: 3-8.
- [37] Lin CS, P. C. Chen, et al. (2014). "Antitumor Effects and Biological Mechanism of Action of the Aqueous Extract of the *Camptotheca acuminata* Fruit in Human Endometrial Carcinoma Cells." *Evid Based Complement Alternat Med* 564810(10): 21.
- [38] Sirikantaramas S, A. Meeprasert, et al. (2015). "Structural insight of DNA topoisomerases I from camptothecin-producing plants revealed by molecular dynamics simulations." *Phytochemistry* 113: 50-56.
- [39] Kim JH, M. Jeong, et al. (2015). "Camptothecin and topotecan inhibit adipocyte differentiation by inducing degradation of PPARgamma." *Biochem Biophys Res Commun* 463(4): 1122-1128.
- [40] Mollica A, A. Stefanucci, et al. (2012). "Delivery methods of camptothecin and its hydrosoluble analogue irinotecan for treatment of colorectal cancer." *Curr Drug Deliv* 9(2): 122-131.
- [41] Basili S. and S. Moro (2009). "Novel camptothecin derivatives as topoisomerase I inhibitors." *Expert Opin Ther Pat* 19(5): 555-574.
- [42] Abigeres D, G. G. Chabot, et al. (1995). "Phase I and pharmacologic studies of the camptothecin analog irinotecan administered every 3 weeks in cancer patients." *J Clin Oncol* 13(1): 210-221.
- [43] Kwekel D, H. J. Guchelaar, et al. (2008). "Clinical and pharmacogenetic factors associated with irinotecan toxicity." *Cancer Treat Rev* 34(7): 656-669.
- [44] Boige V, E. Raymond, et al. (1998). "[Irinotecan: various administration schedules, study of drug combinations, phase I experience]." *Bull Cancer*: 26-32.

# PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES E EFEITOS COLATERAIS PÓS-TRANSPLANTE RENAL

## MAIN COMPLICATIONS AND SIDE EFFECTS POST - KIDNEY TRANSPLANTATION

JULIANA MOURA TIZO<sup>1</sup>; LUCIANA CONCI MACEDO<sup>2\*</sup>

1. Acadêmico do Curso de Graduação em Farmácia da Faculdade Ingá; 2. Doutora em Biociência e Fisiopatologia pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), Docente da Faculdade Ingá

\* Rodovia PR 317, 6114, Parque Industrial 200. Maringá, Paraná. Brasil. CEP: 87035-510. [lucianaconci@gmail.com](mailto:lucianaconci@gmail.com)

Recebido em 24/05/2015. Aceito para publicação em 01/09/2015

### RESUMO

A Insuficiência Renal Crônica ocorre pela perda progressiva dos rins, quase sempre irreversível, e a melhor alternativa é a Terapia Renal substitutiva, que requer por meio de diálise, hemodiálise ou transplante renal. O transplante renal constitui o melhor tratamento, permitindo maior sobrevida do paciente. Apesar de inúmeros benefícios, apresenta várias complicações relacionada a cirurgia, a patologias entre doador e receptor e aos imunossuppressores que são administrados por toda a vida para minimizar as chances de rejeição. A mortalidade ainda é relevante no primeiro ano após o transplante, decorrente de complicações cardiovasculares e infecções, no qual as bacterianas constituem a principal causa de infecção no primeiro mês, após surgem as infecções virais e fúngicas, entre as mais acometidas infecções respiratórias e urinárias, e em seguida ocorrem as infecções virais, em especial por Citomegalovirus. Os imunossuppressores frequentemente são utilizados para doenças auto-imunes e transplante, beneficiando ainda a sobrevida do enxerto a curto prazo e diminuindo os efeitos secundários. Mas apesar de apresentar grandes benefícios, possui muitos efeitos colaterais, como nefrotoxicidade, hipertensão, hiperlipidemia, diabetes mellitus, entre outros. Através de uma revisão bibliográfica, apresentamos as principais complicações em pacientes submetidos ao transplante renal e os efeitos colaterais provenientes de medicamentos imunossuppressores.

**PALAVRAS-CHAVE:** Transplante renal, imunossupressão, complicações pós-transplante, efeitos colaterais.

### ABSTRACT

Diabetes Chronic Renal failure occurs by the progressive loss of kidney function, often irreversible, and the best alternative is the replacement Renal Therapy, which requires dialysis, by means of hemodialysis or kidney transplant. Renal transplantation is the best treatment, greater patient survival. Despite numerous benefits, presents several complications related to surgery, diseases among donor and recipient and the immunosuppressants that are administered for life to minimize the chances of rejection. Mortality is still relevant in the first year after the

transplant, due to cardiovascular complications and infections in which bacterial constitute the main cause of infection in the first month after the viral and fungal infections, among the most suffering respiratory infections and urinary tract, and then occurring viral infections, especially by Cytomegalovirus. Immunosuppressants are often used for autoimmune diseases and transplant, benefiting also the survival short-term graft and decreasing side effects. But despite present great benefits, has many side effects such as Nephrotoxicity, hypertension, Hyperlipidemia, diabetes mellitus, among others. This review, we analyze the main complications in patients undergoing kidney transplant and side effects from medicines immunosuppressants.

**KEYWORDS:** Kidney transplantation, immunosuppression, post-transplant complications, side effects.

### 1. INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos é uma possibilidade de melhorar a qualidade de vida de pessoas no tratamento de várias doenças. A sua incidência tem aumentando gradativamente associado ao envelhecimento da população, retratando a melhor alternativa para o tratamento de doenças crônicas<sup>1</sup>.

A Lei dos Transplantes foi criada em 1997, com objetivo de remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para transplante. Em 30 de junho de 1997, através do Decreto nº 2.268, ocorreu à regulamentação na tentativa de minimizar as injustiças e distorções na destinação destes órgãos. Nesta mesma data e mesmo decreto, foi criado o Sistema Nacional de Transplantes – SNT, com finalidade de aprimorar o processo de captação e disposição de tecidos, órgãos e partes retrogradadas do corpo humano para fins terapêuticos e transplantes<sup>2</sup>.

Segundo o Registro Nacional de Transplantes (RNT) neste primeiro trimestre de 2015 em comparação com os dados de 2014, houve uma redução do número de transplantes, registrando queda de 1,4% de doadores potenci-

ais e 0,8% de doadores efetivos. O transplante renal caiu 7,6%, tendo uma queda de 20,3% de doadores vivos, e 3,4% de doadores falecidos. Cerca de 40% das famílias se recusam a serem doadores de órgãos<sup>3</sup>.

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é caracterizada pela perda progressiva das funções dos rins, que quase sempre é irreversível, e requer a terapia renal substitutiva (TRS) para sobrevida do paciente<sup>4</sup>. A TRS pode ser de três formas, hemodiálise, diálise e transplante renal<sup>5</sup>. Conforme o tipo de transplante e o período de aparecimento, as rejeições podem ser hiperagudas, agudas e crônicas, que levam a um declínio da sobrevida do enxerto.

No entanto, subsistem-se técnicas para compendiar a rejeição pós-operatória, os imunossupressores<sup>6</sup>, que tem a finalidade de modular a resposta imune frente à rejeição de receptores transplantados, tratar doenças inflamatórias e doenças relacionadas à imunossupressão. Eles podem ser usados para suprimir a rejeição de três maneiras, imunossupressão, tolerância e imunostimulação. Pacientes que são submetidos ao transplante de órgãos sólidos, comumente são administrados corticosteróides associado com inibidor de calcineurina (Ciclosporina ou Tacrolimus), ou fármacos antiproliferativos (Azatioprina ou Micofenolato de Mofetil) para tratamento. Existem quatro classes principais de fármacos imunossupressores: glicocorticoides, inibidores de calcineurina, fármacos antiproliferativos e antimetabólicos, e os anticorpos<sup>7</sup>.

Porém, os imunossupressores podem causar vários efeitos colaterais, como nefrotoxicidade, hipertensão, hiperlipidemia, diabetes mellitus, entre outros<sup>8</sup>. Nesta revisão apresentamos as principais complicações em pacientes submetidos ao transplante renal e os efeitos colaterais provenientes de medicamentos imunossupressores.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho foi realizado a partir de revisão de literatura nas bases de dados, Medline, Lilacs, Pubmed, *Scientific Electronic Library Online* e livros da área. Foram selecionados 80 artigos em que 39 foram utilizados para realização do trabalho com as palavras-chave: *kidney transplantation*, transplante renal, imunossupressor, complicações pós-transplante renal.

## 3. DESENVOLVIMENTO

### Histórico

Em 1954 Joseph Murray realizou o primeiro transplante renal em humanos com sucesso entre dois irmãos univitelinos. Murray ganhou o prêmio Nobel de Medicina em 1991<sup>9</sup>. No Brasil esta atividade iniciou-se em 1960 na cidade de Rio de Janeiro e São Paulo, como os dois transplantes renais realizados no país. Nesta época

não havia uma legislação que regulamentasse a retirada de órgãos com finalidade terapêutica e científica. Foi em agosto de 1968, que vigorou a lei nº 5.479 (lei atual nº 8.489 de 1992) e regulamentou esta atividade.

Em 4 de fevereiro de 1997 foi vigorada a Lei do Transplante nº 9.434, com intuito de remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano, com propósito de transplante. E em junho do mesmo ano, o Ministério da Saúde regulamento e fundou o Sistema Nacional de Transplante (SNT) pelo Decreto nº 2.268<sup>10</sup>.

A imunossupressão foi descoberta em 1959, por Schwartz e Damscheck das propriedades da 6-mercaptopurina. Mas foi Sir Roy Caune que utilizou-a pela primeira vez, e desenvolveu um análogo, a Azatioprina. Willard Goodwin *et al.* em 1960, demonstrou a eficácia dos corticosteróides em uma rejeição aguda de transplante renal, que estava sendo tratado com metotrexato e ciclofosfamida. Após, começaram a surgir os anticorpos policlonais, mais tarde os anticorpos monoclonais (OKT3)<sup>9</sup>.

Em 1978, após a descoberta da Ciclosporina, a introdução de novas técnicas operatórias e de medicamentos imunossupressores, teve uma melhora significativa na sobrevida de pacientes transplantados a partir de 1980. Após essa data, a maior parte dos centros de transplantes adotou como método a imunossupressão tripla, associando a ciclosporina com a azatioprina e prednisona. Em 1993, teve a introdução de Tacrolimus, e em 1995 de Micofenolato de Mofetil e mais recentemente de basiliximab, daclizumab, sirolimus, everolimus e FTY720<sup>11</sup>.

### Doença renal crônica (Drc) e transplante renal

O aumento da perspectiva de vida associada ao envelhecimento da população tem contribuído para predominância de morbidades e doenças crônicas, em especial Doença Renal Crônica (DRC)<sup>12</sup>.

A DRC pode ser observada pela queda da filtração glomerular, relacionadas com as funções regulatórias, excretórias e endócrina<sup>13</sup>, sucedendo ao comprometimento de todos órgãos. Quando a filtração glomerular chega a valores extremamente baixos é denominado a falência funcional renal, no qual é o estágio mais avançado de perda funcional progressiva do rins<sup>14</sup> nominado de Insuficiência Renal Crônica Terminal (IRCT), onde a melhor opção é a Terapia Renal Substitutiva TRS para sobrevida do paciente. Os principais fatores que contribuem para esta patologia incluem a hipertensão arterial e o diabetes.

Hoje em dia, o doador do enxerto renal é dividido em três tipos, vivo relacionado (parente), vivo não relacionado (esposo, cunhado, amigo), e cadáver. As vantagens do transplante de um doador vivo são: que ao realizar o transplante leve menor tempo, baixo índice de morbidade e melhora da qualidade de vida do receptor. As desvantagens são relacionadas ao doador, visto que este

encontra-se saudável e sem agravantes, e o emocional para doação<sup>12</sup>.

### Complicações pós – transplante renal

Ao realizar assistência ao paciente transplantado verifica-se que alguns indivíduos progridem com sucesso e celeridade e outras manifestam complicações<sup>12</sup>. Existem diversos tipos de complicações, entre as mais comuns: disfunção inicial do enxerto, rejeições, infecções bacterianas, virais e fúngicas; as metabólicas (dislipidemias, diabetes mellitus) as cardiovasculares (hipertensão arterial) e as ósseas<sup>15</sup>.

Os imunossupressores são essenciais para tratamento efetivo pós-transplante ou em caso de rejeições, geralmente em maior dose, vencida a crise, a dose é reduzida em conjunto com efeitos colaterais manifestados<sup>16</sup>.

### Tipos de Rejeição

Em transplantes alogênicos (doador e receptor geneticamente distintos), pode ocorrer complicações como a rejeição dos órgãos sólidos, sendo classificado em hiperagudas, agudas e crônicas (Tabela I).

**Tabela 1.** Classificação dos tipos de Rejeição de Transplante Renal

Tipo	Tempo de Ocorrência após Transplante	Manifestações Clínicas
Hiperaguda	Minutos ou horas após o transplante	Anúria, oligúria, febre e dor sobre o enxerto
Aguda	Após 1 semana	Febre, hipertensão, dor sobre enxerto, edema, redução do volume urinário, aumento da creatinina
Crônica	2 semanas à anos	Aumento da creatinemia, hipertensão arterial e proteinúria

A rejeição hiperaguda relaciona-se com o desenvolvimento de anticorpos anti-Antígenos Leucocitário Humano (HLA) e a aguda e crônica implica-se em mecanismos humoral e celular. Com a descoberta da imunogenética houve um progresso no transplante. Em 1940 foram descobertos os grupos sanguíneos ABO incompatíveis através de transfusões, e os anticorpos naturais. Na década de 50, observou-se a presença de antígenos específicos na superfície das células denominado complexo principal da histocompatibilidade (MHC), e HLA<sup>17</sup>.

### Rejeição Hiperaguda

A rejeição hiperaguda, também conhecida como humoral, inicia-se minutos ou horas após o transplante<sup>18</sup>, assiduamente observada em pacientes que receberam o enxerto com incompatibilidade ABO, ou em casos de prova cruzada<sup>11</sup> – exame que determina a pré-existência de anticorpos do receptor contra as células do doador. A prova cruzada (*crossmatch*) positiva interpreta que o receptor poderá atacar as células do doador, ou seja, o órgão

transplantado<sup>19</sup>.

Antes do transplante é comum encontrar aloanticorpos imunoglobulina M (IgM) que é mediada após os primeiros dias de transplante na rejeição hiperaguda. Esses aloanticorpos são chamados de “anticorpos naturais”, pois acredita-se que eles apareçam contra antígenos bacterianos que habitualmente residem no intestino<sup>18</sup>.

As transfusões sanguíneas, transplantes antecipado, gestações e em algumas situações de infecções, podem desenvolver anticorpos Anti-HLA. Esse anticorpo é origem da rejeição hiperaguda<sup>17</sup>. A sintomatologia ocorre oligúria/anúria, febre e dor sob enxerto<sup>20</sup>. Geralmente não possui tratamento efetivo e frequentemente ocorre perda do órgão transplantado<sup>11</sup>.

### Rejeição aguda

A rejeição celular aguda – RCA ocorre geralmente uma semana após o transplante<sup>18</sup>, é a mais acometida, de 20% a 80% dos receptores pode adquirir esta rejeição. Em casos de transplante renal, ocorre maior risco de perda do enxerto<sup>11</sup>. A sintomatologia é variável, e inclui: febre, hipertensão arterial sistêmica (HAS), dor sobre o enxerto e edema, redução do volume urinário, e aumento da creatinina sérica. Entre vários fatores que contribuem para este tipo de rejeição, a imunossupressão é um fator crucial para sobrevida do enxerto<sup>21</sup>.

Os tratamentos comumente são em altas doses de glicocorticoides ou aumento da dose, ou modificação do esquema imunossupressor<sup>11</sup>.

### Rejeição Crônica

A rejeição crônica é a principal causa de perda de enxerto, podendo ocorrer entre duas semanas à anos<sup>11</sup>, caracteriza-se por anormalidades vasculares e fibrose, podendo ocorrer à perda da função do órgão em longo prazo, sendo necessário o retransplante<sup>18</sup>. Relaciona-se a fatores imunológicos e não imunológicos que podem existir antes do transplante ou se propagar após. Em alguns meses ou anos, podem ocorrer manifestações clínicas, como aumento gradativo de creatinemia, hipertensão arterial e proteinúria, que ocorre isolado ou concomitantemente<sup>22</sup>.

### Complicações infecciosas e imunológicas

O uso de imunossupressores pode ter uma alta incidência em relação à morbimortalidade devido às complicações infecciosas, principalmente nas primeiras semanas pós- transplante<sup>23</sup>. A adesão incorreta aos medicamentos, à compatibilidade dos antígenos HLA e as rejeições mediadas por anticorpos e celular são grandes fatores de risco para patogênese da Doença Renal de Enxerto<sup>22</sup>.

Após o transplante renal, nos primeiros meses pode ocorrer à predominância de infecções hospitalares prin-

principalmente na incisão da cirurgia, no trato urinário e vias aéreas, são responsáveis pelo predomínio de infecções graves neste período<sup>24</sup>. Após o transplante é comum a manifestação de infecções, que são classificadas como do primeiro mês, do primeiro ao sexto mês e do sexto mês. As infecções do primeiro mês geralmente são bacterianas, fúngicas e virais. Dificilmente são ocasionadas por transmissão do enxerto. Grande parte desta fase é ocasionada por infecções bacterianas provenientes do ambiente hospitalar.

Do primeiro ao sexto mês as infecções virais prevalecem sobre as bacterianas. O citomegalovírus, vírus epstein-barr, herpes vírus, vírus da hepatite B e C. Se o receptor for soropositivo para o vírus da imunodeficiência adquirida, as manifestações começarão a ocorrer neste período. Nesta fase que o receptor é imunossuprimido, acompanhado do vírus imunomodulador, surgem as infecções bacterianas e fúngicas<sup>20</sup>.

**Tabela 2.** Infecções Pós-Operatório

<b>Tipos</b>	<b>Espécies</b>	
<b>Primeiro mês</b>	Bacteriana	<i>Nocardia</i> , <i>Listeria monocytogenes</i> , <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , <i>Clostridium difficile</i>
<b>Primeiro ao sexto mês</b>	Viral	<i>Herpes simplex</i> , <i>Herpes vírus</i> , <i>Hepatite B e C</i> , <i>Citomegalovírus</i> , <i>Varicela zoster</i> , <i>Parvovirus B19</i> , <i>Epstein-barr</i> ;
<b>Sexto mês</b>	Infecções Respiratórias	<i>Staphylococcus hemolyticus</i> , <i>Pneumonicytis carinni e Aspergillus</i>

Após o sexto mês, no receptor que está estabilizado, ocorrem as infecções resultantes da população em geral que não é transplantada, principalmente do sistema respiratório, como demonstrado na tabela II. Estes que apresentam infecções virais crônicas e progressivas sofrem modificações orgânicas providas do vírus ou poderá ocasionar neoplasias oriundas do mesmo. Pode ocorrer também em pacientes com rejeição crônica infecções oportunistas relevantes<sup>20</sup>. A Lesão Renal Aguda (LRA) de origem isquêmica, possui elevadas taxas de mortalidade, com incidência de 2 a 7%. Comumente relacionada a doença renal intrínseca em adultos, e sua prevalência pode chegar até 50% em rins nativos. Nos últimos dez anos, houve uma abrangência aos estudos relacionado à Lesão Isquêmica e Reperusão (LIR) conhecendo melhor sua fisiopatogenia e os componentes do sistema imunológico mediados por esta lesão. Assim, após análise, observaram que LIR está fortemente associado a LRA. Descobriu-se então, que a lesão está envolvida com células do sistema imune (células T) e adesão celular.

Apesar de haver relação com a perda da função do enxerto renal e a rejeição aguda, não se pode afirmar que apenas LIR cause mortalidade. Ela não é muito frequen-

te em rins nativos, porém é inevitável em transplantes de órgãos sólidos<sup>25</sup>.

### Citomegalovírus

O citomegalovírus (CMV) pertencente à família dos Herpesviridae<sup>26</sup>, geralmente é uma das principais infecções ocorrida após o transplante renal<sup>27</sup>. Manifesta-se frequentemente em pacientes imunocomprometidos, por alguma doença infecciosa (HIV) ou pós-transplante<sup>28</sup>.

Entre o primeiro e o quinto mês após o transplante, pode ocorrer a infecção por citomegalovírus, que possui alto índice de morbidade e mortalidade aos pacientes transplantados<sup>24</sup>. O vírus propaga-se rapidamente na camada endotelial, geralmente do sistema do trato gastrointestinal, provocando vasculite e trombose seguido por processo inflamatório, causando isquemia<sup>28</sup>. A rejeição aguda pode estar associada à doença ou a infecção por CMV<sup>29</sup>. Em casos de uma rigorosa infecção, os sintomas podem apresentar como disfagia, odionofagia, náuseas, vômitos, dor abdominal, sangramento gastrointestinal, perfuração e diarreia<sup>28</sup>. A anti-CMV ou agentes viroestáticos (aciclovir e ganciclovir) são eficazes para o tratamento desta patologia<sup>24</sup>.

### Complicações cirúrgicas

Apesar de elevados índices de sucesso do transplante renal e de outros órgãos sólidos, ainda possui alta probabilidade de ocorrer complicações, que são diversas, variando desde complicações do doador vivo como do receptor<sup>15</sup>.

### Complicações vasculares

#### Trombose da artéria renal

A principal origem está associada ao erro técnico, normalmente nas anastomoses de estreito calibre; problemas imunológicos que inclui rejeição hiperaguda e aguda acelerada, e lesão do endotélio mediada por anticorpo. Possui baixa prevalência, cerca de 1%<sup>30</sup>. É a menos comum, porém, manifestam-se com maior frequência em crianças devido ao calibre vascular<sup>31</sup>. A trombose arterial também pode estar relacionada com elevada dose de Ciclosporina, em torno de 7%<sup>30</sup>.

#### Trombose da veia renal

Comumente está relacionado a várias razões técnicas: torção, estenose da anastomose, compressão por hematoma e linfocele. Prevalência de 0.3% e 6%, em crianças de dois a cinco anos de idade chegando até 10%. Ocorre após o transplante em geral, do terceiro ao nono dia<sup>30</sup>.

#### Linfocelo

Grande parte das linfoceles são pequenas, e a maioria aparece entre 15 a 180 dias após o transplante. Geralmente assintomática, desaparecendo progressivamente.

Está relacionada à compressão de estruturas adjuntas como ureter, bexiga e vasos ilíacos, como consequência pode causar disfunção do enxerto, massa palpável, hidronefrose e edema do membro inferior adjacente ao enxerto. Predomínio em cerca de 10%<sup>30</sup>.

### Estenose da artéria renal

Predomínio de 2% a 10%, com presença de insuficiência renal aguda e/ou relevante hipertensão arterial e disfunção renal<sup>30</sup>. Sua origem pode estar relacionada ao erro técnico da anastomose, trauma durante a perfusão, dano vascular, rejeição aguda ou crônica, seguida por fibrose<sup>31</sup>. As manifestações geralmente acontecem com seis meses após o transplante, porém pode ocorrer em dias após o transplante ou anos<sup>30</sup>.

### Complicações urológicas

As complicações urológicas geralmente são mais frequentes após o transplante renal, no qual a fístula urinária é mais frequente e precoce, seguido por obstrução, e mais tardiamente aestenose (Tabela III). Em estudo, foi observado que indivíduos que tiveram este tipo de lesão houve maior mortalidade e menor sobrevida do enxerto<sup>32</sup>.

Tabela 3. Principais complicações Urológicas após transplante renal.

TIPOS	MANIFESTAÇÕES	ETIOLOGIA
<i>Obstrução urinária</i>	Pode ocorrer precocemente logo após o transplante, em até um mês	Erros técnicos como torção e hematona; edema e coágula intraureteral.
<i>Fístula vesical</i>	Duas primeiras semanas	Reimplante do ureter não tenha realizado via extravesical
<i>Fístula urinária por necrose do ureter</i>	Segunda ou terceira semana pós – transplante	Isquemia
<i>Estenose</i>	Aparecimento mais tardio	Causas intraluminiais e extraluminiais, pressão do sangue ou linfa, estenose da anastomose e isquemia

### Cardiovasculares

#### Hipertensão arterial

A doença cardiovascular é de grande importância, em razão do número crescente de morte após o primeiro ano do transplante. A hipertensão arterial aparece pós-transplante em pacientes normotensos, cerca de 50-60% e pode-se correlacionar aestenose da artéria transplantada, à rejeição crônica, à glomerulonefrite recorrente, e ao uso de corticosteroide<sup>24</sup>. A insuficiência renal crônica está associada a hipertensão arterial com relevância ao risco cardiovascular, podendo ocasionar lesão renal grave, e se o tratamento não ocorrer pode

chegar ao estágio de IRC terminal<sup>33</sup>.

Em especial, a doença cardiovascular associada aos imunossuppressores pode ter um grande fator de risco relacionada a diabetes mellitus<sup>34</sup>.

### Metabólicas

#### Dislipidemia

A dislipidemia é outro fator preponderante que sucede a 60% dos pacientes pós-transplante no transcorrer do primeiro ano. Esta patogenia é multifatorial, incluindo a dislipidemia pré-transplante, ganho de peso, proteinúria, perda de função do enxerto, uso de corticosteróides como a ciclosporina e o sirolimo<sup>22</sup>.

#### Obesidade

Nos primeiros 1 a 2 anos, grande parte dos pacientes vem apresentando relativo ganho de peso após o transplante renal. Vários fatores interferir como os glicocorticóides, a volta do quadro urêmico que aumenta o apetite e o consumo de alimentos. Portanto, as resistências insulínicas hepáticas e periféricas aumentam a síntese e secreção de insulina para homeostasia glicogênica<sup>34</sup>.

#### Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus tem uma grande incidência pós-transplante, também chamado de "diabetes esteróide" ocorre após o sexto mês, com índice de 10%<sup>24</sup> e geralmente associado ao uso de IC, como o tacrolimo<sup>22</sup>. Os glicocorticóides e sirolimo provocam uma resistência insulínica, os inibidores de calcineurina inibem a síntese de insulina e reduz a sua excreção.

A diabetes mellitus pós-transplante pode acometer dois tipos de populações, as que adquirem diabetes logo após o transplante, e as que desenvolvem diabetes seis meses pós-transplante. Entre os fatores que podem desencadeá-la são, idade do receptor, uma vez que pacientes com idade superior à 45 anos possuem maior risco; gênero do receptor, dado que em estudo homens possuem maior chance; Raça do receptor, em razão de que pacientes da raça negra tem incidência de 32 a 68% em relação aos de raça branca com 35% prevalência; histórico familiar, uso de esteróides e obesidade pode desencadear Diabetes Mellitus Pós-Transplante (DMPT).

Os pacientes transplantados que desenvolvem diabetes mellitus possuem uma relevância ao adquirir em conjunto várias complicações, como retinopatia, neuropatia e problemas cardiovasculares<sup>34</sup>.

#### Disfunção óssea

Grande parte dos pacientes pré-transplante renal já possui uma patogenia óssea grave conceituada como osteodistrofia renal.

Nos primeiros seis meses pós-transplante, a terapia

imunossupressora geralmente é mais agressiva para evitar complicações. O uso de glicocorticóides e inibidores de calcineurina (ciclosporina e tacrolimus) são de grande importância para a sobrevida do receptor, porém promovem a diminuição da massa óssea.

As fraturas e perda de massa óssea possuem menos relevância aos transplantados renais do que após transplante de fígado e coração. A complicação óssea que ocorre com maior frequência é a necrose do osso trabecular, geralmente após o sexto mês de transplante entre 3 – 7%<sup>35</sup>.

## Outros

Os Inibidores de Calcineurina são os mais potentes imunossupressores administrados aos pacientes transplantados, porém ele causa nefrotoxicidade, adquirindo como maior problema a disfunção dos enxertos renais. A Proteinúria está relacionada à redução da sobrevida do enxerto com risco maior em receptores com episódios cardiovasculares. E a anemia está presente em média de 20% dos transplantes renais (Tabela 4), e muitas vezes é necessário a substituição da terapia imunossupressora ou a suspensão deste, avaliando sempre o risco X benefício do enxerto<sup>22</sup>.

**Tabela 4.** Outros Tipos de Complicações Comuns

Tipos	Etiologia
<b>Nefrotoxicidade</b>	Geralmente ocorre por Inibidores de Calcineurina Frequentemente associado á nefropatia crônica, glomerulopatia e rejeição aguda. Acomete cerca de 45% dos transplantados
<b>PROTEINÚRIA</b>	Função do enxerto, produção de eritropoietina, deficiência de ferro, perda sanguínea, presença de neoplasias, infecções e alguns imunossupressores que inclui azatioprina, derivados de ácido micofenólico, sirolimo e everolimo. Incidência de 20 - 40%.
<b>ANEMIA</b>	

## Imunossupressores

Os imunossupressores frequentemente são utilizados para doenças autoimunes e transplante<sup>36</sup>, eles reduzem ou impedem reações imunológicas e manifestações ocorridas após o transplante de órgãos, permitindo que o transplante seja realizado com sucesso.

Os fármacos imunossupressores suspendem todas as respostas imunológicas, as infecções provocadas por vírus, bactérias e fungos, que são as principais causas de óbitos pós-transplante.

Os receptores devem receber tratamento imunossupressor pós-transplante ou quando hover rejeição sobre uma dose mais intensa para evitar complicações. Passado este período, a dose pode ser reduzida, visto que diminui a incidência de efeitos colaterais<sup>16</sup>.

## Glicocorticóides

O glicocorticóide é um esteróide descoberto há mais de 50 anos por Hechs, após analisarem a doença artrite reumatóide (AR) e a icterícia, constataram que houve aumento de esteróides circulantes. Logo após, os glicocorticóides foram extensamente utilizados como antiinflamatório e para patogenias imunológicas<sup>37</sup>.

O cortisol é fundamental a vida, em razão da sua repercussão sobre o metabolismo dos carboidratos e proteínas. Ele possui como finalidade perdurar síntese de glicose a partir das proteínas, auxiliar no metabolismo lipídico, conservar a vasculatura e articular a função do sistema nervoso central, porém, prejudica intensamente os sistema imunológico, além de lesionar a renovação óssea, função muscular e renal<sup>38</sup>, (Tabela V).

**Tabela 5.** Efeitos sobre o organismo provocado pelos Glicocorticóides após transplante renal

Localização	Efeitos
<b>Metabolismo</b>	O cortisol aumenta a mobilização da proteína muscular em direção à glicogênese, elevando a deterioração protéica impedindo a produção de proteínas
<b>Músculo</b>	Quando em excesso, diminui a produção de proteína muscular, eleva o catabolismo do músculo, e diminui a força e massa muscular
<b>Ossos</b>	Em excesso, o cortisol diminui a massa óssea causando osteoporose
<b>Tecido conjuntivo</b>	O cortisol impede a produção de colágeno, ocasionando fragilidade capilar podendo ocorrer ruptura e hemorragia intracutânea
<b>Rim</b>	O cortisol eleva a filtração glomerular, reduzindo a resistência pré-glomerular.
<b>Resposta inflamatória e imune</b>	Os glicocorticóides sintéticos e o cortisol impedem reações intervindas por prostaglandinas, tromboxanos, leucotrienos, óxido nítrico e fator ativador de plaquetas

## Inibidores de calcineurina

### Ciclosporina

A ciclosporina (Cya) é uma oligopeptídeo cíclica apolar, sintetizada pelo fungo *Tolypocladium inflatum Gams*<sup>16</sup>, e foi descoberta na década de 70 em uso para transplante de órgãos sólidos. Mas só foi a partir da década de 80 que a CyA foi usada como o principal fármaco imunossupressor em associação com azatioprina e prednisona<sup>39</sup>.

Segundo MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010) a ciclosporina é indicada para o tratamento e profilaxia de rejeição de órgão e tecidos; prevenção da doença de enxerto *versus* hospedeiro; anemia aplásica, síndrome nefrótica, entre outros<sup>7</sup>.

A Cya e Fk 506 atuam inibindo a fosfatase ativada pela calcineurina, por esta razão são denominados Inibidores de Calcineurina (IC). A ciclosporina liga-se a

ciclosporina, ao cálcio intracelular e à calmodulina formando um complexo que inibe a calcineurina, impedindo transcrições para ativação da IL-2, bloqueando células T e impedindo respostas aos aloantígenos<sup>11</sup>.

A CyA é uma droga que possui certa seletividade e não é citotóxica, porquanto exerce seu efeito em algumas células linfóides poupando as células mioelóides<sup>39</sup>.

Seus efeitos colaterais podem ser observados no Figura I.

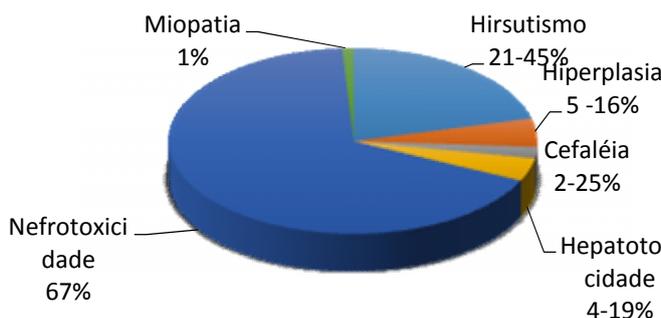


Figura I. Principais Efeitos Colaterais da CyA

### Tacrolimo

Tacrolimos (FK 506) é sintetizado pela família *Streptomyces tsukubaensis*, ele é um antibiótico macrolídico, e possui potência de 10 a 100 vezes maior que Ciclosporina no impedimento contra respostas imunes<sup>36</sup>. Atua inibindo calcineurina fosfatase, e esta inibe IL-2 que é um catalisador no processo de rejeição, bloqueando células T<sup>1</sup>. Pode ser usado na imunossupressão primária como para tratamento de rejeição celular aguda resistente a esteróides e rejeição crônica<sup>11</sup>.

O tacrolimos pode gerar efeitos tóxicos, já que seu mecanismo de ação não é específico para as células imunológicas. Os principais efeitos relacionados a toxicidades são a nefrotoxicidade, neurotoxicidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus, hiperlipidemia e doenças infecciosas<sup>1</sup>.

### Fármacos antiproliferativos e antimetabólicos

#### Azatioprina

A azatioprina é um pró-fármaco derivado nitroimidazólico da mercaptopurina<sup>16</sup> atuando como um antimetabólito<sup>36</sup>. É semelhante as purinas, impedindo a produção de nucleotídeos de purina e consequentemente a mitose e proliferação celular.

Este imunossupressor é usado para prevenção da rejeição em transplante de órgãos sólidos, frequentemente em esquemas de tríplexes com glicocorticóides e inibidores de calcineurina<sup>11</sup>. Atua antagonizando metabólitos, impedindo a síntese de DNA, RNA e proteínas<sup>16</sup>.

Por mais que a azatioprina comumente seja bem tolerada, apresenta vários efeitos colaterais. O mais relevante e comum é a mielossupressão, que pode ter incidência de mais de 50% nos transplantados<sup>11</sup>. Outros efeitos incluem náuseas, vômitos, diarreia, hipotensão, bradicardia, leucopenia, trombocitopenia, hepatotoxicidade, infecções, pancreatite, entre outros<sup>2</sup>.

### Micofenolato de Mofetil

O ácido micofenólico (MPA) é um pró fármaco oriundo de várias fermentações do fungo *Penicillium*<sup>16</sup>. Pacientes com transplante de órgãos sólidos utilizam MPA para tratamento de rejeição resistente associado a prednisona, e também em conjunto com tacrolimos e outros imunossupressores para impedir doença do enxerto *versus* hospedeiro<sup>36</sup>.

O ácido micofenólico é convertido pelas esterases hepáticas<sup>11</sup> inibindo reversivelmente e não competitivo a inosina monofosfato desidrogenase, a síntese de guanina que não é incorporada ao DNA<sup>17</sup>. Se não houver quantidade suficiente de inosina monofosfato desidrogenase, não terão capacidade de produzir guanina e adenina, consequentemente, reduz a proliferação de células B e T<sup>11</sup>. Os nucleotídeos guanosina ativam a produção de DNA linfocitário que é alterado com efeito antiproliferativo.

Os efeitos colaterais mais comuns são infecções oportunistas: herpes simples e candidíase; leucopenia, anemia trombocitopenia; cefaleia, febre, fadiga; diarreia, náuseas, vômitos, gastrite, entre outros<sup>16</sup>.

### Anticorpos

#### Anticorpos Policlonais

As globulinas antilinfocitária (ATL) e antitimocítica (ATG) são anticorpos de primeira geração produzidos em coelhos ou cavalos. São menos puros que os monoclonais, por isso utilizam-os como segunda opção, quando não possui disponível ou quando pacientes não podem usar anticorpos monoclonais pela presença de anticorpos neutralizantes. Em torno de 10% dos pacientes em tratamento com anticorpos policlonais apresentam febre, calafrios, trombocitopenia e hipersensibilidade à dose administrada intravenosa<sup>11</sup>.

#### Anticorpos Monoclonais Murinos

MUROMONABE CD-3 (OKT3), é uma imunoglobulina IgG, específico para anticorpo CD3 de células T humanas<sup>16</sup>, e para tratamento de rejeição aguda resistente à esteróides pós-transplante renal<sup>11</sup>. Possui especificidade do anticorpo e não causa mielossupressão<sup>16</sup>. Apresenta efeitos adversos relacionados à liberação de TNF alfa, IL-2 e INTERFERON gama, como febre, taquicardia, diarreia, náuseas, mialgias, e com menor frequência edema pulmonar e cerebral. Sua maior vantagem é que

não causa nefrotoxicidade<sup>11</sup>.

### Anticorpos monoclonais quiméricos e humanizados

Basiliximabe é um imunossupressor obtido através do DNA recombinante humano e murino. Liga-se a IL-2 inibindo-a, impedindo a ativação linfocitária mediada por este receptor, conseqüente ao sistema imunológico<sup>16</sup>. É utilizado para profilaxia da rejeição aguda pós-transplante renal, associado à glicocorticoide e ciclosporina A<sup>36</sup>.

O Basiliximabe é um anticorpo que possui 10 vezes mais afinidade pelo receptor IL-2 do que o daclizumabe<sup>11</sup>.

Os efeitos adversos incluem reações de hipersensibilidade, anafilaxia, astenia, tontura, tremor das mãos e dos pés, dor abdominal, hematoma, hiperplasia gengival, retenção urinária, entre outros.

Daclizumabe foi desenvolvido pela recombinação de DNA 90% humano e 10% murino<sup>16</sup>, essa é a principal vantagem em relação ao Basiliximabe<sup>11</sup>. Este anticorpo antagoniza o receptor IL-2 reduzindo o estímulo de respostas do sistema imuni frente aos linfócitos T. Geralmente associado a ciclosporina e a prednisona, reduzindo o risco de rejeição aguda<sup>16</sup>. A principal diferença do basiliximabe e daclizumabe é a administração<sup>36</sup>.

Seus efeitos colaterais são febre, fraqueza, cefaleia, insônia, dispnéia, taquicardia, edema pulmonar e periférico, infecções, entre outros<sup>16</sup>.

## 4. CONCLUSÃO

O transplante renal atualmente é a melhor alternativa para DRC, resultando em uma melhora na sobrevida do paciente. Apesar de apresentar inúmeros benefícios, ocorre diversas complicações, que pode estar relacionada a cirurgia, a patologias entre doador e receptor e aos imunossupressores.

A RCA, é a mais acometida, de 20% a 80% dos receptores pode adquirir esta rejeição. Os tratamentos comumente são em altas doses de glicocorticoides ou aumento da dose, ou modificação do esquema imunossupressor, no qual aumenta significativamente a probabilidade de intensificar os efeitos colaterais, principalmente nefrotoxicidade e hepatotoxicidade provenientes dos imunossupressores e aos glicocorticoides, estão relacionados ao bloqueio de reações do sistema imunológico, além de lesionar a renovação óssea, função muscular e renal.

As complicações infecciosas podem ocorrer no primeiro mês após o transplante, por infecções bacterianas; do primeiro ao sexto mês, por infecções virais, em especial por Citomegalovírus, e a partir do sexto mês, são infecções respiratórias acometidas na população em geral.

As complicações cirúrgicas muitas vezes estão asso-

ciadas ao erro técnico, porém com o aperfeiçoamento das equipes e a melhora nos esquemas de imunossupressão, tem contribuído para que esta incidência diminua, reduzindo os casos de complicações vasculares e urológicas.

## REFERÊNCIAS

- [1] Costa RDF. A influência do uso de medicamentos no monitoramento terapêutico de Tacrolimus em pacientes transplantados renais. Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 06/2012.
- [2] Portal da Saúde: DHAU Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes. 2015. [Acesso 21 Jan 2015] Disponível em [Http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13280&Itemid=746](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13280&Itemid=746)
- [3] Pacheco L, Garcia DV, Camara TQ. Registro Brasileiro de Transplantes: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, Ano XXI nº1. 2015
- [4] Fontoura FAPA. Compreensão de vida de pacientes submetidos ao transplante renal: significados, vivências e qualidade de vida. Mato Grosso do Sul: Campo Grande. 2012.
- [5] Almeida D.E.S, Ceccato M.G.B, Júnior A.A.G, Acúrcio F.A. Avaliação normativa do processo de prescrição e dispensação de imunossupressores para pacientes transplantados renais no estado de Minas Gerais, Brasil. 2008.
- [6] Martins FPP, Gonçalves RT, Fonseca LMB, Gutfilem B. Correlação do esquema de imunossupressão com complicações pós-operatórias em transplantes renais através do uso da cintiologia renal dinâmica. 2001.
- [7] Pereira JG. Ministério da Saúde: Formulário Terapêutico Nacional: RENAME. 2010.
- [8] Halloran PF, MD, Ph D. The new england journal of medicine. Review: article drug: Immunosuppressive Drugs for Kidney Transplantation. 2004.
- [9] Mota F. Transplantação Renal: Uma história de Sucesso. 2003.
- [10] Portal DA Saúde: DHAU Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes. 2015 [Acesso 02 Jun 2015]. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/transplantes/sistema-nacional-de-transplantes>
- [11] Silva P, Bittencourt PL, Farías AQ, Dutra M.M., Bastos J. Farmacologia. 8ª ed. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, Brasil. Editora Guanabara Koogan. 2010
- [12] Corrêa APA. Complicações em pacientes transplantados renais internados em um hospital universitário do sul do Brasil. Rio Grande do Sul: Porto Alegre. 2011.
- [13] Bastos MG, Bregman R, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. Minas Gerais: NIEPEN da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF e Fundação IMEPEN. 2010.
- [14] Bastos MG, Carmo WB, Abrita RR, Almeida EC., Mafra D, Costa DMN, Gonçalves J.A., et al. Doença Renal Crônica: Problemas e Soluções. Minas Gerais: NIEPEN – Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Nefrologia da Universidade Federal de Juiz de Fora; e Fundação IMEPEN, Juiz de Fora. 2004.

- [15] Manfro RC, Carvalho GF. Simpósio sobre Transplantes: Transplante renal. Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2003.
- [16] Korolkovas A. Dicionário Terapêutico Guanabara DTG. Edição 2012/2013. Rio de Janeiro: RJ. Editora Guanabara Koogan. 2013.
- [17] Conrad AT. Análise do custo econômico do transplante renal. Rio Grande do Sul: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: Faculdade de Medicina, Porto Alegre. 2014.
- [18] Abul K, Abbas AH. Imunologia Celular e Molecular. Editora Saunders. 2005
- [19] Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Prova Cruzada (Crossmatch) para transplante, 2015. [Acesso 23 Jun 2015]. Disponível em <http://s.anvisa.gov.br/wps/s/r/u/Wn>
- [20] Costa YRF. A transplantação renal, O Pós-Transplante Imediato. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. 2009.
- [21] Brahm MMT. Adesão aos imunossupressores em pacientes transplantados renais. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2012.
- [22] Manfro RC. Manejo da doença crônica do enxerto renal. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2011.
- [23] Lucena AF, Echer IC, Assis MCS, Ferreira SAL, Teixeira CC, Steinmetz LQ. Complicações infecciosas no transplante renal e suas implicações às intervenções de enfermagem: revisão integrativa. 2013.
- [24] Pestana JOM, Filho APS, Melaragno CS. Transplante renal. Ajzen, H, Schor N. Nefrologia-Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. Barueri: Editora Manole, 2005.
- [25] Moura LRR, Júnior MSD, Matos AC, Silva AP. Lesão de Isquemia e Reperusão no Transplante Renal: Paradigmas Hemodinâmico e Imunológico. 2015.
- [26] Sousa A, Magalhães MM, Samapio MJ, Correia AM, Costa AG, PENA JR. Unidade de Transplantação Renal da Cruz Vermelha Portuguesa e Centro de Virologia do Instituto Português de Oncologia. Lisboa. 1991.
- [27] Camargo LFA, Granato CFH, Tomyama HT, Cobo E, Ajzen H, Pestana JOM. Infecção pelo citomegalovírus em pacientes submetidos a transplante renal: Estudo de 20 casos. 1996.
- [28] Hossne RS, Prado RG, Neto AB. Colite por Citomegalovírus em Paciente Transplantada Renal – Relato de Caso e Revisão da Literatura. 2007.
- [29] Noronha IL, Ferraz AS, Filho APS, Saitovich D, Carvalho DBM., Paula F J, Campos H, Ianhez LE. Diretrizes em Transplante Renal: Diretrizes para condutas médicas. Projeto Diretrizes, Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira. 2002. [Acesso 23 Jun 2015]. Disponível em <http://www.jbn.org.br/img/tx.htm>
- [30] Noronha IL, Ferraz AS, Filho APS, Saitovich D, Carvalho DBM, Paula FJ, Campos H, et al. Diretrizes em foco: Transplante Renal: Complicações Cirúrgicas. 2007.
- [31] Fernandes RC. Urologia Fundamental: Transplante Renal. CAP 11, PÁG 112-117. São Paulo. Editora Planmark 2010.
- [32] Ribeiro IVSS. Complicações urológicas do transplante renal: factores de risco e influência na sobrevivência do enxerto. Faculdade de medicina da universidade de coimbra, 2010.
- [33] Bortolotto LA. Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. 2008; 15(3):152-5.
- [34] Buarque MNAP. Diabetes mellitus após transplante renal e fatores associados ao seu desenvolvimento em um serviço de referência do estado do ceará. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina. 2012.
- [35] Cipriani R, Farias MLFF. Osteoporose Após Transplante de Órgãos Sólidos. Rio de Janeiro: Serviço de Endocrinologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2004.
- [36] Katzung BGSB. Farmacologia Básica e Clínica. São Paulo: SP, Editora MCGRAW-HILLINTERAMERICANA. 2007.
- [37] Gallardo CD. Mecanismos de Acción de los Fármacos Inmunosupresores. Revista Chilena de Reumatología. 2008.
- [38] Berne RM, Levy MN. Fisiologia, 4ª ed. Rio de Janeiro: RJ. Editora Guanabara. 2000.
- [39] Garcia SC, Lopes LS, Schott KL, Beck ST, Pomblum VJ. Ciclosporina A e tacrolimus: uma revisão. 2004.



# ASSOCIAÇÃO BIDIRECIONAL ENTRE DIABETES MELLITUS E DOENÇA PERIODONTAL: UMA REVISÃO

## BIDIRECTIONAL ASSOCIATION BETWEEN DIABETES MELLITUS AND PERIODONTAL DISEASE: A REVIEW

LEORIK PEREIRA DA SILVA<sup>1\*</sup>, JEFFERSON DA ROCHA TENÓRIO<sup>1</sup>, BRUNO CESAR DE VASCONCELOS GURGEL<sup>2</sup>, HÉBEL CAVALCANTI GALVÃO<sup>3</sup>, ROSEANA DE ALMEIDA FREITAS<sup>3</sup>

1. Cirurgião-Dentista, Mestrando em Patologia Oral – Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2. Professor Doutor Adjunto de Periodontia – Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 3. Professora Doutora Titular de Patologia Oral – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

\* Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral. Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Av. Salgado Filho, 1787, Lagoa Nova, Natal, Brasil. CEP: 59056-000. [leorikp@gmail.com](mailto:leorikp@gmail.com)

Recebido em 19/06/2015. Aceito para publicação em 25/08/2015

### RESUMO

A Diabetes *mellitus* representa um grupo de desordens metabólicas clinicamente e geneticamente heterogêneo que apresenta como característica em comum, a hiperglicemia. A hiperglicemia pode ser resultado de uma deficiência na produção de insulina produzida pelas células do pâncreas e/ou a resistência da ação da insulina pelos tecidos corporais. Esta doença crônica tem sido um assunto de interesse na inter-relação entre condição sistêmica e saúde oral. A diabetes é uma das mais bem documentadas condições que estão intimamente ligadas às doenças periodontais, podendo alterar o início, progressão e resposta aos tratamentos das mesmas, bem como existem evidências de que a falta de controle da doença periodontal pode prejudicar o controle metabólico da diabetes mellitus. O objetivo deste trabalho é apresentar uma revisão de literatura sobre a inter-relação entre diabetes *mellitus* e a doença periodontal.

**PALAVRAS-CHAVE:** Diabetes *mellitus*, doenças periodontais, fisiopatologia.

### ABSTRACT

Diabetes mellitus is a group of metabolic disorders clinically and genetically heterogeneous as presenting feature in common, hyperglycemia. Hyperglycemia can result from a deficiency in insulin production, produced by cells of the pancreas and / or resistance of insulin action by body tissues. This chronic disease has been a subject of interest in the interrelationship between systemic and oral health condition. Diabetes is one of the most well-documented conditions that are closely linked to periodontal disease, may alter the initiation, progression and response to treatment of the same, and there is evidence that

the lack of control of periodontal disease may impair the metabolic control of diabetes mellitus. The objective of this paper is to present a review of literature on the interrelationship between diabetes mellitus and periodontal disease.

**KEYWORDS:** Diabetes *mellitus*, periodontal diseases, physiopathology.

### 1. INTRODUÇÃO

A Diabetes *mellitus* (DM) está associada à deficiência relativa ou absoluta de insulina, promovendo alterações no metabolismo de carboidratos, lipídeos e proteínas, e por alterações microvasculares específicas, macrovasculares e neuropáticas<sup>1,2</sup>. A insulina é o hormônio regulador primário para a homeostasia da glicose e sua produção e secreção estão diretamente relacionados com a ingestão de alimentos, permitindo que a glicose do sangue entre para os tecidos alvo onde será utilizada para produção de energia<sup>2,3</sup>.

A prevalência da DM está aumentando rapidamente em todo o mundo; atualmente, estima-se que haja 382 milhões de portadores e, este número deve chegar a 592 milhões em 2035 acometendo principalmente países em desenvolvimento<sup>6</sup>. Segundo a FID (Federação Internacional de Diabetes), há 13,4 milhões de diabéticos no Brasil (tipo 1 e 2). Assim, o país ocupa o quarto lugar no mundo em número de casos, ficando atrás apenas da China, Índia e Estados Unidos, respectivamente. Trata-se, portanto, de um número alarmante, já que a estimativa era de que teríamos cerca de 12,7 milhões de brasileiros diabéticos somente em 2030<sup>7</sup>.

A doença periodontal (DP) é uma doença inflamatória crônica dos tecidos que suportam os dentes e os conecta aos ossos maxilares. Embora seja iniciada e man-

tida por infecções bacterianas mistas predominantemente gram-negativas, o surgimento e progressão da doença é um resultado da resposta inflamatória do hospedeiro. A DP é caracterizada por inflamação gengival, formação de bolsa periodontal, perda do tecido conjuntivo de inserção e reabsorção do osso alveolar o que resulta em perda dentária<sup>4</sup>.

Diabetes mellitus e Doença Periodontal são duas doenças crônicas relativamente comuns que estão emergindo como uma epidemia global, cujas complicações apresentam um impacto significativo na qualidade de vida, longevidade e gastos com a saúde. Claro está que se tornam cada vez mais necessárias ações em promoção de saúde para que seja possível entrar de vez na era preventiva das doenças que é a forma mais eficaz de combate à essas morbidades.

Ambas as condições podem produzir incapacidade e especialistas têm assumido que estas doenças estão ligadas biologicamente. A presumida ligação entre diabetes e periodontite é considerada um suporte para o aumento susceptível de pessoas com DM e muitos tipos de infecções<sup>5</sup>. Tendo em vista a importância do tema para a prática clínica, apresentamos aqui uma sucinta revisão de literatura para melhor compreender a inter-relação entre diabetes mellitus e a doença periodontal.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente artigo baseou-se em uma revisão bibliográfica, descritiva, qualitativa, que teve como fonte de pesquisa filtragem nos sites de busca Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e NCBI Pubmed, além de livros do acervo da Biblioteca da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, para a escolha das fontes de pesquisa. Foram utilizados, para realização do mesmo os seguintes descritores: doença periodontal, diabetes mellitus, diabetes, fisiopatologia, e tratamento periodontal, sendo os critérios de inclusão dos artigos foram àqueles publicados no período de 2005 a 2014, relacionados às palavras-chave. Ao final do levantamento bibliográfico, foram efetivamente utilizadas 18 referências, selecionadas conforme a qualidade e relevância com o tema proposto.

## 3. DESENVOLVIMENTO

### Patogênese da Diabetes Mellitus e Doença Periodontal

Dois tipos principais de DM diferem no que diz respeito à fisiopatologia: DM tipo 1 (DM1), uma doença autoimune que leva à destruição de células pancreáticas e, assim, a perda total da secreção de insulina; e DM tipo 2 (DM2), que está relacionada à resistência periférica à insulina<sup>2,8</sup>. Todas as formas de DM estão associadas com hiperglicemia, hiperlipidemia e complicações

associadas. As cinco grandes complicações “clássicas” da diabetes incluem microangiopatia, nefropatia, neuropatia, doenças cardiovasculares, e retardo na cicatrização de feridas. A periodontite foi reconhecida como a sexta complicação associada com diabetes<sup>5,8</sup>.

A patogênese da Doença Periodontal é complexa, pois deriva da iniciação e manutenção do processo inflamatório pela abundante microbiota e seus inúmeros produtos bacterianos. A resposta do hospedeiro em frente a esta infecção medeia uma complexa cascata de destruição tecidual. Os fatores adicionais que contribuem para a iniciação e progressão da DP incluem algumas doenças sistêmicas, especialmente o DM, que pode agravar a resposta do hospedeiro frente a fatores microbianos locais levando a uma destruição periodontal intensa<sup>9</sup>.

A maioria dos estudos clínicos e epidemiológicos trazem evidências que demonstram que os indivíduos com Diabetes (tipo 1 e tipo 2) tendem a ter uma maior prevalência, progressão e formas mais graves de periodontite quando comparados com indivíduos não-diabéticos<sup>9,10</sup>. Tradicionalmente, as pesquisas sobre a relação entre diabetes e periodontite se concentram em alterações vasculares nos tecidos periodontais (microangiopatia gengival), hipofunção de granulócitos, aumento da produção da collagenase gengival e redução da produção de colágeno, além de alterações na microbiota oral<sup>10</sup>.

Embora providenciem informações úteis sobre alterações locais, esses estudos não refletem sobre as possíveis relações sistêmicas primárias entre a DM e a DP. No entanto, a evidência poderia ser reforçada por estudos futuros que incluam as seguintes características: **a)** estudos randomizados multicêntricos; **b)** desenvolvimento de grandes grupos para avaliar as complicações macro e microvasculares do diabetes na doença periodontal; **c)** inclusão de populações com diferentes características, tais como excesso de peso e populações obesas; **d)** tipo de diabetes e tempo de evolução da doença associada com a extensão e severidade da DP; **e)** definir padrões dos resultados do tratamento periodontal que caracterizem a terapia periodontal bem sucedida; **f)** obter informações sobre estado nutricional, qualidade de vida e fatores socioeconômicos.

### Efeitos da Diabetes no Periodonto

A DM induz alterações na função da resposta imune celular produzindo uma sobre-regulação de citocinas pró-inflamatórias provenientes de monócitos e leucócitos polimorfonucleares (PNM), além de sub-regulação de fatores de crescimento provenientes de macrófagos<sup>11</sup>. Essas alterações predispõem à inflamação crônica, destruição tissular progressiva e redução da capacidade de reparo tecidual. Somado a esses fatores, os tecidos periodontais também sofrem injúrias constantes a partir de

endotoxinas bacterianas advindas do biofilme dental, o que potencializa os efeitos pró-inflamatórios. Pacientes com DM apresentam elevados níveis de IL-6, IL-1 e TNF- como resposta à irritação crônica gerada pelo biofilme dental<sup>11</sup>. Além disso, os pacientes diabéticos estão mais propensos à hiperglicemia e hiperlipidemia, o que parecem ser fatores importantes que induzem alterações na resposta celular do sistema imunológico, resultando em maior deterioração periodontal nesses pacientes<sup>10-11</sup>.

Por outro lado, Popescu *et al.* (2013) avaliaram histopatologicamente 68 espécimes gengivais de pacientes com DM e verificaram alterações microscópicas significativas nesses tecidos, principalmente: acantose do epitélio gengival, exocitose, áreas de ulceração superficiais recobertas por membrana fibrinopurulenta e detritos de eritrócitos, além de microalterações vasculares. Os autores acreditam que essas alterações no tecido gengival são causadas não somente pela reação inflamatória local, como também pela alteração da composição do biofilme dental nesses pacientes, uma vez que estudos anteriores demonstram uma importante colonização por *Porphyromon asgingivalis*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans* e *Campylobacter* em pacientes com DM<sup>9</sup>.

Todavia, uma das limitações das pesquisas atuais acerca da interferência do DM na microbiota periodontal é o estudo isolado de patógenos periodontais específicos em detrimento do microbioma oral e periodontal.

Outro fato importante é o papel do estresse oxidativo causado pela hiperglicemia na modulação da DP. A hiperglicemia aumenta o estresse oxidativo nos tecidos periodontais e estudos clínicos e experimentais demonstraram que a periodontite promove estresse oxidativo sistêmico<sup>1</sup>. Os resultados de experiências com modelos animais indicam que o uso de micronutrientes antioxidantes reduz a inflamação periodontal e a perda de osso que é reforçada pela DM<sup>12</sup>.

### **Associação entre Diabetes e Doença Periodontal**

Segundo Salvi *et al.* (2008) de todos os pacientes com diabetes, 85-90% são diagnosticados com DM tipo 2 e tais indivíduos apresentam níveis séricos elevados de prostaglandinas. Embora o nível de controle glicêmico desempenhe um papel central em relação ao estado periodontal, a combinação da DM com fatores de risco para a doença periodontal, tais como fumo ou polimorfismos genéticos, podem conferir riscos cumulativos ainda não elucidados<sup>13</sup>.

A doença periodontal está associada com mau controle glicêmico e complicações relacionadas a DM, pois, indivíduos com diabetes não controlada mostram um aumento na amplitude e da gravidade da doença periodontal, no entanto, é inconclusivo que a terapia perio-

dontal, com ou sem o uso de antibióticos resulta em melhorias de controle glicêmico e de marcadores de inflamação sistêmica em pacientes diabéticos<sup>13</sup>.

O aumento da severidade da doença periodontal em DM pode indicar uma alteração na composição dos tecidos periodontais, resultando mais frequentemente destruição do tecido periodontal que também é afetada por mau estado metabólico, por outro lado, infecções periodontais por anaeróbios possivelmente influenciam a falta de controle glicêmico e parecem aumentar o risco de complicações da diabetes<sup>14,17</sup>. Há alguma evidência de melhoria no controle metabólico em pacientes com diabetes, após o tratamento da doença periodontal, sugerida em meta-análise realizada por Simpson *et al.* (2010) e Stanko & Holla. (2014)<sup>4,15</sup>.

Amiri *et al.* (2014) avaliaram 84 pacientes com retinopatia diabética (DR) e 129 sem DR e 73 pacientes sem diabetes e encontraram associação estatisticamente significativa e uma provável relação entre DM tipo 2 com complicação microvascular da retina e doença periodontal, e uma tendência para os diabéticos apresentarem maior gravidade da doença periodontal em relação aos não diabéticos<sup>14</sup>.

Kakade *et al.* (2014) avaliaram os parâmetros periodontais de 22 pacientes com DM tipo 1 e 44 pacientes sem diabetes. Os autores relataram que o número médio de sítios com sangramento, número de bolsas periodontais e número de perda de inserção clínica foram todos significativamente mais encontrados em casos de DM tipo 1 do que nos controles. O estudo fornece evidências que as pessoas com DM tipo I mellitus têm um maior risco de doença gengival e periodontal<sup>16</sup>.

Um estudo avaliando a condição periodontal de 80 indivíduos com DM tipo 2 e 78 indivíduos saudáveis revelou que os pacientes diabéticos mostraram uma porcentagem significativamente menor de superfícies de placa positiva, com um aumento significativo no número e porcentagem de sítios com perda de inserção clínica (3 milímetros) em comparação aos controles. Houve uma correlação significativa entre a duração da DM e a gravidade da perda de inserção periodontal. O estudo concluiu que pacientes com DM tipo 2 possuíam maior risco de apresentar formas graves de doença periodontal em comparação com indivíduos não-diabéticos. Os resultados destacam a necessidade do acompanhamento frequente da condição periodontal em pacientes diagnosticados com DM tipo 2<sup>18</sup>.

Pranckeviciene *et al.* (2014)<sup>5</sup> realizaram estudo randomizado comparando os parâmetros periodontais de 179 pacientes com DM tipo 1 e 89 pacientes com DM tipo 2. O controle metabólico da DM em todos os casos foi determinado pelos valores da Hemoglobina Glicada. Todos os parâmetros periodontais avaliados foram significativamente mais graves entre os pacientes com DM tipo 2. Os autores concluíram que a DP está relacionada

ao tipo de DM sendo mais pronunciada em pacientes com DM tipo 2.

Regimes de abordagens periodontais preventivas em pacientes diabéticos devem ser realizados de maneira sistemática e persistente, de modo a eliminar o dano periodontal. Essa abordagem necessita ser dinâmica e multidisciplinar com ações integradas principalmente entre o clínico geral, endocrinologista e o periodontista.

#### 4. CONCLUSÃO

Há uma forte evidência para a associação entre a DM e a DP. A DM aumenta o risco e a severidade da DP. Mecanismos biologicamente plausíveis têm sido demonstrados em abundância. O impacto da DP no controle glicêmico de pacientes com DM e os mecanismos através dos quais isso ocorre ainda não foram completamente esclarecidos. Contudo, é possível que a DP possa funcionar como um acelerador da resistência à insulina, e esta via pode levar ao agravamento do controle glicêmico. Há evidências emergentes de que o tratamento periodontal melhora o controle glicêmico de paciente com DM tipo 2, isto é, o controle da infecção periodontal parece ser importante não somente para a saúde oral, mas pode também melhorar os resultados da saúde de pacientes com DM. Contudo, mais estudos são necessários para tornar claro esse aspecto da relação bidirecional entre doença periodontal e a diabetes *mellitus*.

#### REFERÊNCIAS

- [1]. Pendyala G, Thomas B, Joshi S. Periodontitis, diabetes mellitus, and the lopsided redox balance: A unifying axis. *J Indian SocPeriodontol* 2013 May; 17(3):338-44.
- [2]. Kumar V, Abbas AK, Fausto N. *Patologia – Bases Patológicas das Doenças*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- [3]. American Diabetes Association. Position Statement. Diagnosis and Classification of diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2006 Jan; 29(1):S43-8.
- [4]. Stanko P, Holla LI. Bidirectional association between diabetes mellitus and inflammatory periodontal disease. *Biomed Pap Med FacUnivPalacky Olomouc Czech Repub* 2014 Jan; 158(1):35-8.
- [5]. Pranckeviciene A, Siudikiene J, Ostrauskas R, Machiulskiene V. Severity of periodontal disease in adult patients with diabetes mellitus in relation to the type of diabetes. *Biomed Pap Med FacUnivPalacky Olomouc Czech Repub* 2014 Jan; 158(1):117-23.
- [6]. Magee MJ, Kempker RR, Kipiane AM., et al. Diabetes Mellitus, Smoking Status, and Rate of Sputum Culture Conversion in Patients with Multi-drug-Resistant Tuberculosis: A Cohort Study from the Country of Georgia. *PLoS One* 2014 Apr; 15(9):1-9.
- [7]. Alves C, Andion J, Brandão M, Menezes R. Mecanismos patogênicos da doença periodontal associada ao diabetes melito. *ArqBrasEndocrinolMetab* 2007 Oct; 51(7):1050-57.
- [8]. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2007. *Diabetes Care* 2007 Jan;30(1):S4-S41.
- [9]. Popescu MR, Nitu M, Dragomir L, Olteanu M, Olteanu M. Histological changes of gingival epithelium in diabetic patients with periodontal disease. *Rom J MorpholEmbryol* 2013 Dec; 54(4):1093-6.
- [10]. Gurav A, Jadhav V. Periodontitis and risk of diabetes. *J Diabetes* 2011 Mar; 3(1):21-8.
- [11]. Longo PL, Artese HPC, Rabelo MS., et al. Serum levels of inflammatory markers in type 2 diabetes patients with chronic periodontitis. *J Appl Oral Sci* 2014 Apr; 22(2):103-8.
- [12]. Chapple ILC, Genco R., et al. Diabetes and periodontal diseases: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Periodontol* 2013 Apr; 84(4):106-12.
- [13]. Salvi GE, Carollo-Bittel B, Lang NP. Effects of diabetes mellitus on periodontal and peri-implant conditions: update on associations and risks. *J Clin Periodontol* 2008 Sep; 35(8):398-409.
- [14]. Amiri AA, Maboudi A, Bahar A, Farokhfah A, Daneshvar F, Khoshgoeian HR, Nasohi M, Khalilian A. Relationship between Type 2 Diabetic Retinopathy and Periodontal Disease in Iranian Adults. *N Am J Med Sci* 2014 Mar; 6(3):139-44.
- [15]. Simpson TC, Needleman I, Wild SH, Moles DR, Mills EJ. Treatment of periodontal disease for glycaemic control in people with diabetes. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 May; 12(5):CD004714.
- [16]. Kakade SP, Shetiya SH, Kakodkar P, Shirahatti RV, Agrawal D. Periodontal status of type I diabetics compared to non-diabetic participants: a preliminary study. *Ceylon Med J* 2014 Mar; 59(1):19-20.
- [17]. Telgi RL, Tandon V, Tangade PS, Tihth A, Kumar S, Yadav V. Efficacy of nonsurgical periodontal therapy on glycaemic control in type II diabetic patients: a randomized controlled clinical trial. *J Periodontal Implant Sci* 2013 Aug;43(4):117-82.
- [18]. Al-Khabbaz AK. Type 2 diabetes mellitus and periodontal disease severity. *Oral Health Prev Dent* 2014 Jan; 12(1):77-82.



# IDENTIFICAÇÃO HUMANA PELA ARCADEA DENTÁRIA ATRAVÉS DO PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO

HUMAN IDENTIFICATION BY DENTAL ARCH THROUGH DENTAL RECORD

LETÍCIA NADAL<sup>1</sup>, ANA CLAUDIA POLETTO<sup>2</sup>, ELIANA CRISTINA FOSQUIERA<sup>3\*</sup>

1. Cirurgiã-Dentista graduada pela Universidade Paranaense, Cascavel, Brasil; 2. Acadêmica do curso de Odontologia pela Universidade Paranaense, Cascavel, Brasil; 3. Administradora de Empresas (Unioeste), Cirurgiã-Dentista (Unipar), Mestre em Clínica Integrada (UEPG), Doutoranda em Odontologia Estomatologia (PUC/PR), Docente do curso de Odontologia da Universidade Paranaense, Cascavel, Brasil.

\* Rua Recife, 1000, apto 103, Cascavel, Paraná, Brasil. CEP: 85.810-030. [elianacf@unipar.br](mailto:elianacf@unipar.br)

Recebido em 17/07/2015. Aceito para publicação em 28/09/2015

## RESUMO

O prontuário odontológico é um conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinados ao registro dos cuidados odontológicos prestados ao paciente. Além da sua importância para a organização da clínica odontológica, o prontuário é um instrumento que tem finalidade jurídica, pericial e de identificação odontológica. Este trabalho revisa a literatura, enfatizando o papel do prontuário odontológico no processo de identificação humana, abordando os aspectos legais e o método comparativo de imagens para a identificação *post-mortem*. É de extrema importância a correta elaboração da documentação odontológica na clínica diária do cirurgião-dentista, que deve apresentar um prontuário leal às condições do paciente. Registrar a condição inicial e todos os procedimentos odontológicos realizados nos atendimentos ao paciente no decorrer dos anos é de fundamental importância, tanto clinicamente quanto juridicamente, podendo servir como subsídio em casos de identificação humana. A odontologia legal tem muito a contribuir no processo de identificação humana, contudo ainda há necessidade de maior incentivo na formação de profissionais especializados na área, como também em pesquisas forenses.

**PALAVRAS-CHAVE:** Odontologia legal, identificação humana, arcada dentária

## ABSTRACT

The dental record can be considered as a set of standardized documents, sorted and concise, destined to the registry of dental care provided to the patient. Beyond your importance to the dental office organization, the record can be used for the purpose legal, expert report and dentistry forensic identification. The aim of this

study is to review the literature, emphasizing the role of dental record in the process of human identification, touching the legal aspects and the comparative method of images to identification *post-mortem*. It is extremely important the right preparation of dental documentation for dentists' daily practice, which must show a fair record to patient conditions, registering the initial condition and all procedures carried out. Concertedly, have how primary purpose an appropriate dental treatment monitoring and, when necessary, could serve how subsidy in human identification cases. The forensic dentistry contribution trend seen in many scientific relates even for the media, reinforcing the importance of this professional in the human identification process.

**KEYWORDS:** Forensic dentistry, human identification, dental arch

## 1. INTRODUÇÃO

A O prontuário odontológico é definido como um conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinados ao registro dos cuidados odontológicos prestados ao paciente<sup>1</sup>. A qualidade de um prontuário é proporcional a sua qualidade de suprir as necessidades da prática profissional odontológica. A importância do prontuário vai além da prática clínica rotineira do cirurgião-dentista, abrange também situações no âmbito administrativo, civil, penal, jurídico com finalidade pericial e na identificação odontológica<sup>2</sup>. Para que a identificação humana pela documentação odontológica seja efetuada com sucesso, é de extrema importância que os prontuários dos indivíduos a serem identificados, forneçam o maior número de informações possíveis, com qualidade. Desta maneira, a documentação terá confiabilidade e será uma consistente ferramenta de investigação<sup>1</sup>.

A odontologia legal é o elo entre a biologia e o di-

reito, sendo seu principal objetivo a aplicação dos conhecimentos da ciência odontológica a serviço da justiça<sup>3</sup>. A perícia odontológica pode ser realizada em Foro Civil, Criminal, Trabalhista e Sede Administrativa<sup>4</sup>. Na área criminal, o perito atua na identificação no vivo, no cadáver e em perícias antropológicas (crânio esqueletizado) em casos onde a condição do corpo encontrado não permite as técnicas mais usuais de identificação, como a datiloscopia (impressão digital). Atua também em perícias de lesões corporais, determinação da idade, perícias de manchas, determinação da embriaguez alcoólica e outros exames periciais<sup>4</sup>. A comparação de imagens é o método que se destaca na identificação, pois é simples e confiável. Este método consiste na comparação da documentação odontológica *ante-mortem* do indivíduo (ficha clínica, radiografias, tomografias, modelos, entre outros), com os dados adquiridos na necropsia. Este teste é eficiente, desde que se tenha a documentação odontológica, caso contrário, a identificação se dá por meio de DNA, que requer maior custo e tempo<sup>3</sup>.

O cirurgião-dentista mesmo atuando de forma indireta, tem um papel fundamental no processo de identificação, pois uma documentação odontológica realizada de forma correta, não o previne somente de processos administrativos, mas mostra-se de grande valia em casos onde há necessidade de identificação humana.

Este trabalho tem como objetivo revisar a literatura, enfatizando o papel do prontuário odontológico no processo de identificação humana, abordando os aspectos legais e o método comparativo de imagens para a identificação *post-mortem*, demonstrando a importância da correta elaboração da documentação odontológica na clínica diária do cirurgião-dentista.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado a partir de uma revisão bibliográfica através do banco de dados da Scielo, Lilacs e Medline. A busca do material direcionou-se ao objeto de estudo incluindo livros nacionais de odontologia legal, artigos científicos, teses e dissertações. Utilizou-se como palavras-chave odontologia legal, identificação humana, arcada dentária e prontuário odontológico para selecionar os artigos relacionados ao tema, considerando o período de publicação de janeiro 2001 a junho de 2015. A coleta dos artigos sobre o assunto se deu em primeiro momento de forma exploratória. Após, foi realizada uma leitura crítica dos artigos, sendo selecionados aqueles que atendiam os padrões de qualidade e confiabilidade das informações e estruturação adequada. A partir de então, as informações foram extraídas e ordenadas de forma a atender ao tema do artigo.

## 3. DESENVOLVIMENTO

A odontologia legal, segundo a Resolução do Conse-

lho Federal de Odontologia (CFO) 63/2005<sup>5</sup>, é a “especialidade que tem como objetivo a pesquisa de fenômenos psíquicos, físicos, químicos e biológicos que possam atingir o homem vivo, morto ou ossada, e mesmo fragmentos ou vestígios, resultando de lesões parciais ou totais, reversíveis ou irreversíveis”. A atuação da odontologia legal abrange a análise, perícia e avaliação de eventos relacionados com a área de competência do cirurgião-dentista<sup>4</sup>. Assim sendo, abrange áreas como a identificação humana; perícia em foro civil, criminal e trabalhista; perícia em vestígios correlatos, inclusive de manchas ou líquidos oriundos da cavidade bucal ou nela presentes; perícia e logística no vivo, no morto, íntegro ou em suas partes em fragmentos; entre outras (Res. CFO-185)<sup>6</sup>. A primeira identificação pela arcada dentária ocorreu desde a época da Roma Imperial, quando Agripina, mulher do Imperador Cláudio, mãe de Nero, mandou matar a amante do marido, Loilla Paulina. Depois de morta, esta foi identificada pelas particularidades da sua dentição, tais como maloclusão e dentes cariados<sup>3</sup>. A identificação é o conjunto de procedimentos para individualizar uma pessoa ou objeto, de suma importância para razões legais e humanitárias, sendo muitas vezes determinada antes da causa da morte<sup>7</sup>. A identificação humana *post-mortem* é uma busca pela verdade, que permite localizar pessoas desaparecidas, resolver pendências pessoais e sociais<sup>3,9</sup>.

Diferentes métodos médico-legais e odontológicos são empregados para esta identificação, como a datiloscopia, arcada dentária, DNA, entre outros, para então conseguir uma positiva identificação. A ação do odontologista na identificação humana se dá quando o corpo se encontra em estágios avançados de putrefação, ossificação ou carbonização, estados que impedem a identificação mais usual, que é a datiloscopia, verificando-se a inquestionável importância desta área na identificação de corpos em desastres ambientais, automobilísticos e criminais por exemplo<sup>3</sup>. Nessas condições, se observa o destaque da odontologia, visto que os dentes são elementos singulares que possuem extraordinária resistência. São órgãos capazes de resistir a temperaturas de aproximadamente 1600°C e permanecerem intactos por muito tempo depois da decomposição ou carbonização dos tecidos moles ou esqueléticos<sup>8</sup>. Servem como base na identificação pela análise de particularidades odontológicas, podendo-se comparar os dados coletados durante a documentação odontológica fornecida pelo cirurgião-dentista que atendia o paciente em vida, com os dados coletados na necropsia do indivíduo<sup>3,9</sup>.

A análise destas questões é realizada por um cirurgião-dentista, no cargo de perito que está vinculado aos Órgãos de Perícias Oficiais – IML (Institutos de Medicina Legal) e Institutos de Criminalística<sup>9</sup>. O perito é a pessoa a quem cabe a realização e análise dos exames técnicos da sua especialidade, para esclarecimentos dos

fatos que são objetivo de inquérito policial ou judicial. Assim sendo, é necessário a este não somente o conhecimento biológico, mas também noções jurídicas<sup>3</sup>. Atualmente, os três métodos mais usados na identificação pessoal utilizando os dentes, maxila, mandíbula e características orofaciais, são a identificação dentária comparativa, perfil de reconstrução dentária *post-mortem* e os exames de DNA<sup>8</sup>.

A identificação dentária comparativa pode alcançar um alto grau de simplicidade e confiabilidade. Na primeira fase da identificação, são averiguados a natureza da morte e a razão para serem coletados os dados odontológicos. Na segunda fase, que é o exame *post-mortem*, são analisados os arcos dentários do cadáver, sendo realizadas fotografias faciais e intra-orais, estruturas orais, radiografias e moldagens dos arcos<sup>9</sup>. Os detalhes anatômicos que podem seguir como base de comparação, são as formas dos dentes e raízes, dentes perdidos e presentes, raízes residuais, dentes supranumerários, atrito ou abrasão, fraturas coronárias, grau de reabsorção óssea decorrente de doença periodontal, lesões ósseas, diastemas, formas e linhas das cavidades, cárie, tratamento endodôntico, pinos intrarradiculares e intracoronários, aparelhos ortodônticos e próteses dentárias<sup>7</sup>. Os materiais restauradores, possuem resistência às condições extremas, como a cremação, sendo importante ao odontologista na unicidade do trabalho restaurador da identificação. Além destes aspectos abordados, os peritos devem levar em consideração os dados *post-mortem*, que podem, por exemplo, demonstrar uma perda dental durante o processo de esqueletização ou danos causados pela recuperação, transporte e armazenamento inadequado do crânio<sup>3</sup>. A terceira fase consiste na coleta de dados e investigação *ante-mortem*, onde as pistas da identidade do cadáver determinada por pertences ou outras características pessoais permitem que os peritos obtenham as fichas odontológicas *ante-mortem* de todos os cirurgiões-dentistas que já trataram deste indivíduo<sup>8</sup>. Neste exame são coletadas todas as informações pertinentes ao tratamento efetuado ou planejado que foram anotadas pelo clínico no prontuário odontológico, juntamente com os exames complementares realizados, que são de grande valia, como as radiografias, modelos e fotografias<sup>9</sup>. Na última fase, no confronto odontolegal, são comparados os resultados obtidos nas fases dois e três, considerando o mesmo ponto de referência (face, dente, hemiarco) e tendo como base uma análise comparativa e quantitativa das particularidades odontológicas<sup>8,9</sup>. Além disso, associado a este método, podem ser levadas em consideração outras características como roupas, objetos e características físicas que levam a uma confirmação. Tendo em vista a efetivação deste método, simples e de grande importância, demonstra-se a necessidade da correta elaboração do prontuário odontológico, que deve ser completo e devidamente armaze-

nado.

O prontuário odontológico pode ser considerado como um conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinados ao registro dos cuidados odontológicos prestados ao paciente<sup>10</sup>. Além da sua importância para a organização da clínica odontológica, o prontuário pode ser usado com a finalidade jurídica, pericial e na identificação<sup>1</sup>. O prontuário apenas terá validade jurídica se for bem formulado, conter uma estrutura mínima e dados verdadeiros sobre o paciente. Segundo o Conselho Federal de Odontologia por meio do parecer 125/92 é necessário que um prontuário odontológico contenha no mínimo a identificação do paciente, possuindo história clínica do mesmo, um detalhado exame clínico odontológico, exames complementares, planos de tratamento e evolução do tratamento. Daruge Júnior (1993)<sup>11</sup> constatou que a padronização do sistema de anotações dos eventos odontológicos e alterações dentárias das fichas clínicas, é essencial para permitir uma análise comparativa com absoluta segurança; visando a identificação cadavérica por meio de um método computadorizado.

O papel do perito odontologista se destacou na identificação de diversos indivíduos em diferentes países, reforçando a importância deste profissional nestes procedimentos<sup>12,13,14,15</sup>. A contribuição da odontologia legal é evidenciada em vários relatos científicos e até mesmo pela mídia, podendo-se destacar os dois maiores acidentes aéreos brasileiros, o primeiro ocorrido em setembro de 2003, envolvendo um avião da empresa Gol, causando a morte de 154 pessoas, e o segundo, ocorrido em julho de 2007, com um avião da empresa TAM, culminando com a morte de 199 pessoas. Nos dois acidentes foi necessário a aplicação de diferentes técnicas de identificação forense para a individualização das vítimas, incluindo a identificação pelos dentes<sup>7</sup>.

A Odontologia Legal, por meio de suas habilidades específicas e seus conhecimentos científicos, permite a obtenção de informações precisas, gerando conclusões confiáveis para a identificação humana, principalmente quando se tem documentação *ante-mortem*, como o prontuário odontológico<sup>16</sup>. Um prontuário odontológico adequado, atende aos critérios administrativos, clínicos, e legais, além de servir na identificação de corpos carbonizados e ossadas<sup>17</sup>.

Walled (2015)<sup>18</sup> cita que as clínicas particulares tendem a se concentrar mais na renda e na situação financeira da clínica, obtendo assim um prontuário breve para economizar tempo e admitir mais pacientes, negligenciando a manutenção desses prontuários.

O cirurgião-dentista clínico deve apresentar um prontuário leal às condições do paciente, registrando a condição inicial e todos os procedimentos realizados, que ao mesmo tempo tem como finalidade primordial o acompanhamento adequado do tratamento odontológico

e, quando necessário, poderá servir como subsídio em casos de identificação humana. A falta de informação nos registros dentários é apontada como a causa de fracasso na identificação pela arcada dentária<sup>18</sup>.

O Conselho Federal de Odontologia - CFO (Parecer n.º 125/92), determina que o prontuário odontológico está sujeito a implicações legais e deve ser corretamente preenchido e armazenado, devendo ser arquivado por no mínimo 10 anos, iniciados a partir do último registro<sup>17</sup>, porém, como o prontuário odontológico também fornece subsídios para identificação humana *post-mortem* e todos os pacientes estão expostos diariamente a acidentes, desastres ambientais, entre outros, fica clara a necessidade armazenamento do prontuário durante toda vida do paciente ou do profissional.

#### 4. CONCLUSÃO

A odontologia legal está inserida nos institutos médicos legais, fazendo parte da equipe multiprofissional das ciências forenses. Seu valor é inquestionável, sendo uma das suas principais contribuições, o processo de identificação humana através da análise comparativa das arcadas dentárias com a documentação do indivíduo pressuposto. É um método simples, barato, eficaz e confiável. A odontologia legal tem muito a contribuir, mas ainda há necessidade de maior incentivo na formação de profissionais especializados na área, como também em pesquisas forenses.

#### REFERÊNCIAS

- [1] Saraiva AS. A importância do prontuário odontológico – com ênfase nos documentos digitais. *Rev Bras. Odontol.* 2011; 68(2):157-60.
- [2] Silva et al. Nível de Conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas Sobre a Qualidade dos Prontuários Odontológicos Para Fins de Identificação Humana. *Rev Odontol Bras Central.* 2010; 19(51).
- [3] Almeida CA, Paranhos LR, Silva RHA. A importância da odontologia na identificação *post-mortem*; *Odontologia e Sociedade* 2010; 12(2):07-13.
- [4] Peres AS, Peres SHCS, Nishida CL, Grandizoli DK, Ribeiro IWJ, Gobbo LG, Poleti ML. Peritos e perícias em Odontologia. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo* 2007; 19(3):320-4.
- [5] Conselho Federal de Odontologia. Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Resolução CFO-63/2005. DOI: [www.cfo.org.br/download/pdf/consolidacao.pdf](http://www.cfo.org.br/download/pdf/consolidacao.pdf)
- [6] Conselho Federal de Odontologia. Capítulo VIII: Anúncio do Exercício das Especialidades Odontológicas: Art 43. Resolução 185/93. DOI: <http://cfo.org.br/>.
- [7] Carvalho SPM, Silva RHA, Lopes Jr C, Sales-Peres A. A utilização de imagens na identificação humana em odontologia legal. *Radiol Bras.* 2009; 42(2):125–13
- [8] Chester Douglas et al; The Oral Care Report Colgate Prev News, 2002; 12(2). Disponível em: [www.colgateprofessional.com.br/LeadershipBR/NewsArticles/NewsMedia/PrevNewsColgatePrevNews\\_12\\_2.pdf](http://www.colgateprofessional.com.br/LeadershipBR/NewsArticles/NewsMedia/PrevNewsColgatePrevNews_12_2.pdf)
- [9] Silva RF, *et al.* Identificação de cadáver carbonizado utilizando documentação odontológica – Relato de caso; *Rev. odonto ciênc.* 2008;23(1):90-93 .
- [10] Silva M. *Compêndio de Odontologia Legal.* Rio de Janeiro: Medsi. 1997.
- [11] Daruge Junior E. Identificação humana pelos eventos odontológicos e alterações dentárias através de um método computadorizado. [dissertação]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia. 1993
- [12] Blakaj F, Bicaj T, Bicaj B. Dental identification of a decomposed body. *Med Arh.* 2010; 64 (2):125-6.
- [13] Dumanci J, Kaic Z, Njemirovskij V, Brkic H, Zecevic D. Dental identification after two mass disasters in Croatia. *Croat Med J.* 2001; 42(6):657-62.
- [14] Santoro V, Lozito P, Mastrorocco N, De Donno A, Introna F. Personal identification by morphometric analyses of intra-oral radiographs of unrestored teeth. *J Forensic Sci.* 2009; 54(5):1081-4.
- [15] ACharya AB, Taylor JA. Are a minimum number of concordant matches needed to establish identity in forensic odontology. *J Forensic Odontostomatol.* 2003; 21(1):6-13. Minaguchi K, Maruyama S, Kasahara I, Nohira C, Hanaoka Y, Tsai T, et al. Identification of unknown body using DNA analysis and dental characteristics in chest X-ray photograph. *Bull Tokyo Dent Coll.* 2005; 46:145-53. Fonsêca GS, Azevedo ADCS, Santana D, Oliveira LDFD, Menezes S, Cordeiro ML, et al. Aspectos legais da utilização do prontuário digital na odontologia.RBOL. 2014; 1(1).
- [16] Waleed P, Baba F, Alsulami S, Tarakji B. Importance of Dental Records in Forensic Dental Identification. *Acta Inform Med.* 2015; 23(1):49-52.

# IDENTIFICAÇÃO HUMANA ATRAVÉS DE MARCAS DE MORDIDA: A ODONTOLOGIA A SERVIÇO DA JUSTIÇA

## HUMAN IDENTIFICATION THROUGH BITE MARKS: THE DENTISTRY TO THE SERVICE OF JUSTICE

LETÍCIA NADAL<sup>1</sup>, ANA CLAUDIA POLETTO<sup>2</sup>, CAMILA REGINA KLAUS MASSAROTTO<sup>3</sup>, ELIANA CRISTINA FOSQUIERA<sup>4\*</sup>

1. Cirurgiã-Dentista graduada pela Universidade Paranaense, Cascavel, Brasil; 2. Acadêmica do curso de Odontologia pela Universidade Paranaense, Cascavel, Brasil; 3. Cirurgiã-Dentista graduada pela Universidade Paranaense, Mestranda em Estomatologia (PUC/PR); 4. Administradora de Empresas (Unioeste), Cirurgiã-Dentista (Unipar), Mestre em Clínica Integrada (UEPG), Doutoranda em Odontologia Estomatologia (PUC/PR), Docente do curso de Odontologia da Universidade Paranaense, Cascavel, Brasil.

\* Rua Recife, 1000, apto 103, Cascavel, Paraná, Brasil. CEP: 85.810-030. [elianacf@unipar.br](mailto:elianacf@unipar.br)

Recebido em 25/08/2015. Aceito para publicação em 29/08/2015

### RESUMO

Uma importante área de atuação da odontologia legal é o reconhecimento e a interpretação de marcas e lesões produzidas por mordida humana. O objetivo deste trabalho é revisar a literatura demonstrando o papel da odontologia legal na identificação humana através de marcas de mordida em seres humanos. O estudo das marcas de mordida nas ciências forenses é efetuado analisando-se a forma, localização, tamanho e algumas características específicas das unidades dentárias, bem como a impressão das mesmas na pele, alimentos ou outros objetos. O perito ao observar uma marca de mordida, analisa primeiramente se esta foi produzida por um ser humano ou um animal; verifica a existência de equimoses e outras lesões, e diagnostica se foram produzidas em vida ou *post-mortem* (nos cadáveres). Após comprovação da marca ser produzida por um ser humano, segue-se à realização de exames criteriosos na vítima do ataque e no suspeito. Efetuado o levantamento, todos os dados da vítima e do suspeito são comparados e apresentados ao tribunal. O conhecimento das particularidades das marcas de mordida é de real valor, dado que podem ser usadas para provar o contato entre o agressor e a vítima, representando muitas vezes a única evidência existente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Odontologia legal, mordeduras, odontólogo

### ABSTRACT

An important dentistry area of operation is forensic dentistry, which includes recognition and interpretation of marks and injuries produced by bite. The aim of this paper is to review the literature showing the role of forensic dentistry in the human identification through bite marks in human beings. The bite marks study in forensic sciences is carried out analyzing the shape, localization, size and some specific characteristics of teeth units, as well as their impression on the skin, foods and other objects. When the forensic dentist observe a bite mark, first analyzes if these was produced by a human being or an animal; observe the existence of the ecchymosis and other injuries and diagnostic if were produced in life

or *post-mortem* (in the corpses). After proof of the mark being produced by a human being or an animal, follow the implementation of careful exams in the victims well as the suspect. Made the lifting, all data of the victim and suspect are compared to and present at the court. The knowledge of the specific bite marks is a worth value, information that can be used to prove the contact of the suspect and the victim, which might represent the only evidence existing.

**KEYWORDS:** Forensic dentistry, bites, dentist.

### 1. INTRODUÇÃO

A integridade anátomo-funcional do ser humano é assegurada pelo estado, e não se constitui de interesse somente do indivíduo, mas também de toda a sociedade. O direito de ressarcimento por algum dano gerado que atente a integridade pessoal é protegido, e para que a justiça possa aplicar estes dispositivos legais, é necessário que qualquer ofensa à saúde do indivíduo seja definida por meio de perícias, sejam médicas ou legais, dependendo da origem do dano. Os peritos odontológicos, através dos seus conhecimentos especializados são capazes de esclarecer as mais diversas questões, sejam no âmbito criminal, administrativo e civil<sup>1</sup>.

Os dentes humanos são órgãos que tem como função principal cortar e triturar alimentos, mas em alguns casos, as pessoas recorrem ao instinto primitivo e utilizam os dentes para morder, se defendendo ou atacando<sup>2</sup>. Em razão da crescente violência, os crimes tornaram-se sofisticados, exigindo técnicas periciais mais desenvolvidas. O perito criminal odontológico tem muitas funções, sendo uma delas a comparação de expressão de marcas de mordida em vítimas, alimentos ou outros materiais com a estrutura dental dos suspeitos, servindo à justiça na elucidação dos casos<sup>3</sup>. Se uma marca de mordida tem

detalhes suficientes que possam identificar ou excluir suspeitos, torna-se uma ferramenta poderosa de investigação<sup>4</sup>. Para Yamamoto (2005)<sup>5</sup>, o perito odontológico tem como função primordial, afirmar se o material oferecido para exame apresenta ou não características compatíveis com os registros obtidos anteriormente através dos seus conhecimentos especializados.

O presente trabalho tem como objetivo revisar a literatura demonstrando o papel da odontologia legal na identificação humana através de marcas de mordida em seres humanos, vivo ou cadáver, e o processo utilizado para a identificação.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado a partir de uma revisão bibliográfica qualitativa através do banco de dados da Scielo, Lilacs e Medline. A busca do material direcionou-se ao objeto de estudo incluindo livros nacionais de odontologia legal, artigos científicos, teses e dissertações. Utilizou-se como palavras-chave odontologia legal, marcas de mordida, mordeduras humanas, odontologia forense e identificação humana, para selecionar os artigos relacionados ao tema. A coleta dos artigos sobre o assunto se deu em primeiro momento de forma exploratória. Após, foi realizada uma leitura crítica dos artigos, sendo selecionados aqueles que atendiam os padrões de qualidade e confiabilidade das informações e estruturação adequada. A partir de então, as informações foram extraídas e ordenadas de forma a atender ao tema do artigo.

## 3. DESENVOLVIMENTO

A odontologia legal é o elo entre a biologia e o direito, sendo que o principal objetivo dessa especialidade é a aplicação dos conhecimentos da ciência odontológica a serviço da justiça<sup>6</sup>. Segundo a Resolução CFO 63/2005<sup>15</sup>, a odontologia legal é a “especialidade que tem como objetivo a pesquisa de fenômenos psíquicos, físicos, químicos e biológicos que possam atingir o homem vivo, morto ou ossada, e mesmo fragmentos ou vestígios, resultando de lesões parciais ou totais, reversíveis ou irreversíveis”. A atuação da odontologia legal compete na análise, perícia e avaliação de eventos relacionados com a área de competência do cirurgião-dentista<sup>3</sup>. Assim, abrange áreas como a identificação humana; perícia em foro civil, criminal e trabalhista; perícia em vestígios correlatos, inclusive de manchas ou líquidos oriundos da cavidade bucal ou nela presentes; perícia e logística no vivo, no morto, íntegro ou em suas partes em fragmentos; entre outras<sup>3</sup>. Esta especialidade constitui-se essencial para a identificação humana, sendo uma fonte de dados pessoais que resiste a traumatismo e a situações catastróficas.

Uma importante área de atuação da odontologia legal, também chamada de odontologia forense, é o reconhe-

cimento e a interpretação de marcas e lesões produzidas por mordida, humana ou animal, na pele de pessoas vivas, cadáveres ou objetos, especialmente nas situações criminais<sup>5</sup>, visto que o conhecimento das suas particularidades é de real valor, dado que podem ser usadas para provar o contato entre o agressor e a vítima, representando muitas vezes a única evidência existente<sup>6</sup>. Os arcos dentários revelam tamanha importância em razão dos requisitos biológicos básicos (unicidade, perenidade e imutabilidade)<sup>5</sup>. O estudo das marcas de mordida nas ciências forenses é feito analisando a forma, localização, tamanho e algumas características específicas das unidades dentárias, bem como a impressão das mesmas na pele, alimentos ou outros objetos, considerando inclusive a intensidade com que a mordida foi realizada<sup>7</sup>.

A marca de mordida é classificada como sendo a lesão que é produzida pelos dentes humanos e/ou animais na pele, em alimentos, vestuário ou outro tipo de objeto, que resulta da aplicação de forma acentuada dos dentes numa base que é passível de ser deformada, onde a superfície modifica-se e as características dos dentes são transferidas para a mesma. Pode conter uma ou mais características causadas por um ou mais dentes. Essas características podem ser descritas como cortes, abrasões, hematomas ou contusões, sendo que os dentes anteriores são mais comumente observados, mas podem ser encontradas eventualmente marcas dos pré-molares e molares<sup>1,6,8</sup>. As marcas produzidas em pele são mais difíceis de serem identificadas, enquanto que as produzidas em alimentos são mais precisas e reprodutíveis<sup>4</sup>.

A definição geral de marca de mordida consiste numa lesão semicircular que compreende dois arcos separados, com uma área central sem evidência de lesão ou com uma área central de contusão devido a pressão exercida pelas forças dentárias, lábios e língua<sup>2,6,8</sup>. A forma da lesão pode variar dependendo do local da lesão, a forma da dentição, assim como a posição e o movimento da vítima durante a agressão, constituindo assim um desafio que requer uma investigação profunda, que não deve ser realizada por profissionais sem capacitação forense<sup>4</sup>.

As mordeduras em pele podem ser classificadas como fruto de agressão ou abuso sexual, situações que geram confronto entre criminosos e vítimas, e os dentes são utilizados como meio de defesa ou ataque<sup>5</sup>. Para a vítima, pode significar um meio de sobrevivência, enquanto que para o agressor apenas uma forma de exprimir o seu sentimento de posse, raiva e dominância. Os casos onde se observa maior ocorrência de marcas de mordida são: abuso sexual, homicídios, violência doméstica, assaltos, abuso infantil, entre outros. Os locais onde são mais observadas essas marcas são: seios, braços, face/cabeça e pernas<sup>9</sup>. Do ponto de vista psicológico, a mordida pode ter três aspectos de motivação: raivoso-impulsiva, mordida sádica e ego-canibalista. A raivo-

sa-impulsiva é normalmente resultante da frustração e incompetência em compartilhar efetividade e situações de conflito por parte do agressor. O segundo caso ocorre devido a necessidade de demonstração de poder, dominação e controle. Na ego-canibalista, o agressor morde para satisfazer o ego por meio da aniquilação, consumo e absorção da essência da vítima<sup>1</sup>.

As marcas produzidas pela mordida humana são portadoras de características únicas, permitindo identificar o indivíduo que as produziu<sup>9</sup>. A unicidade da mordida se dá nos seus formatos ovais, elípticos ou circulares, tamanhos e em características específicas, como a profundidade da incisão, laceração, tipo de deslocamento de tecido, objeto ou alimento, grau de rotação de unidades dentárias, fraturas, anomalias, desgastes, entre outras coisas, que vão enfim caracterizar como sendo do referido indivíduo<sup>1</sup>, que são transferidas e gravadas na lesão. Uma pesquisa realizada por Sognnaes (1962)<sup>11</sup> *apud* Marques (2004) confirmou a individualidade da dentição humana, pois ao realizarem uma pesquisa com gêmeos homozigotos, demonstraram diferenças na sua dentição, sendo prova conclusiva na determinação de que não há dois indivíduos com as mesmas particularidades na dentição. Portanto, o conhecimento das particularidades anatômicas normais da dentição humana, sejam macroscópicas ou microscópicas são primordiais para o trabalho do odontologista, visto que desta maneira as alterações dentárias (patológicas, fisiológicas ou intencionais) são reconhecidas<sup>1</sup>.

A identificação por marcas de mordida em pele compreende dois aspectos fundamentais: o primeiro se refere que a dentição de cada indivíduo é única no que diz respeito a forma, posição e tamanho e a segunda é que essas características são reproduzidas com detalhe suficiente de forma a permitir a comparação<sup>6</sup>.

Weeratna (2014)<sup>4</sup> destaca a importância que os profissionais de saúde têm em saber reconhecer uma marca de mordida quanto se depara com esta, visto que muitas vezes eles são os primeiros profissionais a ter contato com as vítimas, para assim encaminhar para um especialista em odontologia forense para elucidar investigações. Assim, estes profissionais devem estar familiarizados com a aparência da marca.

Os primeiros passos quando o perito se encontra diante de uma marca de mordida são: analisar se esta pertence ao ser humano ou a um animal; excluir a possibilidade de ser causada por automutilação; verificar a existência de equimoses e outras lesões, observar se a lesão representa a impressão de arco duplo ou não, diagnosticar se foram produzidas em vida ou *post-mortem* (nos cadáveres)<sup>1</sup>.

As marcas de mordida de animais em cadáveres são frequentes, dependendo do local em que o corpo foi deixado pelo agressor, o que pode propiciar a entrada de animais. Diante desta situação, o perito deve avaliar e

distinguir se as lesões foram causadas por outro ser humano ou fruto do ataque animal. A mordida humana tem entre 25 e 45 mm de distância intercanina, quando esta medida for inferior a 30 mm considera-se produzida por uma criança. A forma é elíptica ou circular. Nos animais, as arcadas são mais estreitas e longas, deixando marcas mais profundas e geralmente acompanhadas pela avulsão dos tecidos, sendo que a distância intercanina é geralmente 40 mm e as marcas produzidas por leões e cães apresentam 6 incisivos, onde predomina-se a marca do dente canino<sup>1,8</sup>.

Após ser comprovada que a marca foi produzida por um ser humano, segue-se as etapas seguintes, onde um exame criterioso deve ser realizado na vítima do ataque e no suspeito:

**1) Exame na vítima:** o perito deve seguir determinados passos: descrição da lesão, registro fotográfico, coleta da saliva presente na marca de mordida, impressões, excisão da área. Na descrição, os dados pessoais da vítima são fundamentais. Segue-se com a localização da marca de mordida, contorno da superfície, tamanho, coloração, orientação, forma e tipo da lesão. Observa-se nas lesões a presença de petéquias, contusões, hematomas, abrasões, lacerações, incisões ou avulsões<sup>1,8</sup>.

O registro fotográfico é um dos melhores métodos de registro. É duradouro, eficiente e barato. As fotografias são passíveis de serem preservadas, documentadas e analisadas, constituindo uma parte essencial das evidências, podendo em alguns casos, ser o único registro atual da injúria perante um tribunal, podendo ser usadas meses ou anos após o crime<sup>1,2,9</sup>. Devido às mudanças das marcas com o passar dos dias, tanto nas vítimas vivas quanto nos cadáveres, as fotografias devem ser repetidas em intervalos de 24 horas durante cinco dias, para demonstrar a maturação da injúria. As injúrias com mais de duas semanas devem ser fotografadas com filme colorido para registrar as mudanças da superfície da lesão. Quando se passam mais de duas semanas, se faz necessário o uso da luz ultravioleta ou infravioleto, pois tem uma maior penetração em pele (700 – 900 nm) alcançando até a camada muscular<sup>1</sup>.

A técnica fotográfica deve ser cuidadosa para que possa ser efetivada como evidência. Para Almeida (2012)<sup>9</sup>, Marques (2004)<sup>1</sup>, e Maior *et al.*, (2007)<sup>2</sup> alguns passos devem ser seguidos para se evitar distorções:

- Fazer fotografia de orientação com visão mais afastada e em “close”,
- Utilizar resolução que permita qualidade,
- Fazer fotografia com e sem escala (escala *American Board of Forensic Odontology*–ABFO [1986]),
- Utilizar escala no mesmo plano e adjacente a mordida,
- Fotografar mantendo a angulação de 90°, com a câmera perpendicular ao centro da marca de mordida,

- Fazer fotografias em série.

Para ser utilizada como evidência, a fotografia deve incluir o nome da vítima, número do caso, data e tempo. O uso de escala fotográfica em conjunto com a fotografia permite a produção da reprodução em tamanho natural para comparação com modelos dos dentes<sup>2</sup>. Seja qual o método escolhido para a análise, as fotografias devem ser incluídas, de forma a permitir e facilitar a comparação das características dentárias com o suspeito<sup>9</sup>.

Uma importante evidência biológica é a saliva, que é depositada durante a mordida, beijo ou sucção. Através da saliva pode-se identificar o tipo sanguíneo do agressor, o exame de DNA (através da presença de células orais) e a presença de amilase confirma ser uma marca de mordida quando a aparência não o caracteriza<sup>1,9</sup>. A coleta é realizada através da técnica de esfregaço duplo, antes da vítima tomar banho ou lavar o local<sup>1</sup>.

A coleta das impressões deve ser realizada preferencialmente com polivísiloxanos, que possuem uma maior estabilidade dimensional, mas o alginato também é bastante empregado devido a sua fácil manipulação e baixo preço. Tanto o alginato, quanto as siliconas são aprovados pela ABFO (1986)<sup>12</sup>, sendo que a escolha entre ambos é definida pela preferência dos peritos. Os modelos devem ser obtidos em gesso tipo II ou IV e recomenda-se a confecção de dois modelos, um para análise e outro entrega a polícia<sup>1,9</sup>.

Em cadáveres, é considerada a preservação da marca por excisão, onde se coloca um anel rígido de plástico em volta da área, sutura e em seguida realiza-se a excisão com bisturi, conservando a peça em formol a 4%<sup>9</sup>.

**2) Coleta de dados no suspeito:** A coleta das impressões do suspeito é autorizada mediante uma ordem emitida judicialmente. Nesta recolha, deve-se incluir: exame clínico, registro fotográfico, recolha de saliva, impressões, amostra do tipo de mordida. No exame extraoral, observam-se deformidades faciais, abertura máxima e outros. No intraoral, registram-se todas as particularidades da dentição, devendo-se registrar detalhadamente os dentes anteriores, observar a presença de diastemas, fraturas, restaurações, tamanho da língua, oclusão, dentes mal posicionados e etc. No registro fotográfico devem ser realizadas fotografias extraorais, frontal e de perfil e no intraoral, dos arcos superior, inferior, em oclusão e de boca aberta. Nas moldagens, utiliza-se alginato ou siliconas, confeccionando dois modelos, sendo um deles entregue à justiça. A amostra de mordida é obtida através de folha de cera amolecida, o que também indica como o indivíduo ocluiu<sup>9</sup>.

Após a coleta, todos os dados da vítima e do suspeito serão comparados. Os métodos utilizados para comparação das marcas de mordida com as características do suspeito podem ser classificados em duas fases. Na primeira, consiste na análise métrica, sendo utilizadas mensurações locais específicas, onde cada detalhe da

dentição do suspeito, observada na análise da marca, deve ser medida e registrada. Os detalhes como a distância intercanina, espaço entre as marcas dos dentes, indicações de mau posicionamento, ausência de dentes, comprimento e profundidade das marcas de cada dente específico devem ser calculados<sup>1</sup>. A segunda fase consiste na associação padrão, que tem como instrumento a sobreposição de imagens. Diversas técnicas podem ser utilizadas, tendo como objetivo principal demonstrar se a marca tem pontos coincidentes ou não com a dentição do suspeito<sup>1</sup>. Os métodos clássicos são bastante utilizados e consiste em sobrepor o modelo dos dentes dos suspeitos com a marca de mordida ou fotografia, ou indiretamente, através da sobreposição de folha de acetato com a dentição da mordedura traçada que pode ser sobre o modelo, fotocópia do modelo ou fotografia do modelo. Nestes métodos clássicos, também se encontram os métodos de coloração, radiográficos e polvilhado. Nos métodos modernos, incluem-se as sobreposições por computador, scanner tridimensional e outros, sendo técnicas confiáveis e possibilitam a rotação dos modelos e colocação em diferentes formas para se encaixarem na mordedura<sup>6</sup>. Existem inúmeros métodos que podem ser utilizados e não há um método específico que possa ser utilizado em todas as situações ou todos os materiais. Assim, o perito odontológico deve ter conhecimento das vantagens e desvantagens de cada método e a seleção da técnica ou da associação de técnicas dependem da localização, do tipo de objeto em que ocorreu a mordedura ou da qualidade de impressão<sup>1</sup>.

Antony *et al.*, (2015)<sup>13</sup> discute a utilização do método de Berry para análise de marca de mordida. Esse método é utilizado em prótese, para determinar o tamanho dos incisivos centrais superiores, baseado relação proporcional do incisivo central superior com a distância bizigomática (1:16), sendo que esta correlação pode contribuir para definir as características faciais de uma vítima ou do agressor, atuando assim como um método auxiliar de identificação humana.

O peso dado para conclusão no tribunal baseia-se no número de características observadas na impressão, sendo que o número de pontos coincidentes que ligue o suspeito com a impressão varia de caso para caso<sup>1</sup>. Segundo ABFO *apud* Almeida (2012)<sup>9</sup> são cinco os possíveis resultados: exclusão (existem discrepâncias entre a marca de mordida e a dentição do suspeito que excluem que o indivíduo a produziu), inconclusivo (não há detalhes suficientes ou evidências para que se possa estabelecer uma relação entre a marcas e o suspeito), possível (dentes como os dos suspeito podem provocar aquela marca, mas não há detalhes suficientes e pode haver outras dentações que a provocassem), provável (o suspeito é o provável agressor, uma vez que a maioria das pessoas não poderia ter uma dentição passível de provocar aquela marca) e identificação positiva (o suspeito é iden-

tificado como o agressor).

Diversas são as dificuldades encontradas pelos peritos odontológicos para identificação por marcas de mordida. A distorção é o principal motivo de contestação judicial<sup>9</sup>. As distorções podem ser divididas em dois grupos, sendo que estas podem impossibilitar a análise física da marca de mordida. O primeiro grupo corresponde às distorções primárias, que ocorrem no momento da agressão. São causadas pelo movimento realizado durante o ato e os aspectos do tecido em que foi produzida, como a elasticidade da pele e a quantidade de tecido morto. O segundo grupo, são três causas principais das distorções, como o tempo decorrente da marca até a análise, causada pela contração tecidual, alteração de cor e forma no processo de cicatrização e nos cadáveres o “encolhimento post-mortem”<sup>5</sup>.

#### 4. DISCUSSÃO

O valor da odontologia legal, por meio da identificação humana por marcas de mordida é motivo de destaque. Diversos são os casos apresentados pela literatura que comprovam a sua relevância na elucidação de crimes, demonstrando que a odontologia não é confinada aos consultórios, mas sim uma ciência ampla, que pode servir de diversas maneiras aos cidadãos, inclusive garantindo o direito legal de integridade anátomo-funcional do indivíduo.

Ramos (2000)<sup>10</sup> *apud* Yamamoto (2005) expõem o caso do “maníaco do parque”, um *serial killer* que aterrorizou São Paulo em 1998, onde um motoboy estuprava e matava mulheres num Parque Estadual. Em um dos cadáveres foi observada uma marca de mordida, após análise foi confirmada se tratar de uma mordida humana e a partir de uma reunião de provas e evidências dentárias das vítimas confirmaram que era compatível ao assassino em questão.

Weeratna (2014)<sup>4</sup> destaca a importância do reconhecimento de marcas de mordida no abuso infantil e negligência, citando um caso clínico de uma criança de três anos que apresentava 42 lesões em diferentes estágios de cura, compatíveis com marcas de mordida. Após investigações, constatou-se que as marcas eram compatíveis com dentição da irmã mais velha, a qual confessou. Com base neste caso, destaca-se a necessidade dos profissionais de saúde saberem reconhecer as marcas de mordida, visto que foram estes que tiveram o primeiro contato com a criança e assim a encaminharam ao perito odontológico.

Afsin *et al.*, (2014)<sup>14</sup> relatam vítimas agredidas, com indícios de tentativa de assalto e abuso sexual, todas com marcas de mordida na face. Três suspeitos foram indicados, e as marcas foram compatíveis apenas com um suspeito. Nesse caso, denota-se a importância das marcas de mordida, as quais foram fundamentais para determinar o agressor e o seu padrão comportamental, o

qual tinha necessidade de satisfazer seus sentimentos sádicos além de assaltar suas vítimas.

A odontologia legal pode contribuir significativamente para o processo de identificação humana, desde que haja um contínuo interesse no treinamento de dentistas especialistas na área forense e pesquisas<sup>5</sup>. Para que um odontologista seja competente na análise de marcas de mordida, ele precisa não ter somente o conhecimento e o estudo, mas também habilidade e prática<sup>9</sup>. A literatura escassa dificulta a atuação dos profissionais, visto que acabam tendo que recorrer à literatura estrangeira<sup>1</sup>.

#### 5. CONCLUSÃO

A odontologia legal é o elo entre a biologia e o direito, sendo de valor inquestionável na elucidação de crimes. A identificação por marcas de mordida é um importante componente desta área, com uma grande rede de aplicabilidade em serviço da justiça, garantindo o direito do cidadão de ressarcimento de danos e a condenação de agressores. Diversos métodos são utilizados para esta identificação, sendo que cada perito odontológico seleciona a técnica com a qual encontra maior familiaridade e que se encaixa melhor com a situação. É inquestionável o valor desta ciência numa sociedade onde a violência infelizmente nos cerca, assim, é imprescindível pesquisas e incentivos aos profissionais de ciências forenses.

#### REFERÊNCIAS

- [1] Marques, J.A.M. Metodologias de identificação de marcas de mordida. São Paulo, 2004. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
- [2] Maior, J.R.S *et al.* A aplicação da fotografia em marcas de mordida. *IJD*. 2007; 6(1):21-24.
- [3] Peres, A.S *et al.* Peritos e perícias em Odontologia. *Rev Odontol Univ São Paulo*. 2007; 19(3):320-4.
- [4] Weeratna, J. Are they dermatological lesions, bottle top burns or bite mark injuries. *Journal of Forensic Odonto-Stomatology*. 2014; 32(1):1-8.
- [5] Yamamoto A.M. Importância de marcas de mordida na Odontologia legal. Revisão de literatura. Piracicaba, 2005. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP.
- [6] Almeida, C.A.; Paranhos, L.R.; Silva, R.H.A; A importância da odontologia na identificação post-mortem. *Odontologia e Sociedade*. 2010; 2(2):7-13.
- [7] Oliveira, D.C.A *et al.* Avaliação de marcas de mordidas em alimentos produzidas por próteses dentárias. *Arquivos em Odontologia*. 2010; 46(1).
- [8] Almeida-Junior, E, *et al.* Associação entre a idade e a distância entre caninos de humanos obtidos por meio de marcas de mordida. *Rev Odontol UNESP*. 2012; 41(2):102-6.
- [9] Almeida, C.V.S. Marcas de mordida e a identificação humana. Porto, 2012. Dissertação (Mestrado) - Universidade Fernando Pessoa.
- [10] Ramos, D.; Gomes, E.M.; Frugoli, U. Análise de Marcas de Mordida no caso do “maníaco do parque” 2000. In:

- YAMAMOTO A.M. Importância de marcas de mordida na Odontologia legal. Revisão de literatura. Piracicaba, 2005. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP.
- [11]Sognnaes, R. *et al.* Computer comparison of bitemark patterns in identical twins. J American dental Assoc 1962. In: MARQUES, J.A.M. Metodologias de identificação de marcas de mordida. São Paulo, 2004. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
- [12]American Board of Forensic Odontology, Inc. Guidelines for Bite-Mark Analysis. J. Am. Dent. Assoc. 1986; 112(3):384-6.
- [13]Antony, P.J. *et al.* Applicability of Berry's index in bite mark analysis. Journal of Forensic Dental Sciences. 2015; 7(1):28.
- [14]Afsin, H. *et al.* Role of bite mark characteristics and localizations in finding an assailant. Journal of Forensic Dental Sciences. 2014; 6(2):202-6.
- [15]Conselho Federal de Odontologia. Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Resolução CFO-63/2005. Disponível em: [www.cfo.org.br/download/pdf/consolidacao.pdf](http://www.cfo.org.br/download/pdf/consolidacao.pdf)

# PREDOMÍNIO DO ESTRESSE EM ACADÊMICOS DE MEDICINA

## PREDOMINANCE OF STRESS IN MEDICINE UNDERGRADUATE STUDENTS

SHEILA SANCHES ARNOLD<sup>1\*</sup>, ELIANE ALICRIM DE CARVALHO<sup>2\*</sup>

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

\* Rua Mem de Sá, 110, Zona 2, Maringá, Paraná, Brasil, CEP: 87010-370. [lilialicrim@hotmail.com](mailto:lilialicrim@hotmail.com)

Recebido em 26/05/2015. Aceito para publicação em 01/09/2015

### RESUMO

A formação médica, pela sua própria natureza, dispõe de fatores que levam ao surgimento do estresse nos acadêmicos de Medicina. Estes se encontram em situação de vulnerabilidade e de desgaste emocional, de acordo com as exigências do curso. O objetivo do presente estudo é analisar a prevalência do estresse em acadêmicos de Medicina, descrever suas características e analisar os fatores sintomáticos desenvolvidos, apontando os principais desencadeadores do estresse e os prejuízos causados por este nos acadêmicos. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, com base em materiais já elaborados, embasada principalmente em livros e artigos científicos. Observou-se que os estudos encontram evidência de estresse na vida dos acadêmicos de medicina.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estresse, acadêmicos de medicina, saúde.

### ABSTRACT

The medical training, for its own nature, has factors that lead to the emergence of stress in medical students. These are in a vulnerable wear and emotional situation, according to the requirements of the course. The aim of this study was to analyze the prevalence of stress in medical students, describing how their characteristics and analyzing symptomatic factors developed, pointing out the main triggers of stress and damage caused for this in academics. A literature search was conducted on the basis of materials already produced, based mainly on scientific books and articles. He noted that the studies found evidence of the stress in the lives of medical studies.

**KEYWORDS:** Stress, academic medicine, health

## 1. INTRODUÇÃO

A Muito se tem discutido, recentemente, sobre o tema estresse e como vem afetando de alguma maneira a saúde dos acadêmicos de Medicina. Aguiar *et al.* (2009)<sup>1</sup> em seus estudos relata que o estresse se desenvolve devido a carga de trabalhos acadêmicos, residir sozinho, ficar longe de casa e o ingresso no mercado de trabalho cada vez mais concorrido.

O estresse segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de

Transtornos Mentais (2002)<sup>2</sup> é uma reposta tardia a um evento estressante de natureza ameaçadora a qual causará angústia em quase todas as pessoas. Fiedler (2008)<sup>3</sup> conceitua o estresse como uma reação complexa e global do organismo, envolvendo componentes físicos, psicológicos, mentais e hormonais, frente a situações que representem um desafio maior e que ultrapassem a capacidade de enfrentamento de cada organismo, visando adaptar o sujeito individual à nova situação.

O que suscitou a realização dessa pesquisa foi o anseio em compreender o estresse vivenciado por acadêmicos. Inicialmente a ideia era realizar o estudo com estudantes de Psicologia, no entanto, no decorrer da pesquisa não foram encontrados materiais suficientes para o embasamento do estudo. Em contrapartida foi observado um grande número de pesquisas científicas sobre o estresse em acadêmicos de Medicina. Então resolvi modificar o público a ser estudado.

Antes de o acadêmico entrar na universidade, ele tem que passar por um dos vestibulares mais concorridos e difíceis do Brasil e, quando aprovado se depara com uma carga horária excessiva, uma média de 8728 horas/aula durante toda a formação. Apenas no primeiro ano, o acadêmico cumpre uma carga horária de 1400 horas/aulas de acordo com a Matriz Curricular da Faculdade Ingá<sup>4</sup>. Logo após a formação, se insere num mercado de trabalho extremamente competitivo e passa por um processo seletivo muito disputado para entrar no curso de Residência Médica. Baldassin (2010)<sup>5</sup> relata que “muitos pesquisadores brasileiros concordam quanto à necessidade de estudar o desgaste desta população e de apontar soluções”.

Segundo Clark, Falcone e Furtado em pesquisa realizada em 2003<sup>6</sup>, com 178 acadêmicos de Medicina, 65,2% apresentavam estresse. Em outra pesquisa realizada com 200 acadêmicos, em 2009 por Aguiar e outros, o índice foi de 49,7%.

O objetivo do presente estudo é analisar a prevalência do estresse em acadêmicos de Medicina, descrever suas características e analisar os fatores sintomáticos.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia utilizada é a pesquisa bibliográfica que segundo Gil (2006)<sup>7</sup> é desenvolvida com base em materiais já elaborados, embasada principalmente em livros e artigos científicos. Foi realizada uma busca nas bases de dados do Scielo, Pepsic e Lilacs, utilizando as palavras chaves: estresse, acadêmicos de medicina e saúde. Após a consulta com os descritores, os resultados foram separados por título e nacionalidade.

### 3. DESENVOLVIMENTO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde<sup>8</sup>, saúde não é apenas a ausência de doença, mas é um estado de completo de bem-estar físico, mental e social. Usufruir o melhor estado de saúde é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político, condição econômica ou social. Quando o indivíduo apresenta algum sintoma de estresse, consequentemente a sua saúde poderá ser afetada, pois essa condição pode comprometer diretamente o bem-estar do indivíduo. Bignoto, Lipp e Sadir (2010)<sup>9</sup> mencionam que o efeito do estresse contínuo, pode levar a aparições de várias doenças, que prejudicarão a qualidade de vida do indivíduo.

Segundo Guimarães *et al.* (2012)<sup>10</sup> em média, 90% da população mundial é afetada pelo estresse. No Brasil, 30% da população economicamente ativa já atingiu algum estado de estresse causado por pressão excessiva. Entre 70% e 80% das doenças, como cardíacas, determinados cânceres, infertilidade feminina, úlceras, insônia e hipertensão, estão conectados ao desenvolvimento do estresse que também ocasiona obesidade, sedentarismo, consumo de bebidas alcoólicas e ingestão de sódio.

A palavra estresse deriva do latim e foi usada no século XVII no conceito de fadiga. Com o passar do tempo, no século XVIII e XIX, na língua inglesa, o termo era utilizado para designar força, esforço e tensão<sup>11</sup>. O autor Hans Selye em 1959<sup>12</sup> foi o primeiro que tentou definir estresse, notando-se a sua dimensão biológica.

Sampaio (2012)<sup>13</sup>, conceitua o estresse como sendo um desequilíbrio decorrente de uma ameaça a partir de um evento estressor, podendo ser de natureza física ou psicológica. Com a atuação deste evento, o comportamento é voltado para examinar a potencialidade do estressor, se este evento for desconhecido previamente pela experiência cognitiva, entra-se num estado de excitação, alerta, vigilância e a atenção passa a ser processada cognitivamente e também dispara resposta fisiológicas e comportamentais, que interferem na homeostase. O autor complementa que são diversos os fatores estressantes que levam a um estado patológico, podendo ser: contato com o novo e imprevisível, medo, perda, derrotas, expectativas, humilhações ou até grandes alegrias.

Segundo Mondardo e Penon (2012)<sup>14</sup> estresse foi denominado Síndrome de Adaptação Geral (SAG) afirmando que o estresse se desenvolve em três fases: alerta, resistência e exaustão. A primeira fase é a de alarme, onde o organismo, em estado de alerta, prioriza os órgãos de defesa, ataque ou fuga. Desfazendo-se do estímulo ou conseguindo lidar com o mesmo, o organismo volta a ter equilíbrio e o indivíduo continua sua vida normal. Mas se o estímulo persistir, e o indivíduo não encontrar uma forma de reequilibrar-se, o estresse evolui às fases seguintes.

Na segunda fase, a chamada fase de Resistência, segue o desgaste para a manutenção do estado de alerta. O organismo continua sendo munido com fontes de energia rapidamente mobilizadas que continuam sempre a se ajustar à situação em que se encontra. Toda essa mobilização de energia gera algumas consequências: vulnerabilidade em relação a infecções, cansaço, lapsos de memória.

Com insistência dos eventos estressores, o indivíduo entra na terceira fase, a Fase de Exaustão, quando há uma baixa na imunidade e o aparecimento da maioria das doenças fisiológi-

cas, comportamental, psicológica e de aprendizagem. Nessa fase o indivíduo mostra sinais significativos de estresse, que pode ser verificado e examinado através de seus sintomas. Nesse aspecto, o estresse é denominado em relação a um conjunto de reações que o organismo emite quando é apresentado a qualquer estímulo que o excite ou o faça muito feliz. Esse conjunto de reações dispõe de componentes físicos e psicológicos que promovem modificações químicas no corpo e resultam numa ruptura da homeostase interna do organismo.

Lipp (2000)<sup>15</sup> durante a avaliação do seu instrumento, o Inventário de Sintomas de estresse para Adulto de Lipp – ISSL, descobriu uma nova fase, que seria a quarta, chamada de quase-exaustão. Esta localiza-se entre a fase de resistência e a da exaustão, evidenciada pelo enfraquecimento do indivíduo que não consegue se adaptar ou resistir aos eventos estressores, fazendo surgir doenças, mas não tão prejudiciais como na fase de exaustão. Nessa fase o indivíduo é capaz de trabalhar, não é como na fase de exaustão, em que na maioria das vezes não consegue trabalhar<sup>15</sup>.

De acordo com Furegato e Moreira (2013)<sup>16</sup> o estresse pode ocasionar os quadros de infecção por causa da baixa imunidade, transtorno gastrointestinais como diarreia e constipação, distúrbios alimentares, ganho ou perda de peso, relutância à insulina, associada a diabetes tipo dois e o agravamento da diabetes e pode acarretar também cefaleia do tipo tensional, insônia, redução do desejo sexual e impotência temporária nos homens, exacerbação da tensão pré-menstrual, além de baixa da concentração e prejudicar o aprendizado. Esses conjuntos de reações prejudiciais comprometem a vida da pessoa acometida.

O estresse no âmbito acadêmico de acordo Amorim, Amorim *et al.* (2009)<sup>17</sup>, acontece durante toda vida universitária, em vários contextos diferentes: exigência de alto desempenho, concentração de esforços, rotina de estudo, competitividade, entre outros.

A entrada na faculdade já seria suficiente para precipitar o surgimento do estresse, além dos eventos de estressores externos, isto é, a necessidade do acadêmico de administrar as ansiedades resultantes da nova fase, pois tende a abandonar o contexto familiar por causas das novas regras e exigências. Essa mudança, irá exigir do acadêmico, mais força e adaptação. Na universidade, ele assumirá ocupações de práticas que irão demandar maior concentração de esforços. A rotina de estudos pode se tornar um fator estressor, pois a vida acadêmica representa um crescimento de responsabilidade, ansiedade e competitividade.

Uma pesquisa realizada por Avelar *et al.* (2014)<sup>18</sup> constatou que os fatores estressantes para os acadêmicos de Medicina são:

Aspectos sociais: o acadêmico se sente isolado, tem dificuldade de se relacionar com estudantes de outras áreas, dificuldade em organizar o tempo, devido ao horário integral do curso e falta de intervalos para descanso ou realização de outras atividades, necessidade de encontrar novas maneiras de realizar as tarefas escolares, que acontece de forma difícil e desorganizada. Excesso de tarefas acadêmicas que acabam prejudicando o lazer, a alimentação e as atividades físicas. A religiosidade que interfere na aceitação de diferentes correntes religiosas e a presença de cientificismo na medicina que provoca resistência à prática da religiosidade na universidade.

Aspectos Ambientais: a mudança de cidade, dificuldade de adaptação, a saída da casa dos pais e a nova moradia, aprender

a cuidar de si mesmo, afastamento dos familiares e amigos, convivência com pessoas de culturas diferentes numa mesma casa e aprender sobre economia doméstica, momentos de lazer raros, na maioria das vezes associados a ingestão de álcool e à realização de festas.

Sampaio (2012)<sup>13</sup> relata que outros fatores que podem ocasionar o estresse em acadêmicos de Medicina são: contato frequente com a dor, sofrimento e a morte, lidar intimamente e emocionalmente com o paciente, pedir para que tirem a roupa, pacientes terminais, doenças incuráveis.

Um das doenças mais comuns desencadeadas pelo estresse é a depressão. Um estudo de rastreamento epidemiológico de sintomas depressivos em residentes e acadêmicos de Medicina, realizado por Gabriel *et al.* (2005)<sup>19</sup> apontou que 72% dos 97 acadêmicos do primeiro ano apresentavam sintomatologia depressiva. Outra pesquisa realizada com 400 acadêmicos, demonstra que 79% apresentam sintomas depressivos em geral, a pesquisa foi realizada por Abrão *et al.* no ano de 2008<sup>20</sup> na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

Segundo Gobbo *et al.* (2011)<sup>21</sup> “a depressão é um transtorno de humor que deve ser diagnosticado e tratado adequadamente”. O autor complementa também diferentes eventos estressores durante o curso, por exemplo: perda da liberdade, imposição do curso, sentimento de desumanização, falta de tempo, concorrência. A depressão, além de acarretar enorme sofrimento psíquico, pode ocasionar dano no desempenho acadêmico e nas relações sociais. Outros fatores também intimamente ligados à depressão são o abuso de drogas e o suicídio.

O modo como a profissão de médico é vista e sentida pelo próprio profissional, em alguns momentos e em algumas situações faz com que ele se aproxime afetivamente do paciente ou se distancie totalmente do mesmo, sendo dois modelos de atuação profissional adquiridos e observados durante a própria vida acadêmica. Estes modelos podem influenciar diretamente na escolha e forma de atuação profissional. Segundo Baldassin (2010)<sup>22</sup> “o comportamento, muitas vezes, podem ser expressões clínicas de estresses psicológicos e não apenas um confronto entre modelos biomédicos e sociopsicológicos ou a ausência de humanismo”.

#### 4. DISCUSSÃO

De acordo com Guimarães *et al.* (2012)<sup>10</sup> um estudo apontou que 5% dos médicos expõem a existência de elementos estressantes já na formação médica: a grande quantidade de informações a serem aprendidas, falta de tempo para o lazer, e o contanto com as doença e a morte. Segundo Arpini *et al.* (2008)<sup>23</sup> o acadêmico de Medicina entra na universidade após um período de grande estresse, devido ao vestibular com grande concorrência, mas sentindo-se glorioso pelo sucesso alcançado. O acesso ao ensino médico ocorre na maioria das vezes num clima de grande pressão, dispondo de recursos intelectuais e emocionais do acadêmico. Eles são os futuros profissionais que existem com uma idealização pela população, tanto em relação ao êxito financeiro, características pessoais que um médico deveria ter, como atitudes humanitárias, ética, dedicação e responsabilidade com os pacientes e familiares, humildade, sensibilidade, paciência e amor ao próximo. Araújo *et al.* (2013)<sup>24</sup> relata que os sintomas de estresse, ansiedade ou de-

pressão afetam diretamente a qualidade de vida dos acadêmicos. Os fatores acima citados, contribuem para a vulnerabilidade física e psicológica dos acadêmicos de Medicina, antes, durante e depois da sua formação.

O primeiro sintoma do estresse é a perda de qualidade de sono nos acadêmicos. Em uma pesquisa realizada por Ribeiro, Silva e Oliveira (2013)<sup>25</sup> com acadêmicos de Medicina da Universidade Federal do Acre, observou-se que 56,9% dormem de 6 a 7 horas, quantidade inferior à da população adulta em geral. Os acadêmicos geralmente apresentam um padrão de sono irregular, causado por restrições nos dias de aulas durante a semana e uma prolongação nos finais de semana. A privação do sono irá causar a queda de produtividade, desmotivação, prejuízo na qualidade de vida. O autor também relata que substâncias, sejam sedativas ou estimulantes do sono, podem causar consequências desastrosas na qualidade de vida do estudante de Medicina.

Outra pesquisa feita por Mendes *et al.* (2015)<sup>26</sup>, em uma instituição privada do Rio de Janeiro com uma amostra de cinquenta acadêmicos de Medicina, observou-se que dos cinquenta usuários de medicamentos estimulantes, quatro deles apresentavam fadiga excessiva, cansaço que interfere nas atividades do cotidiano e estavam desmotivados a realizarem tarefas que faziam antes. A pesquisa também apresenta que à medida em que o acadêmico evolui na faculdade, maior é a disposição de uso dessas drogas. O predomínio do uso de drogas entre acadêmicos de Medicina é significativo. Mesmo tendo consciência dos prejuízos que elas provocam, o grupo estudado vê a necessidade do uso, já que acham a demanda do curso muito cansativa.

Um fato importante em relação ao uso de drogas é a facilidade de acesso que ocasiona a automedicação. Segundo Albuquerque *et al.* (2015)<sup>27</sup>, a prática da automedicação fica mais atrativa para os acadêmicos de Medicina em razão de que existe um contato direto com alguns medicamentos, a facilidade ao acesso e os conhecimentos obtidos na universidade, muitas vezes, são usados como base ou justificativa para a automedicação. O autor realizou uma pesquisa que apontou que 94,2% dos acadêmicos de Medicina da Universidade Federal da Paraíba realizam a automedicação. Em relação a gênero, o autor observou que a predominância de automedicação é realizada pelo sexo feminino. De acordo com Carneiro *et al.* (2013)<sup>28</sup>, metilfenidato é um medicamento que potencializa o desempenho cognitivo, então os acadêmicos fazem uso quando requerem uma maior capacidade nesse sentido, devido ao grande esforço exigido pelo curso. Neste estudo foi encontrada uma prevalência de 23,72% para o uso indiscriminado desse estimulante entre os estudantes de Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda. Também se observou que o uso dessa substância aumenta durante o curso, e que a maioria faz uso indiscriminadamente nos últimos períodos analisados. Outra pesquisa realizada por Alves e Malafaia (2014)<sup>29</sup>, em uma amostra de 160 acadêmicos, verificou-se que 68,3% dos estudantes já usaram medicamentos sem orientação médica para suportar carga horária maior, somada a uma maior quantidade de conteúdo aplicado nesses períodos. Arruda *et al.* (2012)<sup>30</sup> relata que estresse é dos fatores que ocasiona os primeiros contatos com o uso de drogas no ambiente de trabalho. Percebe-se o aumento da prevalência da dependência de drogas entre os profissionais de saúde, explicável por elementos como o grande estresse no exercício profissional e grandes jornadas de

trabalho.

Segundo pesquisa realizada por Albuquerque (2015)<sup>27</sup>, propõe-se que as instituições de ensino superior ofereçam na formação de profissionais que assumem o papel de orientadores de seus pacientes uma prática educativa de automedicação. Há a necessidade de realizar um programa em que exista prática educativa quanto ao uso correto de medicamentos, seus riscos, benefícios, dosagem, intoxicações, reações adversas.

## 5. CONCLUSÃO

Há uma forte evidência para a associação entre a DM e a O presente estudo observou que os alunos de Medicina apresentam um nível elevado ou significativo de estresse durante a formação acadêmica, porém os fatores estressantes se iniciam antes da faculdade, com o vestibular muito concorrido e depois com a formação profissional extremamente exigente e as cobranças excessivas do mercado de trabalho. Segundo os autores Brandão *et al.* (2013)<sup>31</sup>, o processo de seleção concorrido, as pressões pelos familiares e a necessidade de se afirmar em suas escolhas levam o sujeito, a abster-se de vários prazeres para atingir o objetivo de entrar na faculdade, no curso de Medicina. Essa conquista não acaba com as angústias desse acadêmico, pelo contrário, durante o decorrer do curso, a qualidade de vida desse acadêmico pode ser ainda mais comprometida. Observou-se durante os estudos realizados que as instituições de ensino superior que possuem o curso estudado não demonstram cuidados preventivos para cuidar da saúde física e mental do acadêmico. Diante dos fatos citados, observou-se a grande necessidade de criar nas instituições de ensino superior de Medicina um programa preventivo de apoio e cuidados a este acadêmico.

Uma proposta nas faculdades que oferecem o curso de Medicina, seria um acompanhamento, com profissionais da Psicologia, Medicina, Fisioterapeuta, Nutricionista e da Educação Física para um trabalho multidisciplinar que envolvesse os acadêmicos, trabalhando a parte emocional e física do sujeito prevenindo o aparecimento do estresse e o uso excessivo de medicamentos por parte dos acadêmicos. A prática de exercício físico regular é considerada uma boa forma de lazer, sendo um método de auxílio para o aumento da qualidade de vida, diminuindo o estresse e a ansiedade em curto prazo, a depressão, as oscilações de humor e a melhora da autoestima em longo prazo. Baldissera (2011)<sup>4</sup> também complementa que além da prática regular de exercícios físicos e de relaxamento, realize uma alimentação repleta em nutrientes e aprender a relaxar e a controlar as tensões são meios para uma saúde psicológica e física melhor, simultaneamente, com o lazer, que é fundamental para o homem moderno, resgatando a sua energia e recompondo suas capacidades física e mental.

É importante existir um serviço de apoio psicológico para atender a demanda emocional e de autoconhecimento como necessária, por considerarem que dificuldades podem existir desde cedo e se revelaram conscientes de que poderão vir a enfrentá-las<sup>32</sup>. De acordo com estudo desses autores, os acadêmicos consideraram a existência de um serviço de apoio psicológico para suprir a demanda emocional e de autoconhecimento, por acreditarem que dificuldades podem aparecer desde cedo e se revelaram conscientes de que poderão vir a enfrentá-las. Muitos sentimentos foram mencionados, predominando uma incerteza emocional.

Assim, espera-se que os desdobramentos deste estudo pos-

sam auxiliar para um olhar mais cuidadoso em relação às dificuldades e questões apontadas por esta pesquisa. E que sirva para um momento de reflexão dos docentes e para a própria instituição de ensino para provocar uma mudança nesse contexto sociocultural.

## REFERÊNCIAS

- [1] Aguiar S. *et al.* Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de Medicina. *J Bras Psiquiatr.* 2009; 58(1):34-8.
- [2] Associação Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-DSM-IV-TR. 4<sup>o</sup> ed. Porto Alegre, Artes Médicas. 2002.
- [3] Fiedler P. Avaliação da qualidade de vida do estudante de Medicina e da influência exercida pela formação acadêmica. São Paulo, 2008. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- [4] Faculdade Ingá. Matriz curricular. Disponível em: [http://faculdadeinga.com.br/graduacao/files/143082472795\\_matriz\\_06022015\\_2.pdf](http://faculdadeinga.com.br/graduacao/files/143082472795_matriz_06022015_2.pdf). Acesso em: 24/06/2015.
- [5] Baldissera V. *et al.* Estresse na vida do acadêmico em enfermagem. (Des)conhecimento e prevenção. *Invest Educ Enferm.* 2011; 29(1):109-17.
- [6] Clack C, Falcone E, Furtado E. Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de Medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. *Interação em Psicologia.* 2003; 7(2):43-51.
- [7] Gil A. Como elaborar um projeto de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2006.
- [1] Biblioteca virtual de direitos humanos: Constituição da Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Org-ani-za%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constitui-cao-da-organizacao-mundial-da-saude-omsho.html>. Acesso em: 30/04/2015
- [2] Bignoto M, Lipp M, Sadir M. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. *Paideia.* 2010; 20(45):73-81.
- [3] Guimarães A, *et al.* Qualidade de vida e estresse ocupacional em Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2012; 36(4):489-98.
- [4] Zanella L. Estresse e Burnout. *Revista Saberes Unicampo, Campo Mourão.* 2014; 1(1):177-85.
- [5] Selye H. Stress, a tensão da vida. Ibrasa - Instituição Brasileira de Difusão Cultural. São Paulo, 1959.
- [6] Sampaio L. Ansiedade e depressão em estudantes de Medicina – Frequência, marcadores biológicos e efeito de uma oficina de manejo de estresse. Fortaleza, 2012. 87 f. Tese (Doutorado em Farmacologia). Universidade Federal do Ceará.
- [7] Mondardo A, Pedon E. Estresse e desempenho acadêmico em estudantes universitários. *Revista de Ciências Humanas.* 2012; 12(17):159-80.
- [8] Lipp M. Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo. 2000.
- [9] Furegato A, Moreira D. Estresse e depressão entre alunos do último período de dois cursos de Enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013; 21(spe):155-62.

- [10] Amorim C. Milstted J. Santos, M. Nível de estresse em alunos de Psicologia do período noturno. Congresso Nacional de Educação. PUC Paraná, Paraná. 2009; 10647-10658.
- [11] Avelar L, *et al.* Percepções dos estudantes de Medicina da UFOP sobre sua qualidade de vida. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2014; 435-43.
- [12] Gabriel S. *et al.* Rastreamento epidemiológico da sintomatologia depressiva em residentes e estudantes de Medicina; *Rev. Fac. Cienc. Med. Sorocaba*. 2005; 7(3):15-19.
- [13] Abrão C. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2008; 32(3):315-23.
- [14] Gobbo R. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de Medicina. *Rev Bras Clin Med*. 2011; 9(1):36-34.
- [15] Baldassin S. Ansiedade e Depressão no Estudante de Medicina: Revisão de Estudos Brasileiros. *Cadernos ABEM*. 2010; 6(6):19-26.
- [16] Arpini D. *et al.* A angústia na formação do estudante de Medicina. *Rev Bras de Educação Médica*. 2008; 38(1):7-14.
- [17] Araújo M. *et al.* Qualidade de Vida de Estudantes de Medicina da Universidade de Brasília. *Revista Brasileira De Educação Médica*. 2013; 37(2):217-25.
- [18] Ribeiro C. Da Silva, Y. De Oliveira, S. O impacto da qualidade do sono na formação médica. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd*, 2014; 12(1):8-14.
- [19] Mendes S. *et al.* Estudo sobre o uso de drogas estimulantes entre estudantes de Medicina. *Ciência Atual - Revista Científica Multidisciplinar das Faculdades São José*. 2015; 5(1):1-12.
- [20] Albuquerque L. *et al.* Avaliando a Automedicação em Estudantes do Curso de Medicina da Universidade Federal Da Paraíba. *Rev Med e Pesquisa*. 2015; 1:39-50.
- [21] Carneiro S. *et al.* O uso não prescrito de metilfenidato entre acadêmicos de Medicina. *Caderno UniFOA*. 2013; 1:53-59.
- [22] Alves T. Malafaia, G. Automedicação entre estudantes de uma instituição de ensino superior de Goiás. *ABCS Health Sciences*. 2014; 39(3):153-59.
- [23] Arruda A. *et al.* Toxicologia e profissionais de saúde: uso abusivo e dependência. *Revista Médica de Minas Gerais*. 2012; 22(2):153-57.
- [24] Brandão M. Feodrippe, A. Valente, T. Qualidade de vida de estudantes de Medicina: uma revisão. *Revista Brasileira De Educação Médica*. 2013; 37(3):418-28.
- [25] Trindade L, Vieira M. Curso de Medicina: motivações e expectativas de estudantes iniciantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009; 33(4):542-54.



# TOXICOMANIA E SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA: ARTICULAÇÕES

## ADDICTION AND CONTEMPORARY SOCIETY: JOINTS

TALITA ALVES DIAS<sup>1\*</sup>, FRANCIELLE GONZALEZ CORREIA<sup>2\*</sup>

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

\* Avenida Andirá, 99, Doutor Camargo, Paraná, Brasil, CEP: 87155-000. [talitadiaspsi@outlook.com](mailto:talitadiaspsi@outlook.com)

Recebido em 02/06/2015. Aceito para publicação em 08/09/2015

### RESUMO

O uso de drogas sempre esteve presente em diversas culturas, porém, constatou-se que na sociedade pós-moderna ou contemporânea, houve um aumento frenético de uma forma de uso particular, a toxicomania. Esse aumento tem causado grande preocupação social. Assim, o presente trabalho, tem como temática a relação que existe entre sociedade pós-moderna ou contemporânea, e sua influência na toxicomania. Com tal efeito, o objetivo da presente pesquisa será o de definir o que é toxicomania, bem como o que é sociedade pós-moderna, além de verificar a existência da relação entre a influência da sociedade pós-moderna na toxicomania. A pesquisa é bibliográfica, e, portanto, uma revisão de literatura a respeito da temática pesquisada. Os resultados encontrados foram que a toxicomania seria um sintoma da compulsão cultural, sintoma este, que torna o toxicômano um perfeito consumidor. Dessa forma, compreendemos que existe uma ligação entre o discurso capitalista e a toxicomania. Assim, as características da pós-modernidade, como a prática de consumo, o desemprego e uma cultura narcísica estariam então ligadas à toxicomania.

**PALAVRAS-CHAVE:** Toxicomania, sociedade contemporânea, novas patologias.

### ABSTRACT

Drug use has always been present in many cultures, however, it was found that in postmodern society or contemporary, there was a frantic increase in a form of private use, drug addiction. This increase has caused great social concern. The present work has as its theme the relationship between post-modern or contemporary society and its influence on drug addiction. With this effect, the objective of this research will be to define what addiction is and what is postmodern society, in addition to verifying the existence of the relationship between the influence of postmodern society in drug addiction. The research is literature, and therefore a literature review about the researched topic. The results were that drug addiction would be a symptom of cultural compulsion, this symptom, which makes the drug addict a consumer perfect. In this way, we understand that

there is a link between the capitalist discourse and drug addiction. That way, the post-modern features, such as the practice of consumption, helplessness and a narcissistic culture would then be linked to drug addiction.

**KEYWORDS:** Addiction, contemporary society, new pathologies.

### 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho versa sobre as articulações feitas pela literatura recente entre dois temas, a saber, em destaque nos dias atuais: A toxicomania e a sociedade pós-moderna de consumo.

Muito se discute atualmente sobre a toxicomania, sobre os problemas que ela representa para o sujeito, sua família e para a sociedade em geral. Em reportagens da revista Veja de 2014, segundo dados da ONU, 183.000 pessoas morreram em 2012 devido ao uso de drogas, e em 2013, estima-se que 246 milhões de pessoas, um pouco mais de 5% da população mundial, com idade de 15 a 64 anos tenha feito uso de drogas ilícitas em 2013. No mesmo ano, a mesma discorreu que as campanhas contra o uso de drogas chamadas “assustadoras” não tem mais efeito, isto é, os usuários têm plena consciência dos malefícios que o consumo de drogas traz, mas não se importam com os mesmos. Assim, manchetes como estas, apontam para a relevância da reflexão acerca do tema.

Segundo Birman (1946)<sup>1</sup> pode se afirmar seguramente que existe um crescimento significativo das toxicomanias nas últimas décadas no ocidente. Além disso, para ele, se construíram novas modalidades de toxicomania, anteriormente inexistentes, o que é perfeitamente constatável pelas pesquisas epidemiológicas e pela experiência clínica.

Desta forma, o presente trabalho se torna pertinente, pois, é importante refletirmos sobre a influência dos aspectos sociais nas formas de subjetivação do sujeito. Sabemos que somos influenciados pela cultura na qual

vivemos, mas como? Quais as ideologias e modos de viver da contemporaneidade que podem estar relacionados ao aumento da toxicomania?

O intuito desta pesquisa será responder a questão supracitada. Pretende-se aqui apresentar ao leitor o que a literatura científica atual aponta enquanto relação existente entre a toxicomania e a sociedade contemporânea.

O interesse pelo assunto nasce com a toxicomania, com uma indagação antiga de como alguns sujeitos fazem da droga seu único objeto, e acabam vivendo apenas para consumir e serem consumidos por ela. Mais tarde, com a ampliação do conhecimento sobre o assunto pode-se perceber que o consumo de drogas existe há milênios, mas que, como menciona Giacobone (2012)<sup>2</sup> para cada cultura e sociedade e em cada momento histórico, ela recebe uma significação diferente, percebendo assim a influência que o momento histórico e as formas de organização da cultura têm diante do consumo de drogas.

Pretende-se aqui delinear as noções de toxicomania e sociedade contemporânea, bem como explicitar, o que a literatura científica atual aponta sobre as implicações desta forma de organização social na produção de sujeitos toxicômanos.

Esse estudo se faz na interface entre psicanálise e sociologia e se apresenta em três tópicos, a saber: A toxicomania, A Pós-modernidade e sociedade de consumo e as implicações da pós modernidade e sociedade de consumo na constituição de sujeitos toxicômanos.

No primeiro tópico, é apresentado o conceito de toxicomania, utilizando alguns autores como Freud, Kalina, Guirfinkel e Birman. Na segunda parte, é relatada a passagem de modernidade para pós-modernidade, e também o que se compreende por narcisismo sociológico, ou melhor, por que a sociedade contemporânea pode ser considerada narcísica, na qual são utilizados autores como Lasch, e Bauman.

Na terceira parte, é respondido o problema de pesquisa, para tanto, é utilizado a literatura recente para apontar a relação entre sociedade pós-moderna e sua influência na toxicomania, bem como o modo de viver presente em nossa sociedade pode ter uma grande influência para a produção de sujeitos toxicômanos. Aqui, serão utilizados alguns autores como Gori, Pacheco Filho e Santi.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho consiste em uma pesquisa realizada por um levantamento bibliográfico para sua construção. A pesquisa será classificada como bibliográfica, segundo Gil (2006)<sup>3</sup>, pois, “tal pesquisa concebida através de [...] material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Assim, o levantamento de informações é feito através da literatura existente, de produções teóricas sendo que, “os livros constituem as

fontes bibliográficas por excelência. Em função de sua forma de utilização, podem ser classificados como de leitura corrente ou de referência”, conforme aponta Gil (2006)<sup>3</sup>.

A coleta das informações se deu por meio da busca em periódicos específicos, livros e dissertações que contemplaram o conteúdo abordado, além de pesquisas que foram realizadas no banco de dados Google acadêmico. Nestes meios eletrônicos foram utilizados os seguintes descritores: toxicomania e sociedade contemporânea, novas patologias, toxicomania e contemporaneidade. Com o descritor, toxicomania e sociedade contemporânea, foram encontrados 9.320 artigos, das quais alguns, aqui mencionados, foram escolhidos para contribuir com a presente pesquisa.

## 3. DESENVOLVIMENTO

### Toxicomania

Freud (1930/1996)<sup>4</sup> em o “Mal-estar na civilização” referia-se ao uso de drogas como uma das medidas paliativas de se fazer durar a felicidade, isto é, como forma de enfrentamento e amortecimento de preocupações, já que a vida se apresenta com dores, frustrações e perdas, intoxicar-se então, segundo Freud, seria um tipo de defesa em relação ao mal-estar causado pela não satisfação das pulsões, portanto, uma forma de alívio do sofrimento psíquico.

Várias são as formas de uso de drogas ao longo de toda a história da civilização, mas hoje percebemos que, a forma de consumi-la mudou, uma vez que ela vem tomando cada vez mais espaço da vida do sujeito. A toxicomania, essa maneira aditiva de consumo de drogas que se tornou uma questão de saúde pública, é diferente do que Freud nos relata em 1930. Por isso, temos quer saber claramente a diferença entre usuários de drogas e toxicômanos, pois de acordo com Birman (1946)<sup>1</sup> os toxicômanos:

Se diferenciam pela dimensão compulsiva, que marca a ingestão da droga. Os usuários de drogas podem se valer da droga para seu deleite e em momentos de angústia, mas a droga nunca se transforma na razão maior de suas existências. Os toxicômanos, porém, são compelidos à sua ingestão por forças físicas e psíquicas poderosas. As drogas passam a representar, para esse grupo, o valor soberano na regulação de sua existência.<sup>1</sup>

O toxicômano tem então uma personalidade aditiva, assim, segundo Guirfinkel, (2011)<sup>5</sup> “A adicção é o uso compulsivo de determinado objeto, a pessoa se sente impelida ao uso do objeto, e se vê incapaz de deixar de fazê-lo”. O objeto nem sempre é a droga, existe uma multiplicidade de objetos de adicção. Com isso, para Winnicott apud Gurfinkel (2011)<sup>5</sup> o que caracteriza uma adicção não é o objeto usado, mas o uso que se faz do objeto.

Na toxicomania, o objeto que é alvo do uso compulsivo da adicção, é a droga. A toxicomania, dessa forma, é caracterizada pelo uso intensivo e único com a droga, não havendo assim, outros objetos para sua satisfação. De acordo com Serretti (2011/ 2012)<sup>6</sup>

A toxicomania é uma relação intensa e exclusiva, na qual, do ponto de vista econômico, o uso de drogas já se tenha estabelecido também como uma função psíquica, [...] o importante na toxicomania é a posição que o sujeito se coloca diante da substância, a relação exclusiva que acaba por levar a uma fixação pulsional [...].<sup>6</sup>

Para entender melhor a respeito da adicção, é interessante se pensar a etimologia da palavra, uma vez que seu conceito proporcionará um amplo entendimento no que se refere à posição que a droga tem na vida do sujeito. Nesse sentido, “Adctu” na Roma antiga, significava alguém que não conseguiu pagar sua dívida, ficando assim escravo do credor como forma de pagamento, o que torna objeto do seu objeto, que ganha por sua vez, o status de dono da situação<sup>5</sup>.

Kalina (1980)<sup>7</sup>, antes de Guirfinkel, (1995)<sup>8</sup> também versa sobre a origem do conceito de adicção, de acordo com o autor, a palavra “addictum” era um adjetivo usado para o homem que para pagar a sua dívida se transformava em escravo, já que não tinha dinheiro para saldar a mesma. Para o autor (1988, p.24:.

O adicto aparece, assim, como despojado: é aquele que perdeu sua identidade, e, simultaneamente, adotou uma identidade imprópria como única maneira possível de saldar sua dívida. Através da renúncia à sua identidade verdadeira, mas insustentável, o adicto restabelece o equilíbrio social perdido em virtude de sua inadimplência. Adicto era aquele que eludia a dissolução total de sua existência apelando para a aceitação em público de sua falta de direito a uma identidade pessoal. Para ser alguma coisa, devia aceitar que não era ninguém.<sup>8</sup>

De acordo com Freud (1921)<sup>9</sup>, em *Psicologia das massas e análise do eu*, não é possível separar psicologia individual de grupal, ou seja, o indivíduo está imerso na sociedade, não há como pensá-lo de forma isolada de sua cultura da sociedade na qual vive. Por conta disso, devemos considerar as mudanças que vem juntamente com a pós-modernidade para se pensar no sujeito toxicômano. Segundo Birman (1946)<sup>1</sup>, com a mudança da cultura, os modos de subjetivação também sofrem mudanças, e hoje na sociedade pós-moderna, verificamos o aparecimento de novas patologias do narcisismo, dentre elas, a toxicomania.

Para Guirfinkel (1995)<sup>8</sup>, é importante entendermos sobre o narcisismo, pois a estrutura da toxicomania é uma estrutura narcísica. Nesse sentido, no narcisismo, o Eu é tomado como objeto de investimento libidinal, investimento este, que sempre permanece de alguma maneira. A lógica do narcisismo se resume em sujeito/objeto que ama

a si mesmo, é com o afastamento da realidade e de anulação do princípio de realidade, que ele busca a realização alucinatória de desejos.

Nesse sentido, Guirfinkel (1995)<sup>8</sup> relaciona as adições com a masturbação, ou seja, com o autoerotismo. A hipótese levantada é de que a toxicomania seria uma atividade sexual autoerótica, bem parecida com a sexualidade polimorfa perversa infantil, pois ela também está voltada para o eu, ou seja, a criança goza com seu próprio corpo. Assim, Guirfinkel pontua que (1995)<sup>8</sup>:

A atividade autoerótica seria uma tentativa do sujeito se tornar independente do mundo exterior, ou de construir um objeto que não entra em contradição com o seu desejo, o prazer narcisista em transformar o objeto em uma parte de si mesmo”, com isso percebemos que a dependência do toxicômano é uma afirmação desesperada de independência.<sup>8</sup>

A falta é a ferida narcísica, importante para que seja instaurado no sujeito a lógica pulsional que o faz desejar, sendo o desejo, o motor da vida. Mas, o desejo nem sempre é algo saudável e positivo para vida, pois, vivemos em um tempo onde novas formas de subjetividade aparecem, e assim, através de novas formas de viver, a sociedade muda, e o sujeito muda também, com isso, as falhas narcísicas que causam a falta - que deveria ser o motor da vida - pode levar a novas patologias como a toxicomania. Dessa forma, ela pode ser pensada, como uma maneira de se haver com as falhas narcísicas. Nesse sentido, é muito importante o que Guirfinkel (1995)<sup>8</sup> nos diz:

A falta constitutiva, se por um lado é motivo de uma impossibilidade de satisfação plena, por outro é o motor da própria vida psíquica. Aqui surge o desejo, pois diante dessa não satisfação é que se origina um impulso de reinvestimento das marcas mnêmicas das experiências de satisfação. É pela impossibilidade da alucinação total da satisfação que surge o desejo<sup>8</sup>.

A falta mostra a falha na onipotência, sendo esta, a ferida narcísica. Por conta disso, a droga muitas vezes é investida como objeto ideal, e levará ao afastamento da realidade.

Neste sentido, transformar um objeto em ideal e identificar-se com ele é uma maneira de operar um controle onipotente que abarca o objeto, o eu e a relação entre os dois, ou seja: qualquer realidade que possa ser vivida como fonte de desprazer. No caso da toxicomania, a construção de um objeto ideal que é sobreposto a droga é realimentada em feed-back pelo próprio efeito que a droga provoca no organismo: a viagem como neo-realidade confirma o poder desse objeto- com o qual se está identificado- de apagar a frustração por uma mágica ilusionista<sup>8</sup>.

Para Birman (1946)<sup>1</sup> os usuários de drogas poderiam pertencer a qualquer estrutura psíquica, ou seja, psicose, neurose ou perversão. Já os toxicômanos “se

inscrevem na estrutura psíquica da perversão em que a droga funciona como objeto fetiche” (1946, p.238). Percebemos assim, que a lógica da toxicomania está inscrita na perversão.

### A Pós-Modernidade E A Sociedade De Consumo

Para se falar de pós-modernidade, é preciso que se fale sobre a modernidade, pois alguns autores consideram que a pós-modernidade seja uma continuação da modernidade, só que com uma exacerbação dos valores da modernidade<sup>10</sup>. Já outros autores como Birman<sup>1</sup>, não acreditam na ideia de continuidade da modernidade, mas em uma ruptura, ou seja, a pós-modernidade não seria uma continuação desta última.

Para Santi (2005)<sup>11</sup> a modernidade começa quando se rompe com a tradição medieval, acredita-se que esse processo de mudança do pensamento ocidental tenha se iniciado no século XVII. Com essa ruptura do pensamento medieval, “ocorre à perda de referências tradicionais”.

Não é mais a vontade de divindade e entidades que garantem ou definem o sentido do agir humano, é o próprio sujeito quem do significado a sua existência. O próprio indivíduo é responsável pelo progresso ou decadência da sua vida. O movimento iluminista, grande propagador do projeto moderno, depositou uma confiança cega e ilimitada na razão<sup>10</sup>.

Podemos perceber nesse sentido, que ocorre uma valorização do homem, pois as crenças religiosas perdem forças, uma vez que agora, é o homem que é responsável pelo progresso ou decadência “[...] o homem se torna centro, a medida do conhecimento em que tudo está estritamente ligada à razão”<sup>10</sup>.

A sociedade pós-moderna é o lugar onde tudo é permitido, misturado, aqui, não existem mais referências, as crenças, rituais e o simbolismo, não existem mais, e até “deus está morto”, como discorre Birman (1946)<sup>1</sup>. A morte de deus, a queda da função paterna, faz com que o desamparo esteja muito presente na pós-modernidade, “Desamparo humano aumentou muito na dita pós-modernidade, pois, com o fim das utopias e dos messianismos alimentados pela modernidade, não há mais como fazer obstáculos às dores e desesperanças produzidas na atualidade”<sup>1</sup>.

Sobre a queda da função paterna Cabas (2009)<sup>12</sup> afirma:

Figura paterna tendo perdido seu estatuto- de encarnar uma referência, a imagem do pai tornou-se uma figura anacrônica com a consequente perda de autoridade. É o que se conhece como “decaimento do pai, o desfalecimento da paternidade, a queda da função paterna”. Um argumento em que a função, a pura função do nome-do-pai, é literalmente suplantada por imagens e figuras de acordo com uma lógica que ama as figurasões.

Para Lasch (1983)<sup>13</sup> vivemos em uma sociedade pós-moderna narcisista, pois o individualismo foi levado ao extremo, diante disso, o autor nos explicita que o narcisismo acabou se transformando em metáfora da condição humana:

Reprodução mecânica da cultura, a proliferação de imagens visuais e auditivas na “sociedade do espetáculo”. As câmaras e os aparelhos de registro, não somente transcrevem a experiência, como alteram sua qualidade, dando a muitos aspectos da vida moderna o caráter de uma enorme câmara de eco, uma sala de espelhos. A vida se apresenta como uma sucessão de imagens ou de sinais eletrônicos, de impressões registradas e produzidas por meio da fotografia, filmes [...] <sup>13</sup>.

Ainda segundo o autor, este, nos descreve que vivemos em uma sociedade que se preocupa com a performatividade, para que assim segundo ele, alcance seu tão esperado, brilho social. Para Birman (1946)<sup>1</sup>:

Nessa leitura, pois, o sujeito se desdobra nas ideias de exterioridade e teatralidade. Voltada para a existência no espetacular, a individualidade se configura pelos gestos constitutivos de seu personagem [...] Assim, o que importa é a performatividade de sua inserção no espetáculo da cena social<sup>1</sup>.

Percebemos assim, que o que está em jogo nessa cultura do narcisismo, é que o eu seja saldado e glorificado, pois nesse palco da cena social, é importante que o sujeito esteja preocupado com a performance. “A economia narcísica da individualidade é valorizada e incrementada ao máximo, e só o que interessa são as gesticulações performativas na cena espetacular do mundo. Assim, a existência do sujeito se constitui pelo eixo da sua estetização”<sup>1</sup>.

Um marco importante também da passagem da modernidade para a pós-modernidade, de acordo com Lasch (1983)<sup>13</sup>, é que na modernidade havia uma crença muito forte no poder da ciência. Hoje na pós-modernidade, a ciência já não exerce tanta influência como antes, pois é como se as pessoas estivessem desacreditadas dela.

Ainda conforme o autor, existe a ideia de enfraquecimento do sentido de tempo histórico, porque hoje lidamos de maneira diferente com o que o autor chama de, “desastres”. Segundo ele, já não acreditamos mais que a sociedade possa ser modificada, e pensamos somente em sobreviver ao presente.

Viver para o momento é a paixão predominante- viver para si, não para os que virão a seguir, ou para a posterioridade. Estamos rapidamente perdendo o sentido de continuidade histórica, o senso de pertencermos a uma sucessão de gerações que se originam no passado e que se prolongarão no futuro [...] Uma vez que “a sociedade” não tem futuro, faz sentido vivermos somente para o momento, fixarmos nossos olhos em nossos próprios “desempenhos particulares”<sup>13</sup>.

Outra característica da sociedade contemporânea ou sociedade narcísica, segundo Santi (2005)<sup>11</sup>, é que aqui, a forma de consumir muda, pois, não está em jogo mais a função do objeto ou para que necessidades ele vem aplacar. Hoje, a propaganda consegue fazer com que os indivíduos busquem sua identidade por aquilo que consomem na sociedade contemporânea e narcísica, “você é o que você consome”.

Do consumo direcionado as necessidades, passou-se ao consumo direcionado a satisfação de desejos de um sujeito moderno, rico em fantasias em seu mundo interno, e, no mundo contemporâneo, o movimento teria sido reduzido a seu elemento mínimo: a compulsividade pura, segundo o modelo de vícios<sup>11</sup>.

Bauman (2001)<sup>14</sup> em *Modernidade Líquida*, faz uma reflexão sobre nossa sociedade contemporânea a respeito de como o nosso consumo não é mais visado à necessidade, e sim, ao desejo. As campanhas publicitárias não usam mais estímulos, mas sim, desejam criar “fantasias desejosas”. Com isso, Bauman (2001)<sup>14</sup> explicita:

O desejo, entidade muito mais volátil e efêmera, evasiva e caprichosa, e essencialmente não referencial que as “necessidades”, um motivo autogerado e autotropelido que não precisa de outra justificção ou “causa”. A despeito de suas sucessivas e sempre pouco duráveis retificações, o desejo tem a si mesmo como objeto constante, e por essa razão está fadado a permanecer insaciável.

O autor utiliza ainda, o termo corrida, pois para ele cada membro da sociedade está correndo, ou seja, vivem comprando a todo o momento, “e as possibilidades são infinitas, e o volume de objetos sedutores”<sup>14</sup>, mas todas têm data de validade, porque não existe um ideal a ser alcançado, é uma constante corrida, que sempre precisa estar sendo renovada. Nesse sentido, de acordo com Bauman (1925)<sup>14</sup>:

O arquétipo dessa corrida particular em que cada membro de uma sociedade de consumo está correndo (tudo em uma sociedade de consumo é uma questão de escolha, exceto a compulsão da escolha- a compulsão que evolui até se tornar um vício e assim não é percebida como compulsão) é a atividade de comprar.

Conforme o autor, diante dessa situação explicitada, as pessoas não acabam comprando somente produtos, mas também, modos de viver, compram imagens, vendem sua própria imagem, “modos de fazer com que os outros acreditem que somos o que vestimos”<sup>14</sup>. As relações também são permeadas por essa ideia, esse modo de agir do consumo, se a relação deixou de agradar ou queremos nos desfazer de determinado amigo, os devolvemos para a prateleira e seguimos com a compra, pois a lista não tem fim<sup>14</sup>.

Assim, Birman (1946)<sup>1</sup> faz uma interessante reflexão sobre como a ideia de loucura era associada a estar fo-

ra-de-si. Outra ideia dita por ele, era a de que a loucura estaria desvinculada da razão. “Pois estando fora de si o sujeito perderia sua capacidade pensante”. Depois, o autor nos aponta que<sup>1</sup>:

O que caracteriza o autocentramento da subjetividade na cultura do narcisismo é justamente o excesso de exterioridade [...] Se examinarmos essa nova modalidade de fora-de-si, depreenderemos que se trata de uma forma perversa de existência, isto é, justamente o contrário da existência da psicose<sup>1</sup>.

Posto isto, Birman (1946)<sup>1</sup> relata que diferentemente da psicose, esse novo sujeito fora-de-si não é excluído socialmente, pelo contrário, esse sujeito é valorizado pela pós-modernidade. Esse sujeito que está emergido na cultura do autocentramento, isto é, a estetização da existência, o que é importante é a “exaltação gloriosa do próprio eu, cuidado excessivo com o próprio eu se transforma assim em objeto permanente para admiração e alcançar o brilho social”<sup>1</sup>. Ou seja, o que esse sujeito deseja é capturar o olhar do outro, para ter sua admiração. A respeito do sujeito da exibição e da exaltação do eu, o autor nos diz:

A cultura da imagem é o correlato essencial da estetização do eu, na medida em que a produção do brilhantesco social se realiza fundamentalmente pelo esmero desmedido na constituição da imagem pela individualidade. Institui-se assim a hegemonia da aparência, que define o critério fundamental do ser e da existência [...] Na cultura da estetização do eu, o sujeito vale pelo o que parece ser, mediante as imagens produzidas para se apresentar na cena social, lambuzando pela brilhantina eletrônica<sup>1</sup>

Ainda segundo o autor, este, nos faz uma reflexão sobre como os toxicômanos, não conseguindo o brilho social e a vida performática que todos buscam na pós-modernidade, poderiam encontrar na toxicomania uma forma de acesso a essa cultura<sup>1</sup>:

Pelo uso sistemático de drogas o indivíduo procura desesperadamente ter acesso á majestade da cultura do espetáculo e ao mundo da performance. É necessário glorificar o eu, mesmo que por meio bioquímicos e psicofarmacológicos [...] Assim, se as ditas drogas pesadas visam á exaltação nirvânica do eu, para tornar a individualidade inebriada para o desempenho da cultura da imagem, as ditas drogas medicinais visam a conter as angústias e o sofrimento para capacitar o indivíduo para as mazelas do narcisismo.<sup>1</sup>

Assim, Birman (1946)<sup>1</sup> também acredita que pela falta de narcisismo necessário aos fóbicos, deprimidos e panicados, para que a performance exigida aconteça, há uma falta na inflamação do eu, não permitindo que façam parte da cena social. Com isso, a psicofarmacologia acaba sendo a saída para que os mesmos consigam fazer parte da cultura do narcisismo. “Os psicofármacos, pelo enorme efeito antidepressivo e tranquilizante, visam a transformar esses miseráveis sofredores em seres efeti-

vos da sociedade do espetáculo”<sup>1</sup>. O autor acredita nesse sentido, que essa mesma lógica pode ser pensada para os toxicômanos, pois, “o sujeito busca, pela magia das drogas, se inscrever na rede de relações da sociedade do espetáculo e seus imperativos éticos”<sup>1</sup>.

### Toxicomania e sociedade pós-moderna e de consumo

Toxicomania como fenômeno social:

Segundo Giacobone (2012)<sup>2</sup> ao longo da história, nas mais diversas sociedades, o ato de consumir drogas sempre esteve presente e obteve diversos significados. Não é somente o sentido que é atribuído à droga que muda e sim, a forma como ela é consumida. Mas, o modo de consumir que nos interessa no presente trabalho é a toxicomania, uma forma de consumo que pode ser comparada a uma epidemia na sociedade contemporânea ao qual vivemos.

Para Giacobone (2012)<sup>2</sup> essa forma de consumo, a toxicomania, é muito similar à forma da lógica de consumo que a sociedade contemporânea nos impõe, e não deveria ser diferente, já que esse modo de consumo é importante para que o capitalismo funcione, diz o autor:

Nesse cenário, a aquisição de produtos da à sustentação á ilusão de completude. A falta, propulsora da capacidade desejante, já não é mais um vetor para a potencialidade pensante, mas surge como motor de novas práticas consumistas que presentificam um intenso investimento na tentativa de recobri-la, ou seja, na busca da inalcançável plenitude<sup>2</sup>.

Segundo Giacobone (2012)<sup>2</sup>, Pacheco Filho (2007)<sup>15</sup>, Stacechen e Bento (2008)<sup>16</sup> e Gori (2010)<sup>17</sup> a toxicomania é um sintoma da compulsão social. Com isso, podemos pensar nos toxicômanos como atores encenando toda essa compulsão, só que aqui, o objeto não é mais os bens de consumo, e sim a droga. Pacheco filho (2010)<sup>15</sup> apud Giacobone (2012)<sup>2</sup>.

A toxicomania parece ser uma patologia que encena a compulsão social de consumo, evidenciando sujeitos que padecem diante da solidão na busca de ideias e identificações que atribuam sentido á sua existência [...] Passando a ter que procurá-los nos limites estreitos da posse e usufruto de bens de consumo.<sup>15</sup>

Além de Giacobone (2012)<sup>2</sup>, outros autores como Pacheco Filho (2007)<sup>15</sup> e Stacechen e Bento (2008)<sup>16</sup>, compartilham da ideia de que, o consumo excessivo se tornou uma adicção na pós-modernidade. Diante disto, a toxicômano se transforma em um perfeito consumidor, pois o mesmo se submete ao discurso capitalista e consumista. O autor destaca “as adicções e a toxicomania como o extremo do discurso capitalista”. Stacechen e Bento (2008)<sup>16</sup> pontua que:

Nota-se que há uma ligação direta entre o discurso capitalista do consumismo e a toxicomania, pois em ambos vê-se a promessa de uma felicidade fácil que conduzirá o indiví-

duo ao seu consumo. Neste contexto, a toxicomania é o lado sombrio e ilegal de um mundo voltado para o consumo extremo; e as adicções, de um modo geral, constituem a extensão de um modo de vida calcado no ato de consumir vorazmente.<sup>16</sup>

Pacheco Filho (2007)<sup>15</sup>, também olha para a toxicomania como um modo fracassado em lidar com o consumismo do capitalismo, pois além do consumismo, o autor chama a atenção para como o capitalismo, modificou também as relações sociais. Para o mesmo, as marcas publicitárias tem um poder enorme de determinar o valor social do que quer que seja fazendo com que haja um fascínio pela mercadoria. Assim, podemos perceber que a cultura influencia na constituição das subjetividades, e que, portanto, a estrutura toxicômana está totalmente relacionada com a cultura ao qual está contextualizada.

De acordo com Gori (2010)<sup>17</sup> a toxicomania pode ser um meio para lidar com essa sociedade contemporânea e suas implicações como, o consumo exagerado, pois para a sociedade capitalista, é importante que esse consumo como “vício” exista para que a estrutura capitalista funcione. Por essa razão, podemos refletir sobre o que GORI (2010)<sup>17</sup> nos traz.

O adicto de hoje testemunha, como mártir, as ilusões de uma sociedade neoliberal e fetichista [...] O adicto de hoje decompõe o espectro de uma sociedade do espetáculo e do consumo, no seio da qual a falta a ser se encontra convertida em falta a ter, onde os valores utilitários de nossas condutas tendem sem cessar a substituir nossas questões fundamentais sobre a experiência trágica da condição humana<sup>17</sup>.

Para Zornan e Chagas (2014)<sup>18</sup>, a cultura da pós-modernidade parece querer fazer com que o sujeito acredite que ele não é barrado, ou faltante. “Pois somos todos faltantes de permanência de gozo. Assim, ele passará ao longo da vida buscando nos objetos, a completude que um dia lhe foi arrancado pelo interdito”<sup>19</sup>. Ou seja, o interdito é a castração realizada pelo pai no complexo de Édipo. Porém, podemos perceber como a sociedade contemporânea não é mais que a “barra”, isto é, o sujeito como foi anteriormente na modernidade, mas sim uma sociedade que cria objetos de desejo e o influencia dizendo que ele deve gozar para que tenha a satisfação plena de seus desejos. Nesse sentido, podemos perceber um modo bem perverso inscrito nessa cultura, que diz para o sujeito que ele não é castrado, ou melhor, barrado. “O que o torna desorientado na medida em que o faz crer que tudo pode gozar”<sup>19</sup>. Como se não bastasse à mesma cultura que o faz acreditar nessa ilusão, também vende imagens e modos de ser a todo o momento, a mídia serve como grande aliada na venda desses modos de subjetivação.

Com tal efeito, as características da pós-modernidade como a do consumo, como uma adicção, tem relação

com as psicopatologias ditas atuais como a toxicomania. Mas, por que a sociedade se encontra com essa cultura do consumo excessivo? Giacobone (2012)<sup>2</sup> relata sobre como vivemos em uma cultura do desamparo, do excesso de liberdade, onde o consumo pode ser visto como uma maneira de tamponar a falta estrutural do sujeito, já que estamos inseridos em uma sociedade de valores narcisistas, que faz com que o sujeito que emerge da cultura não é mais o do recalque e sim, o da perversão, que não sabe lidar com a castração, e acredita que o consumo seja uma forma de tamponar a falta.

Assim, além do aspecto social que é o consumo, a toxicomania também estaria ligada a sujeitos que são marcados pelo desamparo, fazendo com que através dessa compulsão vinda do consumismo, o sujeito consiga obter a falta. Acerca disto discorre Giacobone (2012)<sup>2</sup>:

O uso de entorpecentes é a livre tentativa de destruição do eu, a remontagem de uma forma primitiva de descarga que considera a realidade, ou tentativa de inscrição de uma identidade em sujeitos marcados pelo desamparo e pela indiferença. Provavelmente, essas assertivas não são excluídas, e a relação do toxicômano com a droga está relacionada com uma tentativa de obturar a falta quanto com a busca desesperada de construção de si mesmo, mas tendo no horizonte a morte<sup>2</sup>.

#### 4. CONCLUSÃO

A presente pesquisa abordou como a literatura relaciona dois temas em destaque na atualidade, a saber: A toxicomania e o consumo. A questão levantada foi quais as ideologias e modos de viver da contemporaneidade que podem estar relacionados ao aumento da toxicomania?

Diante desta questão, a literatura consultada aponta que a toxicomania seria um sintoma da compulsão social, ou seja, os toxicômanos são vistos como atores que encenam a compulsão social, aparecem nesse sentido, como perfeitos consumidores, já que o ato de consumir na pós-modernidade se torna uma adicção. O sujeito emergido nessa cultura pós-moderna, possui uma prática de consumir sem medidas, na qual deve ser praticada a qualquer custo, conjuntamente se deparando com outros aspectos da pós-modernidade como o desamparo, a perda de referências e a queda da função paterna. Paralelamente a isto, este sujeito está imerso em uma cultura que parece querer fazer com que o sujeito acredite que ele não é barrado, fazendo assim, com que os sujeitos através do consumo, queiram tamponar a falta estrutural, já que a cultura não os ensina a lidar com ela, mas alardeia que isto é possível.

A toxicomania aparece aí como uma forma de obter a falta, forma esta, que encena o consumo, pois quer sempre consumir freneticamente. Com isso, percebemos

como a toxicomania está relacionada a compulsão ou ato de consumir. Assim, a toxicomania juntamente com o consumismo, aparecem como uma forma do sujeito da pós-modernidade lidar com a falta estrutural.

A guisa de conclusão, é nossa opinião que em uma cultura onde acredita-se que a satisfação plena dos desejos é possível e a mídia “vende” modelos de identificação não faltantes, esses modelos não barrados, participam, também, das identificações estruturais do sujeito pós-moderno, produzindo, em massa, indivíduos que desejam e acreditam ser possível, tamponar a falta constitutiva.

#### REFERÊNCIAS

- [1] Birman, J. [1946]. Mal-estar na Atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2014.
- [2] Giacobone, R.V. O sujeito e as Drogas: marcas identitárias e contemporaneidade. 2012.  
<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/4964/1/00437811-Texto%2bCompleto-0.pdf> Acesso 28 de junho de 2015.
- [3] Gil AC. [1946]. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. Ed. São Paulo: Atlas. 2006.
- [4] Freud S. [1930] O mal-estar na civilização. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. 1°. 1996; 21:67-148.
- [5] Guirfinkel D. Adicções: o conceito psicanalítico de adicção. São Paulo: Casa do psicólogo. 2011.
- [6] Serreti MAT. Toxicomania: um estudo psicanalítico. Revista: Mosaico: estudos em psicologia. 2011/12; 5(1):46-60. Disponível em:  
<<http://www.fafich.ufmg.br/mosaico/index.php/mosaico/article/view/106>>. Acesso em: 11 jul. 2014.
- [7] Kalina E, Kovadloff S. Drogadição: indivíduo, família e sociedade. Rio de Janeiro: F.Alves. 1980.
- [8] Guirfinkel D. A pulsão e seu objeto-droga: estudo psicanalítico sobre a toxicomania. Rio de Janeiro: Vozes. 1995.
- [9] Freud S. [1921]. Psicologia das massas e análise do eu. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. 1° ed. Vol 09.. Rio de Janeiro: Imago. 1996.
- [10] Cruz DN. A discussão filosófica da modernidade e da pós-modernidade, 2010.  
[http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalable/3\\_DANIEL\\_NERY.pdf](http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalable/3_DANIEL_NERY.pdf)  
Acesso em 18 de maio de 2015.
- [11] Santi P.L.R. Consumo e desejo na cultura do narcisismo. Revista do programa de pós graduação em comunicação e praticas de consumo. 2005.  
<http://revistacmc.espm.br/index.php/revistacmc/article/viewArticle/52>. Acesso em 18 de maio de 2015
- [12] Cabas AGO sujeito na psicanálise de Freud e Lacan da questão do sujeito ao sujeito em questão. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2009.
- [13] Lasch C. A cultura do narcisismo: a vida americana numa era de esperanças em declínio. Rio de Janeiro: Imago. 1983
- [14] Bauman Z. Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Zahar,

- 2001.
- [15] Pacheco FR. A. Toxicomania: um modo fracassado de lidar com a falta estrutural do sujeito e com as contradições da sociedade, 2007; 5(9):36.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167944272007000200003&script=sci\\_arttext..](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167944272007000200003&script=sci_arttext..) Acesso em 04 de março de 2015.
- [16] Stacechen LF. Bento, S, E, V. Consumo excessivo e adicção na pós-modernidade: uma interpretação psicanalítica, 2008. <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v20n2/09.pdf>. Acesso em 15 de março de 2015.
- [17] Gori R. As patologias do niilismo em nossa modernidade, Rio De Janeiro. 2010; 42:107-29.  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v42n1/v42n1a06.pdf>. Acesso em 15 de março de 2015.
- [18] Zornan FS, Chagas ATS. Mídia e novas formas de subjetivação: Discurso publicitário, consumo e novas configurações subjetivas na cultura pós-moderna. Revista do departamento de ciências humanas e do departamento de psicologia, 2014.  
<http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/2094/3548> Acesso em 22 de julho de 2015.
- [19] Venancio RDO. A linguagem dos três fantasmas gozo na experiência da televisão, 2007.  
<http://www.bocc.ubi.pt/pag/bocc-venacio-linguagem.pdf> Acesso em 15 de agosto de 2015.



# A INFLUÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO SOBRE O NÍVEL DE AUTOESTIMA DOS IDOSOS

## THE INFLUENCE OF PHYSICAL EXERCISE ON THE LEVEL OF SELF-ESTEEM OF ELDERLY

THAIS SILVA ASCENCIO<sup>1</sup>, CONSTANZA PUJALS<sup>2</sup>

1. Discente do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Ingá, Maringá, PR, Brasil; 2. Psicóloga, Doutora em Psicologia pela Universidad Autónoma de Madrid. Docente do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Ingá, Maringá, PR, Brasil.

\* Rua Mem de Sá, 110, Zona 2, Maringá, Paraná, Brasil, CEP: 87010-370. [lilialicrim@hotmail.com](mailto:lilialicrim@hotmail.com)

Recebido em 26/05/2015. Aceito para publicação em 01/09/2015

### RESUMO

O envelhecimento é um processo natural da vida, envolve mudanças nos processos biológicos, alteração da aparência física e eventos de desengajamento da vida social. Estimativas apontam que em 2050 teremos uma população de 58 milhões de brasileiros acima de 60 anos, representando um desafio para a saúde pública. Estudos que tratam sobre a prática de exercícios físicos na população idosa apontam para a sua importância na autoestima desses indivíduos. Dessa forma, objetivamos analisar a influência do exercício físico no nível de autoestima dos idosos, destacando a importância da prática de exercícios físicos e seus benefícios mentais e físicos. Foi realizada uma revisão de literatura através de levantamento nas bases de dados nacionais e internacionais, onde observamos que a prática de exercícios físicos tem mostrado ser um fator importante para a baixa ocorrência de sintomas depressivos, elevada autoestima e motivação dos idosos, propiciando uma melhor qualidade de vida, e além disso, a alimentação, os cuidados emocionais e a socialização são fatores de grande importância para o prolongamento de uma vida saudável.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idosos, qualidade de vida, dependência, necessidades básicas.

### ABSTRACT

Aging is a natural process of life, it involves changes in biological processes, physical appearance and disengagement events of social life. Estimates suggest that by 2050 we will have a population of 58 million Brazilians over 60 years, representing a challenge to public health. Studies that deal about physical exercise in the elderly suggest their importance in self-esteem of these individuals. Thus, we aimed to analyze the influence of exercise on self-esteem level of the elderly, emphasizing the importance of physical exercise and your mental and physical benefits. A literature review was conducted through a survey of national and international databases, where we observed that physical exercise has shown to be an important factor for the low occurrence of depressive symptoms, high self-esteem and motivation of the elderly, providing a better quality of life, and furthermore, food, and emotional care socialization are factors of great importance to the extension of a healthy life-style.

**KEYWORDS:** Aged, quality of life, dependency, basic needs.

### 1. INTRODUÇÃO

Segundo Camarano (2006)<sup>1</sup>, o processo de envelhecimento engloba vários determinantes, dentre eles podemos destacar as mudanças nos processos biológicos, a alteração da aparência física, os eventos de desengajamento da vida social, a função de novos papéis sociais, tais como o fato de ser avô/avó ou de receber aposentadoria. Para a autora, o número de idosos no Brasil duplicou nos últimos 50 anos, devido a alta fecundidade vista nos anos 50 e 60 e a queda de mortalidade do país. Atualmente, as taxas de natalidade decaíram, fazendo com que a proporção de adultos progressivamente aumentasse. Para ser caracterizado como idoso, segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), é necessário basear-se no nível sócio-econômico de cada país. Nos países subdesenvolvidos é considerado idoso aquele que possui 60 anos ou mais de idade, já nos países desenvolvidos o idoso deve ter mais que 65 anos de idade<sup>2</sup>.

Nas últimas décadas, tem se percebido um rápido e significativo aumento na expectativa de vida dos seres humanos. De acordo com o censo demográfico realizado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), podemos notar que houve um aumento significativo no número de idosos com mais de 65 anos de idade. Em 1991 a porcentagem de idosos no Brasil correspondia a 4,8 % da população, já em 2010 essa porcentagem subiu para 7,4 %. A maior parte desses idosos pertencem ao sexo feminino, devido a expectativa de vida das mulheres ser mais elevada que a dos homens<sup>1,3</sup>. Dados do mesmo censo mostraram que a expectativa de vida ao nascer, para ambos os sexos, aumentou em 3,03 anos. Ao ultrapassar os riscos de morte e sobrevivendo, por exemplo, até os 40 anos de idade em 2010, o brasileiro teria, em média, mais 37,74 anos, podendo atingir uma vida média de 77,74 anos. Ao considerar os sexos masculino e feminino, as respectivas vidas média aos 40 anos seriam de 75,15 e 80,22 anos, respectivamente. Com mais de 20 milhões de idosos em todo o país atualmente, a expectativa é de chegarmos a 2050 com uma

população de 58 milhões de brasileiros acima de 60 anos<sup>3</sup>.

O envelhecimento é um processo natural da vida, entretanto, esse processo pode ser retardado com alguns cuidados básicos à saúde, como atividades físicas e alimentação saudável. Muitos prejuízos da velhice vêm acarretados pela dependência dos idosos por terceiros, tanto por prestadores de serviços, como de familiares<sup>5</sup>. Por mais que o ato de envelhecer seja individual, o ser humano vive na esfera coletiva e como tal, sofre as influências da sociedade. A vida não é só biológica, é social e culturalmente construída, portanto, pode-se dizer que os estágios da vida apresentam diferentes significados e duração<sup>5,6</sup>.

Lamentavelmente, os idosos que se acomodam em uma condição progressiva de esgotamento de vida acarretam o aumento de necessidades básicas e aceleram os inúmeros problemas de saúde, entre outras perdas, em alguns casos limitando-se a uma vida indefesa e dependente. Por outro lado, temos aqueles que superam os padrões, impactando até mesmo os mais jovens. São homens e mulheres que buscaram incentivo já com idade avançada e estão ativos nas mais diversas áreas de atividade física, como dança, caminhadas, musculação e alguns ainda se aventuram em participar de corridas, mostrando que é possível manter uma vida saudável por mais tempo<sup>6</sup>. Sabe-se que as atividades físicas estimulam a liberação principalmente de endorfinas<sup>7</sup>, que são consideradas neurotransmissores, neuro-hormônios e neuromoduladores, influenciando uma variedade de funções hipotalâmicas e extra hipotalâmicas, como a percepção da dor e o humor, elevando assim, a autoestima de quem as pratica<sup>8</sup>.

Independentemente da idade, a prática de exercícios físicos além de prazerosa, eleva a qualidade de vida e traz benefícios para o corpo e a mente. Estar fisicamente ativo ajuda a prevenir ou eliminar problemas de saúde, além de melhorar a força e a resistência, tornando mais fácil subir escadas e carregar objetos. A melhoria no equilíbrio ajuda a prevenir quedas e a ficar mais flexível pode evitar lesões e acelerar a recuperação delas<sup>9</sup>.

De acordo com Silva (2012)<sup>10</sup> o exercício físico se diferencia da atividade física ao ser considerado um movimento repetitivo, planejado e estruturado, que visa manter a forma física do indivíduo. Já a atividade física pode ser caracterizada como qualquer movimento do corpo que influencie os músculos esqueléticos, gerando assim um gasto de energia.

Silva e Duarte (2001)<sup>11</sup> consideram que a pessoa ao envelhecer de forma saudável apresenta não só um bom estado de saúde física e mental, mas também se sente segura, independente, respeitada, reconhecida por sua experiência e participante de sua comunidade, sendo esse o propósito do envelhecimento saudável.

Estudos que tratam sobre a prática de exercícios físicos

na população idosa confirmam a sua importância na autoestima desses indivíduos<sup>12,13</sup>.

Desta forma, o tema desse presente estudo foi escolhido devido a sua relevância nos dias atuais e também, pelo fato da expectativa de vida na população brasileira ter aumentado consideravelmente nas últimas décadas, como afirma Inagaki *et al* (2013).<sup>2</sup>, que nos últimos anos a população idosa no Brasil tem aumentado de forma progressiva, o idoso vem tendo oportunidades de participar das diversas ações de âmbito público, de valorização e convívio social, voltados à promoção de saúde para essa população sair do sedentarismo, na busca de um estilo de vida para viver bem e com uma qualidade de vida que seja positiva a cada ganho com o exercício físico. Acredita-se ser fundamental e urgente essas medidas, como mecanismo operacional de reduzir gastos públicos com tratamento de saúde para a população<sup>14</sup>.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão de literatura através de levantamento nas bases de dados nacionais e internacionais do SCIELO (Scientific Electronic Library), BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde), PUBMED (Us National Library of Medicine) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Google acadêmico. Os critérios estabelecidos para pesquisa foram os termos: idoso, autoestima e exercício físico. Foram realizadas buscas nos idiomas português, inglês e espanhol e a abrangência das publicações selecionadas foram entre os anos 2000 e 2015.

Para o artigo em questão foi utilizado o método de pesquisa bibliográfica, que consiste em um procedimento metodológico capaz de formular hipóteses e interpretações sobre um relacionado tema, que servirão de base para o desenvolvimento de um referencial teórico sobre o tema.

## 3. DESENVOLVIMENTO

O presente artigo teve como objetivo geral analisar a influência do exercício físico no nível de autoestima dos idosos, destacando a importância da prática de exercícios físicos e seus benefícios mentais e físicos percebidos pelos idosos e sua interferência na autoestima dos mesmos.

A literatura científica considera que a tendência ao envelhecimento populacional está acarretando mudanças profundas em todos os setores da sociedade. Devido a essas mudanças do século XX que produziu um impacto na estrutura etária da população e na distribuição quanto à morbimortalidade tem-se que exigido mudanças nas respostas de cada sociedade em relação aos problemas de saúde. A redução da fecundidade e o aumento da expectativa de vida resultam no envelhecimento da população e aumento das taxas de doenças crôni-

co-degenerativas<sup>15</sup>.

Sendo assim, essas mudanças ocorridas podem afetar de forma direta a autoestima dos indivíduos idosos, que é considerada como um importante aspecto na vida, constituindo um sentimento de juízo, de apreciação, de valorização, de bem-estar e de satisfação que o indivíduo tem de si mesmo e expressa pelas atitudes que toma em relação a si mesmo<sup>16</sup>. A autoestima pode ser definida como sendo a visão que o indivíduo tem sobre si próprio, a afeição e a consideração que tem pelo seu eu, os sentimentos de competência e valorização pessoal perante os desafios de sua vida<sup>17</sup>. Encontra-se relacionada com alguns aspectos do cotidiano do idoso, como o convívio social e familiar, a morbidade, problemas de saúde física ou mental,<sup>18,19</sup> tornando-se um aspecto central da saúde e do bem-estar psicológico<sup>20</sup>.

Alves *et al.* (2004)<sup>21</sup> considera que a prática de exercícios físicos ajuda a combater o sedentarismo, trazendo inúmeros benefícios e uma melhor qualidade de vida dos idosos, contribuindo de maneira significativa para a manutenção da aptidão física do idoso.

Percebe-se ainda que o meio em que vive o idoso é de grande relevância para sua saúde, tanto física como emocional, idosos que têm uma família presente e estruturada revelam uma saúde estável e a autoestima conservada, já aqueles que não convivem em um ambiente saudável, em todos os aspectos, desenvolvem doenças das mais diversas além de ter a autoestima abalada<sup>22</sup>.

É importante estimularmos a autoestima dos idosos, independentemente se ele está passando por um processo de envelhecimento saudável ou patológico e independente de todos os seus problemas, ele consegue sentir-se bonito, sentir que a sua presença causa algum tipo de reação àqueles que o cercam e isto faz-o sentir-se feliz. Um idoso com uma boa autoestima consegue passar melhor pelos declínios do processo de envelhecimento, encontrando em cada etapa do seu ciclo vital mais potencialidades que limitações. Um idoso saudável pode cuidar da sua aparência física, dedicar tempo para fazer coisas que gosta, aprender coisas novas e para tirar partido de uma virtude atingida com o passar dos anos: a sabedoria<sup>23</sup>.

Franchi e Montenegro<sup>24</sup> consideram que o aumento da expectativa de vida do brasileiro se dá por inúmeros fatores, entretanto, um deles é a atividade física, seja ela por meio de academias, corridas, danças, entre outras. Entretanto, mudanças sociais tornam-se cada vez mais necessárias. Para que os idosos possam ter sua vida prolongada são necessárias mudanças na sociedade, criando medidas que influenciem-os a serem ativos, manterem sua independência e capacidade física, buscando assim uma melhor qualidade de vida para essa população. A prática regular de atividades físicas produz benefícios cientificamente comprovados para a saúde<sup>25,26,27</sup>. Ela reduz o risco de doenças crônicas, tais como diabetes,

hipertensão, obesidade, doenças cardíacas, alguns tipos de câncer, além de depressão<sup>28</sup>. Bastam 30 minutos de atividades físicas, acumulados ou não, em pelo menos 5 dias da semana para fortalecimento do organismo, melhorando de forma expressiva não só a saúde física como também a emocional, acarretando benefícios consideráveis<sup>29</sup>.

Dentre os distúrbios que podem estar relacionados ao envelhecimento, a depressão é uma das condições mais frequente, podendo elevar a probabilidade de incapacidade funcional<sup>30,31</sup>. A literatura tem evidenciado, ainda, que algumas variáveis podem contribuir para o aparecimento dos sintomas depressivos, entre estes, a autoestima vulnerável<sup>32</sup>. Nesse sentido, a autoestima, compreendida como o sentimento, o apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria, é um constructo sociopsicológico de grande importância para a saúde do idoso<sup>16</sup>. Alguns autores sugerem que a autoestima tende a diminuir com o envelhecimento, fato que pode estar relacionado às perdas fisiológicas, de status social ou de ente queridos<sup>33,34,35</sup>. A prática de exercícios físicos é apontada como uma ação eficaz para manutenção da autoestima positiva de idosos<sup>35</sup>, bem como na redução de sintomas depressivos e melhora do desempenho cognitivo<sup>12,36</sup>, sendo inclusive indicado como uma das possibilidades de tratamento para depressão em idosos<sup>37</sup>.

A autoestima se constrói ao longo da vida, a partir dos primeiros anos em que uma criança recebe motivação dos pais e se sente confiante. Envolve gostar de si mesmo, reconhecer suas habilidades, qualidades, mas também seus defeitos e limitações. Quando se aceitam como são, as pessoas se sentem mais seguras e lidam melhor com os defeitos e qualidades dos que a cercam. Pessoas que apresentam baixa autoestima, normalmente, são mais frágeis às mudanças da vida, sempre estão tentando agradar e temem críticas. Conforme os anos passam, a autoestima permanece naqueles que a tinham, já que eles se aceitam e sabem que as mudanças, físicas e mentais, são inerentes. Por outro lado, há muitos que não conseguem lidar com as rugas, queda e embranquecimento dos cabelos, viuvez e demais acontecimentos inerentes à idade<sup>38</sup>.

Para lidar de forma mais leve e eficaz com a autoestima, observa-se que idosos que participavam de programas de atividades, revelam o quanto passaram a sentir-se mais capazes e motivados com a prática<sup>27,39</sup>. O programa de exercícios mais adequado para o idoso é aquele que seja ao mesmo tempo prazeroso para ele e benéfico para sua saúde<sup>40</sup>.

Observa-se ainda, que a limitação começa somente por conceitos errôneos, primeiramente do próprio idoso e muitas vezes da família que normalmente conforma-se com o comodismo de seus pais ou avós, deixando os sinais da idade passarem de maneira mais difícil, ignorando a possibilidade de uma qualidade de vida melhor e

mais prazerosa. Programas de exercícios físicos destinados ao público idoso são cada vez mais comuns, devido a essa crescente demanda do envelhecimento da população<sup>41</sup>. A prática de exercícios físicos em idosos consiste em uma estratégia para diminuir os gastos com a saúde pública, pois indivíduos fisicamente ativos tem melhores condições de saúde e melhor qualidade de vida<sup>42</sup>.

Nos últimos anos, o poder público brasileiro tem investido em ações que propõem a prática de exercícios físicos pela sociedade. Um exemplo disto em 1996 foi a criação do Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte, pelos Ministérios da Saúde, da Educação e do Desporto, no qual tem como intuito incentivar os indivíduos a praticarem exercícios físicos em busca de uma vida mais saudável<sup>39</sup>.

Com o envelhecimento, é comum que os indivíduos passem a perder o poder físico, psíquico e cognitivo. Com isso, é necessária a prática de exercícios físicos em idosos para a manutenção do tônus muscular e boa circulação sanguínea, gerando assim bom desenvolvimento da práxis fina e global<sup>10</sup>. O exercício físico beneficia também a capacidade funcional do idoso, ou seja, a capacidade de realizar atividades do dia a dia, melhorando a aptidão física, ajudando o idoso a realizar as atividades com mais energia e vigor, diminuindo desta forma os riscos de se contrair uma doença<sup>24</sup>.

Atividades domésticas praticadas por idosos devem ser realizadas de forma segura e dentro da capacidade e agilidade individual, a fim de evitar fraturas que podem ser agravadas com o tempo. Já a atividade cerebral do idoso deve ser estimulada com leituras e atividades que possam prender a sua atenção, bem como criar situações que estimule o relato de experiências passadas, como histórias da família, por exemplo, de maneira a estimulá-lo de forma que traga prazer<sup>43</sup>.

A família e os amigos são peças fundamentais para estimulá-los tanto as atividades físicas como as intelectuais, agindo no sentido de permitir, na medida do possível, a manutenção da autonomia, da independência e a sua dignidade<sup>43</sup>. O lazer, a distração, a conversa, o bem-estar e as atividades em grupo são importantes atividades, independentemente da idade, e no caso do idoso, ajuda a elevar a sua autoestima e se sentir integrado à sociedade. Neste sentido, para que o idoso possa ter uma vida plena, saudável e feliz além de movimentar-se das mais diversas formas possíveis, é pertinente seguir uma alimentação saudável, equilibrada e balanceada, praticar uma atividade física regular sempre com orientação profissional, acompanhamento médico, manter o contato com amigos, parentes e afins, procurar ter momentos de lazer constantes, ocupando-se com atividades que lhe tragam prazer, alegria e satisfação<sup>43,44</sup>, possibilitando assim uma melhoria na saúde e no equilíbrio mental<sup>45</sup>.

Dentre os exercícios físicos descritos na literatura in-

dicadas para idosos, podemos citar a hidroginástica, natação<sup>46,47,48</sup>, caminhada<sup>49</sup>, dança, ciclismo, corrida, pilates, musculação, alongamento e exercícios de equilíbrio e coordenação<sup>50</sup>.

A hidroginástica tem efeitos benéficos nas capacidades físicas, força, flexibilidade e mobilidade para o indivíduo manter, ou mesmo melhorar a sua aptidão física, é considerada a forma de exercício ideal para as pessoas idosas, principalmente aquelas com obesidade, osteoporose e artrose, além de ser eficaz para fortalecer a musculatura e reduzir a perda de massa óssea. A água reduz os efeitos da gravidade sobre as estruturas ósseas e articulares, diminuindo os desgastes e o impacto<sup>46,48</sup>.

A natação é uma atividade física que interfere na frequência cardíaca e no consumo de oxigênio. Entre os benefícios, os mais observados são o aumento da disposição no dia-a-dia, a possibilidade de executar atividades da vida diária que antes não conseguiam, aumento da mobilidade, melhora na musculatura do abdômen e do assoalho pélvico, o que diminui os casos de incontinência urinária, em especial nas mulheres. Podem existir restrições para pessoas com certas patologias, como pressão alta<sup>47,48</sup>.

A dança, por ser uma atividade aeróbia, muitas vezes é uma recomendação médica com intuito de amenizar sintomas de algumas patologias como: hipertensão, obesidade, osteoporose, depressão e exercícios para memória. A dança, principalmente a de salão, é uma atividade que estimula a sociabilidade, promovendo o bem-estar emocional<sup>51</sup>.

A prática de atividades como caminhada, ciclismo e corrida contribui para o metabolismo e queima de calorias, aumento da sensação de bem-estar, diminui a sonolência, controla o apetite e protege o organismo contra doenças cardiovasculares. Por serem exercícios aeróbicos, a utilização de oxigênio na geração de energia para os músculos, fortalecem os músculos que trabalham na respiração e também a musculatura envolvida no exercício realizado. Deve-se respeitar a frequência cardíaca máxima, que ao longo dos anos tende a diminuir substancialmente, além de ser recomendado realizar aquecimento e reforço muscular<sup>52</sup>.

Os exercícios de musculação, na modalidade de circuito, aumentam a autonomia funcional da pessoa idosa e permite retomar algumas atividades que já tinham sido abandonadas. Em muitos casos, complementa ou substitui a ação de medicamentos, fortalece os músculos e diminui a pressão sobre as articulações, ajudando na prevenção da hipertensão, diabetes, obesidade, além de melhorar a autoestima por reinserir o indivíduo em novas atividades<sup>53</sup>.

Deste modo, para Cheik *et al.*<sup>54</sup> os exercícios físicos podem minimizar o declínio das funções orgânicas que geralmente ocorrem no processo de envelhecimento, trazendo melhorias na capacidade respiratória, função

cardíaca, tempo de reação, memória recente, força dos músculos, na cognição e também nas interações sociais. De Alcântara *et al* (2015)<sup>55</sup> considera que a prática de exercícios físicos pela terceira idade possibilita o aumento da vitalidade, diminuição da dor, melhora na funcionalidade, progresso nas condições de saúde, além de melhores níveis de qualidade de vida e saúde.

#### 4. CONCLUSÃO

Cuidar da saúde sempre foi uma grande preocupação humana, pois com o passar dos anos percebe-se que não só o corpo, mas também a mente passa a não responder de forma tão satisfatória quanto antes. No envelhecimento, além do indivíduo ficar carente fisicamente, encontra-se mais dependente de outros para as diversas atividades cotidianas, o que nem sempre pode esperar um retorno adequado às suas necessidades. Com isso, o ser humano por instinto de sobrevivência, tem buscado meios para superar as insuficiências que vão se apresentando.

Por fim, concluímos a partir dos estudos apresentados, que a prática de exercícios físicos parece ser um fator importante para a baixa ocorrência de sintomas depressivos, elevada autoestima e motivação dos idosos, propiciando uma melhor qualidade de vida. Além de exercícios físicos, a alimentação, os cuidados emocionais e a socialização são fatores de grande importância para o prolongamento de uma vida saudável.

#### REFERÊNCIAS

- [1] Camarano AA. Envelhecimento populacional brasileiro: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. 2a Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2006; 88-105.
- [2] Inagaki RK, Yamaguchi MH, Kassada D, Matsuda LM, Marcon SS. A vivência de uma idosa cuidadora de um idoso doente crônico. *Ciência, Cuidado e Saúde* 2013; 7.
- [3] Brasil. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censos demográficos. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- [4] Fernandes WR, Siqueira VHF. Educação em saúde da pessoa idosa em discursos e práticas: atividade física como sinônimo de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14(33): 371-385. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200011>.
- [5] Del Duca GF, Silva MCD, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(5):796-805. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000057>.
- [6] Brêtas ACP. Cuidadores de idosos e o Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Enferm* 2003; 56(3):298-301. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000300016>.
- [7] Hughes J, Smith TW, Kosterlitz HW, Fothergill LA, Morgan BA, Morris HR. Identification of two related pentapeptides from the brain with potent opiate agonist activity. *Nature* 1975; 258(5536):577-80.
- [8] Speroff L, Glass RH, Kase NG. Neuroendocrinology. In: Speroff L, Glass RH, Kase NG, ed. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989; 51-89.
- [9] Rocha R. Musculação para a terceira idade. Centro universitário de formiga-unifor. Curso de licenciatura em educação física, 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/123456789/239>
- [10] Silva LFA. Importância do exercício físico na vida do idoso. Escola Superior de Educação João de Deus. Licenciatura em Gerontologia Social, 2012. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/2656>
- [11] Silva MJ, Duarte MJRS. O autocuidado do idoso: intervenção de enfermagem e melhor qualidade de vida. *Rev Enferm UERJ*. 2001; 9(3):248-53.
- [12] Mello MT, Boscolo RA, Esteves AM, Tufik S. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. *Rev Bras Med Esporte* 2005; 11(3):203-7.
- [13] Damasceno VO, Lima JRP, Vianna JM, Vianna VRA, Novaes JS. Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. *Rev Bras Med Esporte* 2005; 11(3):181-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922005000300006>.
- [14] Freitas CMSM, Santiago MDS, Viana AT, Leão AC, Freyre C. Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano* 2007; 9(1):92-100.
- [15] Santos MLD, Borges GF. Exercício físico no tratamento e prevenção de idosos com osteoporose: uma revisão sistemática. *Fisioter*. 2010; 23(2):289-99. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502010000200012>.
- [16] Rosenberg, M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press. 1965.
- [17] Chaim J, Izzo H, Sera CTN. Cuidar em saúde: satisfação com imagem corporal e autoestima de idosos. *O Mundo da Saúde*, São Paulo 2009; 33(2):175-81.
- [18] Mazo GZ, Cardoso FL, Aguiar DD. Programa de hidroginástica para idosos: motivação, auto-estima e auto-imagem. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano* 2006; 8(2):67-72.
- [19] Luz MMC, Amatuzzi MM. Vivências de felicidade de pessoas idosas. *Estud. psicol. (Campinas)* 2008; 25(2):303-7.
- [20] Sonstroem RJ. The Physical Self-System: a mediator of exercise and self-esteem. In: Fox KR, editor. *The physical self - from motivation to well-being*. Champaign, Illinois: Human Kinetics; 1999; 73-26.
- [21] Alves RV, Mota J, Costa MDC, Alves JGB. Aptidão física relacionada à saúde de idosos: influência da hidroginástica. *Rev bras med esporte* 2004; 10(1):31-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922004000100003>.
- [22] Santos AFA. Qualidade de vida e solidão na terceira idade. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (Monografia de licenciatura). Porto, 2008.
- [23] Roberto JED. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. *Revista Portal de Divulgação* 2014; IV(40).
- [24] Franchi KMB, Montenegro RM. Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2005; 18(3):152-6.
- [25] Roberto JT. Atividade física: melhor qualidade de vida na terceira idade. Monografia (Licenciatura em Educação Física) Universidade de Brasília, Universidade Aberta do Brasil, Barra do Bugres-MT, 2014. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/10366>

- [26] Oliveira FA, Pirajá WC, Silva AP, Primo CPF. Benefícios da Prática de Atividade Física Sistematizada no Lazer de Idosos: Algumas Considerações. LICERE-Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer 2015; 18(2):262-304.
- [27] Silva N, Brasil C, Furtado H, Costa J, Farinatti P. Exercício físico e envelhecimento: benefícios à saúde e características de programas desenvolvidos pelo LABSAU/IEFD/UERJ. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto 2014; 13(2):75-85. DOI: 10.12957/rhupe.2014.10129
- [28] Vargas LDS, Lara MVSD, Mello-Carpes PB. Influência da diabetes ea prática de exercício físico e atividades cognitivas e recreativas sobre a função cognitiva e emotividade em grupos de terceira idade. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia 2014; 17(4):867-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13178>.
- [29] Siviero C, Cortes Neto L, Domingues TMS. Recreação como proposta de melhora na autoestima na Terceira Idade centro social urbano Lins – SP. 2012. 43 f. Monografia – Curso de Educação Física, Centro Universitário Católica Salesiano Auxilium, Lins-SP. 2012.
- [30] Montagnier D, Dartigues JF, Rouillon F, Pérès K, Falissard B, Onen F. Ageing and trajectories of depressive symptoms in community-dwelling men and women. International journal of geriatric psychiatry 2014; 29(7):720-9. DOI: 10.1002/gps.4054.
- [31] Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2006; 113(5):372-87. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x
- [32] Hayes AM, Harris MS, Carver CS. Predictors of self-esteem variability. Cognitive therapy and research 2004; 28(3):369-85. DOI:10.1023/B:COTR.0000031807.64718.b9.
- [33] Krawczynski M, Olszewski H. Psychological well-being associated with a physical activity programme for persons over 60 years old. Psychology of sport and exercise 2000; 1(1):57-63. DOI: 10.1016/S1469-0292(00)00004-2
- [34] Borges LJ, Benedetti TRB, Mazo GZ. Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos. J Bras Psiquiatr. 2007; 56(4):273-9.
- [35] Meurer ST, Benedetti TRB, Mazo GZ. Aspectos da autoimagem e autoestima de idosos ativos. Motriz rev. educ. fis. 2009; 15(4):788-96.
- [36] Dias RG, Streit IA, Sandreschi PF, Benedetti TRB, Mazo GZ. Diferenças nos aspectos cognitivos entre idosos praticantes e não praticantes de exercício físico. J. bras. Psiquiatr 2014; 63(4):326-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000041>.
- [37] Escolar Chua RL, De Guzman AB. Effects of third age learning programs on the life satisfaction, self-esteem, and depression level among a select group of community dwelling Filipino elderly. Educational gerontology 2014; 40(2):77-90. DOI: 10.1080/03601277.2012.701157.
- [38] Scheibe RW, Rauber M. A formação da personalidade da criança na perspectiva dos pais. Nativa-Revista de Ciências Sociais do Norte de Mato Grosso 2014; 1(2):1-22.
- [39] Ferreira MS, Najjar AL. Programas e campanhas de promoção da atividade física. Ciênc. saúde coletiva 2005; 10(supl):207-219. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500022>
- [40] Saba F. Mexa-se: atividade física, saúde e bem-estar. São Paulo: Takano Editora, 2003.
- [41] Assis MD, Hartz ZM, Valla VV. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. Ciência & Saúde Coletiva. 2004; 9(3):557-81.
- [42] Gobbi S. Atividade física para pessoas idosas e recomendações da Organização Mundial de Saúde de 1996. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2012; 2(2):41-9.
- [43] Camargos MCS, Rodrigues RN. Idosos que vivem sozinhos: como eles enfrentam dificuldades de saúde. Trabalho apresentado ao 16º. Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu, MG. 2014.
- [44] Porto DB, Guedes DP, Fernandes RA, Reichert FF. Percepção da qualidade de vida e atividade física em idosos brasileiros. Motricidade. 2012; 8(1):33-41.
- [45] Benedetti TB, Petroski EL, Gonçalves LT. Exercícios físicos, auto-imagem e auto-estima em idosos asilados. Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum. 2003; 5(2):69-74.
- [46] Santos I, Morouço P. Benefícios da hidroginástica na aptidão física de idosos. E-Balonmano. com: Revista de Ciencias del Deporte 2015; 11(5):157-8.
- [47] Simões RR, Portes Júnior M, Moreira WW. Idosos e hidroginástica: corporeidade e vida. R Bras Ci. e Mov. 2011; 19(4):40-50.
- [48] Aidar FJ, Idar FJ, Silva AJ, Reias VM, Carneiro AL, Leite TM. Idosos e adultos velhos: atividades físicas aquáticas e a autonomia funcional. Fitness & Performance Journal 2006; 5(5):271-6.
- [49] Salvador EP, Florindo AA, Reis RS, Costa EF. Percepção do ambiente e prática de atividade física no lazer entre idosos. Rev Saude Publica 2009; 43(6):972-80.
- [50] Matsudo SM, Matsudo VKR, Barros Neto, TL. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. Revista Brasileira de Medicina do Esporte 2001; 7(1):2-13.
- [51] Pena N. Eficácia de um programa de dança para prevenir quedas entre idosos. Revista Baiana de Saúde Pública 2014; 32(2): 168.
- [52] D'Angelo FA, Leatte EP, Defani MA. O Exercício Físico como Coadjuvante no Tratamento do Diabetes. Saúde e Pesquisa 2015; 8(1):157-66.
- [53] Catelani MV, de Oliveira GL, de Oliveira TP, de Souza FTR, Valentim-Silva JR. Efeitos de um programa de exercícios resistidos na composição corporal e aspectos cardiovasculares em idosos hipertensos. Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício 2014; 8(48):10.
- [54] Cheik NC, Reis IT, Heredia RAG, Ventura MDL, Tufik S, Antunes HKM, Mello MD. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. Revista Brasileira de Ciência e Movimento 2003; 11(3):45-52.
- [55] de Alcântara ÁR, Cabral HMA, Freire ALL, de França Ferreira LG, Torres MV, da Rocha GM. Análise comparativa qualidade de vida entre idosas praticantes e não-praticantes de atividade física em teresina-piauí. Gestão e Saúde. 2015; 6(1):379.



# INTERVENÇÕES DO PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO DO SUAS NO ATENDIMENTO À MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA REVISÃO DOS ÚLTIMOS 10 ANOS

PROFESSIONAL ACTIVITIES OF PSYCHOLOGIST ON "SUAS" OF WOMEN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE: A REVIEW OF THE LAST 10 YEARS

BIANCA APARECIDA PIOVEZAN<sup>1\*</sup>, CARLA FERNANDA BARBOSA MONTEIRO<sup>2</sup>

1. Aluna do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Ingá; 2. Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Docente do curso de Psicologia na Faculdade Ingá.

\* Rua Antônio Galhardo, 502, Paçandu, Paraná, Brasil. CEP: 87140-000. [piovezan.bianca@gmail.com](mailto:piovezan.bianca@gmail.com)

Recebido em 21/05/2015. Aceito para publicação em 27/08/2015

## RESUMO

A violência contra a mulher não é algo exclusivo da atualidade, porém a implementação de uma lei cabível à proteção de tais vítimas pode ser considerado algo relativamente novo. A regulamentação da Lei n.11.340 conhecida como Lei Maria da Penha foi apregoado em 07 de agosto de 2006 embasado no parágrafo 8º do artigo 226 da Constituição Federal, na Convenção sobre a eliminação de todas as formas de violência contra a mulher. Diante disso, este trabalho teve como objetivo identificar e discorrer sobre quais as intervenções os psicólogos do SUAS vem oferecendo às mulheres vítimas de violência doméstica a partir do ano de 2005 até os tempos atuais, com intuito de realizar uma investigação sobre quais foram as mudanças qualitativas neste atendimento, após da regulamentação da lei Maria da Penha. Desta forma para a realização deste trabalho foi utilizado como metodologia uma revisão bibliográfica nacional dos últimos 10 anos sobre as práticas dos psicólogos dos SUAS referente a mulheres vítimas de violência doméstica. Para isso, foram realizadas buscas na de artigos científicos em bases como Scielo e Google acadêmico, com as palavras chaves "violência contra a mulher"; "psicologia" e "assistência social". Assim, após leituras sobre o assunto e levantamentos dos que eram condizentes ao problema de pesquisa, os artigos foram selecionados. Nestes artigos procurou-se ver as intervenções realizadas pelos psicólogos na assistência a mulheres em situação de violência. De modo geral, pode-se constatar que a prática do psicólogo é abrangente, Hanada (2007) retrata que às práticas mais utilizadas de intervenção são propostas essencialmente clínicas, de forma individual ou em grupo. Além disso, a escuta e o acolhimento pontual têm como objetivos de diminuição da ansiedade, e preparação psíquica para o enfrentamento legal. De forma que identificamos que a principal diferença constatada foi à maneira como as vítimas eram atendidas. Essas são agora atendidas por psicólogos que tem a Lei 11.340 como base, o que caracteriza em atendimento que pressupõe um posicionamento político. Considerando o lugar social e familiar da mulher atendida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência contra a mulher, psicologia, assistência social.

## ABSTRACT

The violence against woman is not something from current days, however the enforcement of an applicable law for the protection of such victims can be considered something relatively recent. The regulation of the law No. 11.340 known as Maria da Penha was enacted on August 7<sup>th</sup> 2006 based in the paragraph 8º from the Article 226 of the Federal Constitution, in the Convention about the ending of all kinds of violence against woman. Therefore, this work had as focus to identify and speak about which interventions the psychologists of SUAS have been offering women victims of domestic violence from 2005 to nowadays, with the intention of carry out an investigation about which were the qualitative changes in this psychological care after the regulation of the Law Maria da Penha. Thus for this work it was used as methodology a national bibliographic review from the last 10 years about the psychological practices of SUAS referring to the women victims of domestic violence. In this regard, scientific articles searches were conducted on bases as Scielo and Google Scholar with key words "violence against women"; "psychology" and "social assistance". So, after readings about the subject and consistent surveys of the research problem, the articles were selected. In these articles, it was sought to see the interventions by psychologists in assisting women in situations of violence. In general, it can be seen that the psychologist's practice is comprehensive, Hanada (2007) depicts that the most used intervention practices are essentially clinics proposals, in groups or individually. Besides, the listening and punctual embracement have as a goal to diminish the anxiety, and preparation for psychic legal confrontation. It was identified that the main difference was the way how the victims behaved in the treatment. Those women now are cared by psychologists that follow the law No. 11.340, which characterizes a treatment with a political stance. Considering the social and familiar environment of the treated woman.

**KEYWORDS:** Violence against women, psychology, social assistance.

## 1. INTRODUÇÃO

Este artigo delimitou-se com a finalidade de identificar e discorrer sobre as mudanças qualitativas no atendimento dos psicólogos do SUAS a mulheres vítimas de violência doméstica após regulamentação da Lei n.11.340 conhecida como Lei Maria da Penha. De forma que se sabe da necessidade de ampliar o conhecimento referente à violência doméstica contra a mulher, que de acordo com Carneiro e Fraga (2012)<sup>1</sup> esta forma de violência ainda faz parte de uma realidade que assombra o público feminino, nas mais variadas idades, etnias e estratos sociais, pois mesmo com a implantação de leis que defendem a integridade física e psicológica da mulher, ainda há muitos casos. Segundo Schraiber *et al.* (2002)<sup>2</sup> a violência física vinda de pessoas próxima como parceiros, ex parceiros, e familiares atinge cerca de 20% a 50% das mulheres e dos 77,6% dos casos registrados.

Entretanto de acordo Grossi, Tavares e Oliveira (2008)<sup>3</sup> há muitos serviços que visam atender estes casos, como, delegacias de defesa a mulher, casas-abrigo, e centros de atendimento à mulher. A implantação de delegacias de defesa a mulher surgiu a partir dos anos 80, sendo a primeira no estado de São Paulo em 1985, após este acontecimento outras 152 foram instaladas, porém, mais da metade delas em São Paulo e as demais em principais capitais de outros estados. Com o surgimento de tais delegacias passou-se a dar maior visibilidade a casos de violência doméstica contra a mulher, sendo esta uma política pública de atendimento à mulher em situação de violência doméstica. Podemos apontar como o marco mais importante referente à violência contra a mulher à implementação da Lei Maria da Penha no ano de 2006, lei da qual tem o objetivo eliminar, coibir, prevenir e erradicar a violência doméstica e familiar contra a mulher.

Segundo Carneiro e Fraga (2012)<sup>1</sup> configuram-se como violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. De forma que a Lei Maria da Penha prevê a criação de políticas públicas que venham a garantir os direitos das mulheres em suas relações domésticas e familiares. De forma que o autor coloca que através da criação da lei Maria da Penha surge meios de atendimento humanizado às mulheres e agrega valores de direitos humanos à política pública e contribui para educar toda a sociedade.

Sendo assim, devido à regulamentação desta lei a questão ganhou ainda mais visibilidade, de forma que apresentaremos aqui quais as influências que este marco teve na prática dos psicólogos do SUAS (Sistema Único de Assistência Social). Diante disso nosso trabalho foi analisar o conteúdo bibliográfico dos últimos 10 anos, através de meios científicos como Scielo e Google acadêmico, com o objetivo de identificar quais as interven-

ções os psicólogos atuantes no SUAS vem oferecendo a mulheres vítimas de violência doméstica a partir do ano de 2005 até os tempos atuais.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Este artigo constituiu-se por meio de uma revisão bibliográfica nacional dos últimos dez anos, que vem sendo realizada entre junho de 2014 à agosto de 2015, no qual foram realizadas consultas através de meios científicos como Scielo e Google acadêmico, através das palavras chaves, “violência contra a mulher”; “psicologia” e “assistência social”. De forma que após muitas pesquisas foram selecionados os artigos que mais condiziam sobre o assunto retratado, com o intuito de identificar quais as mudanças qualitativas nas intervenções realizadas pelos psicólogos na assistência a mulheres em situação de violência após a regulamentação da lei 11.340 conhecida como Lei Maria da Penha.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Conceituando: Violência

A violência foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002 apud, SACRAMENTO, RIZENDE, 2006)<sup>4</sup>, como, o:

uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações.

Segundo Almeida (2010)<sup>5</sup> a violência não é um algo limitado a sociedade contemporânea. Ela vem acompanhando o homem desde tempos imemoriais, mas com o passar dos tempos, ela vai se manifestando de formas e em circunstâncias diferentes. Não há quem não identifique uma ação ou situação violenta, porém conceituar violência é muito difícil visto que a ação geradora ou sentimento relativo à violência pode ter significados múltiplos e diferentes dependentes da cultura, momento e condições nas quais elas ocorrem.

De forma que na Idade Média, havia certos procedimentos violentos que eram considerados formas de demonstração de amor a Deus, um exemplo dessas demonstrações era a prova do ordálio, que consistia em submeter o suspeito de crime ou de falso amor a Deus a ter que segurar uma barra de ferro em brasa para provar sua inocência, e se não se queimasse, seria absolvido como prova da verdade e do amor divino. Todavia, atitudes como essas são inadmissíveis nos dias atuais para o bom senso do cidadão comum e dentro da nossa cultura<sup>5</sup>.

Aquino & Gullo (1998)<sup>6</sup> coloca que a visão do senso comum sobre a violência, é algo que resulta através de

suas experiências diárias, ou seja, dois seres em luta, tendo em vista uma perspectiva moral, a injustiça dos destituídos e dos trabalhadores, algo concreto voltado contra um ser humano palpável, real e não contra um grupo ou classe definidos por meio de critérios políticos e econômicos. Assim seguindo as ideias dos mesmos autores conclui-se que a violência social é um fenômeno inerente a qualquer tipo de sociedade, e que a forma sob a qual se manifesta reflete o tipo de sociedade e mostra o seu significado nessa sociedade. A violência depende, portanto, de estímulos provenientes da própria sociedade.

### Conceito de Gênero

Para abordar a violência contra a mulher segundo Kronbauer & Meneghel (2005)<sup>7</sup> faz-se necessário o entendimento de gênero como elemento constitutivo das relações sociais, baseadas nas diferenças entre os sexos e como modo primordial das relações de poder. De forma que Gênero é um conceito cultural vinculado à forma como a sociedade constrói as diferenças sexuais, atribuindo status diferente a homens e mulheres. Refere-se à construção social de sexo, ou seja, a palavra sexo designa apenas a caracterização anátomo-fisiológica das pessoas, enquanto gênero se refere à dimensão social da sexualidade humana.

A Violência de gênero pode ser conceituada como qualquer ato que resulta ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher. De acordo com Souza (2013)<sup>8</sup> o conceito de gênero foi criado no início da década de 1980 pelas feministas, com o objetivo de romper com o determinismo biológico, distinguindo assim, a dimensão biológica da dimensão social. Assim, para compreender o que é gênero requer apreendê-lo como uma construção social e, consequentemente histórica que pode sofrer mudanças ao longo do tempo e de acordo com cada localidade ou até mesmo dentro de um mesmo espaço, conforme a cultura e crença.

Desta forma algo que é preciso exaltar é que as desigualdades estabelecidas entre homens e mulheres são difundidas ainda na infância, através de uma educação diferenciada, baseados em conceitos socialmente constituídos e transmitidos de geração a geração. São construídas atividades consideradas femininas e masculinas que determinam uma relação desigual entre homens e mulheres. Estas são reproduzidas cotidianamente e “naturalizadas”. De forma que podemos notar desde cedo como as atividades entre meninas e meninos são diferenciadas, como por exemplo, os meninos são instruídos a brincar de bola, de carrinho e não devem chorar, enquanto que as meninas devem se comportar com ternura e delicadeza, além de ajudar as mães nos afazeres domésticos<sup>8</sup>.

Embora de acordo com Giddens (2001)<sup>9</sup> os papéis dos homens e das mulheres variem de cultura para cul-

tura, não há nenhuma instância conhecida de uma sociedade em que as mulheres são mais poderosas que os homens. Os papéis dos homens são muito mais valorizados e recompensados que os papéis das mulheres: em que todas as culturas, as mulheres que carregam a responsabilidade principal de cuidar das crianças e do trabalho doméstico, enquanto os homens nascem com a responsabilidade de sustentar a família. De forma que a divisão de trabalho entre os sexos, levou homens e mulheres a assumir posições desiguais em termos de poder, prestígio e riqueza.

Assim Souza (2013)<sup>8</sup> enfatiza que as diferenças biológicas entre homens e mulheres muitas vezes são utilizadas para justificar a discriminação e restringir a autonomia feminina. De maneira que, pela mulher exercer o papel reprodutivo, está socialmente vinculada ao cuidado com os filhos e com o lar. Mas cabe sinalizar que o homem também é oprimido pelos padrões impostos pela sociedade, cabendo à tarefa de trabalhar para garantir o sustento da família. A divisão dos papéis e das tarefas tanto para homens quanto para mulheres é definida através de condutas distintas, reforçando o poder do homem e tirando o poder da mulher.

Sendo assim, pensar sobre gênero significa pensar em processos históricos onde os papéis construídos são constantemente reconstruídos. De forma que cabe aos homens e mulheres, desconstruir padrões de comportamento que transitam na lógica da exaltação masculina e submissão feminina próprios da sociedade burguesa<sup>8</sup>.

Segundo Grossi (1994)<sup>10</sup>, no Brasil, o que se entende sobre violência e gênero são construções históricas feministas, de forma que inicialmente, na década de setenta, a violência significava apenas os homicídios das mulheres pelos seus companheiros. Com a experiência dos centros de atendimento à Mulher (SOS Mulher) e das práticas de atendimento nas delegacias especiais a violência passou a ser interpretada como violência doméstica e conjugal. Já nos anos 90 passa a ser compreendido como violência de gênero e a abranger outras violências como o assédio sexual, o abuso sexual infantil e as violências étnicas. Naquele momento, a violência contra as mulheres passou a ser tratada como questão de saúde pública, cujos estudos apontavam para os reflexos da violência na saúde das mulheres.

De acordo com Guzzon (2011)<sup>11</sup> houve também a implementação de Casas abrigos para mulheres vítimas de violência que correm risco de vida caso voltem a suas casas. Neste local as vítimas recebem assistência jurídica, psicológica e social, tendo total segurança devido ao sigilo do endereço.

Nos anos oitenta feministas realizam campanhas e passeatas com o intuito de reivindicarem alterações nas leis penais e assim criam os SOS Ação Mulher e família, para atendimento às mulheres vítimas de violência, pois se acreditava “que o assassinato era o último ato de uma

escalada de violência conjugal que iniciava com o espancamento”. Assim o trabalho nos SOS Mulher tinha por base a “conscientização” das mulheres a respeito das causas estruturais de opressão na sociedade patriarcal, subjacentes à violência<sup>10</sup>.

Ainda seguindo as ideias do mesmo autor, as dificuldades de “sensibilização” das mulheres nos SOS, a limitação desse órgão para atender a diversidade de demandas e a insuficiência das delegacias comuns, as feministas, por pressão política, reivindicam a criação das delegacias especiais, com um contingente de mulheres, devidamente capacitadas, para dar conta de crimes em que as mulheres eram as vítimas majoritárias. Assim esta tem sido apontada como uma das mais importantes políticas públicas conquistadas pelas feministas, principalmente quanto ao objetivo de visibilização da violência contra a mulher. Entretanto pode-se perceber que o funcionamento das delegacias especiais de atendimento às mulheres, era uma total dissociação dos objetivos iniciais pretendidos pelas feministas, além de um altíssimo grau de impunidade notado nos processos acompanhados.

Os casos de assédio sexual e estupros praticados por pessoas estranhas ao convívio da mulher não eram atendidos nas delegacias e nem mesmo no SOS Mulher, de forma que não havia um reconhecimento, por parte das mulheres, de que os maus tratos que relatavam eram violência. A Não havia uma tipificação penal da violência contra a mulher. Com a chegada da Lei 9.099, de setembro de 1995, a qual tem como por objetivo a aceleração dos processos considerados de menor complexidade e de menor potencial ofensivo, provocou alterações nas práticas das delegacias especiais nos casos de lesão corporal leve ou culposa contra as mulheres, delitos esses que constituíam a maioria das “queixas” das mulheres contra seu marido. De forma que anteriormente a maioria das notícias de violência que chegava às delegacias era arquivada e em virtude dessa lei passam a ser encaminhados de forma célere para resolução no âmbito dos Juizados Especiais Criminais<sup>12</sup>.

Assim ainda dando continuidade as ideias dos mesmos autores, com a criação dos Juizados Especiais Criminais a tendência nesses Juizados é ver esse tipo de criminalidade como uma questão menor a ser resolvida em casa ou com a ajuda de psicólogos ou assistentes sociais de modo a não atrapalhar o bom funcionamento dos tribunais. De maneira que eram as próprias vítimas quem decidiam se as agressões e as ameaças sofridas devem ser ou não tratadas como crimes, assim a Lei Maria da Penha foi criada justamente com objetivo de mudar esta situação.

Assim Debert e Gregori (2008)<sup>13</sup> retratam que a aplicação da Lei nº 9.099, de 1995, leva “a indignação com o modo pelo qual a violência doméstica era tratada e a visão de que esse crime merecia um tratamento dife-

renciado induziram os movimentos feministas a reivindicar mudanças que levaram à promulgação da Lei “Maria da Penha”.

### **Violência Doméstica contra a mulher**

O termo violência contra a mulher veio de um movimento social feminista, que destaca que muitas vezes a violência parte de companheiros, ex-companheiros, ou até mesmo por pessoas próximas como filhos, sogros ou até mesmo outros graus de parentesco a qual denominamos violência doméstica<sup>4</sup>.

Segundo Porto (2006)<sup>14</sup> a violência contra a mulher também se refere a outros tipos de violência, como violência doméstica, familiar, sexual, psicológica, física e outras. Muitas dessas violências caminham juntas, entretanto, deve-se considerar que a mulher, vista socialmente determina de vulnerabilidade a um tipo específico de violência: violência contra a mulher. Violência esta que tem como agressor um homem, sendo determinada pela concepção cultural de ser homem e do que é ser mulher e a função da violência nas relações e no fator de poder. A situação de violência contra a mulher apresenta para os serviços de saúde um problema de intervenções passadas, das quais não atingiram uma resposta eficiente e para resolução do mesmo, a resposta foi “jogá-lo” ao psicólogo, para que assim ele resolvesse, já que este profissional está acostumado com coisas complicadas, ou seja, fazendo-se essencial a atuação da Psicologia dentro do conjunto de intervenções para o enfrentamento do problema.

De acordo com Day *et al* (2003)<sup>15</sup> a pobreza aumenta a probabilidade da mulher ser vítima de violência. A Violência contra a mulher vem na maioria das vezes de seu parceiro íntimo, onde esse abuso pode vir de várias formas, sendo elas: Agressões físicas, abuso psicológico, coerção sexual, comportamento de controle. Há diversas causas que são colocadas como algo que provoca a violência contra a mulher, sendo levado em conta, aspectos socioculturais, pessoais e situacionais, como, ser homem, ter vivenciado violência conjugal em sua infância, ter sido vítima de abuso, pai ausente, problemas com álcool ou drogas, pobreza, desemprego, aceitação da violência como algo para resolver os problemas e conceito de masculinidade relacionado à honra, dominação ou agressão.

Assim Day *et al*, (2003)<sup>15</sup> a reação das mulheres diante da agressão são as mais diversas, algumas agem com resistência, tentam fugir ou até mesmo manter a paz afim de se submeter as exigências do companheiro. Os motivos mais alegados para a continuação de tal relacionamento é o medo, a perda do auxílio financeiro, perda do suporte da família e amigos, também a preocupação com os filhos e a crença de que um dia o marido vai mudar. As consequências da violência “atinge a saúde física e emocional das mulheres, o bem-estar dos fi-

lhos e até a conjuntura econômica e social das nações seja imediatamente ou em longo prazo”.

Assim Hanada (2007)<sup>16</sup> exalta que as práticas mais utilizadas de intervenção são proposta de intervenção de psicólogos essencialmente clínicos, de forma individual ou em grupo. Além desta prática a escuta e o acolhimento pontual tem como objetivos de: diminuição da ansiedade, preparação psíquica para o enfrentamento legal.

### Lei Maria de Pena

Algo que possibilitou um marco importante são as leis cabíveis que são destinadas a proteção de mulheres vítimas de violência doméstica. Sendo ela a Lei n.11.340/2006 chamadas de Lei Maria da Pena que foi apregoada em 07 de agosto de 2006 e recebeu este nome pelo então presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, em homenagem a uma vítima da violência e ícone da luta contra a violência doméstica no Brasil, a biofarmacêutica Maria da Pena Maia. Essa lei foi embasada no parágrafo 8º do artigo 226 da Constituição Federal, na Convenção sobre a eliminação de todas as formas de violência contra a mulher. Na Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher e em outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil, com o objetivo de criar mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.

Segundo Carneiro e Fraga (2012)<sup>1</sup> o artigo 5º dessa lei define violência doméstica como:

[...] configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial:

I — no âmbito da unidade doméstica [...]

II — no âmbito da família [...]

III — em qualquer relação íntima de afeto [...]

De acordo com esta lei, entendem-se como uma unidade familiar o espaço onde convivem constantemente as pessoas tendo ou não vínculo familiar, inclusive aquelas que esporadicamente se agregam. Já o âmbito da família é entendido como o grupo formado pelas pessoas que são ou se consideram aparentados, que se unem por laços naturais, afinidades ou vontade expressa. Com referência à relação íntima de afeto, corresponde a qualquer relação em que o agressor conviva ou tenha convivido com a vítima, independente de residirem sob o mesmo teto. As mulheres vítimas de violência devem ser encaminhadas a programas e serviços de proteção e assistência social, uma vez que a Lei Maria da Pena prevê a criação de políticas públicas que venham a garantir os direitos das mulheres em suas relações domésticas e familiares<sup>1</sup>.

De forma que é importante ressaltar que também e-

xistem delegacias especializadas para atender casos de violência doméstica dos crimes enquadrados na Lei Maria da Pena, chamadas de Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher. Outro serviço ofertado as mulheres vítimas de violência é o CRAM - Centro de Atendimento à Mulher que segundo Silva et al (2003)<sup>17</sup> é a porta de entrada para o atendimento a todas as mulheres violentadas e em situação de risco social que procuram a instituição. O CRAM desenvolve ações de acompanhamentos a outros serviços, caso o Centro não disponha”.

**Tabela 1.** Comparativo entre práticas pós Lei Maria da Pena.

Antes	Depois
Não existia leis específicas sobre violência doméstica contra a mulher.	Tipifica e define a violência doméstica familiar contra a mulher.
Não estabelecia as formas desta violência.	Estabelece as formas de violência doméstica contra a mulher como sendo física, psicológica, sexual, patrimonial.
Aplicava a lei dos juizados especiais criminais (lei nº 9.099/95) para os casos de violência doméstica. Estes juizados julgavam os crimes com pena de até dois anos (menor potencial ofensivo).	Retira dos juizados especiais criminais (lei nº9.099/95) a competência para julgar os crimes de violência doméstica contra a mulher.
Permitia a aplicação de penas pecuniárias como as de cestas básicas e multa.	Proíbe a aplicação dessas penas.
A mulher podia desistir da denúncia na delegacia.	A mulher somente poderá renunciar perante o juiz.
Não era prevista a prisão preventiva para os crimes de violência doméstica.	Altera o código de processo penal para possibilitar ao juiz a decretação da prisão preventiva quando houver risco à integridade física ou psicológica da mulher.
A violência doméstica contra a mulher não era considerada agravante de pena.	A mulher deverá estar acompanhada de advogado ou defensor em todos os atos processuais.
A pena para o crime de violência doméstica era de seis meses a um ano.	Altera o artigo 61 do código penal para considerar esse tipo de violência como agravante de pena.
A violência doméstica contra a mulher portadora de deficiência não aumentava a pena.	Se a violência doméstica for cometida contra a mulher portadora de deficiência, a pena será aumentada em 1/3.
Não previa o comparecimento do agressor a programas de recuperação e reeducação. O agressor podia continuar frequentando os mesmos luga-	Altera a lei de execuções penais para permitir que o juiz determine o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação.

res que a vítima frequentava, nem era proibido de manter qualquer forma de contato com a agredida.	O juiz pode fixar o limite mínimo de distância entre o agressor e a vítima, seus familiares e testemunhas. Pode também proibir qualquer tipo de contato com a ofendida, seus familiares e testemunhas.
--	--

Fonte: Biblioteca Digital- Câmara dos Deputados. Lei Maria da Penha nº 11.340, (2010).

Entretanto segundo Hanada (2007)<sup>16</sup> apesar das conquistas referentes ao reconhecimento e legitimação do problema de violência contra a mulher, ainda é frequente a banalização e invisibilidade desse tipo de violência nos diversos âmbitos sociais e institucionais. Mesmo com a ampliação dos serviços voltados para o tema, estudos demonstram que há muitas dificuldades quanto à implementação de políticas e de funcionamento e avaliação dos serviços que efetivamente garantam a assistência e os direitos das mulheres. No entanto apesar dos primeiros serviços voltados para o problema terem sido SOS Mulher, as DEAM's e alguns serviços de assistência jurídica, inaugurando a assistência pela ênfase nos direitos das mulheres, a criminalização da violência na legislação somente ocorreu em 2006, com a regulamentação da lei Maria da Penha.

Segundo Meneghel, *et al.* (2013)<sup>18</sup> anterior à Maria da Penha, as situações de violência contra a mulher eram julgadas segundo a Lei 9.099/95 e grande parte dos casos era considerada crime de menor potencial ofensivo, cuja pena ia até dois anos e os casos eram encaminhados aos Juizados Especiais Criminais (JECRIM). As penas muitas vezes eram simbólicas, como cestas básicas ou trabalho comunitário, o que contribuía para produzir um sentimento de impunidade. Assim podemos notar que a Lei Maria da Penha trouxe a possibilidade de implementar medidas mais rigorosas em relação aos agressores, não havendo mais a possibilidade de julgamento das violências de gênero como crimes de menor potencial ofensivo e as punições corresponderem a cestas básicas ou serviços comunitários como previa a Lei 9099/5.

De forma que fica explícito que a Lei Maria da Penha representa uma vitória dos movimentos feministas e um marco na luta dos direitos das mulheres. Porém, apesar dos avanços, há alguns limites quanto à lei, lembrando que apenas a promulgação da mesma não é suficiente para acabar com todos os problemas.

A biblioteca digital da Câmara dos Deputados, realiza um quadro comparativo entre antes e depois da implementação da Lei 11.340 conhecida como Lei Maria da Penha. Abaixo contém a tabela de forma resumida:

### SUAS e atuação do psicólogo

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) é um sistema público não contributivo, descentralizado e participativo que organiza os serviços socioassistenciais no Brasil, criado a partir das deliberações da IV Conferên-

cia Nacional de Assistência Social e previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). De forma que o SUAS define e organiza elementos essenciais e imprescindíveis à execução da Política de Assistência Social, consolidando seus princípios, diretrizes e objetivas, sendo um sistema articulado e integrado de ações com direção para a Proteção Social, onde serão ofertados serviços de Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, por níveis de complexidade, respeitando o porte dos municípios<sup>19</sup>.

Assim segundo Silva (2014)<sup>20</sup> o serviço de proteção social básica tem um caráter preventivo e visa proporcionar a inclusão social, o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e do acesso aos serviços públicos. Tendo como objetivo prevenir situações de risco, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e a ampliação do acesso aos direitos. É destinada a população que vive em situação de vulnerabilidade social, decorrentes da pobreza, privação, fragilização dos vínculos afetivos relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiência, entre outras).

Desta forma a Proteção Social tem como finalidade garantir as seguranças: de sobrevivência, de acolhida, de convívio familiar, através dos programas, projetos, serviços e benefícios sociais desenvolvidos na Proteção Social Básica e Especial. A proteção especial é classificada em proteção social especial de média complexidade e proteção social especial de alta complexidade<sup>21</sup>.

Sendo a proteção social especial de média complexidade segundo Oliveira e Oliveira (2010)<sup>22</sup> como aquela destinada a sujeitos que tiveram seus direitos violados, porém possuem ainda seus vínculos familiares e comunitários, onde o CREAS enquanto coordenador e articulador da política de proteção social especial por meio de sua equipe técnica realizará a acolhida, o atendimento sociofamiliar, trabalhos em grupo e acompanhamento dos encaminhamentos realizados. E a proteção social especial de alta complexidade que se refere a questões que exigem maior proteção, uma vez que além da violação dos direitos existe o rompimento dos vínculos, alcançando dimensões maiores como a retirada do sujeito de seu ambiente familiar, dessa forma o CREAS oferece serviços de orientação, encaminhamento e acompanhamento.

Assim Silva *et al.* (2007)<sup>23</sup> enfatiza que a atuação dos psicólogos nas políticas públicas vem crescendo muito nos últimos dez anos, de maneira que esse crescimento é acompanhado pela construção da Psicologia, do compromisso social e com a participação de psicólogos de todo o país. Os psicólogos inseridos na política pública devem sempre estar atentos aos processos de sofrimento instalados nas comunidades, nos territórios onde as famílias estabelecem seus laços mais significativos.

Assim Wachholz & Panceri (2012)<sup>24</sup> retrata o psicó-

logo como trabalhador da Assistência Social, que tem como finalidade básica o fortalecimento dos usuários como sujeitos de direitos e o fortalecimento das políticas públicas. De forma que as intervenções realizadas pelos psicólogos devem se voltar para a valorização dos aspectos saudáveis presentes nos sujeitos, nas famílias e na comunidade. A Psicologia, portanto, pode contribuir para resgatar os vínculos do usuário com a Assistência Social, e estar sempre focada na prevenção e na promoção da qualidade de vida dos usuários.

### **Principais práticas dos Psicólogos do SUAS no atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica**

Hanada (2007)<sup>16</sup> coloca que no geral o atendimento do psicólogo é de um modelo clínico realizado tanto de forma individual como em grupo. As diferenças mais marcantes estão quanto à duração e foco da intervenção, entre uma mais pontual e outra com acompanhamento mais longo, e a articulação das ações assistenciais com a equipe multiprofissional. De forma que em casa setor assistencial há característica e contextos institucionais diferenciados, assim para melhor compreensão sobre a inserção dos psicólogos, devemos considerar cada setor.

As Delegacias de atendimento à mulher já previam uma equipe multiprofissional compondo o trabalho policial com a atuação dos psicólogos e assistentes sociais. De forma que vemos em casas abrigo e nos centros de referência, o caráter de assistência pode ser considerado psicossocial, tendo como equipe básica psicólogos e assistentes sociais.

Seguindo as ideias do mesmo autor, na saúde os psicólogos estão previstos na atenção básica como serviços ambulatoriais voltados para situação de violência sexual. E nos serviços de assistência jurídica também não é incomum encontrar psicólogos. Nas Delegacias de atendimento à mulher as atribuições do psicólogo estão associadas a atividades de prevenção da violência ou como atividades complementares ao trabalho estritamente policial, com vistas a um melhor atendimento, acompanhamento e encaminhamento da vítima. No fluxo assistencial da delegacia, o primeiro atendimento da mulher é realizado pelo psicólogo com intuito de avaliar a necessidade de um aconselhamento psicológico, orientações sobre seus direitos ou encaminhamentos para os respectivos serviços como: programa de atendimento ao dependente químico, centro integrado de saúde mental, unidade de psicologia aplicada e serviço de assistência jurídica.

Assim Hanada (2007)<sup>16</sup> coloca que:

(...) Cabe ao serviço da psicologia, para que a resolução e esclarecimento do problema apresentado sejam efetivados, diminuir o nível de ansiedade da suposta vítima e prepará-la psicologicamente para o enfrentamento legal do problema, se necessário for. (...)

Segundo Soares e Silva (1992) apud Hanada (2007)<sup>16</sup>, faz-se necessário ajudar esta mulher a discriminar o que pertence a sua história individual e o que é próprio da sua condição feminina, orientá-la com informações objetivas sobre os seus direitos. Em outras palavras, fortalecê-la para que possa sair da situação de violência que se encontra.

De acordo com Lima *et al* (2010)<sup>25</sup> um dos campos de atuação de psicólogo é no CRAM - Centro de Referência de Apoio a Mulher, que atende as mulheres vítima de violência e tem como objetivo especificado pela Lei Maria da Penha, oferecendo suporte e apoio especializado, nas áreas de psicologia, assistência social, segurança, saúde, educação e jurídico, para mulheres que sofram de violência, sendo elas, violência física, emocional, sexual e social. O CRAM está organizado em quatro setores de atendimento: encaminhamento, psicologia, social e jurídico. No setor primeiro setor, de encaminhamento as mulheres recebem um atendimento inicial durante o qual é feito um breve diagnóstico para levantar as demandas, procedendo-se, a partir desse levantamento, ao encaminhamento para os demais setores do CRAM ou para outros serviços, quando for o caso, como: Delegacia da Mulher, Conselho Tutelar, Fórum, Unidades Básicas de Saúde e outros, para atendimento complementar ou como encaminhamento definitivo, quando o caso não se enquadra nos critérios de atendimento do CRAM.

O atendimento da psicologia pode ser realizado tanto de maneira individual quanto em grupo, por meio de aconselhamento, orientação e apoio nas situações de conflito. Já a área de serviço social presta atendimento individual ou em grupo, e familiar, realizando investigação social para os processos jurídicos e psicológicos, visitas domiciliares, orientação, encaminhamento aos recursos sociais da comunidade e acompanhamento. De forma que podemos identificar que no atendimento terapêutico realizado no CRAM a usuária não é tratada como vítima, pois a psicóloga retrata que a relação é de dois e que ela não é coitada, sendo necessário orientá-la para as mudanças de atitude, a primeira delas é respeitar-se a si mesmo e dar uma basta no ciclo vicioso de violência que muitas vezes perpassa por três gerações de mulheres da mesma família.

Outro fato exaltado por Lima *et al.* (2010)<sup>25</sup> é que anteriormente havia atendimento também com o companheiro agressor, no entanto, hoje em dia o CRAM somente atende as mulheres. Entretanto é colocado que em outras localidades do país, há locais específicos que são direcionados ao atendimento aos homens e o resultado é excelente.

Segundo os autores antes a implementação da Lei Maria da Penha, quando a mulher abandonava o lar, pela lei antiga, perderia a guarda dos filhos, mas com a lei

Maria da Penha, isso não acontece. De forma que se a mulher saiu do lar por motivo de segurança tem a guarda dos seus filhos garantida. Assim pode-se considerar que as conquistas da Lei Maria da Penha e do trabalho do psicólogo junto ao CRAM, já é um avanço histórico contra a violência doméstica. A Lei proporciona ao psicólogo segurança para atuar, justamente porque puni com maior rigor e prioriza esses casos junto ao poder judiciário.

Segundo Monteiro (2012)<sup>26</sup> um dos objetivos do atendimento psicológico às vítimas é fazer com que elas resgatem sua condição de sujeito, bem como sua autoestima, seus desejos e vontades, que ficaram anulados durante todo o período em que conviveram em uma relação marcada pela violência. Assim desta maneira elas poderão ter coragem para sair da relação, que tirou delas a condição de ser humano, tornando-as alienadas de si mesmas. De maneira que no trabalho feito com as mulheres vítimas de violência é fundamental que o psicólogo realize uma escuta ativa, de forma que necessários ajudá-las a verbalizar, a compreender sua experiência e, então, levá-las a criticar essa experiência, pois com a compreensão consciente de suas experiências, a mulher conseguirá se proteger da violência, bem como resgatar sua identidade.

Para que isto seja possível, o trabalho do psicólogo deve pautar-se no respeito ao outro, paciência e compreensão. Deve estar sempre focado na prevenção e na promoção da qualidade de vida dos usuários, realizando um bom acolhimento e auxiliando na diminuição da ansiedade da vítima, de maneira à em poderar a mulher vitimizada, possibilitando que ela saia desta condição e possa criar novos caminhos.

#### 4. CONCLUSÃO

A violência doméstica contra a mulher é um tema muito abrangente e delicado, que envolve certos fatores e constitui um grave problema. Este necessita ser reconhecido e enfrentado, tanto pela sociedade como pelos órgãos governamentais, através da criação de políticas públicas que contemplem sua prevenção e combate, assim como o fortalecimento de uma rede de apoio à vítima. De maneira que, mesmo com a implementação da Lei n.11.340/2006 chamadas de Lei Maria da Penha com o objetivo de criar mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, ainda assim há muito que ser mudado tanto nos atendimentos a estas mulheres em situação de violência como em toda cultura vigente em nossa sociedade. Infelizmente a sociedade ainda encara as relações de gênero de maneira desigual, e a prática do psicólogo não deve fomentar essa desigualdade.

Compreendemos ao decorrer deste artigo conceitos referentes à violência, violência de gênero, violência doméstica e as práticas assistências utilizadas como

meio de inserção e prática do psicólogo às mulheres vítimas de violência doméstica. Sendo colocado por alguns autores como atuação do psicólogo um atendimento mais voltado para a área clínica e grupal, que através destes atendimentos busca-se realizar um bom acolhimento e escuta, a fim de minimizar o sofrimento da qual a vítima vem enfrentando e dar a ela suporte psicológico para encarar todo processo legal. Com o objetivo de diminuir a ansiedade da vítima, a orientando sobre seus direitos e até mesmo a encaminhamento a outros serviços.

Diante disso, podemos identificar que a lei n.11.340 conhecida como Lei Maria da Penha trouxe muitos avanços quanto à proteção à mulher em situação de violência. Entretanto, algo difícil de responder é o problema de pesquisa inicial de quais foram as mudanças que a lei Maria da Penha trouxe no atendimento de psicólogos do SUAS a mulheres vítimas de violência doméstica. Sendo que práticas de intervenção vêm sendo realizadas desde anos 70, através da luta dos movimentos feministas. De forma que anterior à lei 11.340 já haviam práticas voltadas a mulheres vítimas de violência, como SOS Mulher e Delegacias especiais de atendimento à mulher, e apenas nos anos 90 a violência contra as mulheres passou a ser tratada como questão de saúde pública.

Assim podemos afirmar que a Lei Maria da Penha trouxe mudanças mais significativas quanto à punição dos agressores e políticas públicas voltadas ao atendimento de mulheres em situação de violência, e ao apoio legal às práticas de proteção à mulher vitimizada. Foi possível verificar que o atendimento do psicólogo as mulheres vítimas de violência é um trabalho complexo, que exige muita paciência e uma escuta ativa, com intervenções sempre trabalhando a autoestima das vítimas e as resgatando como sujeitos, cidadãs, e todos os outros papéis sociais que essas possam vir a desenvolver.

Sendo assim, é importante ressaltar que avançamos muito, mas ainda há muito que se fazer. Principalmente um trabalho profilático e não curativo.

#### REFERÊNCIAS

- [1] Carneiro AA, Fraga CKA Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo. 2012; 110. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282012000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282012000200008&script=sci_arttext). Acesso em: 18 de Setembro de 2014.
- [2] Schraiber LB, Oliveira AFPI, Junior IF, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, n. 36. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11766.pdf>. Acesso em: 06 Junho 2014.

- [3] Grossi P, Tavares FA, Oliveira SB. A rede de proteção a mulher em situação de violência doméstica: avanços e desafios. *Athenea Digital*, n.14, Rio Grande do Sul. 2008.
- [4] Sacramento LT, Rezende MM. Violências: lembrando alguns conceitos. *Revista Aletheia. Canoas*. 2006; 24. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942006000300009&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942006000300009&script=sci_arttext)>. Acesso: 07 Junho 2014.
- [5] Almeida MGB. A violência na sociedade contemporânea. Edipucrs- Editora Universitária da PUCRS. Porto Alegre. 2010. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/violencia.pdf>> Acesso em: 01 de Maio de 2015.
- [6] Aquino Á, Gullo S. Violência urbana: um problema social. *Tempo Soc.* 1998; 10(1). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-20701998000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20701998000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso: 25 de Junho de 2015.
- [7] Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Revista Saúde Pública*. 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n5/26287.pdf>. Acesso em: 20 de Junho de 2015.
- [8] Souza BT. Reflexões sobre os aspectos sociais da violência doméstica contra a mulher. Universidade Federal Fluminense Polo Universitário de Rio das Ostras. Rio das Ostras. 2013. Disponível em: <http://www.puro.uff.br/tcc/2012-2/Bruna%20Tavares%20de%20Souza.pdf>> Acesso em 01 de Maio de 2015.
- [9] Giddens A. Sociologia. São Paulo. ARTMED EDITORA S.A. 2001.
- [10] Grossi MP. Novas/Velhas Violências contra a Mulher no Brasil. *Revista Estudos Feministas*. Ano 2, 2º sem. 1994; p. 473-483.
- [11] Guzzon JT. Avaliação de Mudança em Mulheres vítimas de violência. PUC, Campinas. São Paulo. 2011. Disponível em: [http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=662](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=662)> Acesso: 01 de Agosto de 2015.
- [12] Nunes MT, Hita MG. Violência Doméstica contra a mulher e o acesso à justiça: (in) Constitucionalidade da Lei Maria da Penha? 2010. Disponível em: [http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278300632\\_ARQUIVO\\_TEXTO-FAZENDOGENERO.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278300632_ARQUIVO_TEXTO-FAZENDOGENERO.pdf)> Acesso: 01 de Agosto de 2015.
- [13] Debert GG, Gregori MF. Violência e Gênero. Novas propostas, velhos dilemas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 2008; 66(23). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092008000100011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092008000100011&script=sci_arttext).
- [14] Porto M. Violência contra a mulher e atendimento psicológico: o que pensam os/as gestores/as municipais do SUS? *Psicol. cienc. Prof, Brasília*. 2006; 26(3). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932006000300007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000300007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 06 Junho 2014.
- [15] Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, Debiaggi M, Reis MG, Cardoso RG, Blank P. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista Psiquiatra, Rio Grande do Sul*. 2003; 25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a03v25s1>. Acesso em: 20 Junho 2014.
- [16] Hanada H. Os psicólogos e a assistência a mulheres em situação de violência. São Paulo: USP, 2007. 217 p. Dissertação, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007. Disponível em: <http://www.cdcc.sc.usp.br/cda/sessao-astronomia/sessao-as-tronomia-padrao/referencia-bibliografica-ufrgs.htm>. Acesso: 20 Junho 2014.
- [17] Silva EM, Souza JKC, Castro JWF, Silva RGM, Queiroz RA, Nogueira HC. Centro de referência à mulher: uma assistência às mulheres vítimas de violência. *Revista de ciências da Amazônia, Amazonia*. 2003; 1(2)0. Disponível em: <http://www.periodicosueap.com.br/index.php/RCA/article/view/60>>. Acesso em: 20 Junho 2014.
- [18] Meneghel SN, Mueller B, Collaziol ME, Quadros MM. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2013; 18(3). Rio de Janeiro Mar. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300015)> Acesso em: 01 de Agosto de 2015.
- [19] Vanzeto AA. O Sistema Único de Assistência Social e a Centralidade na Família. UNIOESTE- Campus de Cascavel. Cascavel. 2005. Disponível em: <http://www.observatorioseguranca.org/documentos/METO DOLOGIA%202011/Aula%205%202011/assist%EAncia%20social/Semin%ERio%200%20SISTEMA%20DANI-CO%20DE%20ASSIST%CANCIAS%20SOCIAL%20E%20A%20MSS25.pdf>> Acesso em: 01 de Maio de 2015.
- [20] Silva APT. Proteção Social no Brasil: Impactos sobre a pobreza, desigualdade e crescimento. CRESS. Universidade Federal de Ouro Preto. Minas Gerais. 2014. Disponível em: [http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/PROTEC%387%3830%20SOCIAL%20NO%20BRASIL\\_%20IMPACTOS%20SOBRE%20A%20POBREZA,%20DESIGUALDADE%20E%20CRESCIMENTO.pdf](http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/PROTEC%387%3830%20SOCIAL%20NO%20BRASIL_%20IMPACTOS%20SOBRE%20A%20POBREZA,%20DESIGUALDADE%20E%20CRESCIMENTO.pdf)> Acesso em: 01 de Maio de 2015.
- [21] Leite JAC. A Política de Proteção Social e Especial de Alta complexidade no município de João Pessoa/PB. Universidade Federal da Paraíba. Paraíba. 2009. Disponível em: [http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/12\\_seguridade/a-politica-de-protacao-social-e-especial-de-alta-complexidade-no-municipio-de-joao-pessoa-pb.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/12_seguridade/a-politica-de-protacao-social-e-especial-de-alta-complexidade-no-municipio-de-joao-pessoa-pb.pdf)> Acesso: 02 de Maio de 2015.
- [22] Oliveira DALacerda, Oliveira JA. Proteção Social Especial: O enfrentamento a violência contra a mulher. Curso de Serviço Social das Faculdades Integradas. São Paulo. 2010. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1968/2097>> Acesso em 01 de Maio de 2015.
- [23] Silva IRS, *et al.* Parâmetros para a atuação de assistentes sociais e psicólogos(as) na Política de Assistência Social. Conselho Federal de Psicologia (CFP), Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Brasília. 2007. 52p.
- [24] Wachholz T, Panceri R. A Atuação do Psicólogo no Município de Araranguá, na interface com a rede de proteção social para populações em situação de vulnerabilidade.

Curso de Gestão Social de Políticas Públicas- UNISUL. 2012. Disponível em:

[http://www.egem.org.br/arquivosbd/basico/0.571375001296753502\\_a\\_atuacao\\_do\\_psicologo\\_na\\_assistencia\\_social.pdf](http://www.egem.org.br/arquivosbd/basico/0.571375001296753502_a_atuacao_do_psicologo_na_assistencia_social.pdf)> Acesso em 01 de Maio de 2015.

- [25]Lima ECS, Sá CJ, Soares JS, Silva JLR, Tavares JCA, Batista NCS. Políticas Públicas e Psicologia “Lei Maria da Penha”. UEL. GT 5. Gênero e Violência. 2010. Disponível em:

<http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/7.ElaineLimaCia.pdf>> Acesso: 01 de Agosto de 2015.

- [26]Monteiro FS. O papel do psicólogo no atendimento às vítimas e autores de violência doméstica. UniCEUB. Brasília. 2012. Disponível em:

<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2593/3/20820746.pdf>>Acesso em: 01 de Agosto de 2015.



# O AUTISMO E OS DIFERENTES ENFOQUES EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO

AUTISM IN DIFFERENT APPROACHES IN RELATION TO TREATMENT

BRUNA THAIANE GOMES<sup>1\*</sup>, CONSTANZA PUJALS<sup>2</sup>

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

\* Rua Barão de Mauá 404, Centro, Paranacity, Paraná, Brasil. CEP: 87.660.000. [bruh\\_gomes91@hotmail.com](mailto:bruh_gomes91@hotmail.com)

Recebido em 22/06/2015. Aceito para publicação em 01/09/2015

## RESUMO

O autismo atualmente definido como transtorno do espectro autista, é um transtorno invasivo do desenvolvimento, que persiste por toda a vida e não apresenta causas totalmente esclarecidas sobre ele. No tocante ao que diz respeito a este transtorno é classificado por prejuízos na tríade: comportamento, linguagem e socialização. O artigo pretende ressaltar as mudanças de conceito do transtorno desde os estudos iniciais de Leo Kanner em 1943 até hoje e também analisar as divergências de duas abordagens teóricas sobre o tratamento do autismo, buscando ressaltar as principais diferenças da concepção, da causa, e intervenção propriamente dita do transtorno, além de suas principais contribuições na área.

São elas a abordagem cognitivo-comportamental e algumas técnicas mais apropriadas nos casos de intervenções ao autismo segundo esta psicoterapia, e também a visão psicanalítica buscando fundamentar-se em Winnicott, levantando a uma reflexão no campo epistemológico a respeito da relevância e importância da psicologia dentro do quadro do autista. A pesquisa foi realizada com base de dados já existentes na literatura, através de uma revisão bibliográfica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Autismo, tratamento, psicoterapia cognitivo-comportamental, psicanálise.

## ABSTRACT

Diabetes Autism currently defined as autistic spectrum disorder, is a pervasive developmental disorder, which persists throughout life and has not clearly clarified causes about it. Regarding the respect of this disorder is classified by losses on drug behavior, language, and socialization. The article aims to highlight the disorder concept of changes since the initial studies of Kanner in 1943 until today and examine the differences of two different theoretical approaches to the treatment of autism, seeking to highlight the main differences of conception, the cause, and intervention itself disorder, as well as his major contributions in the area. They are cognitive-behavioral approach and some more appropriate techniques in cases of autism interventions under this psychotherapy, as well as the psychoanalytic view seeking support in Winnicott, raising a ref-

lection on epistemological field about the relevance and importance of psychology within the autistic frame. The survey was conducted with database existing in the literature, through a literature review.

**KEYWORDS:** Autism, treatment, cognitive-behavioral psychotherapy, psychoanalysis.

## 1. INTRODUÇÃO

O Autismo ou também conhecido como Transtorno do espectro autista (TEA) é um transtorno do desenvolvimento que aparece nos três primeiros anos de vida e interfere no desenvolvimento cerebral normal das habilidades sociais e da comunicação. A partir do último DSM, versão V (2013), fundiram-se em um único diagnóstico Transtorno do Espectro Autista – TEA, todos os distúrbios do autismo (Transtorno Autista, Transtorno Desintegrativo da infância, Transtorno generalizado do desenvolvimento não especificado e Síndrome de Asperger). O transtorno do espectro autista costuma apresentar uma grande variedade de sintomas diferentes. Atualmente ainda não são conhecidas as causas desse transtorno. As pesquisas sugerem que existe uma combinação de fatores genéticos e ambientais. Além disso, pela complexidade do transtorno não existe ainda um tratamento padronizado para o TEA, existem vários métodos e formas de trabalhar a criança. No entanto os profissionais partem da mesma opinião que quanto antes se detecte maiores efeitos positivos haverá sobre os sintomas e atitudes. Os tratamentos incluem terapias comportamentais, como outras<sup>1</sup>.

O presente estudo busca analisar duas modalidades de psicoterapia no tratamento do autismo, fazendo um entrelaçamento das propostas encontradas e assim discutir os resultados e a compreensão em torno do autismo, e a eficácia dos resultados na dimensão do mesmo. Além de colaborar para outros estudos nessa linha de pesquisa, e de ser um estudo de curiosidade pessoal do próprio autor, e afinidade com as abordagens propostas, mas que embora se diferenciam dentro das discussões em psicologia.

Buscou-se por esse tema, devido à complexidade do transtorno e diagnóstico, além de diversos tipos de tratamento existentes, ainda mais busca-se com esse trabalho colaborar para novas pesquisas.

Quanto aos objetivos da pesquisa, esta pode ser classificada como descritiva, pois vai descrever a compreensão e formas de tratamento do autismo, segundo a terapia cognitivo-comportamental e psicanalítica, estabelecendo assim uma descrição detalhada do quadro, conforme Gil (2002)<sup>2</sup>, pontua que, “As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.” Ou seja, a descrição pormenorizada de tal fenômeno que é o autismo bem como as técnicas empregadas em seu tratamento.

Silva & Menezes (2005)<sup>3</sup> pontuam também que a pesquisa descritiva,

[...] visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento.

Ainda no que tange o tipo de pesquisa como sendo descritiva Cervo & Bervian (1996)<sup>4</sup>, acentuam algo importante de ser mencionado que a mesma “[...] observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los”. Quanto à abordagem da pesquisa esta é qualitativa, visando a qualidade das informações e não a quantidade e incidência do fenômeno estudado<sup>5</sup> ressaltam quanto a abordagem da pesquisa que, a abordagem qualitativa apoia-se, como a precedente, em uma categorização dos elementos. Mas antes de reduzir a uma simples frequência todos aqueles reunidos sob uma mesma rubrica como se fossem equivalentes, o pesquisador detêm-se em suas peculiaridades, nas nuances que ai se expressam, do mesmo modo que nas relações entre as unidades de sentido assim construídas.

Conforme mencionado, o foco da pesquisa serão as peculiaridades dos dados, o que os mesmos expressam, no presente projeto de pesquisa, como se dá o trabalho do psicólogo de forma qualitativa diante do autismo. As psicoterapias aqui discutidas são: A Psicoterapia cognitivo-comportamental, e a Psicanalítica sob um enfoque em D. Winnicott.

A terapia comportamental se concentra em manipulação de comportamentos e variáveis das pessoas, na crença de que todo comportamento, tanto os adequados quanto os inadequados são aprendidos. São os eventos no meio-ambiente que determinam os seus comportamentos-problema e o que os mantêm. Assim, um transtorno passa a ser entendido, como um conjunto de comportamentos que são analisados por meio do histórico, contingências e situações presentes<sup>6</sup>.

Já para Winnicott basicamente em sua teoria do a-

madurecimento pessoal, se relaciona a falhas e interrupções na relação mãe - bebê com algumas considerações sobre essa relação e o ambiente facilitador como possíveis fatores de risco para o desenvolvimento do autismo<sup>7</sup>. Além de discutir sobre a importância da função paterna, por fim o papel e importância dos pais no tratamento.

A análise posterior dessa pesquisa, pretende configurar essas duas potencialidades na forma de tratamento do autismo. A escritura deste artigo, irá se apresentar inicialmente com um breve histórico e características do autista abordando o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM V- versão atualizada de 2013). Em seguida, será discutido a importância do diagnóstico precoce, o lugar e a importância dos pais no tratamento, e por fim uma contextualização das propostas clínicas cognitivo-comportamental e psicanalítica como formas de tratamento ao autismo, buscando identificar as principais divergências no processo terapêutico dessas duas abordagens teórico-práticas.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

O levantamento de dados foi realizado por meio da pesquisa bibliográfica, sobre o assunto e abordagens discutidas aqui, após esse tempo de aprofundamento e estudo, foram-se então selecionados alguns artigos, para se averiguar se os artigos encontrados a cada busca se enquadravam com o objetivo do presente estudo, foi realizada a leitura do resumo/abstract de cada artigo. Assim, chegou-se a um número total de 33 artigos, que foram lidos na íntegra. A base de dados eletrônica para a pesquisa foi retirada de bases específicas como: Scielo, PUBMED, UFSM, periódicos eletrônicos como pepsic, revistas científicas, dissertações de mestrado e teses. Inicialmente consultaram-se os termos: autismo, tratamento, terapia cognitivo-comportamental e psicanálise. Os artigos encontrados foram em descritores em português.

Sobre a pesquisa bibliográfica<sup>2</sup>aponta que “a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Esclarece ainda que praticamente todos os trabalhos científicos sejam realizados a partir de um respaldo teórico, existem trabalhos em que são exclusivamente utilizados esse meio para a coleta de informações. O ano de abrangência dos artigos pesquisados foi do ano de 2000 a 2015, e os critérios para seleção foi artigos com base na terapia cognitivo-comportamental e psicanalítica enfocando Winnicott para o tratamento do autismo.

## 3. DESENVOLVIMENTO

### O Autismo: Principais características e dificuldades

O autismo foi descoberto por Leo Kanner, este que

desenvolveu um extenso trabalho na descrição da patologia em 1943, Kanner procurou em suas publicações definir de forma pormenorizada as características do distúrbio autístico do contato afetivo, como era chamado, classificando-o como alterações no contato afetivo<sup>8</sup>.

Riviére (1995)<sup>8</sup> aponta como características o seguinte:

Um quadro de distúrbio do desenvolvimento caracterizador por: 1) incapacidade para estabelecer relações com as pessoas, 2) um amplo conjunto de atrasos e alterações na aquisição e uso da linguagem, e 3) uma “insistência obsessiva” em manter o ambiente sem mudanças, acompanhada da tendência a repetir uma gama limitada de atividades ritualizadas.

Ou seja, Kanner em suas publicações descreveu de forma clara e objetiva o que os manuais, tais como CID-10 e DSM V, ressaltam, existem pessoas que possuem tal dificuldade no relacionamento interpessoal a ponto de não estabelecer tal vínculo, assim como as dificuldades na linguagem e a resistência a mudança na rotina conforme supracitado.

Tamanaha *et al.* (2008)<sup>9</sup> acrescentam que o autismo é caracterizado por nuances comportamentais bem típicas, em que envolvem a falta de contato afetivo e a relação com o outro, solidão extrema, a linguagem não é utilizada como recurso para a comunicação, havendo a boa capacidade cognitiva, fisicamente a criança com autismo é considerada “normal”, a presença constante de rituais havendo uma tendência maior a pessoas do sexo masculino.

O (DSM-V)<sup>10</sup> define-se o autismo com os seguintes critérios:

\* **(Problemas de interação social ou emocional alternativo)** – Isso pode incluir a dificuldade de estabelecer ou manter o vai e vem de conversas e interações, a incapacidade de iniciar uma interação e problemas com a atenção compartilhada ou partilha de emoções e interesses com os outros.

\* **(Graves problemas para manter relações)** – Isso pode envolver uma completa falta de interesse em outras pessoas, as dificuldades de jogar fingir e se engajar em atividades sociais apropriadas à idade e problemas de adaptação a diferentes expectativas sociais.

\* **(Problemas de comunicação não verbal)** – o que pode incluir o contato anormal dos olhos, postura, expressões faciais, tom de voz e gestos, bem como a incapacidade de entender esses sinais não verbais de outras pessoas.

\* **(Comportamentos repetitivos e restritivos)**

Além disso, o indivíduo deve apresentar pelo menos dois destes comportamentos: apego extremo a rotinas e padrões e resistência a mudanças nas rotinas, fala ou movimentos repetitivos, interesses intensos e restritiva, dificuldade em integrar informação sensorial ou forte procura ou evitar comportamentos de estímulos sensoriais.

O diagnóstico do autismo é basicamente através de exames clínicos, ou seja, a partir dos comportamentos apresentados pela criança, já que a gênese do mesmo ainda é incerta, durante alguns momentos de nossa história científica houve algumas tentativas de estabelecer as causas do transtorno, alguns estudos apontavam que os pais dos autistas eram caracterizados como frios e distantes emocionalmente, apresentando dificuldade no estabelecimento emocional com a criança. Em relação a este pensamento Tamanaha *et al.* (2009)<sup>9</sup> apontam que,

A teoria afetiva propõe uma etiologia puramente relacional e, embora faça a distinção entre a síndrome descrita por Kanner e sua abordagem clínica, considera que o autismo é mais um sintoma do quadro clínico de Psicose Infantil e menos uma entidade nosológica em si.

Atualmente a teoria da afetividade dos pais ainda é muito utilizada e difundida, principalmente pela psicanálise, embora alguns autores tenham revisto tais referências teóricas no que tange a etiologia do transtorno como é o caso de Tustin, que revisou os conceitos em relação a definição da patologia ressalta que,

[...] à luz das descobertas produzidas pela observação dos comportamentos dos bebês, não seria mais possível postular uma fase de autismo primário infantil, uma vez que, são observadas, desde muito cedo, reações do neonato ao meio. Sugeri que o autismo deveria ser compreendido, apenas, como sendo uma condição patológica. Além disso, questionou a presença de possíveis alterações orgânicas, na criança, não detectáveis em exames disponíveis naquele momento (Tamanaha *et al.* 2008)<sup>9</sup>.

Isto é, esta reformulação sobre a questão do autismo tendeu a um novo olhar que exclui a causalidade da relação afetiva dos pais e sim preconiza o que é de efeito de uma condição patológica, levantando possivelmente uma hipótese de causas orgânicas.

A busca de evidências causais do autismo se reformulam com o passar do tempo, e há ainda uma tendência de haver mais reformulações e hipóteses sobre suas causas, que ainda estão encobertas, portanto, segue-se ainda vertentes que pendem ao orgânico, as atitudes relacionais afetivas que culminam a falhas cognitivas e sociais. (Tamanaha *et al.* 2008)<sup>9</sup>

Neste sentido Riviére (1995)<sup>8</sup> pontua quanto ao desenvolvimento da criança autista que,

Os sintomas do autismo não se manifestam por igual, nem têm o mesmo significado em diferentes fases da vida das pessoas autistas. Ao considerar um distúrbio profundo do desenvolvimento, que além disso tem um caráter crônico, é necessário recorrer a uma descrição cuidadosa desse desenvolvimento. Naturalmente, existem importantes diferenças- relacionadas ao QI (quociente de inteligência), ao nível linguístico e simbólico, ao temperamento, à gravidade dos sintomas - entre uns autistas e outros, no que diz respeito às características da síndrome e às peculiaridades do desenvolvimento, mas, talvez, seja útil lembrar certos padrões gerais da evolução do quadro [...]. Ou seja, quando o assunto é autismo, a severidade dos sintomas são variáveis de indivíduo a indivíduo.

Fisicamente o autista não apresenta alterações claras, porém, a estereotipia do mesmo pode acarretar a uma série de dificuldades em seu dia a dia, por exemplo, o autista possui uma característica peculiar de balançar as

mãos, se auto balançar, sente fascinação ou irritação por ruídos específicos, movimentos rituais complexos, insistência na repetição de ações em sequência, preocupação excessiva com conteúdo intelectuais, o que o leva a um campo restrito de interesses, e a necessidade de suprir com seus rituais<sup>8</sup>.

Lampréia (2004)<sup>11</sup> discorre sobre os distúrbios que autistas apresentam na fala, problemas no desenvolvimento linguístico e de comunicação não verbal, dificuldades na interpretação de gestos, expressões faciais, assim como, estes modos de comunicação, muitas vezes são ausentes no autismo<sup>10</sup>.

Geralmente os prejuízos do autista estão no campo psicológico e social, e pode-se dizer que estes se entrelaçam, isto é, psicologicamente o autista é tido como aquele alheio ao mundo, e as demais pessoas, possuem uma forma subjetiva de percepção de seu corpo do dos demais, o que prejudica a relação social do mesmo, Buscando se aproximar de uma caracterização do indivíduo autista acentua como característica do autista o, “isolamento e indiferença em relação as outras pessoas. Falta de interesse por aspectos puramente sociais de interação Rivière (1995)<sup>8</sup>”.

Citar os prejuízos sociais do autista, estes que estão às claras é mais descomplicado do que pontuar as dificuldades psicológicas, pois conforme menciona o autor, foram poucos os casos em literatura em que um autista narrou sobre como via o mundo. Ele destaca o caso atendido por Kanner, no qual este era considerado inteligente e capaz de narrar sobre como se desenvolveu, sobre como se sentia, deixando embasamento para a fundamentação da tese. Nos relatos de Jerry, autista em que Kanner pode realizar uma descrição minuciosa do autismo, é explanado que: “Sua relação dominante nas relações é a falta de empatia e de compreensão do mundo interno dos outros. Às vezes consegue entender intelectualmente o que as outras pessoas podem sentir, mas não é capaz de se colocar no lugar delas (RIVIÉRE, 1995)<sup>8</sup>”.

### **A importância do diagnóstico precoce**

A questão principal do diagnóstico precoce nos casos do autismo, não se trata de avaliar a criança quanto mais cedo possível para rotulá-la, mas sim como uma forma de dar oportunidades a ela de se desenvolver, explorar suas capacidades.

Vasconcellos (2003)<sup>12</sup> aponta que na atualidade, muitos defendem uma multideterminação orgânica, dinâmica e social. E explicita ainda que se por um lado existe controvérsias sobre a melhor forma de tratar o autismo de outro há um consenso na literatura de que o diagnóstico quando mais cedo possível for detectado melhores são os resultados de qualquer tipo tratamento, que se julgue eficaz para trabalhar com o autista e para o seu desenvolvimento<sup>11</sup>.

O que acontece na maioria das vezes é que esses atrasos ou dificuldades devido ao transtorno só são identificados por volta dos três anos de idade ou um pouco mais avançado, pois os familiares e quem convive junto da criança não percebem ou não valorizam alguns sinais indicativos do risco de autismo, ou até mesmo por não terem informação suficiente sobre isso. A idade do início no tratamento é um dos fatores determinantes para a sua melhor evolução. Não só a idade, mas também o tipo de tratamento e a frequência dos atendimentos a criança e aos pais<sup>11</sup>.

O mesmo autor aponta ainda de acordo com sua experiência clínica dois sinais que podem ser percebidos precocemente de possíveis desenvolvimento do transtorno, como o olhar entre a mãe e o bebê, e sobretudo como a mãe se percebe, e a não-instauração de um circuito pulsional do sujeito, seguindo pressupostos da psicanálise. Neste fato esses dois sinais podem ser levantados como possíveis hipóteses de um diagnóstico, mas, porém, não devem ser considerados somente.

Outro fator importante também se constitui na participação da família no tratamento, neste ponto podem ser considerados aspectos tais como sentimentos no diagnóstico do autismo e em seguida a importância da família. Derdky e Groberman (2004)<sup>13</sup> ressaltam também no que tange as técnicas com ênfase comportamental a imitação apontando que, “Imitação é um processo de aprendizagem pelo qual os indivíduos aprendem comportamentos novos ou modificam antigos por meio da observação de um modelo”.

Mesmo que o autista apresente dificuldades na interação social e na percepção do outro a imitação pode vir a ser um instrumento efetivo na aquisição de novos comportamentos ou modificação dos existentes.

### **A Psicoterapia Cognitivo-Comportamental no tratamento do autismo**

A Cartilha “autismo: Manual para pais”<sup>14</sup> ressaltam algumas abordagens individualizadas com resultados variados no tratamento do autismo.

Quanto às técnicas específicas no tratamento de crianças com atrasos no desenvolvimento Lovaas (1927/2002)<sup>15</sup> aponta que tratamentos comportamentais, ou seja, as terapias com enfoque na modificação do comportamento são eficazes na medida que auxilia o indivíduo com dificuldades de desenvolvimento ao ampliar a sua capacidade de linguagem, a redução de explosões de raiva, impulsividade, com a diminuição de comportamentos menos restritivos, isto é, acentua que,

[...] ajuda na redução de explosões de raiva de um indivíduo e outros comportamentos interferentes deve facilitar a eficácia do professor e ajudar o indivíduo a entrar em um ambiente menos restritivo onde comportamentos alternados podem ser adicionalmente ensinados.

As técnicas com ênfase comportamental incluem testes de diferenciação, modelagem, ou seja, a aprendi-

zagem por aproximações sucessivas, controle e alterações de estímulos, não deixando de lado as técnicas de reforçamento positivo, esta que possui um papel fundamental na relação terapêutica, pois possibilita a inserção de outras técnicas no tratamento, pode-se definir o reforçamento como, aquele comportamento no qual há um ganho secundário ao indivíduo que o pratica, ou seja, toda vez que ele mantém determinado comportamento ele recebe algo positivo<sup>16</sup>. Trazendo para a questão do autismo este modelo de reforçamento é muito viável na aprendizagem de comportamentos rotineiros, como por exemplo, ser reforçado a emitir algum comportamento quando se tem fome, ou alguma necessidade fisiológica.

Windholz (1995) apud Martins (2005)<sup>17</sup> relatam que há quatro fases que constituem a terapia comportamental: 1) A avaliação comportamental; 2) a seleção de metas e objetivos; 3) a elaboração de programas de tratamento e 4) a intervenção propriamente dita. Geralmente este modelo é mais aplicado junto a familiares dos autistas, pois trabalha com a ressignificação e a modificação das crenças que estes possuem o que levam a modificar seus comportamentos diante do indivíduo autista. Entretanto, quando trata-se na mudança de comportamento através da modificação das crenças centrais propostas por Aaron Beck em seu livro “Terapia Cognitiva-comportamental: Teoria e prática”, também visa o atendimento do autista, na diminuição de suas ansiedades, agressividade e comportamentos rotineiros, tais como apontam Edelsten, Northrop e Staats (2003)<sup>18</sup>. A terapia visa o desenvolvimento de habilidades nos cuidados pessoais ou atividades da vida diária que incluem atividades como banhar-se, vestir-se, escovar os dentes, ou seja, atividades estas que o autista necessita desenvolver através da aproximação do comportamento esperado (modelagem), os esquemas de reforçamentos, entre outros. Assim como meios de controle da impulsividade e agressividade, Angelotti (2004)<sup>19</sup>, pontua a técnica da distração que pode ser útil em casos de agressividade, a técnica consiste em mudar o foco da atenção do indivíduo, solicitando que este preste atenção no ambiente, sair da situação que lhe causa incomodo ou iniciar uma atividade lúdica.

É importante, portanto, levar em consideração que os diferentes graus de autismo permitem a aplicabilidade tanto das técnicas com foco comportamental (behaviorista) em que a modelagem, o reforçamento e a análise de contingências são o foco do terapeuta, isto é, em casos mais severos de autismo, em que os treinamentos de habilidades da rotina são fundamentais, e também, em casos mais brandos, porém, não menos comprometedores da vida cotidiana do indivíduo as técnicas cognitivistas-comportamentais<sup>20</sup>.

A partir disso Pires e Souza (2008)<sup>6</sup> dizem que: “A terapia comportamental se concentra em manipulação de comportamentos e variáveis das pessoas, na crença de

que todo comportamento, tanto os adequados quanto os inadequados são aprendidos. São os eventos no meio-ambiente que determinam os seus comportamentos-problema e o que os mantêm”. Assim um transtorno passa a ser entendido de acordo com seu histórico, as contingências e situações que o mantem. A terapia cognitivo-comportamental entende cada paciente como único e seus problemas o reflexo de uma história particular.

As autoras ainda apontam que a forma de intervenção, antes mesmo de se utilizar qualquer técnica é proceder com uma análise funcional, sistemas de reforço, condicionamento, modelagem e o levantamento criterioso das variáveis que estejam relacionados aos comportamentos desejáveis e indesejáveis do paciente, e assim, é possível propor uma estratégia eficaz no alcance do bem-estar.

A terapia cognitivo-comportamental não aceita a priori os distúrbios no comportamento, na linguagem e na interação social como característicos do autismo, procura fazer um levantamento de todos os comportamentos que são emitidos pela criança, fazer uma análise funcional (antes, durante e depois) dos comportamentos adequados e inadequados, para saber o que mantém cada um destes comportamentos<sup>6</sup>. E assim estabelecer um plano de ação eficaz, este plano deve ser constantemente avaliado para se averiguar se de fato está colaborando com o indivíduo, existem algumas técnicas que podem colaborar para um bom trabalho psicoterapêutico, no caso específico do autismo são utilizadas algumas técnicas específicas, dentre elas iremos discutir sobre o método TEACCH, e o ABA.

Durante (2011)<sup>21</sup> aponta que para a abordagem cognitiva-comportamental como a prática que intervém visando o condicionamento comportamental dos indivíduos assim diagnosticados, tentando adequá-los à conduta pré-estabelecida enquanto “normal”. E diz que em relação ao tratamento na clínica cognitiva-comportamental, os pais ocupam um papel de co-terapeutas das técnicas e métodos utilizados com a criança autista, garantindo assim que eles o passem a seus filhos a praticarem essas técnicas, nos momentos em que estiverem fora do setting terapêutico. Num viés comportamentalista, observa-se uma menor resistência dos pais ao tratamento, dado o sentimento de culpa “aliviado”, pela crença de tratar-se de uma causa orgânica para psicologia comportamentalista, e por consequência a aliança terapêutica estabelecida entre pais e terapeutas torna-se sem tantas resistências. Este modelo de terapia possui dois métodos para trabalhar com o autismo: o Teacch e o ABA.

Segundo Mello (2002) apud Martins (2005)<sup>17</sup> O objetivo do método TEACCH é o de apoiar o portador de autismo em seu desenvolvimento para ajudá-lo a conseguir chegar à idade adulta com o máximo de autonomia

possível. Isto inclui ajudá-lo a compreender o mundo que o cerca através da aquisição de habilidades de comunicação que lhe permitam relacionar-se com outras pessoas, oferecendo-lhes, até onde for possível, condições de escolher de acordo com suas próprias necessidades.

Para Mello (2003) apud Martins (2005)<sup>17</sup> O papel do terapeuta ou professor de pessoa com autismo equivale ao de um interprete, fazendo conexão entre duas culturas diferentes. Portanto, esse terapeuta/ professor deve compreender seu aluno / criança, localizar seus pontos fortes, identificar seus déficits e encontrar os meios facilitadores para ajudá-lo no processo de adaptação e aprendizagem. A meta fundamental é o desenvolvimento da comunicação e da independência.

No que diz respeito ao método *Aba* (*Applied Behavior Analysis*) é um enfoque que é usado para a compreensão do comportamento e vem sendo amplamente utilizada no atendimento a pessoas com desenvolvimento atípico, como os transtornos invasivos do desenvolvimento. A finalidade deste método é de identificar habilidades que o autista já domina e ensinar aquelas que ele ainda não domina. Martins (2005)<sup>17</sup> aponta que cada habilidade é ensinada, em geral, em esquemas individuais, inicialmente apresentando-a associada a uma indicação ou instrução, e quando necessário é oferecido algum apoio (como por exemplo, apoio físico), que deverá ser retirado tão logo que seja possível, para não tornar a criança dependente dele.

O método analisa com detalhes, dados e fatos da relação ensino-aprendizagem, com registro de resultados e tentativas, descobrindo os eventos que funcionam como reforço positivo ou negativo. Os comportamentos e respostas negativas não são reforçadas apenas as positivas. Quando há reforço num evento particular, daqueles que o sujeito ainda não conhece o indivíduo é condicionado a reagir, tendendo a repetir as respostas adequadas ao bom desempenho do processo de aprendizagem (Pereira, 2011)<sup>22</sup>.

Como Mello (2000) apud Martins (2005)<sup>17</sup> apontam que a repetição é um ponto importante neste tipo de técnica, assim como o registro exaustivo de todas as tentativas e seus resultados. E o primeiro ponto importante é torna o aprendizado agradável para a criança. O segundo ponto é ensinar a criança a identificar os diferentes estímulos.

### **A psicoterapia Psicanalítica no tratamento do autismo (enfoque em Winnicott)**

Outra abordagem que tem suas bases e concepções formados sobre o autismo é a psicanálise que foi a precursora do atendimento a crianças autistas, iniciou-se a partir de Melaine Klein com o caso de Dick um garoto de quatro anos de idade, o termo para esse transtorno era “ensimesmado”. Além de Klein a psicanálise ao estudar

o autismo recebeu contribuição de outros autores, a intenção aqui é destacar a contribuição de Winnicott para a teoria e o autismo. Este autor propõe em sua teoria a questão do amadurecimento pessoal, sendo essa a identificação primária mãe-bebe em que nessa relação pressupõe os cuidados de uma mãe suficientemente boa.

(Winnicott, 2006) apud (Raelis *et al.*, 2010)<sup>23</sup> sobre a mãe suficientemente boa,

A mãe que se torna sensível o suficiente para adaptar-se às necessidades do lactante, no contato corporal, no modo de segurar, no olhar para ele, no seu movimento e quietude de acordo com as suas solicitações, é capaz de protegê-lo de sustos e do acaso, para que nada possa ser sentido como invasivo. Para ser feliz nessa tarefa, a mãe precisa ter se desenvolvido como uma pessoa total, e sentida de maneira viva e acordada. É tudo o que um recém-nascido necessita o ambiente apropriado para suas necessidades.

Telles *et al.* (2010)<sup>24</sup> apontam que a preocupação materna primária vinda da mãe considerada suficientemente boa, é um estado psicológico em que a mãe está mais sensível às necessidades emocionais e físicas do bebê. É um estado natural das mulheres no período da gravidez e algumas semanas após o nascimento do bebê. A mãe que desenvolve a preocupação materna primária pode facilitar ao bebê uma vivência mais tranquila nos primeiros momentos de sua vida. Este é um aspecto importante para que a mãe consiga identificar-se com seu bebe, entender e suprir as necessidades básicas dele. Os mesmos autores ainda afirmam a necessidade de um ambiente também suficientemente bom que garanta o desenvolvimento emocional e equilíbrio em relação às perdas e as privações.

No entanto, os autores apontam que essas perdas e privações são necessárias, mas que este ambiente não deve fazê-las predominarem, porém é esse aspecto que gera a onipotência no bebe, e fator importante para a constituição psíquica do indivíduo. Em relação ao tamanho da responsabilidade que a tarefa que a mãe desempenha para o psiquismo do bebê, é comum pensar que esta tarefa deva ser dividida com alguém que lhe dê suporte a essa carga, pode-se dizer que nesse momento entra o papel do pai em questão, que além de apoiar a mãe lhe de um suporte emocional e amenizar a sua ansiedade e mais tarde será o responsável por reproduzir a lei do interdito fundamental para a separação do eu do não- eu da criança e a formação saudável do psiquismo.

Winnicott (1982) apud Montenegro (2006)<sup>25</sup> sobre a figura paterna irá dizer que este vai sendo apresentado ao bebe pela mãe enquanto esta mesma possui naturalmente a posição de cuidar do bebe, o pai inicialmente possui a função de dar sustento a mãe para que ela tenha todas as condições de se dedicar ao filho. O pai é necessário para dar o suporte preciso a autoridade da mãe, para sustentar a lei e a ordem que a mãe implanta na vida da criança<sup>25</sup>.

Realizando o seu papel com firmeza, o pai tem condições de reassegurar a mãe para a volta da vida habitual.

Entretanto, ao fazer isso Montenegro (2006)<sup>25</sup> afirma que o pai precisa manter uma certa distância, para passar a introduzir na criança a ausência ou seja, o interdito colocando então, limites na relação do bebe com a mãe. Abrangendo a questão da essencialidade do pai enfatiza-se que: “O pai é essencial para a criança, pois ela precisa adquirir uma identidade própria, diferente da identidade da mãe. O pai será a primeira percepção de um objeto total e integrado<sup>25</sup>”. Então passa a ser entendido num papel diferente do da mãe, e a criança usa-o como modelo para sua própria integração.

Dias 2003<sup>26</sup>, fala sobre a ideia de que o bebe chega ao mundo num estado de não integração, ele é incapaz de discriminar um “não eu” do “eu”, não há a consciência de um objeto externo, ou mesmo o reconhecimento do próprio “eu”. Desta etapa do início da vida do indivíduo.

Winnicott diz que estudar a etiologia de uma doença, tem como objeto de estudo não apenas o indivíduo afetado pelos sintomas da doença, mas também um estudo de seu ambiente e das relações com este ambiente, para compreender a natureza do problema e desenvolver um trabalho realmente alterador das condições da criança. O transtorno psíquico para Winnicott, trata-se de um tipo de imaturidade, uma parada no continuar a ser, uma falha no processo de amadurecimento do indivíduo por defesa ou reação contra a angústia que emerge diante de uma invasão, ou diante do impedimento de algo que precisava ter acontecido e não aconteceu<sup>23</sup>.

Para Winnicott, o bebê só pode ser compreendido dentro de uma relação, pois não consegue existir sozinho. A esse processo reporta aos três estágios: de dependência, definidas por ele: dependência absoluta, seguida da dependência relativa e, por último, rumo à independência. Levando-se em conta o processo de constituição da identidade do sujeito como um processo gradual, que compreende principalmente a relação de identificação primária da mãe para com o bebê, como já foi dito anteriormente, Winnicott (1983, apud Araujo,2003)<sup>27</sup> entra em contato com as consequências que podem advir caso a constituição do “eu” não aconteça como é o caso do autismo.

O autismo seria a expressão maior da manifestação de defesa frente a um ambiente que se apresentou falho no estágio de dependência absoluta, durante as realizações básicas para a integração do eu. O tratamento na clínica psicanalítica se constitui em um campo múltiplo, que envolve a criança e seus pais<sup>26</sup>. Segundo Mannoni (1980) *apud* Vanoli & Bernardino, (2008)<sup>28</sup> a criança não pode ser isolada artificialmente do contexto familiar, e os analistas encontram-se diante de uma história familiar, dependendo a evolução da cura, em parte, da maneira como certas situações são apreendidas por eles. O objetivo desta psicoterapia é instalar a ordem no caos que está subjacente ao estado autista, reconstruindo mundo

afetivo<sup>29</sup>.

Sobre essa questão Winnicott aponta para a importância de se pensar o espaço terapêutico também como uma desconstrução dos questionamentos e das dúvidas onde existem certezas rígidas e imutáveis a um lugar que se possa construir possibilidades de novas narrativas acerca do transtorno. O autor propõe então, o grupo de pais, como um espaço para desconstruir essas crenças e construir um tecido social que possam se sentir inseridos com suas crianças, e ao mesmo tempo, o lugar da desconstrução e construção de um saber próprio sobre eles e seus filhos, mas também sobre o mundo, sobre esse mundo que, à luz da problemática dos filhos, muitas vezes é tomado como insistente, cruel e perseguidor. Assim nas relações estabelecidas no grupo de pais tem-se Também como a possibilidade de se construir laços, de se perceber a criança como singular respondendo a um nome e não a uma classificação patológica, e as próprias crianças também se percebem assim como únicas com semelhanças aos demais.

Na teoria Winnicottiana, sabe-se que a vida do ser humano é uma busca da continuidade de ser e a ameaça, que envolve todo o processo de desenvolvimento do indivíduo, é a possibilidade de não se integrar e de não continuar sendo<sup>30</sup>.

O objetivo da terapia de base psicanalítica no tratamento do autismo, é o reconhecimento do autista como sujeito, onde o terapeuta precisará retirar esse indivíduo do seu mundo particular, trazendo-a para a realidade, habituando-a a interagir e fazendo com que ele reconheça o outro. E seja o sujeito de sua subjetividade.

Gomes (2012)<sup>31</sup> diz que na clínica winnicottiana, a interpretação nem sempre se configura como a característica central da análise e, em situações de falhas em etapas primitivas da vida, busca-se estabelecer a confiança no ambiente<sup>31</sup>. Aquele que forneça a comunicação e o contato com o paciente. Enfatiza-se também no atendimento terapêutico de um referencial winnicottiano a importância do desenvolvimento de um setting lúdico, um espaço para o brincar na relação terapêutica com crianças.

Araújo (2003)<sup>27</sup> aponta que para Winnicott, no momento da falha ambiental pode haver uma interrupção do desenvolvimento, uma situação de caos que se congela, ele acreditava também que a regressão à dependência absoluta, ou seja, a regressão organizada à situação de caos, revivida mais tarde em um ambiente favorável, pode ser muito útil para o descongelamento dessa situação de caos que ficou congelada. Ainda no que se refere a clínica do autismo o essencial no trabalho com autistas é o “apoio ao ego”, o que torna possível o fornecimento de prover o que faltou a criança em alguma etapa do desenvolvimento, que culminou na síndrome do autismo<sup>26</sup>. Também algumas das vezes o terapeuta poderá precisar trabalhar o desenvolvimento da função materna, ou até

mesmo exercer essa função. Em resumo, pautada em Winnicott diz que a vida do ser humano é uma continuidade de ser, que se encontra sempre ameaçada, e o grande desafio torna-se o ter de continuar sendo<sup>26</sup>.

#### 4. DISCUSSÃO

O presente estudo buscou identificar as diferenças tanto na causa como no tratamento do autismo pelas terapias cognitivo-comportamental e psicanálise. A partir dos artigos analisados sobre os diferentes enfoques de tratamentos pode-se observar que a Terapia Cognitivo-comportamental faz uso de técnicas com a finalidade de modificação de comportamento, para uma melhor qualidade de vida pessoal. Foca-se primeiramente o trabalho com os pais para a modificação de crenças centrais sobre o autismo, e o trabalho com o indivíduo autista, visa a modificação de alguns comportamentos rotineiros acarretados de agressividade e ansiedade muitas das vezes. Visando também auxiliar em atividades diárias da vida pessoal, utilizando para essas tarefas a modelagem e esquemas de reforçamento além da análise das contingências das situações. A terapia cognitiva comportamental parte dos pressupostos que tanto comportamentos adequados como os inadequados são possíveis de serem apreendidos pelo indivíduo, sendo o ambiente que mantém ou elimina esses comportamentos.

Aiello (2002)<sup>33</sup> explicita que no momento do diagnóstico, é importante que o terapeuta tenha em mente que este deve ser diferenciado do olhar clínico médico, pois se deve atentar não só para aquilo que a criança autista apresenta como déficit, mas também se deve olhar para aquilo que ela consegue fazer com êxito. No presente estudo também são mencionados dois tipos de métodos específicos com autistas de acordo com esta terapia o método Teachh e o Aba ambos com o intuito de modificar comportamentos inadequados ou colaborar para o aprendizado de comportamentos mais adequados que possibilitem a independência e desenvolvimento do sujeito autista. Foi destacado no texto que já para a Psicanálise o diagnóstico precoce tem total importância e relevância para o sucesso do tratamento, na terapia cognitivo-comportamental não foi encontrado nenhum artigo que falasse dessa importância.

Os artigos pesquisados com base psicanalítica sob o enfoque de Winnicott demonstraram que o autismo advém de uma falha na relação maternal em que o responsável pelo indivíduo em processo de constituição apresentam falhas na prevenção do ambiente e nos cuidados básicos que este novo indivíduo necessita para o seu desenvolvimento psíquico e emocional. Então sendo assim, ocorre uma falha no processo de amadurecimento do indivíduo. Esse percurso é seguido de fases que culminam em uma identidade pessoal, são elas: a dependência absoluta, a dependência relativa e por fim rumo a independência.

Araújo (2003)<sup>27</sup> fala que a situação autística aparece como um recurso de defesa com base na psicanálise, para que a criança não voltasse a "viver" a agonia insuportável, "experimentada" durante uma invasão ou falha do ambiente para com ela, na fase de extrema dependência do início de sua vida.

O tratamento com base psicanalítica envolve tanto o indivíduo quanto seus pais, e os objetivos do tratamento é de reconstruir o mundo afetivo, reestabelecer os laços pais e filhos ou até mesmo buscar recursos para estabelecê-los totalmente, fornecer o que faltou a criança em alguma etapa do desenvolvimento. Também algumas das vezes o terapeuta poderá precisar trabalhar o desenvolvimento da função materna e o mais importante o reconhecimento do autista como sujeito, da realidade e do outro. Para isso algumas vezes o analista precisará realizar regressões em fases anteriores do desenvolvimento do sujeito.

Percebe-se assim que, as duas linhas teóricas estudadas para o tratamento do autismo possuem diretrizes de trabalho e concepções diferentes, porém pode-se identificar que as duas dão ênfases iguais a importância e proteção do ambiente para o desenvolvimento e agravamento da síndrome. Por fim, esses achados científicos foram pautados em alguns artigos de ênfase cognitivo-comportamental, e outros artigos com ênfase psicanalítica buscando sempre nesses artigos um respaldo teórico de Winnicott e a relação mãe-bebe para a constituição do indivíduo.

#### 5. CONCLUSÃO

Por esse estudo, pode-se perceber que para a terapia Cognitivo comportamental de maneira geral o seu objetivo é eliminar o sofrimento de pessoas através da identificação das variáveis que estão mantendo esse comportamento e da alteração do(s) comportamento(s) inadequados e os substituindo por comportamentos mais aceitáveis e adequados por meio de condições de aprendizagem para que o indivíduo tenha condições de estabelecer relações mais saudáveis socialmente e viva de forma mais independente e gratificante. Envolvendo um papel também de educador em sua prática, através de um procedimento abrangente e estruturado de ensino-aprendizagem. A atuação pode ser realizada diretamente com as crianças autistas e através de mediadores senso esses os pais ou outras pessoas responsáveis que convivam com a criança.

A psicoterapia com base psicanalítica entende o autismo, por um viés de uma falha nos cuidados básicos primários de vida, uma falha na relação pais e filhos, onde a integração psíquica e constituição como sujeito do indivíduo é prejudicada pela falta ou falha nos cuidados básicos as necessidades físicas ou emocionais do bebe. Observou-se, ainda, a necessidade de empreender serviços que não só ofereçam acompanhamento e sus-

tentação emocional adequados aos responsáveis. Frente a isso no final desse estudo observou-se também a necessidade de programas de treinamento para os pais, e informativos sobre o quadro do autismo para que eles consigam entender as necessidades dos filhos e participar ativamente no tratamento do filho, pois sendo esses que na maioria das vezes convivem com este indivíduo ele necessita ter bem esclarecido o seu papel para ajudar no tratamento. Foi verificado que há sim algumas diferenças no tratamento a criança autista tanto no que diz respeito a sua concepção da síndrome e o curso do tratamento para esses dois campos da Psicologia, a psicoterapia Cognitivo-comportamental e a psicoterapia Psicanalítica. As concepções aqui elencadas não esgotam a quantidade de abordagens terapêuticas existentes para o autismo. E sua diversidade não apaga o comum a todas elas: a questão de como lidar com a recusa à interação social manifestada pelo autista. Entretanto, a despeito desses objetivos, não se deve desconsiderar que várias abordagens partem de campos epistemológicos distintos que não se mesclam. Reconhecer essas visões antagônicas como discursos que se impõem no campo das práticas terapêuticas faz com que se possa confrontá-los, explicando suas diferenças.

Podendo quem sabe assim, promover o diálogo entre diversas psicoterapias e acompanhar os avanços científicos conquistados em várias disciplinas que pesquisam o autismo. Uma vez as diferenças explicitadas. Assim essas conquistas podem ser articuladas para melhorar a abordagem da complexidade no tratamento do autismo. Visando a benefícios que contemplem as pessoas com autismo e suas famílias. Vale ressaltar também que o tratamento da pessoa com autismo deve ser abrangente, não o restringindo apenas ao portador de autismo, mas englobando seus familiares, a escola ou a instituição que frequenta e outros ambientes da comunidade nos quais essas crianças vivem e atuam, para um melhor resultado. E apesar dos vários estudos que já se tem registrado até hoje sobre o transtorno autístico ainda sim se carece de maiores explicações para seu aparecimento. Para finalizar se faz de muita importância que o psicólogo esteja preparado e em busca de constantes aperfeiçoamentos em sua formação, para que esteja sensível e atento no trabalho com indivíduos autistas e suas famílias, para melhor êxito de suas práticas profissionais

## REFERÊNCIAS

- [1] Artigas J. El lenguaje en los transtornos autistas. Rev. Neurol 1999. 28 (Supl 2): S 118-S 123.
- [2] Gil AC. [1946]. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. Ed. São Paulo: Atlas. 2002.
- [3] Silva EL, Menezes EM. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. Revista Atual, 4 eds., Florianópolis: UFSC. 2005.
- [4] Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. 4 ed. São Paulo: Makron books. 1996.
- [5] Laville C, Dionne EJ. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Traduzido por Heloísa Monteiro e Francisco Settineri. Porto alegre: Artmed. 1999.
- [6] Pires FG, Souza CPMCPs. A Terapia Cognitivo-comportamental no universo do autismo the cognitive-behavioral therapy in the universo of autismo. 2008.
- [7] Cristina T. Um olhar sobre o autismo. Revista Entrelinhas 2103; 1(1).
- [8] Riviere AO desenvolvimento e a educação da criança autista. Coll, C. Palácios, J. e Marchesi, A.(Org.) Desenvolvimento Psicológico e Educação. Necessidades Educativas Especiais e Aprendizagem Escolar. 1995; 3.
- [9] Tamanaha A.C, Perissinoto J, Chiari BM. Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger. Revista brasileira de fonoaudiologia. 2008; 13(03).
- [10] DSM V-TR. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Associação Americana de psiquiatria. Artmed, 2013.
- [11] Lampreia C. Os Enfoques Cognitivista e Desenvolvementista no Autismo: Uma Análise Preliminar. Revista: Psicologia reflexão e crítica. 2004; 1(17):111-29.
- [12] Lobo RMAR, Vasconcellos DE. Autismo Infantil: A importância do tratamento precoce. Alagoas. Universidade Federal de Alagoas: UFAL. 2003.
- [13] Derdky PR, Groberman SS. Imitação. Cap. 06. São Paulo: Rocca. 2004.
- [14] Cartilha Autismo: Manual para pais, publicado pelo ministério da saúde, Brasília, 2000. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_14.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_14.pdf)>. Acesso em: 12 Abril. 2015
- [15] Loovas OI [org]. Ensinando indivíduos com atraso no desenvolvimento: Técnicas básicas de intervenção. Revista psicologia e ciência. 1927. ISBN 0-89079-889-3, impressão no Texas EUA, 2002.
- [16] Madi MBB. P. Reforçamento positivo: Princípio, aplicação e efeitos Desejáveis. Cap.02. São Paulo: Rocca, 2004.
- [17] Martins EX. Autismo infantil na perspectiva analítico comportamental. [Monografia]. Brasília- DF. UniCEUB Centro universitário de Brasília. 2005.
- [18] Caballo VE. [col.]. Manual para o tratamento Cognitivo-Comportamental dos transtornos psicológicos: Transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos. Vol. 01. Edek Delsten B, Northrop L, Staats N. Intervenção comportamental nos comportamentos problemáticos associados à demência. São Paulo: Santos. 2003.
- [19] Angelotti G Distração. Cap. 25. São Paulo: Rocca, 2004.
- [20] Abreu CN, Guilhardi HJ [col.]. Terapia Comportamental e Cognitivo comportamental: Práticas clínicas. São Paulo: Rocca, 2004.
- [21] Durante J. Conversando sobre o autismo: por uma análise dialógica do discurso entre a psicanálise e o comportamentismo, programa de pós-graduação em Letras. Universidade Federal de Pernambuco. Recife-PE. Anais do Enelin Disponível em:[www.cienciasdalinguagem.net/enelin](http://www.cienciasdalinguagem.net/enelin). 2011.
- [22] Pereira CCV. Autismo e família: participação dos pais no tratamento e desenvolvimento dos filhos autistas1. [Monografia]. Facene/Famene. 2011; 9(2).
- [23] Raeli M, Dal Molin P, Tozzi R, Fernandes MA. Autismo a luz da teoria Winnicottiana: Reflexos de um si mesmo não

- constituído, PUC-Campinas/SP. 2010.
- [24] Telles JCCP, Sei MB, Arruda SLS. Comunicação silenciosa mãe-bebê na visão winnicottiana: reflexões teórico-clínicas. *Aletheia*. Universidade Estadual de Campinas. 2010; 33:109-12..
- [25] Montenegro MJP. O papel do outro na constituição da subjetividade, em Winnicott. Pontofícia Universidade Católica, São Paulo. 2007.
- [26] Dias EO. Teoria do amadurecimento. Rio de Janeiro: Imago. 2003.
- [27] Araujo CAS. O autismo na teoria do amadurecimento de Winnicott. Natureza humana. Pontifícia Universidade de São Paulo. 2003. 5(1):39-58.
- [28] Vanoli EN, Bernardino LF. Psicose infantil: uma reflexão sobre a relevância da intervenção psicanalítica.. *Estilos da Clínica Estilos clin*. 2008; 13(25).
- [29] Morais TLC. Modelo TEACCH: intervenção pedagógica em crianças com perturbações do espectro do autismo.[Dissertação]. Lisboa. 2012.
- [30] Araujo CAS. Contribuições de D. W. Winnicott para a etiologia e a clínica do autismo. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. PUC-SP. 2002.
- [31] Gomes EM. Autismo: A Importância da função maternante e o tratamento na contemporaneidade. *Psicologia.PT O portal dos psicólogos*. 2011.
- [32] Dias EO. O uso da interpretação na clínica do amadurecimento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2008; 11(4):588-601.
- [33] Aiello ALR. Identificação precoce de sinais de autismo. In: Guilhardi, Hélio José (org.). *Sobre comportamento e cognição – contribuições para a construção da teoria do comportamento*. 2002; 9. Santo André: Esetec,



# RECURSOS HUMANOS: DO OPERACIONAL AO ESTRATÉGICO

HUMAN RESOURCES: FROM THE OPERATIONAL TO THE STRATEGIC STANCE

FERNANDA SCALIANTE DA SILVA<sup>1\*</sup>, ELIANE ALICRIM DE CARVALHO<sup>2</sup>

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

\* Rua Abolição, 292, Centro, Cianorte, Paraná, Brasil. CEP: 87200-000. [nanda\\_scaliante@hotmail.com](mailto:nanda_scaliante@hotmail.com)

Recebido em 24/08/2015. Aceito para publicação em 01/09/2015

## RESUMO

O artigo científico desenvolvido tem o propósito de compreender e descrever a evolução histórica da área de Recursos Humanos. Nesse intuito, busca comparar os diferentes papéis desempenhados pela área de Recursos Humanos ao longo do contexto histórico para, assim, demonstrar os principais aspectos que estão evoluindo nesse contexto nas organizações, enfocando o momento contemporâneo que vem destacando a importância do capital humano. Nesse sentido, foi realizada uma pesquisa exploratória, com a intenção de descrever esses fenômenos. Essa descrição foi realizada por meio de uma pesquisa bibliográfica, consultando plataformas como <http://www.scielo.org/php/index.php> e <http://www.teses.usp.br/teses>, assim como também livros, revistas, artigos científicos e outros materiais já publicados para contribuir para a solução dos objetivos propostos. É de grande relevância a compreensão das transformações que a administração operacional e estratégica vem passando no decorrer da evolução histórica, partindo do século XIX aos dias atuais, bem como o entendimento de sua contribuição para o desenvolvimento organizacional como um todo, partindo das peculiaridades das ações operacionais a destinação de um novo modo de se posicionar frente às especificidades mercadológicas da demanda atual, ou seja, um melhor aproveitamento do talento, que constitui o capital humano em virtude de resultados satisfatórios e eficazes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Recursos humanos, operacional, estratégico, evolução.

## ABSTRACT

Current paper investigates and describes the historical evolution of Human Resources and compares the several roles undertaken by Human Resources over time. The main aspects that are currently developed within this context in organizations are subsequently demonstrated, with a focus on human capital. The exploratory research, undertaken to describe these phenomena, comprised a bibliographic investigation at <http://www.scielo.org/php/index.php> and <http://www.teses.usp.br/teses>, coupled to books, journals, scientific articles and other published resources for the solutions of the aims of current paper. Understanding the transfor-

mations that operational and strategic administration undergoes over time, starting from the 19<sup>th</sup> century to the present, and their contribution for the organizational development as a whole is a highly relevant affair. Range comprises the peculiarities of operational activities towards a new stance in the wake of the market specificities of current demands. In other words, a better enhancement of talents, or human capital, is underscored due to satisfactory and efficient results.

**KEYWORDS:** Human resources, operational, strategic, Evolution.

## 1. INTRODUÇÃO

As organizações contemporâneas vêm experimentando novas formas de gestão de pessoas diante de tantas mudanças econômicas, tecnológicas e competitivas num mercado global. Nesse sentido, se tornou de grande relevância aperfeiçoar conhecimentos sobre o posicionamento dos profissionais de recursos humanos no interior das empresas<sup>1</sup>.

Uma organização que se preocupa com o capital humano e na qual as pessoas são vistas como o “instrumento” mais importante nas empresas é algo muito recente. Nem sempre a devida importância foi agregada ao capital humano das organizações<sup>2</sup>.

Na sociedade contemporânea, a preocupação é um pouco maior em relação à consciência de que é a partir das pessoas que as empresas definem ações estratégicas e operacionais que levam os empresários a obterem lucros e a maximizar o capital investido<sup>3</sup>.

Sendo assim, a intenção deste estudo é fazer uma retrospectiva e compreender a evolução histórica da área de Recursos Humanos nas organizações e transformações pela qual ela passou e tem passado no decorrer do período, partindo do século XIX até os dias atuais.

O desenvolvimento desse estudo, primeiramente vai abordar a evolução histórica da área de Recursos Humanos, retratando suas principais características e mencionando os estudiosos responsáveis por todo o desenvolvimento da administração de Recursos Humanos. Num segundo momento, serão ressaltados os vários aspectos dos Recursos Humanos, do operacional ao estratégico, para assim chegarmos à compreensão de que os

Recursos Humanos vêm como uma forte ferramenta para o desenvolvimento da empresa e de que é chegado o momento em que é preciso rever os conceitos e começar a repensar as práticas da área de Recursos Humanos.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

No intuito de atender aos objetivos propostos, a pesquisa científica “visa a conhecer cientificamente um ou mais aspectos” do tema em questão. E assim, “contribuir para o avanço do conhecimento humano”<sup>4</sup>. Nessa perspectiva, de acordo com os autores, a pesquisa científica vem, por seu caráter exploratório, proporcionar informações mais detalhadas sobre o tema em questão.

O processo técnico utilizado foi a pesquisa bibliográfica, pois foi feito o levantamento e seleção de bibliografias publicadas sobre este assunto, assim como também foi realizada uma busca na base de dados da biblioteca eletrônica (<http://www.scielo.org/php/index.php>) e na biblioteca digital da Universidade de São Paulo (<http://www.teses.usp.br/teses>), além de materiais publicados em livros, revistas científicas e outras redes eletrônicas.

## 3. DESENVOLVIMENTO

### Recursos humanos: evolução histórica

Com a chegada da revolução industrial, muitas foram às transformações necessárias para a produtividade em massa, o que resultou em uma nova fase dentro da indústria, tornado necessário novos posicionamentos e diretrizes para os trabalhadores, pois o trabalho em grupo tornou-se nesse momento indispensável e a eficácia do mesmo também. Foi assim que, no final do século XIX, entre os anos de 1900 e 1935, as empresas passaram a necessitar de melhores resultados. Assim, apareceram os ideais defendidos por Frederick W. Taylor, ou seja, pela complexidade que se tornou a linha produtiva, a mediação de conflitos no ambiente organizacional passou a ser indispensável. Daí a necessidade vista por Taylor da administração científica, que trazia o homem como *homo economicus*, o trabalho exacerbadado do homem como recompensa de bens materiais<sup>5</sup>.

Conforme Franco (2012)<sup>6</sup>, Taylor desenvolveu toda sua teoria suportada principalmente em quatro componentes básicos, os quais entendiam serem os principais pontos de apoio nos estudos da Administração daquela época. Sendo que esses fundamentos contribuíram e muito para a teoria da administração.

Nesse sentido, o planejamento é uma fase da Administração Científica que existe até os dias de hoje. Contudo, ela se desenvolve conforme as necessidades e exigências da administração atual, pois é responsável pelo gerenciamento de processos da organização. O planejamento, porém, não se aplica as outras fases, pois, a reestruturação na área de pessoas foi se transformando com

o passar do tempo<sup>1</sup>.

Segundo Franco (2012)<sup>6</sup>, há “a necessidade de trabalhar no planejamento das ações de forma organizada a fim de trazer para a empresa uma eficácia maior em seus processos de trabalho”. Assim como a próxima fase do preparo é constituída da necessidade de selecionar e treinar a mão de obra, existe, além disso, a necessidade do controle como garantia da execução ágil e produtiva, ou seja, controlar o desenvolvimento do trabalho de acordo com a metodologia estabelecida, seguindo uma meta pré-estabelecida. E, por fim, vem a fase da execução, como a função exercida para a delegação de responsabilidades adequadas em relação à distribuição de tarefas nas etapas do processo de trabalho.

As divergências foram muitas, porém, a partir desse momento. O ser humano estava ocupando um novo lugar ou uma nova fase, já que a Administração Científica foi a primeira abertura para as relações humanas no trabalho, mas estava surgindo uma nova teoria que complementava as ideias iniciais de Taylor, a teoria da administração clássica de Henri Fayol<sup>3</sup>.

Conforme Macareno (2006)<sup>7</sup>, Fayol acrescentou algumas questões em relação à execução de tarefas. Visando a intensificar o valor humano, ele defendia que os trabalhadores, independentemente de seu cargo, trabalhassem para o crescimento da empresa, e que os mais talentosos pudessem assumir postos de trabalho mais altos, dando origem à hierarquia na organização. Ele também trouxe vários princípios, regras, métodos, entre outras coisas, para facilitar a relação trabalhador/mão de obra/resultados da empresa.

Nesse sentido, Fayol enfatizava as técnicas administrativas, e esse princípio constituiu um folheto para o jubileu da Sociedade Indústria Mineral em 1908, ressaltando a importância de um líder como bom administrador e não como um técnico brilhante<sup>5</sup>.

Contudo, Carvalheiro (2011)<sup>3</sup> prepondera que esses ideais ainda não foram aceitos por todos, surgindo novos estudiosos e empresários que propuseram novos requisitos necessários à melhoria do processo produtivo. O principal deles foi Henry Ford, que inseriu o princípio da eficiência em seu sentido mais amplo na linha de produção de seus veículos automotores, contudo, este princípio estava voltado para a fabricação de automóveis, setor em que obteve ótimos resultados, mas não suficientes para contentar os trabalhadores e empresários de outras áreas. Pois, se Taylor enfocava a economia do trabalho humano, Ford preocupava-se com a economia do material e do tempo, intensificando um trabalho dividido, repetido e contínuo, baseado na produtividade, intensificação e economicidade – o que ficou conhecido como fordismo.

Os sistemas de trabalho se justificavam pela eficiência e racionalidade, por regras elaboradas em função de atingir metas e objetivos, porém não conseguiam atender

crescentemente às expectativas como o esperado, já que o ser humano não é em sua totalidade um ser controlável e previsível. Assim sendo, Motta; Vasconcelos (2006)<sup>8</sup>:

O conceito que se tinha do ser humano e da ação humana foi ficando complexo. Os estudiosos das organizações foram compreendendo outros aspectos ligados à motivação e à afetividade humana e começou-se a perceber os limites da regra e do controle burocrático como formas de regulação social.

Daí a necessidade de uma nova sistematização que melhorasse o processo produtivo não só pela racionalidade e eficiência, mas que atendesse também às necessidades do trabalhador. Essa necessidade crescente fez surgir, em 1927, a escola das Relações Humanas.

Conforme Chiavenato (2011)<sup>11</sup> a teoria das relações humanas surgiu nos Estados Unidos como consequência das conclusões de uma experiência de Hawthorne, desenvolvida por Elton Mayo e seus colaboradores. Foi um movimento de reação e oposição à Teoria Clássica da Administração.

No Brasil, essas mudanças ocorreram com o primeiro governo Vargas em 1930, que ganharam propulsão com a Revolução de 1930 e o Estado Novo, de acordo com Cunha *et. al.* (2007)<sup>10</sup>:

Entre os impactos de ordens diversas, foram responsáveis pela efetivação da base econômica industrial, além da sistemática intervenção do Estado no âmbito da vida política, econômica e social. A consolidação do papel do Estado nas relações de trabalho tem seu auge no regime ditatorial de Vargas, em 1937. Foi criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, além de dispositivos regulamentadores das condições de trabalho e das organizações sindicais [...].

Esta escola tinha o objetivo de implantar um processo de maior humanização no ambiente de trabalho para o sucesso do processo de gestão. Nesse sentido, a origem dessa escola proporcionou ao homem uma nova posição organizacional, passando a ser levado em consideração na gestão empresarial, significando muito mais do que uma peça que atuava sobre a máquina<sup>6</sup>.

De acordo com Chiavenato (2011)<sup>11</sup>:

O nível de produção não é determinado pela capacidade física ou fisiológica do empregado (como afirmado na Teoria Clássica), mas por normas sociais e expectativas grupais. É a capacidade social do trabalhador que determina seu nível de competência e eficiência e na sua capacidade de executar movimentos eficientes dentro do tempo estabelecido. Quanto maior a integração do grupo, tanto maior a disposição para o trabalho.

Dessa forma, essa teoria apresentou novos rumos para as relações de trabalho e a qualidade de vida do

trabalhador no interior da organização, já que significava que as condições físicas e fisiológicas deveriam estar associadas a trabalhadores socialmente integrados para a garantia da eficiência e do ajuste social.

Conforme Franco (2012)<sup>6</sup>, é a partir do surgimento das escolas de Administração, tanto a Administração Científica como a Administração Clássica, e, em seguida, a escola das Relações Humanas, que a área de Recursos Humanos passa a ter um significado diferente. A partir da evolução da Teoria das Relações Humanas, que foi substituída, após fortes críticas, pela Teoria do Comportamento, ou Behaviorismo, que passa a estudar os aspectos do comportamento humano como um fator fundamental para a construção de resultados mais consistentes para a empresa, mas sem negligenciar o ser humano como ponto de partida para esses resultados.

Nesse momento, as relações humanas e de trabalho passaram por várias transformações e outras manifestações e interpretações científicas que progrediram o homem econômico para o homem social, e mais tarde para o homem complexo<sup>5</sup>.

Essa complexidade resultou em uma nova linguagem organizacional que contempla a motivação, liderança, comunicação, organização informal, dinâmica de grupos, entre outras, baseadas na afirmação de Chiavenato (2011)<sup>9</sup>: “assim, torna-se indispensável conciliar e harmonizar as duas funções básicas da organização industrial: a função econômica (produzir bens ou serviços para garantir o equilíbrio externo) e a função social (distribuir satisfações entre os participantes para garantir o equilíbrio interno)”.

A partir desse momento, o trabalhador passou a ser reconhecido em sua plenitude e foram a ele associados aspectos psicológicos, sociológicos, antropológicos e outros que resultaram na observação de um homem interativo e que sempre está em desenvolvimento pessoal e profissional, dando ênfase às descobertas das teorias das relações humanas que têm ganhado força com o passar do tempo e se aperfeiçoado para a melhoria de resultados na indústria, empresa, ou melhor, organização<sup>6</sup>.

Essas transformações e evoluções continuaram nas próximas décadas, como nos anos 60 e 70, com o surgimento de novas atividades para a força de trabalho em consonância com os direitos civis e treinamentos e desenvolvimento de pessoas enquanto trabalhador organizacional interno. Porém, Cabral *et. al.* (2010)<sup>5</sup> explicam que foi na década de 80 que se iniciou a formação do pensamento estratégico em Recursos Humanos. Cunha *et. al.* (2007)<sup>10</sup> ressaltam que o pensamento estratégico foi “marcado pela disseminação das práticas de gestão japonesas, enfatizando o trabalho de grupos, a implantação de programas de qualidade e a busca por maior eficiência nos processos”.

Conforme Franco (2012)<sup>6</sup>, essas mudanças também apareceram nessa mesma década no Brasil, com o obje-

tivo de encontrar conhecimento e desenvolvimento de pessoal para a melhoria do ambiente de trabalho e qualidade de produtos. Desta forma, as estratégias começaram a fazer parte da gestão de pessoas dentro e fora do país.

Foi no século XX que se iniciou a Gestão de Pessoas na organização. Essa nova concepção na área de recursos humanos chega ao século XXI diante da competitividade organizacional, enfatizando a relevância do trabalhador para os resultados positivos e a necessidade das estratégias para atender esses objetivos, passando de gestão de pessoas para gestão de recursos humanos<sup>5</sup>.

Nesse sentido as organizações estão constantemente em mudança, adotando novos padrões de melhoria para a atuação operacional e estratégica, o que deu origem ao planejamento estratégico para a valorização do capital humano dentro da organização. Dessa forma, concorda-se com Moraes *et al.* (2009)<sup>11</sup> que as organizações vêm adotando novos padrões de relação de trabalho, os quais propõem uma maior presença dos trabalhadores na tomada de decisões das empresas. E um dos fatores que merece destaque é a valorização do capital intelectual, como também a transformação dos recursos humanos de uma atuação operacional para a atuação estratégica, que no século XXI vem se constituindo como a gestão do conhecimento.

Nessa perspectiva, toda a evolução histórica passou por momentos distintos que se completam entre si, exigindo um planejamento sistemático voltado para atender objetivos que gerem resultados positivos para a empresa como um todo, por meio de novos rumos, novas formas de organizar e relacionar tanto os fatores internos quanto externos que compreendem a organização. Nesse caso, o foco no capital humano, que foi valorizado após a visão da administração científica tradicional, favorecendo a “Psicologia Organizacional como uma área que se insere no campo relativo ao trabalho e tem estreito vínculo com as atividades administrativas”, pois, “trata-se de priorizar o desenvolvimento da pessoa, por meio de mudanças planejadas e participativas, nas quais o homem possa adquirir maior controle do seu ambiente”<sup>12</sup>.

Esse autor ainda explicita que, dessa forma, chega-se à fase de gestão de pessoas de forma estratégica para uma estrutura organizacional individual ou de grupo, visando à produtividade, associada à motivação e à conscientização do significado do ato de produzir. Conscientização de que o ato de produzir ocorre por meio de habilidades e conhecimentos organizados e planejados de acordo com o desenvolvimento social, econômico e mercadológico, acompanhando a mudança de valores da sociedade.

### **Recursos humanos: do operacional ao estratégico**

Compreende-se que a área de Recursos Humanos

passou por vários momentos transitórios que resultaram em muitas conquistas para a administração organizacional e a importância do capital humano. Desse modo, destaca-se a transformação do planejamento operacional ao estratégico, pois essas duas fases muito têm contribuído para a evolução da administração da gestão de pessoas, no século XXI.

Essas transformações se explicam por mudanças estratégicas ligadas à gestão e à valorização do capital humano. Sendo assim, do século XIX ao século XXI, identifica-se grandes mudanças mercadológicas, tecnológicas e ainda psicológicas, entre outros âmbitos, ressaltando a aquisição de novas capacitações e conhecimentos ao homem, para que este, como responsável pelo sucesso empresarial possua o saber profissional necessário para tornar a organização competitiva e capaz de alcançar os resultados almejados nas estratégias traçadas para longo prazo. Dessa forma, esse novo entendimento remete a gestão de pessoas à era do conhecimento do século XXI<sup>11</sup>.

A área de Recursos Humanos passou a agir estrategicamente no interior da organização, administrando a qualidade e a eficiência do trabalhador, compreendendo as habilidades, o talento e todas as ações necessárias para tornar os resultados organizacionais rápidos, ágeis e com baixos custos de produção. Sendo assim, Fonseca (2012)<sup>13</sup> explica que:

Este é um momento de grandes oportunidades de trabalho e desenvolvimento, o que proporciona participação ativa e possibilidades de mostrar os resultados dessa intervenção através de indicadores de desempenho. Para isso, é necessário estar vigilante, conhecer os ramos de atividade, da concorrência, do perfil profissional adequado para o tipo de negócio específico, garantindo maior assertividade aos processos de recrutamento e seleção, desenvolvimento e acompanhamento do desempenho destes profissionais.

Mas, a atuação dos Recursos Humanos não pode estar ligada apenas ao comportamento humano, e sim desenvolver um trabalho estratégico voltado para a contribuição que este capital intelectual proporciona para o sucesso empresarial ou organizacional. Elias (2011)<sup>14</sup> ressalta que as estratégias se formam conforme a área de Recursos Humanos é articulada com foco nos resultados mensuráveis da organização, sendo capaz de agregar valor ao negócio e às pessoas, participando de um gerenciamento de ações que facilitem a qualidade de produtos, serviços e resultados.

Nesse sentido, o planejamento estratégico foi um ponto crucial para a evolução dos Recursos Humanos na organização, pois tornou o homem parte integrante e ativa das estratégias empresariais, proporcionando à gestão de pessoas uma nova fase no contexto organiza-

cional<sup>5</sup>.

Morais *et al.* (2009)<sup>11</sup> afirma que “[...] o plano estratégico será, portanto, o ponto de partida não só para as políticas e os procedimentos de recursos humanos e para a formação da equipe, mas também para a sua condução e aperfeiçoamento”. Nesse sentido, o desenvolvimento desse planejamento estratégico indicará o perfil profissional necessário, bem como as qualificações que o trabalhador necessita para alcançar os resultados da empresa, e o capital humano terá o direito de agir como parceiro nos negócios da empresa, auxiliando na execução das estratégias e de todas as suas metas.

Segundo Elias (2011)<sup>14</sup>, essas ações se explicam primeiramente como o entendimento do negócio para conhecer o mercado, o cenário econômico e processos da empresa. Em um segundo momento, com o foco no resultado para efetivar os resultados quantitativos e qualitativos da organização.

Esse autor também pontua como ações fundamentais para um trabalho eficaz as métricas de recursos humanos voltadas para uma gestão baseada em fatos e usa indicadores para diagnosticar oportunidades e avaliar resultados. Ele propugna pela cadeira ao lado do presidente, na qual as grandes decisões não são tomadas sem a participação da área de Recursos Humanos, e ainda pelos projetos proativos e, sem dúvida, a confiança das pessoas e dos gestores que confiam nas ações dos Recursos Humanos porque sabem que proporcionam resultados positivos<sup>14</sup>.

Nesse sentido, a organização se torna dependente da eficiência de seus trabalhadores, mas esta somente será atingida quando gerida estrategicamente pelos gestores de Recursos Humanos, cujas ações serão desenvolvidas para agregar valor à empresa, com resultados a médio e longo prazo. Contudo, essas ações serão eficazes enquanto capazes de satisfazer às necessidades organizacionais e aumentar o comprometimento, a participação e o envolvimento dos trabalhadores<sup>14</sup>.

O desenvolvimento das políticas é muito importante para a formação e aplicação do código ético na organização, bem como a forma como os trabalhadores, acionistas, consumidores, fornecedores também receberão esses valores. Cabe aos administradores ou gestores dos Recursos Humanos estruturarem uma política organizacional que acompanhe o desempenho dos trabalhadores para o alcance de resultados positivos; a partir daí, passam a trabalhar com avaliações que promovam o conhecimento das características individuais e coletivas do grupo organizacional. Principalmente, porque o sucesso do processo produtivo depende desse desempenho e este se torna uma característica de extrema importância<sup>15</sup>.

Para Fonseca (2012)<sup>13</sup>:

Os Recursos Humanos devem conhecer os objetivos da sua empresa e atentar para os processos necessá-

rios para a obtenção dos resultados esperados, garantindo mão-de-obra eficiente na execução dos procedimentos e agregando valor aos produtos e serviços através do suporte à organização com o desenvolvimento dos múltiplos papéis da área. É importante ter a consciência de que os processos de Recursos Humanos são de responsabilidade dos profissionais desta área e se não forem assumidos pelos seus representantes, deixarão de ser vistos como geração de valor para o sucesso organizacional. Além do compromisso com os processos, é necessário que se conheçam as legislações que regem o negócio, especialmente as trabalhistas, bem como os custos de cada contratação e o resultado que cada um gera para a empresa, para que possa orientar os executivos nas tomadas de decisão no que diz respeito às pessoas, e, por outro lado, propor políticas e programas específicos que visam a atender às necessidades pessoais e profissionais dos funcionários. Assim, os Recursos Humanos cumprem o seu papel de mediar as relações entre a empresa e seus colaboradores.

A busca pela satisfação, prazer, contentamento são constantes na vida do ser humano, tanto no âmbito pessoal quanto familiar e social, e isso não é diferente no profissional. Quando essa satisfação, prazer e contentamento são encontrados pelo trabalhador ele terá uma motivação muito maior em realizar o seu trabalho, em participar dele ou integrar a equipe. De acordo com Milkovich *et al.* (2009)<sup>1</sup>:

Os Recursos Humanos trazem o brilho da criatividade para a empresa. As pessoas planejam, produzem os produtos e serviços, controlam a qualidade, vendem os produtos, alçam recursos financeiros e estabelecem as estratégias e objetivos para a organização. Sem pessoas eficazes, é simplesmente impossível atingir seus objetivos.

Partindo desse pressuposto, é muito importante a contribuição do especialista na administração dos Recursos Humanos, já que poderá planejar programas de treinamento eficazes e adequar a qualidade de serviço dos trabalhadores de acordo com as necessidades da organização e das mudanças tecnológicas.

Dessa forma, como aponta Chiavenato (2009)<sup>15</sup> compreende-se que os fatores internos (decorrentes de suas características de personalidade, como capacidade de aprendizagem, de motivação, percepção do ambiente interno e externo, de atitudes, de emoções de valores etc.) e externos (decorrentes do ambiente em que envolvem as características organizacionais, como sistemas de recompensas e punições, de fatores sociais, de políticas, de coesão grupal existente etc.) são impulsionadores para cada responsável e cada atividade organizacional. Para desenvolver uma gestão de pessoas adequada, os admi-

nistradores dos Recursos Humanos terão que tomar atitudes, decisões e posicionamentos, mas isso precisa ser feito de forma também eficiente e com um objetivo definido, que é a qualidade de vida no trabalho para o trabalhador e a qualidade do trabalhador ao executar sua função no ambiente organizacional.

Assim, ambos precisam constituir uma cultura organizacional que seja desempenhada de acordo com os objetivos desejados para que os trabalhadores não desempenhem funções indesejáveis que coloquem em risco o sucesso de funções específicas. O resultado disso é a atuação necessária das Políticas Organizacionais como guias para minimizar problemas que possam ocorrer frequentemente nos trabalhos desempenhados<sup>16</sup>.

Dessa forma, as políticas situam o código de valores éticos da organização que, através delas, governa suas relações com os empregados, acionistas, consumidores, fornecedores etc., e, a partir das políticas, podem-se definir os procedimentos a serem implantados que causarão profundos impactos nas pessoas e nas organizações. A maneira de lidar com pessoas, de buscá-la no mercado, de integrá-las e orientá-las, de fazê-las trabalhar, de desenvolvê-las, de recompensá-las ou monitorá-las e controlá-las. Ou seja, a qualidade da maneira como as pessoas são geridas na organização é um aspecto crucial para a eficiência da gestão dos Recursos Humanos. Pois, diante dessa concepção, os avanços tecnológicos, recursos físicos, intelectuais, humanos, automatizados e a acessibilidade da era do conhecimento oportunizarão à gestão de Recursos Humanos a forma mais adequada de atingir os objetivos organizacionais, que continuarão a contribuir para a evolução desta área<sup>1</sup>.

Nesse contexto, o sucesso organizacional depende do conhecimento, das habilidades, da criatividade e da motivação dos trabalhadores juntamente com um ambiente favorável ao pleno desenvolvimento desses aspectos, por isso, a relevância da gestão de recursos humanos estratégica.

#### 4. DISCUSSÃO

De acordo com os objetivos propostos nesse estudo, é possível compreender que durante o século XIX as organizações tinham como foco a força física do trabalho do homem. O homem era tido unicamente como um operário que deveria realizar suas funções repetitivamente, com a única finalidade de realizar com eficiência os serviços determinados para a mão-de-obra da empresa. Nessa perspectiva, Carvalheiro (2011)<sup>3</sup> explica que essa era uma prática tradicional, na qual a gestão de pessoas não atuava voltada para as relações internas e externas dos funcionários, e sim, por um interesse técnico constituído do custo benefício que poderia ser atingido por meio do esforço físico do trabalhador.

Esse autor destaca a evolução histórica das relações dos recursos humanos na organização diante das contri-

buições da Administração Científica, de Taylor, da Administração Clássica, de Fayol, e a Administração das Relações Humanas, de Mayo, que contribuíram muito para o surgimento de um novo posicionamento para a valorização do trabalhador no ambiente de trabalho, bem como a definição de suas atribuições e funções.

Num primeiro momento, o homem não era visto em sua plenitude, ou seja, não eram valorizados seus aspectos psicológicos, sociológicos, culturais, afetivos, emocionais, entre outros, e depois, já no próximo século, os responsáveis pela administração dos recursos humanos começaram a valorizar o sujeito como um “organismo interativo”, visto que a organização precisava de um pouco mais desse homem, já que ele não era somente a força física atuante, e sim o responsável pela fabricação de produtos de qualidade que devem atender às necessidades do consumidor em potencial<sup>6</sup>.

A partir desse momento, o homem passou a viabilizar o progresso da empresa, ou seja, aquele que antes era visto como um simples operário tornou-se um sujeito com potencial e talento capaz de garantir a competitividade e a inovação organizacional, por meio de suas atitudes individuais e de seu talento para o trabalho em equipe e o comprometimento em atingir as metas traçadas pela empresa por meio de estratégias. Tais estratégias devem ser desenvolvidas por gestores que valorizem o capital humano, direcionando todo o planejamento estratégico em função de trazer e manter o talento dos funcionários.

Sendo assim, investir na gestão estratégica de pessoas é imprescindível na medida em que se necessita de um grande diferencial competitivo. Contudo, o século XXI precisa de um pouco mais, de um profissional de alto nível, autônomo, e capaz de tomar decisões rápidas e acertadas.

A valorização dessa nova forma de gerir, não obstante, ainda passa por dificuldades em empresas de pequeno porte, que costumam investir mais na parte comercial e financeira do que na retenção de talentos, treinamentos e políticas organizacionais. Assim, instalar a gestão democrática em pleno século XXI, em alguns pontos é recente, o que torna necessário mostrar a sua relevância para todas as empresas, independentemente do porte que tenham, pois novas estratégias são fundamentais para ganhar competitividade e se manter no mercado.

De acordo com Francischini (2013)<sup>17</sup> “o retrato do sucesso, nos dias de hoje, entretanto, não está relacionado com o porte da empresa, e sim com a agilidade e a inovação”, valorizando três pontos chave: “conhecimento, experiência, especialização”. Nesse sentido, faz-se necessário um posicionamento objetivo e competente dos gestores. Da mesma forma, é aconselhado o investimento em capacitação contínua de todo o quadro corporativo da organização, com planejamentos estratégicos eficazes que visem a capacitar o trabalhador en-

quanto força física, talentosa e intelectual da empresa.

Da mesma forma, cabe a esse trabalhador ser criativo, inovador, ousado, e, entre outras coisas, competente e responsável, alcançando a gestão do conhecimento pautada sob a ótica dos avanços tecnológicos, do talento do capital humano e, acima de tudo, gerir a qualidade e eficiência desse capital ressaltando suas habilidades, transformando-as em resultados organizacionais rápidos, ágeis e com baixos custos de produção.

Pois o momento atual necessita que o capital humano seja considerado como o ponto diferencial para o sucesso da empresa, deixando para trás os reflexos do método operacional instalado no século XIX, permeados por uma visão ousada que não se atenha ao porte da empresa, mas à riqueza e os recursos humanos que ela possui para se fortalecer cada vez mais no mercado.

## 5. CONCLUSÃO

Conclui-se que no momento atual os recursos humanos devem ser geridos por uma direção estratégica, voltada para decisões nucleares associadas no sentido de atingir a missão e os objetivos traçados para o alcance dos resultados globais da interação entre trabalhador/empresa/resultados.

Esses resultados ocorrem quando a equipe responsável em gerir os recursos humanos consegue selecionar, capacitar, treinar e desenvolver um novo perfil no trabalhador e na organização, valorizando o talento dos seus funcionários por meio de políticas organizacionais, critérios de remuneração, comunicação interna, competências técnicas, comportamentais, e outros aspectos que fortaleçam a motivação, o envolvimento, o empenho, a flexibilidade e outras habilidades que fazem a diferença para consolidar os resultados almejados<sup>5</sup>.

Portanto, cabe à gestão estratégica dos recursos humanos colaborar para manter e atrair o capital humano, valorizando o seu talento com investimento em treinamento e desenvolvimento dos profissionais para que, assim, possam, por outro lado, desempenhar seu trabalho com efetividade. Tal gestão estratégica está associada com o trabalho executado pelo psicólogo organizacional, que contribui significativamente para as relações humanas e as atividades administrativas, já que a gestão estratégica estuda, desenvolve e também aperfeiçoa as características humanas, a favor do controle humano sobre si mesmo e o mundo ao seu redor.

Nesse sentido, a Psicologia Organizacional facilita as relações de conflitos, de poder, e ainda, as relações intra e interpessoais tão relevantes para o sucesso da empresa, já que o capital humano vem estabelecendo um grau de importância cada vez maior no ambiente empresarial<sup>12</sup>.

## REFERÊNCIAS

- [1] Milkovich GT, Boudreau JW. Administração de Recursos Humanos. Trad. Reynaldo C. Marcondes. 1ª. ed. 7. Reimp. São Paulo: Atlas. 2009.
- [2] Fogari I, Teixeira ES. A importância do desenvolvimento humano para a organização. 2012. Disponível em: <http://www.facsao Roque.br/novo/publicacoes/pdf/v3-n1-2012/Isaura.pdf>. Acesso em: 18/03/2015
- [3] Carvalheiro CDS. A Evolução da Gestão de Recursos Humanos. 2011. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream>. Acesso em: 12/04/2015.
- [4] Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2º ed. Rio Grande do Sul: Freevale, 2013. Disponível em: <http://www.freevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>. Acesso em: 26/06/2015.
- [5] Cabral AML et. al. A evolução da área de gestão de pessoas. 2010. Disponível em: [www.viannajr.edu.br/files/uploads/20140224\\_082254.pdf](http://www.viannajr.edu.br/files/uploads/20140224_082254.pdf). Acesso em: 12/04/2015.
- [6] Franco JO. Recursos Humanos: fundamentos e processos. Ed. rev. Curitiba, PR: IESDE, 2012.
- [7] Macareno I. Gestão com pessoas: comunicação como competência de apoio para a gestão alcançar resultados humanos. 2006. Disponível em: [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/27/27154/tde.../1074012.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/27/27154/tde.../1074012.pdf). Acesso em: 18/03/2015.
- [8] Motta FCP, Vasconcelos IFG. Teoria Geral da Administração. São Paulo: Thomson Learning, 2006.
- [9] Chiavenato I. Introdução a teoria da administração. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- [10] Cunha MMC et.al. Estudo sobre a evolução da área de recursos humanos. 2007. Disponível em: [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2007/trabalhos/sociais/inic/INICG00070\\_01C.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2007/trabalhos/sociais/inic/INICG00070_01C.pdf). Acesso em: 23/04/2015.
- [11] Moraes LL, Misunaga HY. Recursos humanos: profissional a parceiro estratégico de negócios – mito ou realidade?. 2009. Disponível em: [www.dad.uem.br/semad2009/download/Caderno%20Resumos.pdf](http://www.dad.uem.br/semad2009/download/Caderno%20Resumos.pdf). Acesso em: 24/04/2015.
- [12] Zanelli JC. O psicólogo nas organizações de trabalho. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- [13] Fonseca LA. A área de recursos humanos como parceira do negócio. In: 2012.
- [14] Elias M. Como ser um RH estratégico. 2011. Disponível em: <http://marcelodeelias.com.br/wp-content/uploads/2014/09/Livro-RH-no-Poder.pdf>. Acesso em: 23/04/2015.
- [15] Chiavenato I. Administração de recursos humanos. Edição compacta. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- [16] Jacobs FR, Chase RB. Administração e de operações: o essencial. Trad. Teresa Cristina Felix de Souza. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- [17] Franceschini C. A implantação do setor de recursos humanos em uma empresa de pequeno porte. 2013. Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/70913/000878021.pdf?sequence=1>. Acesso em: 11/08/2015.



# A RELAÇÃO MÃE E FILHA E SUAS IMPLICAÇÕES NA ANOREXIA

THE RELATIONSHIP MOTHER AND DAUGHTER AND ITS IMPLICATIONS IN ANOREXIA

SAMIRA MERI CRUZ<sup>1\*</sup>, FRANCIELLE GONZALEZ CORREIA GOMES<sup>2</sup>

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

\* Avenida Rocha Pombo, 146, Centro, Lobato, Paraná, Brasil. CEP: 86790-000. [sa\\_marry89@yahoo.com.br](mailto:sa_marry89@yahoo.com.br)

Recebido em 26/05/2015. Aceito para publicação em 01/09/2015.

## RESUMO

A anorexia é uma patologia, principalmente em mulheres, que consiste na recusa em alimentar-se por um pavor de engordar. Profundamente vinculado aos conflitos familiares, especialmente entre mãe e filha, principalmente pela dificuldade de aceitação da feminilidade. O presente artigo tem por objetivo compreender essa relação entre mãe e a filha anoréxica, sob uma vertente psicanalista. Trata-se, portanto de uma revisão bibliográfica, onde a busca foi realizada em bancos de dados conhecidos, como por exemplo, o Scielo, a partir da leitura os artigos selecionados foram analisados para incorporação do tema. Dessa forma, consideramos que anorexia está vinculada a uma tentativa de separação do Outro materno.

**PALAVRAS-CHAVE:** Anorexia, relação mãe-filha, feminilidade, psicanálise.

## ABSTRACT

Anorexia is a disease, especially in women, which is the refusal to eat by a dread of fatness. Deeply tied to family conflicts, especially between mother and daughter, mainly because of a difficult acceptance of femininity. This article aims to understand the relationship between mother and the anorexic daughter under a psychoanalyst shed. It is therefore a literature review where the search was conducted in known databases, such as Scielo an from some articles selected that we analysed for theme incorporation. Thus, we consider that anorexia is linked to an attempt to split the maternal Other.

**KEYWORDS:** Anorexia, mother-daughter relationship, femininity, psychoanalysis.

## 1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa intitula-se "A relação mãe-filha e suas implicações na anorexia" e visa responder a questão "o que a literatura atual aponta acerca das relações estabelecidas entre mãe e filha que poderão fazer eclodir sintomas anoréxicos?". Pretendemos compreender, na literatura psicanalítica atual, como é relação entre estas, apontar as influências positivas e negativas que a mãe tem sob a filha anoréxica e, deste modo, ampliar o conhecimento sobre os processos de amadurecimento e do

tornar-se mulher.

Para Giordani (2006)<sup>1</sup> a anorexia é um transtorno alimentar com a distorção na auto-imagem corporal, sendo sua principal característica o medo mórbido de engordar e uma forma de realizar a restrição alimentar. Entretanto, para Cordás (2004)<sup>2</sup>, o termo anorexia não é o mais adequado, pois do ponto de vista psicopatológico não ocorre uma perda real do apetite, ao menos no início da doença, mas sim uma recusa em alimentar-se. Segundo os especialistas do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo (Ambulim), 0,5% a 1% da população mundial sofre de transtornos alimentares.

O tema dos Transtornos Alimentares faz referência a uma patologia da mulher e os estudos psicanalíticos apontam dificuldades nos laços da relação materna e seus desdobramentos, como fatores importantes no desencadeamento da Anorexia Nervosa<sup>3</sup>.

O interesse pelo assunto surgiu a partir do contato com a temática, ainda nos primeiros anos da graduação, o que possibilitou uma primeira visão sobre a anorexia nervosa através de uma vertente psicanalítica.

Observamos que algumas edições e matérias na Revista Veja, popularmente conhecida, trouxeram conteúdos digitais sobre a anorexia, tais como "Estudo questiona tratamento compulsório para anorexia", "Grã-Bretanha trata uma centena de crianças de 5 a 7 anos por anorexia" e "Estudo testa marca-passo cerebral para tratar anorexia", tentando, através de informações e de forma breve, alertar a população sobre sintomas e a necessidade de ajuda profissional. De acordo com dados trazidos pelas edições da publicação acima mencionada, em 2011 e 2013, estima-se que a anorexia atinge mais adolescentes mulheres com idades entre 15 e 19 anos, e sua taxa de mortalidade é de 6% a 11%, porém a mesma publicação, em outro momento, relatou que "cerca de 1.500 adolescentes de 13 a 15 anos também foram tratados por anorexia na Grã-Bretanha". Nesta pesquisa puderam verificar que 35 hospitais públicos britânicos trataram 2 mil crianças de 5 a 15 anos com distúrbios alimentares. Com isso, acreditamos que falar sobre ano-

rexia é de suma importância na sociedade atual.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa é bibliográfica. "É desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos" (GIL, 2002, p. 44)<sup>4</sup>. Tais pesquisas buscam a análise das diversas posições acerca de um problema. E, segundo Gil (2002, p. 45)<sup>4</sup>, a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Tendo, assim, como vantagem o fato de permitir ao pesquisador uma escala de fenômenos mais ampla.

Primeiramente foi realizada uma coleta das informações por meio da busca eletrônica nos bancos de dados Google Acadêmico, Scielo e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. Nestes meios eletrônicos delimitou-se a pesquisa no período dos dez últimos anos, para a qual foram utilizados os seguintes descritores: anorexia, relação mãe e filha.

Com esses descritores foram encontrados trinta e sete resultados e destes selecionamos oito produções teóricas, que foram revisadas e incorporadas à pesquisa. Os critérios utilizados para escolha entre as trinta e sete produções foram a leitura dos resumos dos artigos, a abordagem psicanalítica do tema, e a ênfase na relação parental.

Inicialmente discorreremos sobre a anorexia; em seguida abordaremos a problemática da relação "saúdavel" entre a mãe e filha para, posteriormente, discutirmos a Relação Mãe-Filha na Anorexia, onde em sua constituição serão apresentados e discutidos os artigos pesquisados.

## 3. DESENVOLVIMENTO

### Anorexia

O termo anorexia vem do grego *orexis* (apetite), acrescido do prefixo *an* (privação, ausência), significando falta de apetite<sup>5</sup>. Na verdade, para Cavalcante (2009)<sup>6</sup> esse termo é errôneo, já que a falta de apetite é rara, pois o indivíduo muitas vezes sente fome, mas procura negá-la.

Segundo DSM - IV (2002)<sup>7</sup> uma das características essenciais da anorexia nervosa é a recusa do indivíduo de manter um peso corporal na faixa normal mínima, associada a um temor intenso de ganhar peso. Este é caracterizado por severos distúrbios de comportamento alimentar, que merecem análise cuidadosa no que diz respeito aos aspectos e cuidados nutricionais, pois a anorexia nervosa tem fatores psicológicos, biológicos e sociais. O DSM - IV (2002)<sup>7</sup> inclui dois subtipos para diagnóstico, sendo eles o Tipo Restritivo, no qual a perda de peso é conseguida principalmente através de dietas,

jejuns ou exercícios excessivos e o Tipo Ingestão Compulsiva/Tipo Purgativo, no qual durante o episódio de anorexia nervosa a pessoa recorre habitualmente a ingestão compulsiva ou a comportamento purgativo.

O CID - 10 (1993)<sup>8</sup> traz como critérios diagnósticos para a anorexia nervosa:

A perda de peso e manutenção abaixo do normal (IMC 17,5 kg/m<sup>2</sup>), perda de peso autoinduzida pela evitação de alimentos que engordam, medo de engordar e errônea percepção da realidade corpórea, considerando-se muito gorda (o), distúrbio endócrino envolvendo o eixo hipotálamo-hipofisário gonadal (amenorreia) e atraso desenvolvimento puberal.

Em alguns dados históricos, Camargo (2010, p. 19)<sup>9</sup> revela que a anorexia já existia na Idade Média e mais tarde ela veio a ser chamada de Anorexia Mística que, diferente da concepção moderna, afetava mulheres muito devotas a religião. Nascimento (2010)<sup>10</sup> comenta que os primeiros casos de manifestações de possível anorexia nervosa surgiram como meio para ascender ao Divino. Percebemos que de algum modo a religião continuava sendo um veículo de informação, pois após um tempo, a mulher magra tornou-se sinônimo de bruxaria, o que levava algumas a serem queimadas na fogueira. A primeira descrição médica da doença foi feita em 1694 pelo inglês Thomas Morton designando "Caquexia Nervosa"; já em 1873 William Grull deu uma denominação mais específica: "Anorexia n Nervosa".

Nascimento (2010)<sup>10</sup> relata que já no século XX, especificamente a partir dos anos 70, é que a investigação e a clínica da anorexia nervosa sofreram impulsos decisivos, em grande parte devido à contribuição de três pioneiros: Hilde Bruch, Arthur Crisp e Gerald Russel, sendo que Crisp, em 1980, definiu a anorexia nervosa como uma "fobia do peso", devido ao mórbido receio de engordar, relacionado com algumas dificuldades psicológicas de encarar as transformações da puberdade e da adolescência. Podemos perceber que houve uma mudança significativa no referencial, pois se na Idade Média conservaram a magreza para alcançar a Deus, hoje ela é um sinônimo de beleza.

Ramalho (2004)<sup>11</sup> comenta que estudos psicanalíticos atribuem aos sintomas da anorexia as dificuldades nas relações primordiais, que influenciariam na imagem que as mulheres têm de si mesmas, pois sabemos que essa nossa imagem é constituída através do olhar do Outro. Ramalho (2004)<sup>11</sup> aponta também que é "o discurso materno que reveste o corpo biológico com uma segunda pele - esta, simbólica", quando de alguma maneira, à falta de um desejo, esse olhar se torna falho e o espelho torna-se um objeto onde pode olhar-se, mas não se pode ver-se.

Entretanto, Ramalho (2004)<sup>11</sup> também discorre que uma das teorias de interpretação psicológica é a uma recusa da feminilidade, como forma de defesa para manter o corpo infantil. Portanto, a anorexia para a psi-

canálise está atrelada à feminilidade, que é apresentada à mulher a partir da edificação edípica.

### Relação mãe-filha saudável

Podemos iniciar dizendo que na relação mãe-filha há etapas necessárias para compreender um relacionamento conflituoso pelas questões pré-edípica e edípica, além da constituição da feminilidade<sup>12</sup>. Para Vieira (2008)<sup>13</sup>, "a mãe, enquanto função, tem como tarefa primeira alimentar a criança de comida, garantindo sua sobrevivência através de um objeto que supra a necessidade vital". Freud, em seu texto "Sexualidade Feminina", diz que uma intensa relação da menina com a mãe pode tanto dificultar o desenvolvimento da feminilidade de uma filha quanto o processo de separação com a mãe. Assim, segundo Guimarães (2013)<sup>14</sup>, a grande questão da mulher é a separação da mãe, para assim ter um futuro dela separado. Dessa maneira, cada menina precisa criar e inventar o seu jeito de ser mulher, produzindo identificações femininas para fazer-se mulher. Porém, há problema se essa separação na relação da mãe e filha torna-se complicada, ao ponto que "Freud chamou atenção para esta situação e deixou claro que é daí que vêm a maioria dos problemas neuróticos das mulheres"<sup>14</sup>.

Segundo Dolto (1984)<sup>15</sup>, "se a mãe se narcisa de ser mulher e se sente feliz de ter uma filha, tudo está em ordem para a criança, que pode assim investir sua feminilidade e seu sexo de maneira positiva". Dolto (1984)<sup>15</sup> ainda afirma que o "bebê-menina, ao ser reconhecido como bom, belo e gracioso, já supera um risco quando encontra uma mãe plenamente satisfeita com sua maternidade".

Zalberg (2003)<sup>16</sup> retorna a Freud quando afirma que "a feminilidade de uma filha constitui-se pré-edípica e edípicamente entre pai e mãe", pois na "lógica fálica que constitui a teoria do Édipo o pai ocupa um lugar simbólico regulando as posições que a menina ocupara na família e sociedade"<sup>16</sup>, como sabemos, seu papel é instituir a primeira separação entre a mãe e a criança/menina.

De acordo com Vieira (2008)<sup>13</sup> mesmo depois de "renunciado o amor materno, será necessário conservar agora uma identificação a ela. Mais que uma substituição da mãe pelo pai, trata-se aí de um transporte, mantendo a relação com a mãe". Essas mudanças ocorridas, pela entrada da função paterna, deixam um resto carente de simbolização. Assim, as modificações sofridas após a metáfora paterna nunca serão suficientes, razão que justificaria a impossibilidade de separação e abandono à referência da mãe. Lima (2008)<sup>12</sup> complementa que ela (a menina), após a saída do Édipo, continuará procurando uma identificação feminina, que só poderá ser encontrada "junto a sua mãe, mulher como ela." No entanto, "esse processo edípico, no caso das meninas, deixa um resto na condição de separação com a mãe"<sup>12</sup>. Lima (2008)<sup>12</sup> ainda ressalta que "a partir da possibilidade de

uma mãe poder ser mãe e mulher, sem abandonar nenhum desses dois aspectos que constituem sua feminilidade, é que sua filha pode encontrar um apoio para formar feminilidade, distinta da de sua mãe".

A palavra "mãe" para Dolto (1984)<sup>15</sup> "significa, para além da história episódica fasto ou nefasto de feto ou bebê, a representação humana da criatividade, o próprio símbolo da fertilidade humana". Ainda, segundo a autora, é após a maternidade que a evolução da sexualidade feminina está em condições de alcançar de fato a resolução dos resíduos emocionais edípicos. Dolto (1984)<sup>15</sup> nos traz que a mãe, por menos acessível que seja, torna-se gêmea de sua filha, de certa maneira, um modelo experimentado de irmã mais velha, ou ainda serve masoquista.

Zalberg (2003)<sup>16</sup> coloca que, para Lacan, a alienação e separação são consideradas construtivas do ser humano, principalmente na relação mãe e filha, pois nesta articulação apresenta-se suavidade peculiar pela ligação que a filha desde menina estabelece com a mãe. De certa maneira, Zalberg (2003)<sup>16</sup> aponta que a menina continua alienada no desejo da mãe, necessitando de um desejo próprio, podendo ser dito seu, para separar-se dessa mãe.

Sobre o envolvimento no jogo parental, Nascimento (2010)<sup>10</sup> comenta que ao longo da infância e adolescência a menina pode identificar-se com um dos pais, sendo somente o Tipo A - fidelidade à mãe - nos é relevante:

"a mãe frequentemente confia à filha a relação de sofrimento que tem com o marido e sogros. A filha, tende a partilhar do ponto de vista da mãe, contudo não a respeita verdadeiramente, nem tem grande consideração. A filha assume que é moralmente superior face aos outros e mantém uma relação privilegiada com a mãe, reforçando-a a manter o seu comportamento."

### Relação mãe-filha na anorexia

Como a pesquisa parte de pressupostos psicanalíticos, realizamos uma leitura breve nas obras de Freud. Percebemos que durante a vida Freud não se dedicou a escrever exclusivamente sobre a anorexia, entretanto em suas obras podemos localizar importantes considerações acerca desse transtorno. Campos (2008)<sup>17</sup> comenta que Freud demarcou o campo pré-edípico como território da relação mãe e filha, e Lacan descreve esta relação como de amor e ódio - devoração e recusa recíprocas - que sem a mediação fálica pode tornar-se devastadora, chamando atenção para alienação e separação, que nada mais são que a alienação delimita, que não existe sujeito sem a relação com o Outro e que ele inicialmente se situa como objeto do desejo desse Outro, porém a separação enfatiza a tentativa do sujeito de sair do lugar de objeto: "se separar" do Outro, assim, podendo realmente assumir a condição de sujeito desejante, portanto faltoso. Logo, para Lacan em seu texto "O sujeito e o Outro",

na separação está em jogo o recobrimento de duas faltas: a do sujeito e a do Outro.

Fava e Peres (2011)<sup>18</sup> reforçam que Freud não se dedicou a tratar do assunto, porém postulou que a função alimentar pode ser comprometida pela ocorrência de eventos traumáticos e o histórico clínico de suas pacientes também possibilitou articular a anorexia à problemática relacionada à feminilidade e à maternidade. Primeiramente, Freud colocou a anorexia no campo da histeria, podendo também ser considerada algo próximo a uma melancolia. Na maioria das vezes se apresentava em mulheres cuja sexualidade não se desenvolvia por completo, com certa frigidez, característica presente nas hísticas. Por exemplo, o caso de Emmy von N., paciente de Freud citada por Fava e Peres (2011)<sup>18</sup>, que afirmava perder o apetite após presenciar a morte do marido e associava ainda que o ato de comer lhe causava repulsa, por conta de acontecimentos na infância, onde sua mãe a obrigava a comer próximo de seus irmãos enfermos. Outra paciente citada foi Dora, cuja tese é embasada no estabelecimento de uma relação entre o surgimento de seu comportamento alimentar patológico e seu envolvimento com um amigo do pai. Para Freud "os sintomas decorriam basicamente da incapacidade de a paciente manejar as emergências pulsionais típicas da juventude potencializadas pela natureza edípica da situação por ela vivenciada" (FREUD, 1895/1996b apud FAVA e PERES, 2011)<sup>18</sup>.

Dolto (1984)<sup>15</sup> foi uma autora de suma importância para a conceituação do que é ser mulher e de sua sexualidade. Segundo ela, "se a mãe é sentida como desvitalizante, então sua presença provoca no bebê comportamentos e reações peristálticas invertidas ou perturbadas: a anorexia".

Oliveira *et al.* (2013)<sup>19</sup> trazem a construção da imagem corporal como importante para o entendimento do transtorno alimentar. Eles afirmam que os lutos sofridos na adolescência, fase onde a anorexia tem maior incidência, acabam por dificultar a visão de si mesmo. Um dos sintomas biológicos da anorexia é a interrupção da menstruação, tida por alguns autores, como por exemplo, Souza e Santos (2006)<sup>20</sup>, como a recusa da maturidade sexual e da feminilidade no corpo em transição para a vida adulta. Deste modo, a menina acredita não se tornar mulher e conserva seu corpo infantil.

As autoras Gonzaga e Weinberg (2009)<sup>3</sup> trazem que Eric Bidaud (1998) é quem melhor trata dos enigmas que ligam a conduta anoréxica à noção de tentação, apresentando a problemática entre a relação mãe-filha. Deste modo, para este autor, a anorexia é entendida como uma relação mortífera com o objeto da necessidade, e promovida na relação de domínio entre mãe e filha. As autoras ilustram que o espaço de tentação, por sua vez, representaria o laço entre a mãe e a filha anoréxica, sob o domínio do desejo incestuoso da mãe: impossibilidade

de ser "trocada" pelo desejo do pai, a sedução paterna - entendida como uma fantasia organizadora que introduz ao complexo de Édipo -, estaria inacessível à menina. É este fracasso que será então encenado por ocasião de sua entrada na adolescência, momento em que 'traumatizada' pela puberdade e pela exigência de tornar-se mulher, terá de re-significar a conflitiva e o enlace materno. (GONZAGA e WEINBERG, 2009)<sup>3</sup>.

Deste modo, podemos afirmar que, para a psicanálise, a anorexia está voltada para o drama mãe e filha. Fava e Peres (2011)<sup>18</sup>, dizem que a complexidade desta relação na anorexia deve-se a uma falha na internalização do triângulo edípico e recusa do desejo do outro. Acrescentando que, para a menina, a saída do complexo de Édipo é muito diferente do menino, pois ela tem que travar uma competição simbólica com a mãe, mas não pode odiá-la. FUCKS (2003)<sup>21</sup> aponta que "a autossuficiência da filha pode ser explicada como defesa contra o edipiano [modalidade hística]; mas principalmente como algo a serviço da recusa. Recusa da diferença sexual, da castração, e da morte".

Observamos que muitas vezes a orientação médica coloca a mãe da anoréxica como alguém para vigiar essa filha, o que na verdade teria que dar possibilidade à separação. A mãe se apresenta para a filha como alguém sem falta, voltada para os cuidados dela. Entretanto, a psicanalista Fernanda Pimentel (2011)<sup>22</sup>, em um depoimento para o site Dois Pontos, afirma que é através da recusa que a filha inverte essa relação, essa mãe onipotente fica sob o poder da filha que, sem alimentar-se, dita e modifica toda uma organização e uma dinâmica familiar. É um não comer por opção, para guardar o seu desejo. Como afirma Lacan (1958)<sup>23</sup> "é um se alimentar do nada, comer o nada". Existe uma dificuldade em se relacionar com o alimento, não apenas o fato de se manter magra. Vieira (2008)<sup>13</sup> nos diz que, "comer nada é uma forma encontrada pelo sujeito para fazer corte ao Outro, introduzindo uma falta, um não, diante da papinha sufocante que o Outro lhe oferece, na confusão entre desejo e necessidade".

Fernanda Pimentel (2011)<sup>22</sup> acrescenta em seu depoimento que, o comer o nada é voltado ao desejo, pois pode ser uma maneira de barrar a mãe, passar de uma posição passiva para uma posição ativa. Guardar para si o próprio desejo, através de comer o nada e dar espaço para que o simbólico se instale são diferentes de não comer. Para cada sujeito a recusa por alimento significa algo diferente, introduzir uma falta e, como o sujeito usará isso de um modo singular, cada relação mãe-filha vai ter uma história, assim como aquele sintoma vai ter uma história.

Entretanto, na opinião de Souza e Santos (2006)<sup>20</sup>, os fatores familiares seriam provocadores para o aparecimento da patologia, mas não sua causa isolada. Segundo esses autores, a família está diretamente ligada aos pro-

blemas na anorexia, podendo assim transmitir preocupações alimentares. No entanto, outros fatores se tornam um risco para agravar esse e demais transtornos, como déficit de autoestima, características específicas da personalidade, fatores estressantes da história de vida, aspectos cognitivos, influências biológicas, além de humor depressivo e irritabilidade, entre outros. Souza e Santos (2006)<sup>20</sup> ainda apontam que frente a uma tendência de patologização da relação mãe-filha na anorexia, alguns terapeutas criticam essa interpretação, como se a autonomia e dependência não fossem fatores que pudessem existir ao mesmo tempo. Para esses autores devemos observar essa relação como potencialmente produtora de melhora no transtorno, com uma função importante dentro da família. Deste modo, a mãe estaria na melhor posição para facilitar a recuperação da filha e a dependência desta em relação à mãe pode ser fonte de apoio para a filha durante o tratamento.

Souza e Santos (2006)<sup>20</sup> nos traz uma pesquisa feita em outra cultura, especificamente na China:

"onde a recusa da comida simboliza a disciplina aplicada ao corpo e a punição dirigida à família, como forma de vingança pelo aprisionamento vivenciado pela anoréxica dentro da família. Notou-se que a anorexia apareceu como forma de protesto e mostrou descontentamento frente à falta de autonomia da filha com relação aos pais".

Em contrapartida, Cardoso (2009)<sup>24</sup> discorre que as anoréxicas representaram um corpo que não está integrado com o "eu". Ligado à "impossibilidade de a anoréxica perceber sua magreza revela que o corpo não está reduzido só ao somático; há que se levar em conta o corpo libidinal, que é palco de inscrição de conflitos relacionados à sexualidade e à feminilidade" (FERNANDES, 2006 apud CARDOSO, 2009)<sup>24</sup>. Cardoso (2009)<sup>24</sup>, diz ainda que para que o corpo libidinal se constitua, é necessário um adequado investimento materno no corpo do bebê, que propicia a superação do puro registro da necessidade.

Sobre isso Ramalho (2004)<sup>11</sup> diz que a frágil imagem de si, característica das pessoas que apresentam anorexia, muitas vezes decorre do fato de se sentirem atendidas somente em suas necessidades biológicas e não encontrarem acolhida às suas demandas psíquicas, não lhes sendo oferecido um olhar, do qual se pudesse obter um reconhecimento enquanto sujeito. Esse olhar pode ter acontecido, mas não foi suficiente.

Seguindo essa ideia, Fava e Peres (2011)<sup>18</sup> dedicaram suas pesquisas aos fenômenos que ocorreram na internet, que buscam promover e perpetuar dietas restritivas e métodos purgativos, evidenciando que essa divulgação oferece risco à vida. Os resultados obtidos pelos autores mostraram uma dificuldade na discriminação das fronteiras entre sujeito e objeto, sugerindo clivagem entre o ego e o corpo (FAVA e PERES, 2011)<sup>18</sup>. Deste modo, Fava e Peres (2011)<sup>18</sup>, dizem que diante dessa clivagem,

os conteúdos pulsionais tendem a se perder dos conteúdos cognitivos, o que inviabiliza um contato protetor com as angústias básicas e, assim, o ego deixa de exercer sua função adaptativa e o aparelho psíquico passa a falsear a realidade. A anorexia é entendida para Fava e Peres (2011)<sup>18</sup> como consequência de uma escolha, fundada na recusa do desejo, que nada mais é que o desejo pelo outro, marcada pela recusa da própria feminilidade, pois para os autores, a condição de mulher pode ser associada à passividade e a submissão, vivenciadas como situações intoleráveis.

Fava e Peres (2011)<sup>18</sup> contribuem com a afirmação de que a anorexia trata-se de uma batalha deslocada para outros territórios, dietas restritivas podem ser entendidas como tentativas de controlar seu próprio organismo, testemunhando a introjeção de figura materna como objeto possessivo e opressor<sup>18</sup>.

Para Oliveira *et al.* (2013)<sup>19</sup>, se a mãe não ensina o filho a reconhecer quando está com fome, a criança não saberá responder de forma específica às suas necessidades alimentares, levando isso para sua vida posterior.

#### 4. CONCLUSÃO

A partir desta revisão bibliográfica, o presente artigo buscou mostrar o que a literatura atual aponta acerca das relações estabelecidas entre mãe e filha, que poderão fazer eclodir sintomas anoréxicos, apresentando o histórico do transtorno alimentar chamado anorexia, as relações estabelecidas entre mãe e filha que levarão a um destino psíquico saudável e aquelas que poderão levar a sintomas anoréxicos, numa perspectiva psicanalítica. No que diz respeito ao histórico percebemos que houve mudanças somente no modo de olhar para o transtorno: o que antes era um culto à religião, hoje tornou-se uma patologia grave. Percebemos a propagação de sites que dão dicas de como se manter magra, como no artigo apresentado por Fava e Peres (2011)<sup>18</sup>, onde os depoimentos de mulheres apoiam umas às outras para se manterem magras, muitas delas dizendo que não é certo comer.

No que se refere à relação mãe e filha percebemos que sua constituição faz-se desde a entrada e, depois, saída do Complexo de Édipo, nas quais a separação de mãe e criança e a entrada do pai se tornam importantes, sem nos esquecermos da passagem da feminilidade da mãe para a filha. Ao nos atentarmos para essa relação, vimos que em muitos artigos incorporados à pesquisa há essa mãe que se mostra sem falta à filha, sendo a recusa em alimentar-se a única forma de dizer não ao Outro, separar-se dele, isto é, criar uma falta no Outro, tornando evidente também a recusa do corpo adulto, com isso da feminilidade (tornar-se mulher como sua mãe), pois percebemos que a fase com mais incidência de anoréxicas é a adolescência. Deste modo, a interrupção da

menstruação é vista por elas como preservação do corpo infantil. Alguns autores dizem que os sintomas da anorexia são atribuídos às dificuldades nas relações primordiais, que influenciam na imagem que anoréxicas têm de si mesmas, são disfunções na própria imagem, pois esta é constituída através do olhar do Outro. Sendo esse olhar o "algo a mais", não trata-se apenas de cuidar das necessidades biológicas, esse "algo a mais" é primordial para constituição e reconhecimento de si como sujeito. Resaltando que mãe tem papel de alimentar o bebê, o fazendo reconhecer a fome, se isso não for precário ou insuficiente, poderá refletir em outras fases da vida.

Sobre as indicações médicas que colocam a mãe para cumprir o papel de vigiar a filha para que essa coma, percebemos que alguns autores dizem isso ser um erro, pois na verdade deve-se dar possibilidade de separação. Já outros dizem que a mãe é quem melhor assume o papel de cuidar dessa filha e facilita na recuperação de sua patologia.

Portanto, através do material pesquisado somos levados a acreditar que na relação entre mãe e filha há conflitos que desencadeiam a anorexia. Deste modo, a pesquisa contribuiu para uma visão da anorexia, sendo esse transtorno complexo que permeia a realidade de muitas mulheres.

## REFERÊNCIAS

- [1]. Giordani RCF. A Auto-imagem Corporal na Anorexia Nervosa: uma abordagem sociológica. *Revista Psicologia & Sociedade*; 18(2): Universidade Federal do Paraná – Paraná, 2006. [acesso Acessado 06 mai. de 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n2/10.pdf>
- [2]. Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev. Psiq. Clinica*. São Paulo, 2004. [acesso 06 mai. 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22398>
- [3]. Gonzaga AP, Weinberg C. Anorexia e feminilidade: uma pesquisa psicanalítica. *Revista Cadernos da Ceppan*. 5. ed. São Paulo, 2009. [acesso 06 abril de 2015]. Disponível em: <http://www.redeceppan.com.br/wp-content/uploads/cadernos/ceppan-05.pdf>
- [4]. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. - 4. ed. - São Paulo : Atlas, 2002
- [5]. Sanches PC. Funcionamento parental em uma amostra brasileira de pacientes com Transtornos Alimentares. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, 2006. [acesso 06 de mai. de 2015] Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7804/000557230.pdf?sequence=1>
- [6]. Calvacante AB. Anorexia nervosa na adolescência: um problema de família? Dissertação de Mestrado – Universidade Católica de Brasília, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, 2009. [acesso 20 de mai. 2015]. Disponível em: [http://www.bdt.d.ubc.br/tede/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1136](http://www.bdt.d.ubc.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1136)
- [7]. DSM-IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. Cláudia Dornelles; – 4. ed. rev. – Porto Alegre: Artmes, 2002.
- [8]. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- [9]. Camargo AO. Considerações sobre Anorexia na Adolescência. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciência e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista. Assis, 2010. [acesso 06 mai. 2015]. Disponível em [http://base.repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/9:7558/camargo\\_ao\\_me\\_assis.pdf?sequence=1](http://base.repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/9:7558/camargo_ao_me_assis.pdf?sequence=1)
- [10]. Nascimento SFF. Anorexia Nervosa: percepções familiares. Dissertação de Mestrado na área de Psiquiatria e Saúde Mental, 2010. [acesso 16 mai. 2015]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/55415>
- [11]. Ramalho RM. A escuta da palavra silenciada na anorexia e na bulimia. 2004. [acesso 22 abr. 2015]. Disponível em: [http://www.convergenciafreudlacan.org/inove4/php/download.php?id\\_rel=77](http://www.convergenciafreudlacan.org/inove4/php/download.php?id_rel=77)
- [12]. Lima AM. Do pulso que ainda pulsa a mãe que não consegue amar a filha: ensaio sobre o ódio materno. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2010. [acesso 29 de mai. 2015]. Disponível em: [http://bdt.d.bce.unb.br/tedesimplificado/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=6917](http://bdt.d.bce.unb.br/tedesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=6917)
- [13]. Vieira CA. L. Anorexia: uma tentativa de separação entre o Sujeito e o Outro. *Revista Mal-estar e Subjetividade – Fortaleza – Vol. VIII – Nº 3 – p. 645-660 – 2008*. [acesso 29 juh. 2015]. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482008000300004&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482008000300004&script=sci_arttext)
- [14]. Guimarães IMC. A relação mãe e filha e os impasses no caminho da feminilidade. Dissertação de Mestrado – PUC – Rio. Rio de Janeiro, 2013. [acesso 27 juh. 2015]. Disponível em: <http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/22243/22243.PDF>
- [15]. Dolto F. Sexualidade Feminina. São Paulo. Martins Fontes. 1984.
- [16]. Zalberg M. A relação mãe e filha. Rio de Janeiro: Ed. Campus-Elsevier, 2003.
- [17]. Campo TSP. A clínica psicanalítica na contemporaneidade. Dissertação de Mestrado – Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2008. [acesso 29 juh. 2015]. Disponível em: [http://www.uva.br/mestrado/dissertacoes\\_psicanalise/18\\_TATIA-NA\\_SILVERA\\_PORTO\\_CAMPOSA\\_Clinica\\_Psicanalitica\\_na\\_Contemporaneidade.pdf](http://www.uva.br/mestrado/dissertacoes_psicanalise/18_TATIA-NA_SILVERA_PORTO_CAMPOSA_Clinica_Psicanalitica_na_Contemporaneidade.pdf)
- [18]. Fava MV, Peres RS. Do vazio mental ao vazio corporal: um olhar psicanalítico sobre as comunidades virtuais pró-anorexia. *Paidéia set.-dez. 2011*, 21(50):353-61. [acesso 15 jun. 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n50/08.pdf>
- [19]. Oliveira JG, Carvalho BRA, Rosa HCS, Santos LEL, Moura TA, Moreira NS. A anorexia nervosa na adoles-

cência e suas consequências na imagem corporal: um olhar psicanalítico. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/ Brazilian Journal of Mental Health ISSN 1984-2147, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. [acesso 25 jun. 2015]. Disponível em:

<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1632>.

- [20]. Souza LV, Santos MA. A família e os transtornos alimentares. Medicina; Ribeirão Preto, 2006; 39(3):403-9. [acesso 20 de mai. 2015]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/396/397>
- [21]. Fucks MP. O mínimo é o máximo: uma aproximação da anorexia. Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial, Rio de Janeiro 2003. [acesso 22 jun. 2015]. Disponível em: [http://www.egp.dreamhosters.com/encontros/mundial\\_rj/download/5c\\_Fuks\\_107141003\\_port.pdf](http://www.egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/5c_Fuks_107141003_port.pdf)
- [22] Pimentel F. Anorexia e Feminilidade. Blog Dois Pontos. [acesso 26 mai. 2015] Disponível em: <http://www.psicologica.tv/movie/show/38>
- [23] Lacan J. (1958). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- [24] Cardoso JP. Anorexia e Bulimia Nervosas: interfaces no discurso. . Revista Cadernos da Ceppan. 5. ed. São Paulo, 2009. [acesso 09 mai. 2014] Disponível em <http://www.redeceppan.com.br/wp-content/uploads/cadernos/ceppan-05.pdf>



# TOXICOMANIA: RECIDIVA NO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

## DRUG ADDICTION: RELAPSE IN THE USAGE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

JOSIANE CRISTINA ROSA<sup>1\*</sup>, FRANCIELLE GONZALEZ CORREIA GOMES<sup>2</sup>

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

\* Rua Armando Cripa, n.º. 391, Jardim Liberdade, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87047-140. [josianerosa0305@gmail.com](mailto:josianerosa0305@gmail.com)

Recebido em 26/08/2015. Aceito para publicação em 01/09/2015

### RESUMO

O presente artigo versa sobre a toxicomania. Ele visa discutir as razões para as frequentes recidivas no uso de substâncias psicoativas por dependentes químicos. Foi feita uma revisão bibliográfica com a eleição de alguns artigos para serem discutidos. Mesmo com as dificuldades de encontrar artigos referentes ao tema, pode-se concluir que não há entre os autores, um consenso sobre as razões que levam as frequentes recidivas com as substâncias psicoativas, em contrapartida percebe-se a existência de um ciclo vicioso, onde o sujeito em abstinência sofrerá recidivas, pelas mais variadas razões.

**PALAVRAS-CHAVE:** Toxicomania, recidiva, substâncias psicoativas.

### ABSTRACT

This article sets out about drug addiction. It focuses on discussing the frequent reasons of relapses in the usage of psychoactive substances by drug addicts. It was made a bibliographic review and selection of some articles to be discussed. Even with some difficulties in finding articles that referred to this theme, it was able to conclude that there is not among the authors, a general agreement about the reasons that leads to frequent relapses with psychoactive substances, on the other hand realizes the existence of a vicious cycle, where the subject of abstinence will suffer relapses, for various reasons.

**KEYWORDS:** Drug addiction, relapse, psychoactive substances.

### 1. INTRODUÇÃO

O presente estudo versa sobre as recaídas no uso de substâncias psicoativas. Nesse sentido, o objetivo do mesmo é apontar as razões que a literatura aponta para as frequentes recaídas de indivíduos considerados drogadictos.

De acordo com os autores Carvalho *et al* (2011)<sup>1</sup>, a

dependência química acarreta problemas sociais em todos os países e as consequências do uso das substâncias psicoativas atingem o usuário, sua família, amigos e a sociedade em geral. Esse tema tem sido discutido em vários segmentos sociais e estudado por uma diversidade de especialistas.

Segundo Scursseel & Vasconcellos (2010)<sup>2</sup>, o uso das drogas é um acontecimento de todos os tempos e não há até hoje conhecimento de uma sociedade que não tenha feito uso dessa substância. Dentre as preocupações desse campo, encontram-se às recaídas em sujeitos adictos, que após ficarem certo tempo em abstinência voltam a fazer uso da substância.

Neste sentido, meu interesse por um estudo mais aprofundado sobre o assunto surgiu pelo meu contato com os Narcóticos Anônimos, grupo no qual o índice de recaídas no uso de substâncias psicoativas era alto. Foi a partir dessa experiência que decidi me dedicar a questão mais detidamente.

O estudo desse tema se faz pertinente, pois, como acima mencionado, as recaídas diante do consumo de substâncias psicoativas são frequentes. Uma vez que, em contato com os usuários durante um trabalho realizado, o discurso dos mesmos eram que eles se sentem incapazes de conter seus sentimentos e acabam fazendo atuações, muitas das quais, destrutivas para si próprias.

Esse estudo pretende contribuir posteriormente para pesquisas mais exploratórias, para que, assim, tenhamos mais conhecimento sobre o tema que é intensamente debatido, não só por pesquisadores, mas também pela mídia.

A pergunta que norteia esta pesquisa é: O que a literatura recente aponta como razões para as frequentes recaídas no uso de substâncias psicoativas?

Ver-se-á que não há um consenso entre os pesquisadores para a questão.

O presente artigo inicialmente apresentará ao leitor o que se entende por toxicomania e, em seguida, discutirá os artigos selecionados para tal fim.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

O trabalho desenvolvido tem como método a pesquisa bibliográfica. “A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”<sup>3</sup>.

A pesquisa bibliográfica é um método eficaz que nos permite um amplo material para desenvolver um trabalho científico.

Sendo assim, através de bases de dados científicas, como Scielo, Google acadêmico, Pepsic e livros clássicos sobre o tema, procurarão conceituar o termo Toxicomania e apontar o que os diferentes autores mencionam como razão para a mesma. Os descritores utilizados para as buscas dos artigos foram: Toxicomania e Recidiva e Substâncias Psicoativas.

Pela escassez de material que versava diretamente sobre a temática pesquisada, utilizamos publicações entre os anos de 2000 a 2015, o que justificaria a necessidade de novos estudos e/ou publicações sobre presente tema.

## 3. DESENVOLVIMENTO

### A Toxicomania

O vocábulo toxicomania, é composto pelo prefixo Tóxico, termo antigo que é definido por Diderot e D’Alembert (1765/1967, p. 501, apud BENTO, 2006, p. 184)<sup>4</sup> da seguinte forma, “*toxicum*” que vem do latim, que diz respeito a um:

Veneno que os Citas e alguns povos bárbaros esfregavam na ponta de suas flechas; o *toulola* dos Índios modernos é talvez o mesmo veneno; o que é certo segundo o testemunho dos historiadores.

Historiadores afirmam que a ferida causada pelo *Toxicum* dos Citas era mortal e irreversível. O tóxico no qual se aborda aqui possui formas e funções diferentes na vida de um sujeito, mas é importante saber que podemos igualar o que é tóxico como veneno.

Para Gurfinkel (1995)<sup>5</sup> “[...] toda a vida passa a girar em torno da droga”. Assim para o entendimento do que venha a ser toxicomania, é importante considerar os diversos usos de drogas, levando em consideração os aspectos individuais e sociais.

Segundo Gurfinkel (2011)<sup>6</sup>, toxicomania é a forma mais classicamente conhecida de adicção, que na sociedade tanto se faz presente. A droga “da vez”, assim como é chamada nas últimas décadas, preocupa a sociedade civil pelo seu poder de perturbar a vida do indivíduo e de todos que estão ao seu redor.

De acordo com Gurfinkel, (2011)<sup>6</sup>:

A adicção é o uso compulsivo de um terminado objeto e, enquanto tal, se trata de uma ação de caráter impulsivo e irrefreável. A pessoa se sente impelida ao

uso do objeto, e se vê incapaz de deixar de fazê-lo.

Assim sendo, a adicção é uma forma de escravidão, o adicto perdeu sua liberdade de escolha, é incapaz de escolher entre ser usuário ou não do objeto

A raiz etimológica da palavra nos ajuda a compreender esse aspecto da adicção: o *adictu* era, na Roma antiga, uma pessoa que incapaz de saldar uma dívida, tornava-se escrava do credor, como forma de pagamento. Em outros termos, trata-se da antiga lenda do indivíduo que vendeu sua alma ao diabo, e ficou então aprisionado e refém de seu salvador. (Gurfinkel, 2011)<sup>6</sup>.

Para Gurfinkel (2011)<sup>6</sup>, essa característica da adicção implica em uma importante inversão da relação sujeito-objeto, pois aquele que era o sujeito que tinha a liberdade de escolher consumir o objeto segundo sua vontade e desejo, passa ser então o objeto de seu objeto.

De acordo com Fenichel (1932)<sup>7</sup>, o mesmo ato de possuir desejo por algo que governa outros impulsos patológicos, também atua nos adictos.

A necessidade de obter uma coisa que não é mera satisfação sexual, mas também segurança e garantia de autoafirmação; assim sendo, essencial à própria existência do indivíduo. Os adictos representam o tipo mais nítido, mas preciso, de “impulsivos”<sup>7</sup>.

Ainda de acordo com Fenichel (1932)<sup>7</sup>, de início o indivíduo talvez não tenha buscado mais do que consolo nas substâncias psicoativas, porém, depois chega a usar, ou tentar usar o efeito da droga, para a satisfação de outras necessidades íntimas.

Para Kalina (1976)<sup>8</sup>, uma das dificuldades do toxicômano é a intolerância a espera, por isso, em muitos casos, o indivíduo se utiliza por exemplo de drogas injetáveis por terem um efeito mais rápido no organismo. Assim, sobre o efeito da droga, estes indivíduos estão fora da realidade, não possuem consciência de seus atos e comportamentos.

Kalina (1976)<sup>8</sup>, afirma que a droga gera uma sensação de fazer com que o indivíduo esqueça por alguns momentos todos seus sofrimentos, angustias. Segundo o autor (1999) “a fruição gerada pela droga neutraliza esse sofrimento, produzindo euforia ou estimulação, o que equivale a dizer o que o ego reencontra a satisfação narcisista perdida”. Ele diz:

A droga produz, desta maneira, um alto nível de autoestima; como esta não se baseia na conquista real e sim imaginária de si, quando passa o efeito tóxico a depressão que sobrevém possui características cada vez mais devastadoras para o ego<sup>8</sup>.

A toxicomania é caracterizada pelo uso intensivo e único com a droga, não havendo assim outros objetos para sua satisfação, assim como ressalta Serretti<sup>9</sup>:

A toxicomania é uma relação intensa e exclusiva, na qual, do ponto de vista econômico, o uso de drogas já se tenha estabelecido também como uma função psíquica diferentemente dos usuários esporádicos. Para o toxicômano a droga não é um objeto contingente juntamente com outros, que pode ou não ser investido, o importante na toxicomania é a posição que o sujeito se coloca diante da substância, a relação exclusiva que acaba por levar a uma fixação pulsional pervertendo o caráter contingencial da pulsão.

De acordo com Santiago (2001, apud, GIANESI, 2005)<sup>10</sup>, a terminologia toxicomania foi apropriado pela psiquiatria no início do século XIX, relacionado à atos maníacos, estudos na época chegaram à conclusão de que os atos maníacos tinham relação com a dependência de substâncias psicoativas.

### A Recaída

Segundo Rigotto e Gomes (2002)<sup>11</sup>, em pesquisa feita com um grupo de nove homens e três mulheres em Caxias do Sul, Estado do Rio Grande do Sul, todos considerados dependentes químicos conforme diagnóstico segundo DSM-IV, são vários os motivos pelo qual os mesmos têm recaídas com o uso de substâncias psicoativas. Durante entrevista, estes indivíduos relataram momentos de sua vida e de suas frequentes recaídas.

Os autores ainda destacam que muitos dos entrevistados, relatam que conflitos familiares, falta de apoio da família, relacionamento com amigos que são usuários, necessidade de aprovação social e frustrações diante de circunstâncias adversas associados, são fatores que levam os adictos a procura por drogas e a consequente recaída. Os entrevistados reconhecem que não tem forças para lutar sozinho contra a atração e o impulso para o consumo dessas substâncias.

Para Rigotto e Gomes (2002)<sup>11</sup>, ainda em entrevista com os usuários, muitos deles relataram que o rompimento de um relacionamento amoroso, também é um dos motivos pelo o qual pode levar a recaída com substâncias psicoativas. Eles dizem:

As situações identificadas na descrição caracterizam-se por conjunturas paradoxais: a família que se perde na ambiguidade da proteção ilusória, da negação ou da absorção dos próprios conflitos; a amizade que traz a contradição do convite ao vício; e a falta de perspectiva diante da adversidade<sup>11</sup>.

De acordo com Ribeiro (2003)<sup>12</sup>, há um grupo de indivíduos com duplo diagnóstico, além da toxicod dependência, possuem características psicológicas compatíveis com outras perturbações psicopatológicas da personalidade. Assim, o autor aponta que a vulnerabilidade do sujeito devido à suas características fazem com que o

mesmo venha a ter múltiplas recaídas no uso de substâncias psicoativas.

Segundo Kantorski, Lisboa e Souza (2005)<sup>13</sup>, o abuso de substâncias psicoativas, a recaída com as mesmas e a dependência química, se dá através das crises familiares, individual e social. A reincidência dessas substâncias psicoativas é para satisfazer o sujeito.

Já para Santos (2007)<sup>14</sup>, o fato de o sujeito parar e voltar a consumir substâncias psicoativas não é um ato de recaída, pois os mesmos quando estavam em abstinência, não se consideravam fora das drogas.

Ainda de acordo com o autor, o sujeito que estava em processo de desintoxicação, devido a internação, estava somente em um momento transitório de privação do gozo do corpo. Isso, portanto não significa uma renúncia do uso da substância e sim é somente uma pausa ligada as consequências negativas provocada pelo gozo.

Segundo Conte *et al* (2007)<sup>15</sup>:

A droga, para o toxicômano, é o encontro, a escolha de um objeto 'adequado' que teria a facilidade de estar ao alcance da mão, ou seja, também pode ser compreendida como um atalho para a felicidade.

Os autores ainda trazem que a questão do consumo de substâncias psicoativas, é um meio para que os adictos se sintam parte da sociedade, ou seja, tenha uma inclusão social, para que assim sejam tratados igualmente por todos e aparentam serem cidadãos, mesmo que seja de uma forma ilegítima.

Para Viana (2013)<sup>16</sup>, que defende um discurso mais radical, uma vez toxicômano, sempre toxicômano, sendo assim, o dependente químico não se vê curado de seu diagnóstico, assim a recaída no uso de substâncias psicoativas quando se passa por um período de abstinência é mais fáceis de ocorrer. Fato que o coloca em estado de constante recuperação.

Ainda para a autora é importante ressaltar que o motivo que leva um indivíduo a consumir uma determinada substância psicoativa, pode dizer, que há uma identificação nesse uso. Através da visão psicanalítica: " a compulsão a droga como um meio de atrair a atenção do outro para seu sofrimento. "<sup>16</sup>

De acordo com Gabatz *et al* (2013)<sup>17</sup>, a entrada e a recaída no mundo das substâncias psicoativas está relacionada a diversos fatores como influências dos amigos, dificuldades pessoais, e como facilitador de relações sócias.

Os autores ainda ressaltam que ao mesmo tempo em que as substâncias psicoativas trazem satisfação momentânea, elas também apresentam uma série de consequências aos seus usuários. Nos depoimentos de usuários que foram entrevistados pelos autores, os mesmos destacam a incapacidade de lidar com as frustrações ao longo de suas vidas e, devido a essas incapacidades, acabam entrando no mundo das drogas e ficam sujeitos a

recaídas quando ficam em abstinência.

Ainda segundo os autores, o uso das drogas e suas recaídas geram um grande impacto na vida dos usuários e também na de suas famílias. Uma vez que os mesmos perdem seus empregos devido ao uso dessas substâncias, perdem os laços afetivos com as famílias, casamentos acabam de desfazendo devido ao uso dessas substâncias. Manter relacionamentos com usuários é algo complicado, pois o usuário tem a tendência de substituir o relacionamento com as pessoas, pelo uso das drogas.

De acordo ainda com os autores, o processo de reabilitação com esses usuários é complicado, pois uma vez que os mesmos encontram amigos que também são usuários, acabam voltando ao uso da droga. Muitos usuários que são internados por um tempo e depois saem da internação, acabam reencontrando os antigos amigos e aos poucos vão retomando a vida que levavam antes. A percepção dos malefícios que as drogas causam na vida dos usuários, ainda assim, não são o suficiente para fazer os usuários abandoná-la.

#### 4. CONCLUSÃO

Este estudo buscou apresentar quais eram as razões que a literatura científica atual aponta para as frequentes recaídas na utilização de substâncias psicoativas por indivíduos considerados adictos. Com esta questão em mente foram analisados artigos que apontam diversas razões para as frequentes recaídas no uso de substâncias psicoativas.

Assim, os autores Rigolto e Gomes (2002)<sup>11</sup>; Kantorski, Lisboa e Souza (2005)<sup>13</sup> e Gabatz *et al* (2013)<sup>17</sup>, apontam que as crises de relacionamento com a família, a necessidade de ser aceito pela sociedade e de se satisfazer, são razões que levam os sujeitos a terem recaída. Em contrapartida, Ribeiro (2003)<sup>12</sup>, ressalta que a razão da recaída refere-se a vulnerabilidade do sujeito, devido à suas características psicológicas compatíveis com perturbações psicopatológicas da personalidade.

Santos (2007)<sup>14</sup>, contrapondo os autores supracitados, menciona que voltar a consumir substâncias psicoativas, independentemente de qualquer razão, não é um ato de recaída, pois o sujeito quando estava em abstinência, não se considerava fora das drogas. O que segundo Conte *et al* (2007)<sup>15</sup>, a droga para o toxicômano, é o encontro, a escolha de um objeto adequado para o mesmo se sentir vivo. Em um discurso mais radical, Viana (2013)<sup>16</sup>, diz que uma vez toxicômano, sempre toxicômano, sendo assim, o dependente químico, não se vê curado de seu diagnóstico, assim, a recaída com as substâncias psicoativas, quando se passa por um período de abstinência ocorreram com maior frequência. O que assim, o coloca em estado de constante recuperação.

Por fim, conclui-se que não há entre os autores, um consenso sobre as razões que levam as frequentes recaí-

das com as substâncias psicoativas, em contrapartida, percebe-se a existência de um ciclo vicioso, onde o sujeito em abstinência sofre frequentes recaídas, com as mais variadas razões.

#### REFERÊNCIAS

- [1] Carvalho FRM, Brusamarello, Tatiana, Guimarães, Andréa Noeremberg, Paes, Marcio Roberto e Maftum, Mariluci Alves. Causas de recaída e de busca por tratamento referidas por dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. Abril/Junho. 2011, vol. 42, nº 2. Disponível em: <http://www.bioline.org.br/request?rc11040>
- [2] Scursell R, Vasconcellos SJL. Dependência química: causa de recaídas na percepção do dependente químico. 2010. Disponível em: <https://psicologia.faccat.br/moodle/pluginfile.php/197/course/section/98/rosangela.pdf>
- [3] Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- [4] Bento, V.E.S., Tóxico e adicção comparados a paixão e toxicomania: etimologia e psicanálise. Revista: Psicologia USP. Vol. 17, n. 1, São Paulo, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642006000100011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642006000100011&script=sci_arttext)
- [5] Gurfinkel D. A pulsão e seu objeto – droga: estudo psicanalítico sobre a toxicomania. Petrópolis – RJ: Vozes, 1995.
- [6] Gurfinkel D. Adicção: paixão e vício. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- [7] Fenichel O. Teoria psicanalítica das neuroses. São Paulo: Editora Atheneu, 2000-1932.
- [8] Kalina E. Drogadição hoje: individuo, família e sociedade. SP: Art, 1976.
- [9] Serretti MAT. Toxicomania: um estudo psicanalítico. Mosaico: estudos em psicologia, v. 5, n. 2, 2013.
- [10] Gianesi, A.P.L., A toxicomania e o sujeito na psicanálise. Revista: Psyquê. Vol.09, n. 05, São Paulo, 2005. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-11382005000100010&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-11382005000100010&script=sci_arttext)
- [11] Rigotto SD, Gomes WB. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. Psicologia: Teoria e pesquisa, v. 18, n. 1, p. 95-106, 2002.
- [12] Ribeiro J. Aspectos fenomenológicos das recaídas em heroíno-dependentes. Revista TOXICODPENDÊNCIAS• Edição IDT• Volume, v. 9, n. 1, p. 65-71, 2003.
- [13] Kantorski LP, Lisboa LM, Souza, J. Grupo de prevenção de recaídas de álcool e outras drogas. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) [online]. 2005, vol.1, n.1, pp. 0-0. ISSN 1806-6976.
- [14] Dos Santos CE. A experiência da toxicomania e da reincidência a partir da fala dos toxicômanos. 2007.
- [15] Conte M, Oliveira CS, Henn RC, Wolff

- MP. Consumismo, uso de drogas e criminalidade: riscos e responsabilidades. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2007, vol.27, n.1, pp. 94-105. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n1/v27n1a08.pdf>
- [16] Vianna AG. As toxicomanias na clínica psicanalítica. 2013. Tese de Doutorado.PUC-Rio. Disponível em: [http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0912465\\_2013\\_completo.pdf](http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0912465_2013_completo.pdf).
- [17] Gabatz RIB, et al. Percepção do usuário sobre a droga em sua vida. *Esc. Anna Nery.*[Internet], v. 17, n. 3, 2013.

