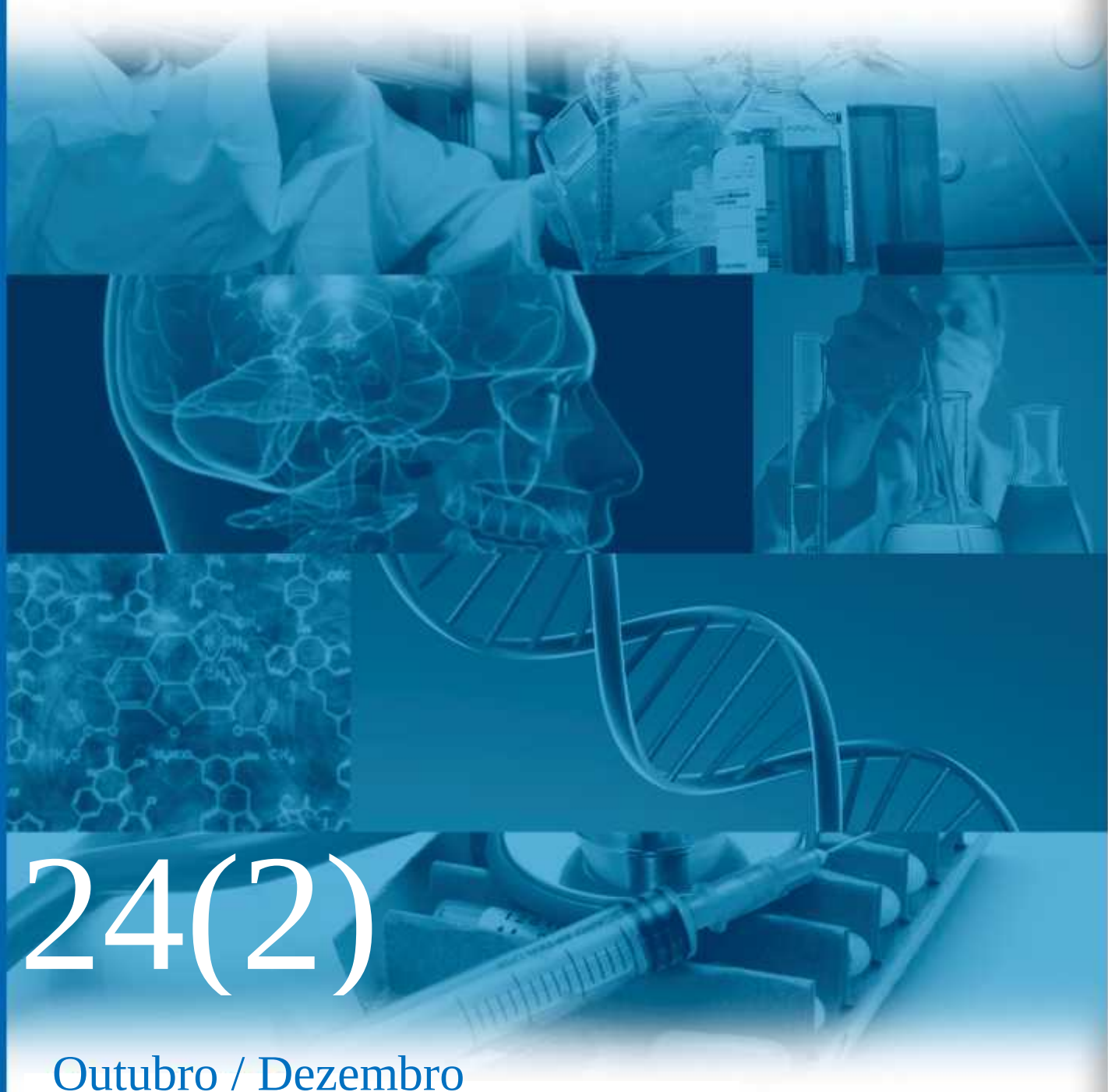
UNINGÁ - UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR INGÁ LTDA

Uningá Review

Online ISSN 2178-2571



24(2)

Outubro / Dezembro
October / December

2015

Master Editora

UNINGÁ review

ISSN *online*: 2178-2571

FICHA TÉCNICA Technical Sheet

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

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

Corpo Editorial / *Editorial Board*

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

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

Distribuição: Master Editora – Publicações Científicas

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

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

As opiniões emitidas nos trabalhos aqui apresentados não correspondem necessáriamente, 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.*

FACULDADE INGÁ uningá
Academia do saber

Master Editora

Vol.24, n.2, Out - Dez 2015, pp.07-121

UNINGÁ review

ISSN *online*: 2178-2571

EDITORIAL

Prezado leitor, é com grande satisfação que divulgamos a vigésima quarta edição, volume dois, 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 two 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

FACULDADE INGÁ uningá
Academia do saber

Master Editora

UNINGÁ review

ISSN *online*: 2178-2571

SUMÁRIO SUMMARY

ORIGINAIS

MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRÂNSITO COM MOTOCICLETAS ENTRE 2003 A 2012: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

ADRIANA APARECIDA **SCHMOELLER**, ROSANA AMORA **ASCARI**, OLVANI MARTINS **SILVA** 06

ANÁLISE MICROBIOLOGICA DA AGUÁ DA SERINGA TRIPLICE

AMANDA THALINNI **FRANÇA**, RENATO VICTOR DE **OLIVEIRA** 11

SINAIS E SINTOMAS DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR ASSOCIADOS À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

ALEX VINÍCIUS GIMENES **GURRÃO**, AMANDA TABONI **RODRIGUES**, PAULO RICARDO **FERNANDES**, FABIANO CARLOS **MARSON**, CLEVERSON OLIVEIRA E **SILVA**, ÉRIKA CRISTINA **FERREIRA**, PATRÍCIA SARAM **PROGIANTE** 15

REVISÃO SISTEMÁTICA DE TERMOS ANATÔMICOS PRESENTES EM LIVROS DIDÁTICOS

ALESSANDRA SANTIN **SANTI**, CLAUDIA CRISTINA BATISTA **EVANGELISTA COIMBRA**, MARCIA APARECIDA **CARRARA** 21

RELATO DE CASO CLÍNICO

TRATAMENTO PRECOCE DA CLASSE III COM EXPANSOR DE HAAS ASSOCIADO À MÁSCARA FACIAL DE PETIT - RELATO DE CASO CLÍNICO

CAROLINA DE LIMA **LOPES**, JULYANO VIEIRA DA **COSTA**, RENATA CRISTINA GOBBI DE **OLIVEIRA** 26

A UTILIZAÇÃO DE PILAR DE ZIRCÔNIA NA REABILITAÇÃO ORAL: ASPECTOS PROTÉTICOS E PERIODONTAIS EM UM RELATO DE CASO

CARLA ANDRESSA **ORSINI**, PATRICIA SARAM **PROGIANTE**, LUDMILA PRISCILLA **MANETTI** 34

RETRATAMENTO ORTODÔNTICO EM PACIENTE COM AGENESIA DE INCISIVO LATERAL SUPERIOR

PAULO RICARDO **FERNANDES**, RENATA CRISTINA GOBBI **OLIVEIRA**, JULYANO VIEIRA DA **COSTA** 39

PRÓTESE FIXA ESTÉTICO–FUNCIONAL TIPO DENARI: RECURSO PARA A PERDA PRECOCE DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR

ALINE DANIELE DOS **SANTOS**, SUZANA **GOYA**, RENATA CRISTINA GOBBI DE **OLIVEIRA**, LUCIMARA CHELES DA SILVA **FRANZIN** 43

ATUALIZAÇÃO DA LITERATURA

CAPTAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE ÁGUAS PLUVIAIS PARA FINS NÃO-POTÁVEIS

ALEX SANCHES **TORQUATO**, ARILDO **MOREIRA**, PAULO RODRIGO STIVAL **BITTENCOURT** 47

ABORDAGEM SOBRE ACIDENTE COM PERFUROCORTANTES EM TRABALHADORES DA SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA

LILIANE GLEICE MATOS **PERES**, ROSANA AMORA **ASCARI**, KATRINI DOS SANTOS **CONTERATTO** 55

INTOXICAÇÃO DOMICILIAR DE CÃES E GATOS

JOHON LENNON DOS SANTOS **CONCEIÇÃO**, MARIANA APARECIDA LOPES **ORTIZ** 59

REABSORÇÃO DENTÁRIA: REVISÃO DE LITERATURA

ELIANE LOPES **PORTO**, JOSÉ FELINTO **BARBOSA** 63

TUMOR ODONTOGÊNICO QUERATOCÍSTICO: REVISÃO DE LITERATURA

HIAM SAMYRA HIJAZI **NOGUEIRA**, JULYANO VIEIRA DA **COSTA**, CLEYTTON WHASNEY DOMINGOS **NERIS**, THAMARA HIJAZI **NOGUEIRA**, CLEVERSON KESLLEY DOMINGOS **NERIS** 67

A INFLUÊNCIA DA DANÇA NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

DAIANE DE CARVALHO **CHECOM**, GENI COL **GOMES** 72

AS CONTRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO FRENTE AOS IMPACTOS EMOCIONAIS DO CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

KAREN CHAGAS DE **SOUZA**, MARINA MENEGUETI **VACCARO** 78

SÍNDROME DE DOWN: O AMOR PODE SUPERAR BARREIRAS E PRECONCEITOS

SILVANA PEREIRA **MENDONÇA**, CAROLINE ANDREA **POTTKER** 85

A ALIENAÇÃO PARENTAL E A CRIANÇA À LUZ DE JHON BOWLBY: SEPARAÇÃO E A ANGÚSTIA NO ROMPIMENTO DOS LAÇOS

BARBARA HELOIZA BATISTELLA DA **SILVA**, CONSTANZA **PUJALS** 95

DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS PSICÓLOGOS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPSad): DESAFIOS DA FORMAÇÃO À ATUAÇÃO PROFISSIONAL

CAMILA DE CASTRO **ROCHA**, NATÁLIA **BARZAGHI** 105

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO FRENTE À VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL: UMA ANÁLISE DA TEORIA E DA PRÁTICA

AMANDA SOARES DE **OLIVEIRA**, CARLA FERNANDA BARBOSA **MONTEIRO** 114

Vol.24,n.2,pp.06-10 (Out - Dez 2015) Revista UNINGÁ Review

MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRÂNSITO COM MOTOCICLETAS ENTRE 2003 A 2012: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

MORTALITY IN TRAFFIC ACCIDENTS WITH MOTORCYCLES BETWEEN 2003 TO 2012: EPIDEMIOLOGICAL PROFILE

ADRIANA APARECIDA **SCHMOELLER**[1], ROSANA AMORA **ASCARI**[2], OLVANI MARTINS **SILVA**[3]*

1. Enfermeira. Responsável Técnica pelo SINAN, Chapecó/SC, Brasil; **2** Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Mestre em Saúde Coletiva. Professora Assistente da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. Membro do Grupo de Estudo sobre Saúde e Trabalho – Gestra/Udesc; **3** Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Mestre em Terapia Intensiva. Professora Assistente da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Cuidado Humano e Processo saúde-Adoecimento.

***** Rua Sete de Setembro 91D, sala 2, Centro, Chapecó, Santa Catarina, Brasil, CEP:89801-140. olvanims@hotmail.com

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

RESUMO

Este estudo investiga o perfil epidemiológico da mortalidade por acidentes de trânsito com motocicletas num município do oeste catarinense no período de 2003 a 2012. Estudo exploratório e descritivo para analise dos acidentes de transporte a partir de informações provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), sob co-gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e do Departamento de Informática do SUS do Ministério da Saúde (DATASUS/MS). Considerou-se critérios de inclusão o registro de óbitos de motociclistas em acidente de transporte no período de 2003 a 2012. A maioria são jovens, baixa escolaridade, 7% das ocorrências foram por acidente de trabalho, grande índice de anos potenciais de vida perdidos precocemente entre a faixa etária de 15 a 19 anos. A maioria dos óbitos ocorreu em ambiente hospitalar. Novos estudos são necessários para evidenciar os riscos de acidentes de trânsito e de mortes na população de motociclista.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente de trânsito, mortalidade, motocicleta, enfermagem em emergência.

ABSTRACT

This study investigates the epidemiology of mortality from traffic accidents with motorcycles in Santa Catarina west of the city from 2003 to 2012. Exploratory and descriptive study to analyze traffic accidents from information from the Mortality Information System (SIM) under co-management of the Health Surveillance Secretariat of the Ministry of Health (SVS / MS) and the Department of Informatics of SUS Ministry of Health (DATASUS / MS). It was considered criteria for inclusion in the record of motorcycle deaths in transport accidents from 2003 to 2012. Most are young, low education, 7% of the cases were for accidents at work, great potential years of life index lost early between the age group 15-19 years. Most of the deaths occurred in hospitals. Further studies are needed to show the risks of traffic accidents and deaths in the population of biker.

KEYWORDS: Accidents, traffic, mortality, motorcycles, emergency nursing.

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos houve um aumento na frota de veículos e motocicletas a nível mundial, e o Brasil por apresentar-se como um país emergente também compartilha dessa aceleração do crescimento, repercutindo em um crescente índice ascendente de sua frota de veículos. Assim seus estados e municípios por um lado assistem a esse avanço da indústria automobilística e por outro lado sofrem com o aumento nos índices de acidentes de transporte.

Os acidentes de transporte são caracterizados pelas categorias V01 a V99 da Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e incorporam além dos comumente denominados “acidentes de trânsito”, outros advindos das atividades de transporte, todo acidente que envolve um veículo destinado ao tráfego terrestre, aéreo ou aquático utilizados em transporte de pessoas ou de mercadorias de um lugar para o outro, evento não intencional, porém evitável, causador de lesões físicas e emocionais[1].

Os acidentes de transporte constituem um grave problema social e de saúde pública no mundo, pois são responsáveis pela alta mortalidade e por incapacidades temporárias e permanentes. A estimativa em 2004 para a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi de 1,2 milhões de óbitos decorrem de acidentes de transporte anualmente no mundo, havendo um número muito superior de vítimas não fatais ou incapacitadas, ainda, estima aumento de 40% na mortalidade mundial por esse grupo de causas até 2030, caso não sejam adotadas medidas preventivas de forma efetivas[2].

Nas últimas décadas, as lesões provocadas por acidentes de transporte têm-se convertido em uma das principais causas de morte e incapacidades em todo o mundo. O número de motocicletas em circulação, a desorgani-

zação do trânsito, a deficiência da fiscalização, as imprudências dos usuários e a impunidade dos infratores contribuem significativamente para a ocorrência desses eventos na população[3].

Juntamente o progresso nas indústrias automobilísticas do Brasil, que originaram efeitos multiplicadores de modificações urbanas e sociais fazendo com que o crescimento das cidades ocorresse de forma desordenada, sem infra-estrutura adequada, não acompanhando o crescimento no número de veículos. O que contribuiu também para este fato foi à condição insatisfatória dos transportes coletivos, fazendo com que as pessoas busquem meios de transportes individuais, eclodindo em agravos no trânsito das cidades[4].

As causas externas constituem a terceira causa de morte no país e, dentre elas, destacam-se os acidentes de transporte como determinantes de mortes, sequelas e sofrimentos para as famílias e a comunidade, além disso, estas causas resultam em elevados custos sociais e econômicos com grande impacto sobre os cofres públicos[5].

Os acidentes de transporte passaram a ser reconhecidos como importante problema de saúde pública, que devem fazer parte da agenda de prioridades do campo da saúde em termos de condução de estudos e esforços para prevenção[6].

A redução dos acidentes de transporte constitui um dos maiores desafios para a saúde pública, sendo necessário o desenvolvimento de estudos e intervenções governamentais para compreensão da verdadeira amplitude do problema e distribuição das causas para sua prevenção e promoção da segurança[7].

Mediante a esses dados alarmantes, e através da busca de literatura sobre esta temática no estado de Santa Catarina, especialmente no município de Chapecó percebe-se a escassez de estudos a respeito dessa temática. Assim, fomos motivadas a realizar este estudo buscando identificar o perfil de mortalidade por acidentes de transporte ocorridos no município de Chapecó-SC, sendo que se encontra como terceira causa de mortalidade neste município.

Baseando-se nestas informações o objetivo do presente estudo é investigar o perfil epidemiológico da mortalidade por acidentes de transporte no município de Chapecó-SC, no período de 2003 a 2012 analisando os dados dos acidentes de transporte a partir de informações provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), sob co-gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e do Departamento de Informática do SUS do Ministério da Saúde (DATASUS/MS).

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, retrospectivo, realizado por meio de pesquisa de dados secundários provenientes dos Sistemas de Informações em Saúde ligados a Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, onde se destaca o Sistema de Informação sobre Mortalidade/ Ministério da Saúde (SIM/MS).

Em relação aos critérios de inclusão dos dados no estudo, foram selecionados somente os óbitos dos anos de 2003 a 2012 de indivíduos residentes em Chapecó-SC, excluindo-se os óbitos de outros municípios. Para o tipo de acidente foi selecionado somente aqueles ocorridos por motociclista traumatizado em acidente de transporte (V20-V29) do CID-10.

Os dados coletados foram a partir das fontes de dados oficiais disponíveis no Sistema de informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS). As mortes por acidente de transporte foram selecionadas segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (Décima Revisão) CID-10.

O estudo envolveu a totalidade da mortalidade por acidentes com motocicletas no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2012, ocorridos no Município de Chapecó, SC. Sendo que o período de estudo compreendeu os meses de março a junho de 2013.

Após a coleta dos dados, estes foram agrupados sendo efetuadas as análises descritivas dos dados epidemiológicos da mortalidade por acidentes de transporte, ocorridos no município de Chapecó entre os anos de 2003 a 2012.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O município de Chapecó-SC, possui uma população atual de mais de 180 mil habitantes, sendo 93% urbana e 7% rural, cresce aceleradamente, assim como sua economia. O município exerce a função de Capital do Oeste Catarinense e polo de uma região com mais de 200 municípios e com mais de um milhão de habitantes, onde se encontram as sedes das principais empresas processadoras e exportadoras de suínos, aves e derivados do Brasil. Sua frota principal de veículos é via terrestre[8].

Com relação à raça ou cor da pele dos pesquisados, 95% (n=119) das ocorrências foram registradas em motociclistas de cor branca. O Brasil é composto basicamente por três etnias – o branco europeu, o negro africano e o indígena, resultando numa miscigenação que marcou o País tanto do ponto de vista demográfico quanto cultural. As estatísticas mais recentes do IBGE apontam o predomínio dos brancos – 48,2% da população. Mas, na primeira década do século 21, a distribuição populacional mudou no que diz respeito à caracterização por cor ou raça: houve um aumento do número de brasileiros que se autodeclaram pretos ou pardos. Na região Sul e Sudeste, existem grupos de origem alemã, polonesa, ucraniana, italiana, japonesa e portuguesa. Essas regiões também concentram a maior parte da po-

pulação amarela e branca. Santa Catarina é o estado com maior número de pessoas que se autodeclaram brancas: 85,7%[9].

Tabela 1. Mortalidade de motociclistas por ano segundo a faixa etária num município do oeste catarinense no período de 2003 a 2012.

Ano do Óbito	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	Total
2003	0	1	2	1	0	0	3
2004	2	1	2	1	0	0	6
2005	1	6	3	3	0	0	14
2006	3	4	1	1	0	0	9
2007	2	4	1	2	0	0	8
2008	2	5	1	2	0	0	10
2009	1	5	3	2	2	0	13
2010	2	6	2	1	1	1	12
2011	2	6	5	2	2	0	17
2012	2	3	2	2	1	0	10

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Sistema de Informações sobre Mortalidade. Pesquisado em: maio de 2013.

Considerando um total de 125 ocorrências, verifica-se que os dois anos com a maior proporção de motociclistas traumatizados acidentalmente foi em 2011 e 2005 com respectivamente 17% (n=21) e 14% (n = 14), entre 20 e 29 anos de idade.

A maior mortalidade do motociclista jovem é um fenômeno extremamente complexo, que pode ser explicado, em parte, pelas características próprias desta faixa etária, como, por exemplo, a imaturidade, o sentimento de onipotência, a tendência de superestimar suas capacidades, a pouca experiência, habilidade para dirigir, e comportamentos de risco[10].

É relevante considerar que as faixas de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos possuem um maior risco de se envolver em acidentes, pois ao comparar o número de vítimas com a população dos respectivos grupos podemos perceber uma concentração maior de pessoas envolvidas[11].

Ao analisar os dados frente à variável sexo tem-se que o sexo masculino apresenta a maior taxa de envolvimento nas ocorrências de acidentes com motocicletas e em números relativos essa discrepância é mais expressiva, pois os homens representam 87% (n=109) das vítimas, enquanto as mulheres somente 13% e suas maiores frequências são encontradas entre as faixas etárias de 20 a 49 anos de idade, considerados adulto jovem e produtivo.

Estudo realizado em 2013 sobre o perfil epidemiológico das vítimas de acidente de trânsito, entre os acidentes automobilísticos pesquisados, houve predomino de acidentes com motocicletas representado por 69% dos casos, sendo que o maior número de acidentes envolveram adolescentes e adultos jovens entre 20 e 40 anos de idade (59%)[12].

A predominância do sexo masculino nos acidentes de transporte apresenta como conseqüência uma maior taxa de mortalidade entre indivíduos homens, portanto, os estudos indicam que pessoas do sexo masculino e jovens são as vítimas mais frequentes no trânsito, e este perfil é devido à maior exposição de homens jovens no trânsito e por comportamentos que os fazem assumir maiores riscos na condução de veículos[13]. A inexperiência, a busca de emoções, o prazer em experimentar sensações de risco, a impulsividade e abuso de álcool ou drogas são fatores que contribuem para a maior incidência de acidentes de trânsito nesse grupo.

Entre os 10 anos analisados não encontrou-se maior número de ocorrências em determinada sazonalidade, sendo que os meses com as maiores frequncias de registros foram em: dezembro, outubro e maio com respectivamente 14% (n=17), 13% (n=16) e 12% (n=15).

O número de mortalidade de motociclistas traumatizados em acidente foi mais alto em dezembro. No entanto, como não se conhece o motivo para isso, a hipótese mais provável é considerá-lo resultado de uma oscilação aleatória.

Frente a um total de 122 ocorrências registradas no período analisado a maior proporção das ocorrências foi em vitimas com baixa escolaridade, a saber: 8 a 11 anos de estudos concluídos com 42% (n=51), seguidos de 4 a 7 anos de estudo concluídos (n=36).

É possível que muitos desses acidentados sejam trabalhadores que utilizam a motocicleta nas propriedades rurais em que trabalham e, como estas motos não são licenciadas, eles não passam por nenhum preparo nem são submetidos a qualquer tipo de controle pelos órgãos oficiais. Ainda pelo número significativo de pessoas com baixa escolaridade, que não conhecem perfeitamente as sinalizações de trânsito e utilizam e motocicletas em seus deslocamentos[14].

Tabela 2. Mortalidade de motociclistas por local de ocorrência segundo a faixa etária num município do oeste catarinense no período de 2003 a 2012

Local de ocorrência	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	Total
Hospital	10	23	12	8	4	1	58
Domicílio	0	1	0	0	0	0	1
Via pública	5	14	10	8	1	0	38
Outros	1	2	0	0	0	0	3

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Sistema de Informações sobre Mortalidade. Pesquisado em: maio de 2013.

Conforme dados acima pode-se afirmar que a maioria das vítimas vem a falecer no ambiente hospitalar, pois encontramos um percentual de 58% equivalente a 72 ocorrências do total de 125 no período analisado, seguidos da mortalidade ocorrida em via pública com 38% do total (n=48).

Neste contexto, observa-se, nas últimas décadas, aumento crescente na mortalidade de motociclistas que

estão extremamente expostos e se destacam nas estatísticas de acidentes que provocam lesões graves e mortes[15].

Considerando se o paciente recebeu ou não assistência médica antes de ir a óbito, não é possível dizer que há diferença, pois 46% (n=58) não receberam assistência médica depois do acidente e antes da morte, 44% (n=55) receberam assistência medica após o acidente e 10% (n=12) dos casos foram situações em que a variável encontra-se com este dado ignorado.

Podemos ainda fazer referência, que o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) foi implantado no município de Chapecó-SC a partir de outubro de 2006, pelo Decreto 5055/2004 que institui o SAMU em municípios e regiões do território nacional. Constatou-se, portanto, através da tabela 08 a efetiva assistência médica ao motociclista traumatizado em acidente a partir deste período, contribuindo desta forma em diminuir a proporção de óbitos ocorridos sem assistência médica com motociclista, sendo fundamental a concretização do SAMU como estratégia estruturante para o SUS.

Tabela 03. Anos potenciais de vida perdidos em motociclistas segundo a faixa etária num município do oeste catarinense no período de 2003 a 2012

Ano do Óbito	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	Total
2003	0	41	37	28	0	0	36
2004	54	49	35	22	0	0	40
2005	51	47	36	26	0	0	40
2006	53	45	40	22	0	0	46
2007	52	46	34	28	0	0	42
2008	51	44	39	27	0	0	43
2009	51	46	37	27	15	0	37
2010	51	45	37	21	14	6	38
2011	51	46	35	22	15	0	37
2012	54	48	35	25	19	0	39

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Sistema de Informações sobre Mortalidade. Pesquisado em: maio de 2013.

A tabela 3 nos remete aos anos potenciais de vida perdidos precocemente por acidentes com motociclista. Entre a faixa etária de 15 a 19 anos de idade observa-se uma variação entre 51 a 54 anos de vidas perdidos precocemente com relação à expectativa de vida do brasileiro, à medida que aumenta a faixa etária diminui os anos potenciais de vida perdidos, porém mesmo assim esse número continua alto. Entre 20 a 29 anos de idade essa variação cai em torno de 10 anos, ou seja, estas pessoas deixam de viver entre 41 e 49 anos de vida, entre 30 a 39 anos de idade as pessoas deixam de viver entre 35 a 40 anos de vida.

As mortes por acidentes e violências incidem com elevada frequência no grupo de adolescentes e adultos jovens, e o impacto destes óbitos pode ser analisado por meio do indicador de mortalidade prematura, denominado Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP)[14]. Por isso, torna-se importante destacar que os acidentes de trânsito é a segunda causa de APVP (10,6%) no Brasil[14]. Nesse contexto, destaca-se a importância da utilização desse indicador de mortalidade prematura para definir prioridades e chamar a atenção sobre o caráter devastador dos traumas e violências como causa de mortes em idades jovens.

Tabela 04. Mortalidade de motociclistas por acidente de trabalho segundo a faixa etária num município do oeste catarinense no período de 2003 a 2012

Acidente de trabalho	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	Total
Sim	[illegible]	3	4	0	0	0	7
Não	13	39	17	12	4	1	76
Ignorado	2	6	[illegible]	[illegible]	1	0	17

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Sistema de Informações sobre Mortalidade. Pesquisado em: maio de 2013.

Ao analisar a tabela 4 encontramos 112 ocorrências, destas 7% foram classificadas como acidente de trabalho (n=8), e predominaram no adulto jovem entre as faixas etária de 20 a 39 anos de idade.

Conforme dispõe o art. 19 da Lei nº 8.213/91:

> "acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho".

Estudo realizado num pronto socorro de um hospital em São Paulo, com vítimas de violência no trânsito, 65% dos condutores de motocicletas estavam em horário de trabalho ou no percurso para o trabalho[16].

Estudo sobre acidentes de trabalho fatais na região sul do Brasil no ano de 2010, identificou 825 óbitos, sendo 450 decorrentes de acidentes de transporte. No mesmo estudo, indivíduos de 20 à 39 anos representou quase a metade dos óbitos ocupacionais, envolvendo indivíduos adulto jovens, considerados economicamente mais ativos[17].

Neste contexto, vale ressaltar que esta situação é preocupante e carece de reflexão pelos gestores, pesquisadores, profissionais da saúde e todos os atores sociais na busca de alternativas para minimizar os acidentes de trânsito, sobretudo envolvendo motociclistas.

4. CONCLUSÃO

Este estudo apontou o crescimento da mortalidade de motociclistas ocorridos no período de 2003 a 2012, sendo em sua maioria indivíduos jovens entre 20 e 29 anos

de idade, de baixa escolaridade, 7% das ocorrências foram classificadas como acidente de trabalho. Constatou-se um grande índice de anos potenciais de vida perdidos precocemente por acidentes com motociclista entre a faixa etária de 15 a 19 anos. A maioria dos óbitos ocorreu em ambiente hospitalar.

Acredita-se que o uso da motocicleta tende a aumentar e, conseqüentemente, resultar em maior número de acidentes desse tipo, e que a redução do número de mortos e feridos em acidentes de trânsito depende da adoção de medidas preventivas. Nesse contexto, a enfermagem tem um importante papel, destacando-se a realização de programas de prevenção aos acidentes contribuindo para minimizar o número de sua ocorrência e as repercussões para os indivíduos e para a sociedade.

Diversos fatores podem estar agregados ao aumento da mortalidade de motociclistas em conseqüência de acidente de transporte, tais como a maior vulnerabilidade dos motociclistas a lesões graves em comparação aos ocupantes de outros veículos, a negligência quanto ao uso do capacete e equipamentos de segurança apropriados, o comportamento inadequado/perigoso no trânsito, o uso da motocicleta em serviço de transporte individual remunerado de passageiros e atividades de prestação de serviços.

Novos estudos são necessários a fim de oferecer evidências mais detalhadas sobre os determinantes do risco de acidentes de trânsito e de mortes na população de motociclistas, um problema que se coloca na atualidade como de grande importância para a saúde pública.

Mais campanhas de prevenção de acidentes e educação no trânsito são etstratégias para minimizar esses índices.

REFERÊNCIAS

[01] Organização Mundial da Saúde – OMS. CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 2008; 10a.

[02] Montenegro MMS, *et al*. Mortalidade de motociclistas em acidentes de transporte no Distrito Federal, 1996 a 2007. Rev. Saúde Pública São Paulo. 2011; 45(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2394.pdf

[03] Oliveira NLB, Souza RMC. Retorno a atividade produtiva de motociclistas vítimas de acidentes de trânsito. Acta Paul Enferm. São Paulo. 2006; 19(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a05v19n3.pdf

[04] Anjos KC, *et al*. Paciente vítima de violência no trânsito: análise do perfil socioeconômico, características do acidente e intervenção do Serviço Social na emergência. Acta Ortop Bras. São Paulo. 2007; 15(5). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/aob/v15n5/a06v15n5.pdf

[05] Malta DC, *et al*. Causas externas em adolescentes: atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência nas Capitais Brasileiras – 2009. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(9):2291-2304. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a11v17n9.pdf

[06] Gawryszewski VP, *et al*. Atendimentos de emergência por lesões decorrentes de causas externas: características das vítimas e local de ocorrência, Estado de São Paulo, Brasil, 2005**.** Cad. Saúde Pública. 2008; 24(5):1121-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/19.pdf

[07] Caixeta CR, *et al*. Morbidade por acidentes de transporte entre jovens de Goiânia, Goiás. Ciênc Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2009; 14(5). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/22.pdf

[08] IBGE - Instituto Brasiliero de Geografia e Estatística. Contagem da População 2008. Rio de Janeiro: IBGE. 2008.

[09] Brasil, Estado Brasileiro. População. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/o-brasil/estado-brasileiro/populacao>. Acesso em: 15 de agosto de 2013.

[10] Santos AMR, *et al*. Perfil das vítimas de trauma por acidente de moto atendidas em um serviço público de emergência. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2008; 24(8). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/21.pdf

[11] Rocha GS, Shor N. Acidentes de motocicleta no município de Rio Branco: caracterização e tendências. Ciênc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2013; 18(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/18.pdf

[12] Ascari RA, Chapiesli CM, Silva OM, Frigo J. Perfil epidemiológico de vítimas de acidente de trânsito. Rev Enferm UFSM. 2013; 3(1):112-21. Disponível em: http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/7711/pdf.

[13] Trevisol DJ, Bohm RL, Vinholes DB. Perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de acidentes de trânsito atendidos no serviço de emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição em Tubarão, Santa Catarina. Scientia Medica, Porto Alegre. 2012; 22(3):148-52. Disponível em: http://brasil.campusvirtualsp.org/sites/default/files/acidentes.pdf

[14] Santos AMR, *et al.* Perfi l das vítimas de trauma por acidente de moto atendidas em um serviço público de emergência. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2008; 24(8):1927-1938. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/21.pdf

[15] Oliveira NLB, Souza RMC. Ocorrências de trânsito com motocicleta e sua relação com a mortalidade. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto. 2011; 19(2). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_24.pdf

[16] Miranda FMD'a, Scussiato LA, Kirchhof ALC, Cruz EDA, Sarquis LMM. Caracterização das vítimas e dos acidentes de trabalho fatais. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS). 2012; 33(2):45-51. Disponível em: http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/22026

[17] Ascari RA, Zatti CA. O perfil dos acidentes de trabalho fatais na região sul do Brasil no ano de 2010. Revista Uningá Review. 2013; 15(2):18-22. Disponível em: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20130727_160726.pdf.

ANÁLISE MICROBIOLOGICA DA AGUÁ DA SERINGA TRIPLICE

MICROBIOLOGICAL ANALYSIS OF WATER SYRINGE TRIPLE

AMANDA THALINNI **FRANÇA[1]***, RENATO VICTOR DE **OLIVEIRA[2]**

1. Acadêmico do curso de graduação em odontologia da Faculdade INGÁ; **2.** Mestrado em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial pela universidade Sagrado Coração Bauru-SP (USC)

* Rua Jupiá 54, Grevilha III, Maringá, Paraná, Brasil. CEP 87025-180. amandathali@hotmail.com

Recebido em 02/08/2015. **Aceito** para publicação em 15/10/2015

RESUMO

Nos meios de transmissão de infecção cruzada encontra-se a água utilizada para refrigeração dos equipamentos odontológicos. Com o uso de água contaminada, os riscos aumentam tanto para o Cirurgião-Dentista como para o paciente. É extremamente preocupante o seu uso em procedimentos cirúrgicos e em pacientes comprometidos imunologicamente. O objetivo do estudo foi o de verificar a qualidade da água das seringas triplice do equipamentos odontológicos, por meio de análise microbiológica, realizando a contagem de coliformes totais e bactérias heterotróficas. As amostras de água foram coletadas de 10 seringas triplices de equipamentos odontológicos, em uma faculdade privada de Maringá, Paraná, Brasil. Foram seguidas as normas para coleta do material e a análise bacteriológica. A análise dos resultados permitiu concluir que mais da metade das amostras de água analisadas não atendeu aos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde, podendo ser consideradas fonte potencial de infecção cruzada e pós-operatória; os cirurgiões-dentistas precisam seguir normas de biossegurança no que se refere à procedência ao manuseio da água do equipamento odontológico.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção cruzada, biofilme, água.

ABSTRACT

In cross-infection, transmission media is water used for cooling dental equipment. With the use of contaminated water, the risks increase for both the DDS and the patient. It is very worrying their use in surgical procedures and in immuno-compromised patients. The aim of the study was to determine the water quality of triple syringes of dental equipment by means of microbiological analysis, realizing total coliforms and heterotrophic bacteria. Water samples were collected from 10 triples syringes of dental equipment, in a private college of Maringa, Parana, Brazil. The standards were followed to collect the material and bacteriological analysis. The analysis concluded that more than half of the analyzed water samples did not meet the standards set by the Ministry of Health and can be considered a potential source of cross-infection and post-operative; dentists need to follow bio-security standards with regard to the merits the handling of water from dental equipment.

KEYWORDS: Cross infection, water, biofilm.

1. INTRODUÇÃO

De forma generalizada, desde o ano de 1981, os equipos odontológicos foram equipados com válvulas de anti-retração, com o intuito de prevenção ao retorno de material oral. Estas medidas se deram por causa da identificação de partículas virais e resíduos da cavidade oral aspirados durante o tratamento dentário, contaminando as linhas de água e peças de mão. Por conseguinte, no ano de 1996, a *American Dental Association* (ADA) estabeleceu que o suprimento de água dos condutos odontológicos poderiam conter no máximo, 200 UFC/m[1]. Na maioria das áreas odontológicas, tão importante quanto o aperfeiçoamento técnico e científico é a conscientização dos riscos presentes de contaminação durante o atendimento odontológico. Atualmente, pesquisas vêm comprovando que, em todos os instrumentos odontológicos, dos mais simples aos mais sofisticados, esconde-se um universo de microrganismos patogênicos[2].

Fatinato (1994)[3] analisou que a infecção cruzada é a transmissão de microrganismos de um indivíduo para outro susceptível. A infecção cruzada em odontologia pode acontecer da seguinte maneira: dos pacientes para o pessoal odontológico; do pessoal odontológico para os pacientes; de paciente para paciente via pessoal odontológico; de paciente para paciente via instrumental. Á medida que aerossóis e matérias particuladas forem formados durante os procedimentos odontológicos os riscos serão aumentados.

Designa-se biofilme à massa microbiana resultante da multiplicação e desenvolvimento de microrganismos

aderidos na superfície de sólidos, presa na matriz de polissacáride extracelular (PEC), em ambiente que contém líquidos[4]. Em ambientes odontológicos os sistemas de água são constituídos de tubos plásticos, contendo um tamanho reduzido, o que provoca a formação de biofilme no seu interior. Na medida em que as unidades não são usadas, os microrganismos multiplicam-se nos biofilmes, proliferando a contaminação da água lançada nas canetas de alta rotação e seringas tríplices[5].

Os equipamentos odontológicos como mangueiras, que são acionados por sistema pneumático apresentam refluxo no sistema de água das peças de mão. Este sistema tem a finalidade de cortar a água do spray para maior rapidez de trabalho e evitar o gotejamento da água após o uso. Entretanto, este refluxo tem a desvantagem de carrear microrganismos para o interior das peças de mão e das suas mangueiras. Com isto se formará um biofilme bacteriano que será deslocado quando um novo fluxo de água circular pelos locais anteriormente citados, tendo como consequência a infeção cruzada. Para a eliminação da formação deste biofilme é necessária a realização de uma desinfecção das mangueiras das peças de mão antes do atendimento de cada paciente; após esta desinfecção um fluxo de água deve ser realizado para retirada da solução desinfetante[6].

Até o hoje, nenhuma tecnologia está acessível para conseguir remover integralmente os biofilmes aderidos. Porém, existem algumas técnica para prevenir a formação e minimizar a contaminação das tubulações nas quais são recomendadas pela literatura, entre elas: o acionamento de peças de mão entre atendimentos de pacientes, por alguns segundos; o acionamento da tubulação por vários minutos no inicio e final do dia, e por alguns segundos entre pacientes; utilização de sistemas de tratamento químico para prevenção do biofilme nas tubulações. Um dos agentes desinfetantes mais utilizados para minimizar a formação do biofilme das tubulações é o hipoclorito de sódio. No Brasil, o hipoclorito de sódio é o principal componente do sistema de descontaminação por cloração (sistema Flush – DABI), na concentração de 500 ppm[1]. Entretanto, no caso das seringas tríplices, aparece controvérsia sobre a efetividade de desinfecção das mesmas. Para o *Council on Scientific Affairs* e o *Council of Dental*, ambos da ADA, o emprego de pontas de seringa tríplice removíveis, descartáveis, exclusivas para cada paciente, constitui o procedimento mais apropriado[7].

Com base no exposto, o objetivo deste estudo, foi analisar o grau de contaminação da água da seringa tríplice do equipo odontológico, por meio de analise laboratorial.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foram coletados 10 amostras de água, aproximadamente 100 mL de cada seringa tríplice e uma amostra de água de 1 mL da torneira que abastece os equipos odontológico de uma faculdade privada de Maringá, Paraná, Brasil. As amostras foram coletadas em recipientes estéreis de 200mL e trasportadas sobe refrigeração para o laboratório da Universidade Estadual de Maringá. A técnica ultilizada foi a de membrana filtrante; um método rápido e preciso para isolamento e identificação de colônias de bactérias. Esta técnica é recomendada pelo *Standart of Methods for the Examination of Water and Wasterwater*, referência internacional em análises em águas.

Primeiramente, esterilizamos a capela com álcool 70% e a lâmpada germicida por 10 minutos. Com auxílio de bomba a vácuo, filtrou-se 100 mL de amostra através de uma membrana filtrante de 47 mm de diâmetro e 0,45 µm de porosidade, estéril, utilizando equipamento de filtração. Em seguida removeu-se assepticamente a membrana do equipamento de filtração, com auxílio de uma pinça e colocou-se sobre a superfície da placa contendo o Agar. Por fim, incubou-se a placa a ser analisada invertendo-a. Limpous-e o funil de filtração com 20 a 30 mL de água destilada após a troca de amostra a ser filtrada.

Para determinação bactérias heterotróficas foi digerido pancreático de caseína: 5,0; Extrato de levedura: 2,50; Dextrose: 1,0 Agar: 15,0. O tempo de incubação foi de 48 horas a 36°C.

Analise por colilerte (presença e ausência):

Foi adicionado 100 mL da amostra e água nos frascos, contendo a pastilha de tiosulfato de sódio e adicionado o substrato ao frasco com a amostra; por fim foram incubados a 35ºC, por 24 horas.

Determinação de Microorganismos

Para a determinação de presença de coliformes totais: Positivo após 24 horas a amostra (+) fica com coloração amarela. Negativo após 24 horas a amostra (-) continua incolor.

A determinação de presença de *E.coli* foi feita pela visualização das amostras em câmara escura com luz fluorescente. Positivo: amostra fica fluorescente com resultado *E. coli* presente; Negativo: amostra permanece com coloração amarela com resultado *E. coli* ausente.

3. RESULTADOS

A análise microbiológica quantitativa das amostras coletadas evidenciou que de 10 equipos odontológicos (seringa tríplice), 4 estavam confluente (incontável) e 4 estavam acima do nível recomendado pelo Ministério da Saúde, ou seja, maior que 500UFC/mL; apenas 2 pode se perceber que não ultrapassaram o valor permitido abaixo de 500UFC/mL. E a torneira que abastece o reservatório indicou 416 UFC/mL. Em relação a analise de coliformes totais pode-se observar a ausência em todas amostras. A figura I mostra esses resultados.

Tabela 1. Avaliação do nível de contaminação de bactérias heterotróficas em Unidades Formadoras de Colônias-Membrana Filtrante e Coliformes Totais (Presença/Ausência em 100 mL)

EQUIPO	Bactérias Heterotroficas UFC/mL	Coliformes Totais
1 (cadeira 14)	564	Ausente
2 (cadeira 16)	Confluente	Ausente
3 (cadeira 24)	Confluente	Ausente
4 (cadeira 26)	548	Ausente
5 (cadeira 29)	632	Ausente
6 (cadeira 31)	Confluente	Ausente
7 (cadeira 43)	400	Ausente
8 (cadeira 48)	484	Ausente
9 (cadeira 53)	Confluente	Ausente
10(cadeira 55)	640	Ausente
Torneira 26	416	Ausente

4. DISCUSSÃO

Com os dados observados das amostras coletadas nas conexões, após o atendimento, observou-se o aumento da contaminação da tubulação, quando comparados com a água do reservatório, predispondo os pacientes a infecções cruzadas dentro do consultório odontológico.

A água da seringa tríplice e do micromotor é fundamental para execução odontológica, devendo ser, no mínimo, potável. A contaminação dessa água pode suceder tanto por sucção dos microrganismos da própria boca do paciente para o interior das tubulações e posterior colonização, ou pelo crescimento de microrganismos no reservatório e nas linhas d'água dos equipos, que são fatores importantes de infecções[8].

Para que água seja potável, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) recomenda a ausência de coliformes totais e fecais e contagem de bactérias mesófilas heterotróficas menor ou igual a 500 unidades formadoras de colônias por mililitro de água[5].

Com estudos observa-se que os reservatórios das unidades dentárias que são fornecidas com água destilada, porem não seja estéril, tinham níveis baixos de contaminação . No entanto, a utilização de água com um nível baixo de contaminação inicial não impediu seu prolongamento no momento em que atingiu a boca do paciente e do ambiente geral do consultório, como indicado pelos níveis de contaminação da alta velocidade e do triple-seringa/ Seringa tripla. Com isso, além de reservatórios independentes, é importante desenvolver métodos para reduzir ou eliminar biofilme revestimento das paredes internas dos túbulos no sistema[9].

Na rotina de consultórios odontológicos, inúmeras doenças podem ser transmitidas entre paciente e profissionais, o que, em última aproximação, justifica a necessidade do emprego de barreiras para que haja proteção para impedir a infecção cruzada[10].

Assim, com os resultados encontrados, entede-se que a tubulação e o reservatório de água podem ser contaminados logo após o atendimento ao paciente. Essa contaminação pode acontecer devido à presença da válvula anti-retração no equipo odontológico, ou da própria água suplementada das unidades, obtida do reservatório odontológico ou do sistema municipal de abastecimento; sendo esse, ao desacelerar o pedal do motor dos equipamentos odontológicos, há o risco de um refluxo de microrganismos da microbiota oral para o interior da tubulação e com isso pode ocorrer a formação ou até mesmo um aumento do biofilme microbiano[1].

5. CONCLUSÃO

Através dos resultados obtidos, pode-se concluir que mais da metade das amostras de água analisadas não atenderam aos padrões de potabilidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde, podendo ser consideradas fonte potencial de infecção cruzada e pós-operatória..

REFERÊNCIAS

[1]. Galvão CF; Motta GF, Leite MEA. Análise Quantitativa da Contaminação da Água das Tubulações de Equipamentos Odontológicos. Arquivo Brasileiro de Odontologia 2006; 3-9.

[2]. Buhtz D. Possibilidades de Los Cuidados Higiênicos de la Desinfección y Esterilización de Turbinas, Contra ángulos Ypiezas de Mano (IyII). Quitessence 1995; 8(2):73-85.

[3]. Fantinato V. Manual de Esterilização e Desinfecção em Odontologia. Editora Santos. 1994.

[4]. Watanabe E, Pimenta FC, Agostinho AM, Matsumoto W, Ito IY. Diferentes Métodos de Avaliação do Nível de Contaminação Microbiana da Água de Alta Rotação. Robrac 2006; 15(40):3-9.

[5]. Moreira ACA, Pereira AF, Menezes AR. Contaminação da Água de Equipos Odontológicos por Pseudomonas sp. Rev.Ci. méd. biol 2006; 5(2):146-50.

[6]. Guandalini SL, Santos ECP, Biossegurança na Odontologia-Controle da Infecção.2003; 1-124

[7]. Russo EMA, Carvalho RCR, Lorenzo JL, Garone N, Cardoso MV, Grossi E. Avaliação da Intensidade de Contaminação de Pontas de Seringa Tríplice. Pesqui Odontol Brás 2000; 14(3):243-47.

[8]. Rossetini SMO. Vias Potenciais de Contaminação Cruzada no Consultório Odontológico e Meios Propostos para o seu Controle. [dissertação] Faculdade de Saúde Pública,Universidade de São Paulo, São Paulo. 1994.

[9]. Souza-Gugelmin MCM, Lima CDT, Lima SNM, Mian H; Ito IY. Microbial Contamination in Dental Unit Waterlines. Braz Dent J 2003; 14(1):55-7.

[10]. Grenier D. Quantitative Analysis of Bacterial Aerosolsin Two Different Dental Clinic Environments. Appl Environ Microbiol 1995; 61(8):3165-8.

SINAIS E SINTOMAS DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR ASSOCIADOS À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

SIGNS AND SYMPTOMS OF TEMPOROMANDIBULAR DYSFUNCTION ASSOCIATED TO THE PHYSICAL ACTIVITY PRACTICE

ALEX VINÍCIUS GIMENES **GURRÃO**[1*], AMANDA TABONI **RODRIGUES**[1], PAULO RICARDO **FERNANDES**[1], FABIANO CARLOS **MARSON**[2], CLEVERSON OLIVEIRA E **SILVA**[3], ÉRIKA CRISTINA **FERREIRA**[4], PATRÍCIA SARAM **PROGIANTE**[5]

1. Acadêmico do Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Ingá; **2.** Pós-Doutorado em Dentística, Professor do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade INGÁ; **3.** Professor Doutor do Curso de Odontologia da Faculdade INGÁ e UEM; **4.** Doutoranda em Ciências da Saúde, Mestrado em Ciências da Saúde e Bacharel em Estatística na UEM; **5.** Pós Doutorada em Saúde Coletiva na Universidade de São Paulo – Faculdade de Odontologia de Bauru, Professora do Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade INGÁ.

* Rua Dino Veiga, 601. Centro, Bandeirantes, Paraná, Brasil. CEP: 86360-000. alexgurrao@hotmail.com

Recebido em 02/08/2015. **Aceito** para publicação em 13/10/2015

RESUMO

Estudo populacional de ocorrência e sintomatologia da Disfunção Têmporo-Mandibular e Dor Orofacial (DTM e DOf), e sua correlação com a pratica de atividade física. Estudo este realizado com a análise de jovens adultos e adultos, na cidade de Maringá-Paraná-Brasil. METODOLOGIA: A amostra populacional foi de 46 pessoas com idade entre 18 e 50 anos, sendo eles praticantes ou não praticantes de atividade física, separados assim em dois grupos distintos para análise e comparação. Os dados obtidos foram digitados em planilha do programa Microsoft Excel 2010 e analisados estatisticamente com o auxílio do *Software Statistica 8.0*. Foi realizado a avaliação de médias e os desvios padrão para as variáveis quantitativas, seguido do teste t para comparação de médias ou teste de *Kruskal-Wallis*. Já para as variáveis qualitativas foi utilizado tabelas de frequências com percentual, seguidas do teste Exato de Fisher. RESULTADOS: Foram avaliadas informações de 25 (54,3%) não praticantes de atividade física (G1), 21 (45,7%) praticantes de atividade física diária (G2), sendo a maioria dos entrevistados de uma faixa etária de 18 a 28 anos, de maioria sexo masculino, raça branca, de nível superior completo e solteiros.O grupo que apresentou maior qualidade de vida foi o G1.A idade média dos pacientes avaliados foi de 26,6±8,9 anos no G1 e 25,8±7,3 anos no G2.Os não praticantes de atividade física tiveram característica da intensidade do dor e pontuação de incapacidade superior aos praticantes de atividade física, boa parte dos integrantes dos grupos avaliados tiveram 0 pontos de incapacidade, a maioria deles sem dor nos últimos meses e 2 indivíduos do G2 tiveram dor crônica com limitação severa nos últimos 6 meses. Já quanto ao distúrbio do sono, o G2 foi o grupo que apresentou estatisticamente maior proporção de integrantes com distúrbio do sono (p=0,01149).O G1 apresentou níveis de depressão superiores ao demais, embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Já nos Sintomas físicos não específicos (com itens da dor ou sem itens da dor), o G2 apresentou níveis de superiores ao G1.Conclusão:A pratica de Atividade Física diária, leva a uma melhora dos sinais e sintomas da DTM, dentre elas, a melhora da qualidade de vida, melhorada da qualidade do sono e o mais evidenciado, o aumento do limiar de dor.

PALAVRAS-CHAVE: Dor Orofacial, atividade física, síndrome da disfunção da articulação temporomandibular.

ABSTRACT

The population study of occurrence and symptomatology of Temporomandibular Dysfunction and Orofacial Pain (DTM and DOF) and their correlation with the practice of physical activity. Research done with the analysis of young adults and adults, in the city of Maringá- Paraná- Brazil. METHODOLOGY: the population sample was of 46 people with ages between 18 and 50, practitioners and non-practitioners of physical activity, thus separated into two distinct groups for analysis and comparison. The data obtained were typed in Excel Spreadsheets and analyzed statistically with the aid of Software Statistica 8.0. The mediums were evaluated as well as standard deviation for quantitative variables, followed by the t test for comparison of medium or Kruskal-Wallis test. For qualitative variables, tables of frequency with percentages were used, followed by Fisher's Exact test. RESULTS: the information analyzed was of 25 (54,3%) non-practitioners of physical activities (G1), 21 (45,7%) practitioners of physical activities, mostly between the ages of 18 and 28 years of age, mostly males, white, with completed higher education and single. The

group that presented better life quality was G1. The average age of the evaluated patients was of 26,6±9 years in G1 and 25,8±7.3 years in G2. Non-practitioners of physical activities had characteristics of pain intensity and incapacity punctuation over the practitioners of physical activities, a great part of the members of the evaluated groups had 0 points of incapacity, most of them without pain in the last two months and 2 individuals of G2 had chronicle pain with severe limitation in the last 6 months. As far as the insomnia disturbance goes, G2 was the group that statistically presented better proportions of the members with the disturbance (p=0,01149). G1 presented higher levels of depression in comparison to others, although this difference was not statistically significant. At the non-specified physical symptoms, (with items of pain and without items of pain), G2 presented greater levels than G1. Conclusion: the practice of daily physical activity brings progress of the signals and symptoms of DTM, amongst them, the better quality of life, better quality in sleeping and the most evident, the increased pain threshold.

KEYWORDS: Orofacial Pain, Motor activity, Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome.S.

1. INTRODUÇÃO

A disfunção temporomandibular (DTM) se refere a um conjunto de condições médicas e odontológicas, que afetam a articulação temporomandibular (ATM) e/ou os músculos da mastigação, como também estruturas da face, relacionadas ao complexo maxilo-mandibular.

A DTM possui etiologia multifatorial[1,2,3], geralmente, é causada pela desfavorável interação entre os seguintes fatores: neuromusculares, articulares, oclusais e psicológicos[1]. Porém, existem outros fatores relacionados com as disfunções temporomandibulares (DTMs), tais fatores seriam: genéticos, de desenvolvimento, psicológicos, traumáticos, patológicos, ambientais e comportamentais[3]. Todavia, o sono influencia as condições físicas, psicológicas e sociais do indivíduo. As pessoas que apresentam distúrbios do sono apresentam mais frequentemente queixas relacionadas à dor, que é um dos principais sintomas das disfunções temporomandibulares[4].

As consequências de uma disfunção incluem danos ao dente, periodonto, articulações temporomandibulares e sistema neuromuscular, bem como perturbações funcionais na mastigação e deglutição[5]. Pode se constatar os seguintes sintomas: dor na mandíbula e na região da ATM, dor de cabeça, ruído na articulação, dificuldade para abrir e fechar a boca, dificuldade para morder e cortar alimentos, também podendo ocorrer enquanto a boca está em repouso. A DTM geralmente contribui para o agravo da dor de cabeça pré-existente, cujo desconforto e estresse podem causar tensão nos músculos da mastigação, podendo se estender aos músculos do pescoço e ombro. Embora a dor orofacial não seja fatal ela pode causar grandes incômodos na vida do indivíduo[6,7].

A manutenção da integridade do sistema mastigatório, depende do equilíbrio da tolerância fisiológica, sendo esta: a capacidade de absorção ao estresse juntamente com a tolerância estrutural. Fatores oclusais, traumáticos, alterações esqueléticas e musculares, hábitos parafuncionais (bruxismo) e estresse emocional e físico, podem diminuir a capacidade adaptativa do aparelho estomatognático e levar à instalação da DTM[4,8].

A presença de fatores psicossociais, como depressão e problemas com o sono, podem ter o papel principal no desenvolvimento da DTM e Dor Orofacial, assim como na eficiência do tratamento, ou ao menos como fatores importantes no prognóstico de tratamento da disfunção temporomandibular [4,9,10,11]. Estudos realizados, apontam que os pacientes que não respondem bem ao tratamento da DTM, também são os piores nos testes psicossociais (depressão, fadiga, sono e nível de energia), apresentando menor capacidade de memória, maiores desordens do sono e maiores níveis de depressão e fadiga, em relação aos pacientes que apresentaram uma maior resposta ao tratamento da disfunção[4,12].

Os hábitos de vida influenciam no surgimento de DTM, e também na forma que esta disfunção vai atuar no indivíduo. A literatura relata que a atividade física promove grandes benefícios a pacientes com dores crônica[13,14]. Será que ela também pode influenciar nas ações da DTM? Pessoas que não praticam atividade física são mais susceptíveis a dores musculoesqueléticas em relação aos praticantes de atividade física[15]. Será que estas pessoas são mais tem uma maior probabilidade de apresentar dores na presença da DTM?

O Objetivo deste trabalho, foi comparar a prevalência e as consequências da DTM entre diferentes grupos de pessoas, (Pessoas que não praticam atividade física, pessoas que praticam atividade física) A fim de obter diferenças expressivas entre eles, e de obter as respostas das perguntas previamente descritas. Para isso foi realizado uma pesquisa com 46 pessoas englobando os dois grupos citados, estes foram submetidos ao teste de RDC, e um questionário sobre saúde geral, os quais após passar por uma estatística analítica nos fornecerá os dados necessários para obtermos as respostas.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Os dados obtidos foram digitados em planilha do programa Microsoft Excel 2010 e analisados estatisticamente com o auxílio do *Software Statistica 8.0*. Foi realizado a avaliação de médias e os desvios padrão para as variáveis quantitativas, seguido do teste t para comparação de médias ou teste de *Kruskal-Wallis*, conforme necessidade. Já para as variáveis qualitativas foi utilizado tabelas de frequências com percentual, seguidas do teste Exato de Fisher, conforme necessidade. O nível de significância adotado nos testes foi de 5%, ou seja, foram consideradas significativas as comparações cujo $p<0,05$.

3. RESULTADOS

Foram avaliadas informações de 25 (54,3%) não praticantes de atividade física, 21 (45,7%) praticantes de atividade física diária, com se pode observar na Tabela 1, a maioria dos entrevistados tinham de 18 a 28 anos, boa parte era do sexo masculino, com a raça branca, com nível superior de escolaridade (faculdade) e solteiros.

Tabela 1. Descrição das variáveis qualitativas demográficas em adultos de Maringá-Pr, 2015.

Variáveis	Modalidade			
	Não praticam Atividade Física		Praticam Atividade Física diária	
	n	%	n	%
Faixa etária				
18 a 28 anos	21	33,3	16	25,4
19 a 39 anos	3	4,8	3	4,8
40 anos ou mais	1	1,6	2	3,2
Gênero				
Masculino	15	23,8	10	15,9
Feminino	10	15,9	11	17,5
Raça				
Amarela (asiático ou indígena)	1	1,6	1	1,6
Parda ou mestiça	4	6,3	0	0,0
Negro	0	0,0	1	1,6
Branco	20	31,7	19	30,2
Escolaridade				
Faculdade	24	38,1	19	30,2
Cientifico	0	0,0	1	1,6
Escola Ginasial	1	1,6	0	0,0
Superior Completo	0	0,0	1	1,6
Estado Civil				
Casado(a)	4	6,3	4	6,3
Solteiro (a) / Nunca casei	21	33,3	17	27,0

Com relação à qualidade de vida, o domínio que se apresentou maior em todos os grupos avaliados é o de relações sociais, já o grupo que apresentou maior qualidade de vida foi o de Praticantes de atividade fisica e o de menor qualidade de vida foi o de não praticantes de atividade física, lembrando que o escore máximo que pode ser obtido em cada domínio é de 20 pontos e a quanto à qualidade de vida geral o valor máximo que poderia ser obtido é 100. A idade média dos pacientes avaliados foi de 26,6±8,9 anos nos praticantes de atividade física diáriae 25,8±7,3 anos nos não praticantes de atividade física diária.

Ao comparar o grupo de não praticantes de atividade física com relação à qualidade de vida, no domínio “relações sociais” quando comparada os praticantes de atividade Física diária (p=0,0121). No domínio “meio ambiente” os praticantes de atividade física diária tiveram qualidade de vida superior quando comparados aos não praticantes de atividade física (Tabela 3).

Tabela 2. Descrição das variáveis quantitativas, domínios da qualidade de vida, idade e SAQ, em adultos de Maringá-Pr, 2015.

Varáveis	Modalidade					
	Praticam Atividade física diária			Não praticam Atividade Física		
	Média	±	Desvio Padrão	Média	±	Desvio Padrão
Qualidade de vida (domínios)						
Físico	13,2	±	1,3	13,3	±	0,9
Psicológico	10,6	±	1,0	10,4	±	1,1
Relações Sociais	17,1	±	2,3	15,4	±	2,1
Meio Ambiente	16,3	±	1,7	15,2	±	1,5
Auto-avaliação da QV	15,7	±	3,1	14,7	±	3,0
Qualidade de vida (geral)	72,9	±		69,0	±	
Idade	26,6	±	8,9	25,8	±	7,3
Avaliação do Sono (SAQ)	17,7	±	7,0	19,4		5,4

Tabela 3. Comparação dos domínios da qualidade de vida entre os grupos avaliados, em adultos de Maringá-Pr, 2015.

Varáveis	Modalidade	n	Média	±	Desvio Padrão	*p*
Qualidade de vida (domínios)						
Físico	Praticam Atividade Física diária	21	13,2	±	1,3	0,7602
	Não praticam AtividadeFísica	25	13,3	±	0,9	Referência
Psicológico	Praticam AtividadeFísica diária	21	10,6	±	1,0	0,5255
	Não praticam AtividadeFísica	25	10,4	±	1,1	Referência
Relações Sociais	Praticam AtividadeFísica diária	21	17,1	±	2,3	0,0121*
	Não praticam AtividadeFísica	25	15,4	±	2,1	Referência
Meio Ambiente	Praticam AtividadeFísica diária	21	16,3	±	1,7	0,0244*

	Não praticam AtividadeFísica	25	15,2	±	1,5	Referência
	Praticam Ati-vidadeFísica diária	21	15,7	±	3,1	0,2734
Auto-avaliação da QV						
	Não praticam Atividade Física	25	14,7	±	3,0	Referência

* Teste t significativo considerando nível de significância de 5%.

Como se pode observar na Tabela 4, os não praticantes de atividade física tiveram característica da intensidade do dor e pontuação de incapacidade também superior aos praticantes de atividade física, embora essa diferença não tenha sido estatisticamente comprovada, Ficou evidenciado ainda que o grupo de não praticantes de atividade física tiveram mais dias de incapacidade do que o outro grupo, embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa.

Tabela 4. Descrição das variáveis relacionadas a intensidade da dor, em adultos de Maringá- Pr, 2015.

Variável	Modalidade	n	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	*p**
Característica da intensidade da dor	Praticam Atividade Física Diária	21	1,4	2,0	0,0	5,0	0,0542
	Não praticam Atividade Física	25	2,0	2,7	0,0	9,0	
Dias de incapacidade	Praticam Atividade Física Diária	21	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1944
	Não praticam Atividade Física	25	1,0	3,5	0,0	15,0	
Pontuação de incapacidade	Praticam Atividade Física Diária	21	0,6	1,0	0,0	3,0	
	Não praticam Atividade Física	25	1,1	2,5	0,0	9,0	

* Teste *Kruskal-Wallis* não significativo considerando nível de significância de 5%

Como se pode observar na Tabela 5, boa parte dos integrantes dos grupos avaliados tiveram 0 pontos de incapacidade, a maioria deles sem dor nos últimos meses e 2 indivíduos do grupo de não praticantes de atividade física diária tiveram do crônica com limitação severa nos últimos 6 meses. Já quanto ao distúrbio do sono, o grupo que não pratica atividade física diária foi o grupo que apresentou estatisticamente maior proporção de integrantes com distúrbio do sono (p=0,01149).

Ao avaliar a Tabela 6, podemos verificar que os praticantes de atividade física diária apresentaram níveis de depressão superiores ao demais, embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Já nos Sintomas físicos não específicos (com itens da dor ou sem itens da dor), os não praticantes de atividade física diária apresentaram níveis de superiores ao demais, embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa.

Tabela 5. Descrição das variáveis relacionadas a intensidade da dor, em adultos de Maringá- Pr, 2015.

Variável	Grupo				*p*
	Praticam Atividade Física diária		Não praticam Atividade Física		
	n	%	n	%	
Pontos de incapacidade					
0 pontos de incapacidade	21	33,3	23	36,5	
1 ponto de incapacidade	0	0,0	2	3,2	
Classificação da dor crônica		0,0		0,0	
Sem dor nos últimos 6 meses	13	20,6	12	19,0	
Grau I. Baixa intensidade	8	12,7	11	17,5	
Grau IV. Limitação Severa	0	0,0	2	3,2	
Distúrbio do sono (SAQ)					
Sem distúrbio do sono	9	14,3	5	7,9	
Com distúrbio do sono	12	19,0	20	31,7	

* Teste Qui-quadrado significativo considerando nível de significância de 5%

Tabela 6. Descrição das variáveis quantitativas, Depressão; Sintomas físicos não específicos (com itens da dor); Sintomas físicos não específicos (sem itens da dor), em adultos de Maringá- Pr, 2015.

Variável	Modalidade	n	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	*p**
Depressão	Praticam AtividadeFísica Diária	21	28,2	7,8	20,0	49,0	
	Não praticam Atividade Física	25	26,2	6,8	20,0	47,0	
Sintomas físicos não específicos (com itens da dor)	Praticam Atividade Física Diária	21	15,7	3,6	12,0	24,0	0,6094
	Não praticam AtividadeFísica	25	16,2	3,7	12,0	29,0	
Sintomas físicos não específicos (sem itens da dor)	Praticam Atividade Física Diária	21	7,9	1,7	7,0	13,0	0,6470
	Não praticam AtividadeFísica	25	8,2	1,7	7,0	13,0	

4. DISCUSSÃO

O método utilizado para esta pesquisa, o teste de RDC/ TMD é um sistema de diagnóstico válido para o diagnóstico da dor causada pela DTM[16], no entanto este sistema não é eficiente para o diagnóstico de desloca-

mento de disco, e algumas desordens temporomandibulares, como artrose. Por este motivo, os maiores relatos de pacientes com dor orofacial, foi coincidente com a presença de tensão muscular[4].

A faixa etária presente neste estudo foi de maioria expressa por jovens adultos e alguns indivíduos de meia idade como mostrado na tabela 1, este fato também se relaciona com o faixa etária de maior incidência da DTM segundo SCRIVANI et al., 2008[17]. Caso houvesse a presença de um grupo de pessoas idosas (acima de 70 anos) provavelmente haveria uma maior presença de DTM, devido a patologia degenerativa[18]. No entanto, eles teriam também uma menor presença de dor, quando comparado as outras faixas etárias[19,20].

A principal diferença entre as classes foi a apresentação de dor nos casos de DTM, onde uma grande minoria dos praticantes de atividade física apresentaram dor quando comparado aos não praticantes de atividade física. Este fato provavelmente ocorre pois a pratica de atividade física induz a analgesia, ou aumento do limiar de dor dos praticantes[21,22,23]. Sendo este um dos principais motivos para os resultados favoráveis obtidos pelos praticantes de atividade física em relação aos não praticantes na apresentação de dor na presença de DTM.

A pratica de atividade física para o tratamento de dores crônicas é algo que vem sendo muito estudado e expresso em artigos da atualidade[13,23,24,25], com base nos resultados positivos destas pesquisas, este trabalho avaliou a relação da atividade física sobre os sintomas da DTM, e através dos dados obtidos constatamos uma expressiva diferença dos sintomas entre os praticantes de atividade física e não praticantes, no entanto ainda é necessário muito mais estudos para a confirmação desta relação.

A DTM crônica pode causar alterações na qualidade de vida do paciente[26,27], sendo esta uma das principais causas de dor crônica facial e que estão intimamente relacionadas com o estresse físico e psicossomático tais como fadiga, alterações do sono, ansiedade e depressão[26,28,29]. Porém quando observamos os testes de qualidade de vida dos praticantes de atividade física, se vê um melhor resultado quando comparado aos não praticantes de atividade física, tendo portanto um dos efeitos da DTM minimizados com a pratica de atividade física.

Em geral as pessoas que sofrem de DTM possuem um distúrbio do sono, que se agrava de acordo com o a severidade da DTM[30]. E como esperado, nesta pesquisa foi obtido uma melhor qualidade do sono da classe dos praticantes de atividade física, dado este que se apoia em outros estudos, que confirmam uma melhora da qualidade do sono com a pratica de atividade física[31], o que é esperado, visando que os praticantes de atividade física possuem uma melhor qualidade de vida quando comparado aos não praticantes[31,32,33,34].

A pesquisa mostrou uma diferença significativa da expressão dos sintomas da DTM existente comparando os dois grupos, no entanto, se houvesse um número maior de participantes em cada grupo, haveria resultados mais significativos que não ficaram evidenciados devido a amostra ser consideravelmente pequena.

5. CONCLUSÃO

A prática de atividade física contribui para o minimização dos sintomas causados pela DTM, mantendo uma boa qualidade de vida do paciente, uma melhora na qualidade do sono, além de um expressivo aumento do limiar de dor, o que fez com que os praticantes de atividade física expressassem bem menos os sinais de dor em relação aos não praticantes, sendo este o quesito que mais se destacou no estudo.

REFERÊNCIAS

[1]. Ash MM. Philosophy of occlusion: past and present. Dent Clin North Am. 1995; 39(2):233-45.

[2]. Christensen G.J. Now is the time to observe and treat dental occlusion. J AmDent Assoc. 2001; 132:100-2.

[3]. McNEILL C, *et al*. Craniomandibular (TMJ) disorders – The state of the art. J ProsthetDent. 1980; 44(4):434-7.

[4]. Progiante PS. Levantamento epidemiológico na cidade de Maringá: disfunção temporomandibular e dor orofacial e suas variáveis. 2012.

[5]. Kirveskari P, Jamsa T, Alanen P. Occlusal adjustment and the incidence of demand for temporomandibular disorder treatment. J ProsthetDent. 1998; 79(4):433-8.

[6]. Okeson JP. Dor orofacial:guia para avaliação, diagnóstico e tratamento. São Paulo (SP): Santos Livraria.1998

[7]. De Boever JA, Carlsson GE. Etiologia e Diagnóstico Diferencial. In: Zarb GA, Carlsson GE, Sessle BJ, MohlND.Disfunção da Articulação Temporomandibular e dos Músculos da Mastigação. São Paulo: Livraria Santos; 2000: 171-207.

[8]. Giannakopoulos NN, Keller L, Rammelsberg P, Kronmuller KT, Schmitter M. Anxiety and depression in patients with chronic temporomandibular pain and in controls. J Dent. 2010; 38:369-76.

[9]. Goldberg M, Grossi ML. Refractory temporomandibular disorders: understanding and treating the chronic facial pain patient. Alpha Omegan. 1998; 91:38-43.

[10]. Grossi ML. Neuropsychological deficits as predictors of treatment outcome in patients with temporomandibular disorders [thesis]. Toronto: GraduateDepartment of Dentistry, University of Toronto. 1998.

[11]. Grossi ML, Goldberg MB, Locker D, Tenenbaum HC. Reduced neuropsychologic measures as predictors of treatment outcome in patients with temporomandibular disorders. J OrofacPain. 2001; 15:329-39.

[12]. Ohrbach R, Turner J, Sherman JJ, Mancl LA, Truelove EL, Schiffman EL et al. The research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. IV: evaluation of psychometric properties of the axis II measures. J OrofacPain. 2010; 24:48-62.

[13]. Souza JB. Poderia a atividade física induzir analgesia em pacientes com dor crônica?. Rev Bras Med Esporte [online]. 2009; 15(2):145-50.
[14]. Matsudo SMM. Envelhecimento, atividade física e saúde. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) [online]. 2009;47:76-9.
[15]. De Vitta A. Prevalência e fatores associados à dor musculoesquelética em profissionais de atividades sedentárias. Fisioter Mov. 2012; 25(2):273-80.
[16]. Truelove E, Pan W, Look JO, Mancl LA, Ohrbach RK, Velly AM et al. The research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. III: Validity of axis I diagnoses. J OrofacPain. 2010;24:35-47.
[17]. Scrivani SJ, Keith DA, Kaban LB. Temporomandibular disorders. N Engl J Med. 2008; 359:2693-705.
[18]. Toure G, Duboucher C, Vacher C. Anatomical modifications of the temporomandibular 61 joint during ageing. Surg Radiol Anat. 2005; 27:51-5.
[19]. Osterberg 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; 24:129-35
[20]. Robin O, Chiomento A. Prevalence of risk factors for temporomandibular disorders: a retrospective survey from 300 consecutive patients seeking care for TMD in a French dental school. J. StomatOcc Med. 2010; 3:179-86.
[21]. Lana AC, Paulino CA, Gonçalves ID. Influência dos exercícios físicos de baixa e alta intensidade sobre o limiar de hipernocicepção e outros parâmetros em ratos. Rev BrasMed Esporte[online]. 2006; 12(5):248-54.
[22]. Locatelli, EC. Exercícios físicos na doença arterial obstrutiva periférica. J Vasc Bras. 2009;8(3):247-54.
[23]. Valim V. Benefícios dos Exercícios Físicos na Fibromialgia Benefits of Exercise in theFibromyalgia. Rev BrasReumatol. 2006; 46(1):49-55.
[24]. Yeng LT, Medicina física e reabilitação em doentes com dor crônica. Revista de Medicina. 2001; 80(2):245-255.
[25]. Provenza JR. Fibromialgia. Rev. Bras. Reumatol. [online]. 2004; 44(6):443-9.
[26]. Biasotto-Gonzalez DA, Mendes PCC, Jesus LA, Martins MD. Qualidade de vida em portadores de disfunção temporomandibular – um estudo transversal. Rev InstCiênc Saúde. 2009; 27(2):128-32.
[27]. Bernhardt O, Gesch D, Schwahn C, Mack F, Meyer G, John U et al. Risk factors for headache, including TMD signs and symptoms, and their impact on quality of life. Results of the Study of Health in Pomerania (SHIP). Quintessence Int. 2005; 36:55-64
[28]. . Bevilaqua-Grossi D, Chaves TC, Oliveira AS, Monteiro-Pedro V. Anamnestic index severity and signs and symptoms of TMD. Cranio. 2006; 24:112-8.
[29]. Dahlstrom L, Widmark G, Carlsson SG. Cognitive-behavioral profiles among different categories of orofacial pain patients: diagnostic and treatment implications. Eur J Oral Sci. 1997; 105:377-83.
[30]. Verri FR. Avaliação da qualidade do sono em grupos com diferentes níveis de desordem temporomandibular. PesqBrasOdontoped Clin Integr. 2008;8(2):165-9.
[31]. Cheik NC. 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.
[32]. Silva RS. Atividade física e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(1):115-20.
[33]. Mazo GZ, Mota JAPS.; Gonçalves LHT. Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas. Porto (Portugal). Universidade do Porto. 2003.
[34]. Mota J. Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. Revista brasileira de educação fisica e esporte. 2006; 20(3):219-25.

REVISÃO SISTEMÁTICA DE TERMOS ANATÔMICOS PRESENTES EM LIVROS DIDÁTICOS

SISTEMATIC REVIEWOF ANATOMIC TERMS CONTAINED WITHIN TEXTBOOKS

ALESSANDRA SANTIN **SANTI**[1*], CLAUDIA CRISTINA BATISTA **EVANGELISTA COIMBRA**[2], MARCIA APARECIDA **CARRARA**[3]

1. Acadêmica do curso de graduação em Educação Física da Faculdade Ingá; **2.** Bióloga, Orientadora, Docente do curso de Educação Física da Faculdade Ingá; **3.** Bióloga, Docente dos cursos da Área da Saúde da Faculdade Ingá.

* Rua Jequitibá 1273 A, Parque das Bandeiras, Maringá, PR, Brasil. CEP: 87023-540. ale_souza07@hotmail.com

Recebido em 27/07/2015. **Aceito** para publicação em 11/10/2015

RESUMO

A terminologia anatômica é de grande importância para a comunicação entre os profissionais da área da saúde, visto que a base da linguagem do corpo humano está na Anatomia. Tal linguagem nos livros didáticos deve ser empregada através do uso de termos corretos para não dificultar e/ou prejudicar a aprendizagem dos alunos. O presente trabalho trata-se de uma revisão sistemática dos livros de Fisiologia do Exercício utilizados no curso de Educação Física, que tem por objetivo identificar os termos anatômicos incorretos ou desatualizados ainda presentes nos mesmos. Os resultados evidenciaram 5,81%, 6,35% e 7,03% de erros e desatualizações nos três livros analisados. Nesse sentido, observou-se que mesmo após a última atualização da Nômina Anatômica, os livros analisados ainda possuem eponômios e termos anatômicos errôneos e antepassados, o que pode prejudicar o aprendizado acadêmico ao gerar dúvidas sobre qual o termo correto a ser utilizado na sua prática laboral.

PALAVRAS-CHAVE: Nomenclatura anatômica, livro didático, eponômios e vocabulário.

ABSTRACT

The anatomical terminology is of great importance for communication between healthcare professionals, as the basis of human body language is in Anatomy. The textbooks language should be employed through the use of correct terms to not dificult and / or to harm student learning. This work is a systematic review of Exercise Physiology books used in the course of Physical Education, which aims to identify incorrect or out of dated anatomical terms still present in them. The results showed 5.45%, 4.34% and 6.84% of errors and outdated on the three analyzed books. So, it was observed that even after the latest update of Anatomical Nomina, the analyzed books have eponomies and erroneous and old anatomical terms, which could affect academic learning to raise questions about what the correct term to use in your practice labor.

KEYWORDS: Anatomical nomenclature, textbook, eponyms and vocabulary.

1. INTRODUÇÃO

O termo anatomia é derivado do grego, que significa “cortar em partes”, e em termos de ciência, estuda as estruturas do corpo humano[1]. Já a fisiologia dedica-se ao estudo do funcionamento do corpo, no qual os sistemas orgânicos, tecidos, células e moléculas intracelulares atuam de forma integrada para regular o ambiente interno humano. Como a fisiologia está centrada nas funções das estruturas corporais humanas, não a podemos compreendê-la e discuti-la facilmente sem conhecer a anatomia[2].

A disciplina Anatomia Humana perpassa pelos conceitos teóricos aplicados à prática, os quais os alunos são instruídos a identificar, interpretar e descrever os elementos anatômicos dos diferentes tipos de tecidos, órgãos e sistemas do corpo humano. Sua compreensão é fundamental para efetivação dos estudos práticos em laboratório, pois, a forma, atualmente, aplicada segue o modelo de ensino tradicional de anatomia realizado por meio de peças tratadas de cadáveres ou anatômicas[3].

No processo de descobrimento das estruturas anatômicas, muitas vezes um pesquisador não conhecia as descobertas de outro seu colega contemporâneo ou pregresso, pois as descobertas não eram divulgadas. Como resultados dessa prática foram idealizados nomes diferentes para as mesmas estruturas, variando-se de um país para outro e também de uma localidade para outra no mesmo país. Com isso, a atual Nômina Anatômica também referida como Nomenclatura Anatômica ou mais recentemente Terminologia Anatômica, tinha na época vinte a trinta mil nomes. Isso impedia que os conhecimentos sobre ocorpo humano circulassem de um lugar para outro, ou de um país para outro, onde os idiomas eram diferentes. Na tentativa de tornar os nomes anatômicos universais, sob a presidência do professor Wilhelm His, no ano de 1895, eminentes anatomistas reuniram-se na cidade de Basileia e fizeram a primeira No-

menclatura Anatômica (*Nomina Anatômica*), escrita em latim por ser uma língua extinta e não correr mais o risco de sofrer variações. Ao mesmo tempo, os nomes foram reduzidos para cinco mil, retirando-se as repetições. A essa lista inicial foram acrescentados termos novos, nas sucessivas reuniões realizadas nas décadas seguintes e que continuam até os dias atuais[4]. A última atualização da nomenclatura anatômica foi no ano de 2001[5].

Os eponômios em linguagem científica são os termos anatômicos gerados a partir do nome de uma pessoa. Visavam homenagear o cientista que descobrisse ou primeiro descrevesse uma determinada estrutura, por exemplo, um tendão (tendão de Aquiles = tendão calcâneo), um ligamento (ligamento de Poupart = ligamento inguinal) ou um órgão qualquer (trompa de Falópio = tuba uterina). Alguns eponômios continuam sendo usados na comunicação entre profissionais de saúde.[6] Estes termos muitas vezes não representam com fidelidade científica o indivíduo ao qual se referem e por isso estão deixando cada vez mais de serem empregados tanto na nomenclatura cientifica básica como na prática clínica cotidiana[7].

A Fisiologia do Exercício, área de conhecimento derivada da Fisiologia, é caracterizada pelo estudo dos efeitos agudos e crônicos do exercício físico sobre as estruturas e as funções dos sistemas do corpo humano. Ela pode ser considerada uma das disciplinas mais tradicionais relacionadas à prática acadêmica e profissional da Educação Física e do Esporte em função da grande herança biológica destas áreas[8].

A Educação Física, uma das áreas da Ciência da Saúde, usa termos de anatomia para músculos, ossos, articulações, ligamentos e outras estruturas do corpo humano e nem sempre esses termos anatômicos estão de acordo com a Terminologia Anatômica Internacional atual[9]. Embora estejamos familiarizados com os nomes comuns de muitas partes e regiões do corpo, deve-se aprender a atualização da nomenclatura anatômica para permitir a comunicação entre os profissionais de saúde e acadêmicos, para que essa comunicação seja expressa claramente de acordo com a Terminologia Anatômica[10].

Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo identificar termos anatômicos errôneos presentes nas figuras e suas descrições que constam nos livros didáticos, inclusos nos planos de ensino do curso de Educação Física da Faculdade Ingá.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Nesta revisão sistemática utilizou-se métodos explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente[11], onde foram aprimorados e atualizados os termos anatômicos. O trabalho de revisão sistemática é considerado um trabalho original, pois utiliza como fonte, dados a literatura sobre um determinado tema e são elaborados com rigor metodológico[12]. Este estudo trata-se de uma análise quantitativa e a partir desta metodologia foi possível analisar uma população de três livros, usados na disciplina de Fisiologia do Exercício no curso de Educação Física da Faculdade Ingá. Nos livros (Tabela1) foram analisados somenteos termos anatômicos contidos nas figuras ilustrativas. Baseados na terminologia anatômica vigente foram considerados os termos não usuais, os eponômios e termos desatualizados, os quais foram limitados à um recorte no tempo, de 2001 em diante, considerando que a última atualização foi realizada neste ano. Ao qual foi utilizado os livros: Anatomia Humana: Aprendizagem Dinâmica, do autor Miranda Neto (2007) e Terminologia Anatômica, da Sociedade Brasileira de Anatomia (2001) como referência para a correção dos termos anatômicos encontrados.

Tabela 1: Livros avaliados contidos no plano de ensino da disciplina de Fisiologia do Exercício do curso de Educação Física da Faculdade Ingá.

Livro	Autores	Editora	Ano de Publicação
Livro 1- Fisiologia do esporte e do exercício	WILMORE, J.H. COSTILL, D.	Manole	2002
Livro 2- Tratado de Fisiologia do Trabalho: Bases fisiológicas do exercício físico	ASTRAND, Per-Olof.	Artmed	2006
Livro 3 Fisiologia do exercício	MCARDLE W., KATCH F.I., KATCH V.I.	Guanabara	2003

3. RESULTADOS

Os eponômios são termos anatômicos gerados a partir do nome de uma pessoa, que visavam homenagear aquele que descobrisse ou primeiro descrevesse uma determinada estrutura. Nos três livros analisados foram encontrados eponômios (Tabela 2), porém o livro 2 apresentou maior número (8 eponômios) desses termos, seguidos dos livros 1 (5 eponômios) e 3 (4 eponômios).

Tabela 2: Eponômios encontrados nos livros analisados.

LIVRO	PÁGINA E FIGURA	ERRO ENCONTRADO
Livro 1	Pág. 55 - Fig. 2.1	*Corpúsculo de Nissl* *Nódulo de Ranvier*
Livro 1	Pág. 72 - Fig. 2.10	*Corpúsculo de Meissner* *Corpúsculo de Pacini*
Livro 1	Pág. 211 - Fig. 7.3	*Fibras de Purkinje*
Livro 2	Pág. 73 - Fig. 4.2	*Célula de Schwann* *Nódulo de Ranvier*
Livro 2	Pág. 97 - Fig. 4.24	*Célula de Renshaw*
Livro 2	Pág. 104 - Fig. 4.30	*Célula de Purkinje* *Dendritos da célula de Purkinje*
Livro 2	Pág. 126 - Fig. 5.4 (a)	*Feixe de Purkinje* *Feixe de His*
Livro 2	Pág. 131 - Fig. 5.7	*Vasos Windkessel*
Livro 3	Pág. 65 - Fig. 2.10	*Osso compacto com sistema de Havers*
Livro 3	Pág. 336 - Fig. 16.1	*Fibras de Purkinje* *Feixe de His*
Livro 3	Pág. 682 - Fig. 26.7	*Trompa de Eustáquio*

No livro Fisiologia do esporte e do exercício, 5,81% das figuras apresentaram no título ou descrição das imagens, erros ou uso inadequadodos termos anatômicos

(Tabela 3).

Tabela3: Livro 1: Fisiologia do esporte e do exercício. Autor WILMORE, J.H. COSTILL, D. (2002).

PÁGINA E TÍTULO	ERRO ENCONTRADO	CORREÇÃO
Pág. 29– 67 Fig. 1.2 – 2.8	Corte transversal	*Corte horizontal*
Pág. 67	Medula espinhal	*Medula espinal*
Fig. 2.8	Gânglio espinhal	*Gânglio espinal*
	Nervo espinhal	*Nervo espinal*
Pág. 71 – 74 Fig. 2.9 – 2.12	Motoneurônio	*Neurônio motor*
Pág. 72 Fig. 2.10	Medula espinhal	*Medula espinal*
Pág. 209	Válvula semilunar pulmonar	*Valva semilunar pulmonar*
Fig. 7.1	Válvula tricúspide	*Valva tricúspide*
	Válvula bicúspide	*Valva bicúspide*
Pág. 234 Fig. 7.18	Braços e pernas	*Membros superiores e membros inferiores*
Pág. 369 – 527- 555 Fig. 11.12 – 16.8 – 17.8	Perna	*Membro inferior*
Pág. 398 Fig. 12.8	Braços	*Membro superior*
Pág. 620 – 651 Fig. 19.3 – 20.7	Doença coronariana	*Doença coronária*
Pág. 636–637 Fig. 20.1 – 20.2	Acidente vascular cerebral	*Acidente vascular encefálico*

No livro de Fisiologia do Trabalho: Bases fisiológicas do exercício físico, 6,35% das figuras continham no título ou descrição das imagens, erros ou uso inadequado dos termos anatômicos (Tabela 4).

Tabela 4: Livro 2: Tratado de Fisiologia do Trabalho: Bases fisiológicas do exercício físico. Autor: ASTRAND, Per-Olof. (2006).

PÁGINA E TÍTULO	ERRO ENCONTRADO	CORREÇÃO
Pág. 22 – 42 – 96 Fig. 2.6–3.7–4.22	Secção transversa	*Secção horizontal*
Pág. 243 Fig. 8.17	Secção transversa	*Secção horizontal*
Pág. 45 – 62 – 74 Fig. 3.9 – 3.26 – 4.3	Motoneurônio	*Neurônio motor*
Pág. 84 – 91 – 93 Fig.4.12 – 4.18 – 4.20	Motoneurônio	*Neurônio motor*
Pág. 96 – 97 190 Fig. 4.23 – 4.24 – 6.18	Motoneurônio	*Neurônio motor*
Pág. 91 Fig. 4.18	Perna	*Membro inferior*
Pág. 96 Fig. 4.23	Braço	*Membro superior*
Pág. 100 – 457 Fig. 4.27 – 17.12	Pulso	*Punho*
Pág. 104	Secção sagital	*Secção mediana*
Fig. 4.30	Plano sagital	*Plano mediano*
	Secção transversal	*Secção horizontal*
Pág. 105 Fig. 4.31 (a)	Gânglio da base	*Núcleo da base*
Pág. 106	Medula oblonga	*Bulbo*
Fíg. 4.32	Região cervical da medula	*Medula espinal*
	Corda vocal	*Prega vocal*
Pág. 200	Sistema haversianos	*Sistema de osteona*
Fig.7.4	Secção transversal	*Secção horizontal*
Pág. 406 Fig. 15.3	Motoneurônio	*Neurônio motor*

No livro Fisiologia do Exercício, 7,03% das figuras continham no título ou descrição das imagens, erros ou uso inadequado dos termos anatômicos (Tabela 5).

Tabela 5: Livro 3: Fisiologia do exercício. Autor: MCARDLEW, KATCH F.I., KATCH V.I. (2003).

PÁGINA E TÍTULO	ERRO ENCONTRADO	CORREÇÃO
Pág. xxxii Fig. 2	Pulso	*Punho*
Pág. xxxix Fig. 9	Músculo grande dorsal	*Músculo latíssimo do dorso*
Pág. 230 Fig. 11.4	Braços	*Membros superiores*
Pág. 259 Fig. 12.1	Passagem nasal	*Cavidade nasal*
Pág. 303 Fig. 14.7	Doença arterial coronariana	*Doença arterial coronária*
Pág. 318 – 324 Fig. 15.3 – 15.8	Válvula	*Valva*
Pág. 330	Circulação coronariana	*Circulação coronária*
Fig. 15.13	Vaso coronariano	*Vaso coronário*
Pág. 360– 396 - 396 Fig. 17.3 – 19.1 – 19.2	Cérebro	*Encéfalo*
Pág. 365 – 488- 586 Fig. 17.6 – 21.13- 23.9	Braços e pernas	*Membros superiores e membros superiores*
Pág. 398 Fig. 19.3	Medula espinhal	*Medula espinal*
Pág. 399	Medula espinhal	*Medula espinal*
Fig. 19.4	Gânglio espinhal	*Gânglio espinal*
Pág. 400	Feixe coticoespinhal	*Feixe corticoepinal*
Fig. 19.5	Feixe ruboespinhal	*Feixe ruboespinal*
	Feixe reticuloespinhal bulbar	*Feixe reticuloespinal bulbar*
	Feixe vestibuloespinhal	*Feixe vestibuloespinal*
	Feixe tectoespinhal	*Feixe tectoespinal*
	Feixe reticuloespinhalpontino	*Feixe reticuloespinalpontino*
Pág. 404 – 405 - 407 Fig. 19.8 – 19.9 – 19.11	Motoneurônio	*Neurônio motor*
Pág. 410– 406 – 417 Fig. 19.13–19.16–19.17	Motoneurônio	*Neurônio motor*
Pág. 424 – 783 Fig. 20.4 – 28.6	Medula espinhal	*Medula espinal*
Pág.– 783 Fig. 20.4 – 28.6	Medula espinhal	*Medula espinal*
Pág. 853 – 920 Fig. 30.6 – 31.24	Doença cardíaca coronariana	*Doença cardíaca coronária*
Pág. 922 – 923 Fig. 31.25 – 31.26	Doença cardíaca coronariana	*Doença cardíaca coronária*
Pág. 924 – 931 - 932 Fig. 31.27–31.30-31.31	Doença cardíaca coronariana	*Doença cardíaca coronária*
Pág. 853 – 920 Fig. 30.6 – 31.24	Acidente vascular cerebral	*Acidente vascular encefálico*
Pág. 952 Fig. 32.11	Ouvido	*Orelha*

4. DISCUSSÃO

Discutir como as últimas mudanças na língua portu-

guesa impactaram na escrita, levando-se em consideração que as alterações objetivam a unificação ortográfica dos países que tem como idioma oficial a língua portuguesa (Tufano, 2008)[13], da mesma forma, a nomenclatura anatômica atualizada serve para a padronização e melhor entendimento do uso dos termos que descrevem as estruturas corporais.[14]

Em livros didáticos do Ensino Fundamental e Médio foram observados erros no termo anatômico *válvula*, sendo o uso correto, *valva*, termo este, restrito às quatro estruturas cardíacas, e o termo *válvula* correspondendo as demais estruturas vasculares e viscerais, assim como aos componentes da valva, ou seja, a valva possui várias válvulas[15]. O mesmo foi observado no livro 1 onde apareceram os erros Válvula semilunar pulmonar, Válvula tricúspide e Válvula bicúspide. Na linguagem médica aplicada em situações clínicas predomina o uso de termos técnicos que não são empregados na anatomia, como por exemplo, Válvula tricúspide e bicúspide. (Quadro 3).

O Ministério da Educação tem recomendado o uso de terminologia científica atualizada, assim como as normativas de revistas e periódicos[15, 16]. É o caso da terminologia amígdala que hoje é chamada de tonsila palatina e circunvulações cerebrais que hoje é denominada sulcos e giros cerebrais[5].

Eponômios são os termos usados para homenagear os indivíduos que descobrem alguma estrutura, sendo que muitas doenças e estruturas corporais foram denominadas com nomes de pesquisadores e médicos famosos, deuses da mitologia grega, como é o caso de Doença de Chagas, tendão de Aquiles, entre outros. Apesar de já ter sido extinto o uso dos eponômios (Miranda Nato, 2007), observamos que nos três livros ainda havia o uso dos seguintes eponômios: Corpúsculo de Nissl, Nódulo de Ranvier, Corpúsculo de Meissner, Corpúsculo de Pacini, Fibra de Purkinje, Célula de Schwann, Célula de Renshaw, Feixe de His, Vasos Windkessel, Sistema de Havers e Trompa de Eustáquio.

A Terminologia Anatômica, considerada como um documento oficial deve ser obedecida pelos professores e alunos, e é constituída de termos anatômicos em latim e grego[17], para exemplificar, o músculo comum do ombro é chamado de musculus deltoides em latim e músculo deltóide em português[18].

Infelizmente muitos profissionais da área de Educação Física assim como da área médica, ainda utilizam a terminologia antiga, apesar de muitos serem formados após a última atualização. É importante ressaltar que a terminologia é empregada na linguagem escrita, porém seria adequada também na linguagem falada.

Muitas pessoas desconhecem seu próprio corpo e que diversas patologias poderiam ser mudadas com simples hábitos corporais. Nesse sentido acredita-se que a disponibilização de conhecimento do próprio corpo é algo que não deve ser privado da população, visando à promoção da saúde. Com isso a Educação Física é o meio promissor de ultrapassar esse conhecimento através das aulas de Educação Física Escolar[19].

Outro erro comum encontrado foi o termo *AVC (Acidente Vascular Cerebral)*, sendo o correto *AVE (Acidente Vascular Encefálico)*, pois, anatomicamente o Sistema Nervoso Central é dividido em encéfalo e medula espinal, sendo que o cérebro corresponde a apenas dois terços do encéfalo.

Como os termos devem ser descritos para facilitar o estudo da localização, forma e função, verificou-se que há uma aplicação errônea do termo ouvido na figura 32.11 (Quadro 5), pois orelha possui outros significados: pavilhão do ouvido; expansão de pele, sustentada por uma cartilagem, que cerca a abertura externa do conduto auditivo e o ouvido ou sentido próprio para a percepção dos sons, por sua vez ouvido órgão e sentido da audição; orelha, segundo o dicionário Michaelis[20]. Na Nômina Anatômica usa-se em primeiro lugar a orelha externa, seguida da orelha média e da orelha interna, cuja tradução para a língua portuguesa, publicada pela Sociedade Brasileira de Anatomia em 2001, determinou usar o termo orelha para designar tanto o órgão da audição em sua totalidade, como a parte visível e externa que corresponde ao pavilhão auricular[21].

Dentre os planos de secção corporal há os planos frontal, horizontal e mediano (Miranda Neto, 2008). Foi observado um excesso de uso do plano transversal nas figuras referentes à divisão do corpo, sendo que o ideal seria usar plano horizontal[22]. Outro erro comumente encontrado no que se refere aos braços e pernas, são termos genéricos para designar membros superiores e membros inferiores.

Dente os termos analisados nas figuras (Quadro 3 e 5) destacamos *medula espinhal* (termo atualizado medula espinal) que ainda hoje amplamente confundido no meio acadêmico e nas mídias televisivas. Rezende (2004) ressalta a discussão dos termos usados popularmente que dificulta o entendimento entre termos médicos x anatômicos[23].

5. CONCLUSÃO

No meio universitário é muito comum a utilização da linguagem informal, com uso de gírias e verbetes populares, mas é necessário saber quando empregar a linguagem culta ou coloquial. É muito importante que os professores selecionem livros textos com linguagem adequada para melhora da qualidade do ensino e aprendizagem. Este trabalho preconiza a utilização atualizada da linguagem anatômica padrão, pois os estudantes apresentam algumas dificuldades na aprendizagem dos termos anatômicos usados, atrapalhando o seu desempenho.

O livro didático é o material mais utilizado pelos

professores, desde a preparação de sua aula até a execução da mesma em sala. Quando bem utilizado pelo professor é o promissor na transmissão do conhecimento para o aluno. Foram avaliados os livros didáticos contidos no plano de ensino do curso de Educação Física, recomendando-se sempre a utilização das últimas edições, pois acredita-se que estão atualizados.

Em relação aos termos errados ou usados incorretamente, percebeu-se que mesmo após a última atualização na Terminologia Anatômica da Sociedade Brasileira de Anatomia, não houve atualização dos termos anatômicos usados nos livros didáticos analisados, podendo assim prejudicar o conhecimento, no processo de desenvolvimento e aprendizagem do aluno.

REFERÊNCIAS

[1]. Van de Graaff, Kent M. Anatomia Humana. 6ª ed. São Paulo: Manole. 2003.

[2]. Wilmore JH, Costil DL. Fisiologia do esporte e do exercício. 2ª Ed. São Paulo: Manole. 2001.

[3]. Neves MVS. Uma nova proposta de ensino de anatomia humana: desafios e novas perspectivas. Volta Redonda: Centro Universitário de Volta Redonda. 2010.

[4]. Busetti JH, Busetti MP. A nomenclatura anatômica e sua importância. ArqMed ABC. 2005; 30(2):119-20.

[5]. Associação Brasileira de Anatomia. Terminologia anatômica. 1ª ed. São Paulo: Manole. 2001.

[6]. Bezarra AJC, Bezerra RFA. Eponômios de uso corrente em Anatomia Humana: um glossário para Educadores Físicos. Rev. Bras. Ciên. e Mov, Brasília. 2000; 8(3):47-51.

[7]. Ernest Garder MD, Donald J Gray PhD, Ronan O'Rahilly MD. Anatomia: estudo regional do corpo humano. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.

[8]. Forjaz CLM, Tricoli V. A fisiologia em educação física e esporte. Rev. bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo. 2011; 25:7-13.

[9]. Santos Dornelles M. A variação no emprego da terminologia anatômica no âmbito da educação física: um estudo exploratório. Debate Terminológico. 2014; 12:3-20.

[10]. Moore KL. Anatomia orientada para a clínica. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1994.

[11]. Castro AA. Revisão Sistemática e Meta-análise. 2001. [acesso 07 set. 2015] Disponível em:http://metodologia.org/wp-content/uploads/2010/08/meta1.PDF.

[12]. Rother ET. Revisão Sistemática X Revisão Narrativa. Editora Técnica de Acta Paulista de Enfermagem. 2007; 20(2):5-6. [acesso 07 set. 2015] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf.

[13]. Tufano D. Guia prático da nova ortografia. 1ª ed. São Paulo: Melhoramentos Ltda. 2008.

[14]. Miranda Neto MH. Anatomia Humana: Aprendizagem Dinâmica. 2ª ed. rev. Maringá: Gráfica Editora Clichetec. 2007.

[15]. Brito VC, Santos AJCA, Oliveira BDR. Análise da nomenclatura anatômica adotada nos livros de ciências e biologia. Revista Didática Sistêmica. 2001; 13(1):3-19.

[16]. Di Dio L. Tratado de anatomia aplicada. vol. 1 e 2. São Paulo: Póllus. 1999.

[17]. Gomes IC, Perles JVCM, Lopes CPB. Prática de laboratório: modelo didático aplicado ao estudo de conceitos introdutórios à anatomia humana. Arquivo do MUDI. 2014; 18(1):5-17.

[18]. Portal da Educação. Nomenclatura ou terminologia anatômica. 2013. [acesso 16 jun. 2015] Disponível em: http://www.portaleducacao.com.br/medicina/artigos/37436/nomenclatura-ou-terminologia-anatomica.

[19]. Beccalli MB. Anatomia humana enquanto conteúdo da Educação Física escolar: AS. [acesso 17 mai. 2015] Disponível em: http://www.arcsports.com.br/pdf/Anatomia-humana-enquanto-conteudo-da-Educacao-Fisica-escolar.pdf.

[20]. Michaelis. Moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Cia. Melhoramentos. 1998.

[21]. Rezende JM. Orelha e ouvido. Revista de patologia tropical. 2003; 32(2):267-71.

[22]. Spence AP. Anatomia humana básica. 2ª ed. São Paulo: Manole. 1991.

[23]. Rezende JM de. Terminologia anatômica em língua portuguesa. 2004. [acesso 11 jun. 2015] Disponível em: http://www.jmrezende.com.br/traducao.htm.

TRATAMENTO PRECOCE DA CLASSE III COM EXPANSOR DE HAAS ASSOCIADO À MÁSCARA FACIAL DE PETIT - RELATO DE CASO CLÍNICO

EARLY TREATMENT OF CLASS III WITH HAAS ASSOCIATED EXPANDER TO FACE MASK OF PETIT – RELAT OF CASE

CAROLINA DE LIMA **LOPES**[1], JULYANO VIEIRA DA **COSTA**[2], RENATA CRISTINA GOBBI DE **OLIVEIRA**[3]

1. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Faculdade INGÁ – Maringá-PR; **2.** Mestre em Odontologia Integrada UEM-Maringá-PR/ Docente da disciplina de Ortodontia e Imaginologia da Faculdade INGÄ – Maringá – PR; **3.** Doutora em Ortodontia pela Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB) – USP / Docente da disciplina de Ortodontia e Imaginologia da Faculdade INGÄ – Maringá – PR.

*Rua Dr. Saulo Porto Virmond, 151, Apto 401, Chácara Paulista, Maringá, Paraná. CEP: 87005-090. carolinadelimalopes@hotmail.com

Recebido em 01/07/2015. **Aceito** para publicação em 08/09/2015

RESUMO

A má oclusão Classe III é um dos problemas ortodônticos de enfoque mais complexo, principalmente quando se refere a efetuar um diagnóstico correto e agir com o tratamento de forma precoce. A má oclusão de Classe III é considerada complexa devido ao envolvimento das estruturas esqueléticas, dentárias ou uma combinação de ambas. Essa má oclusão caracteriza-se por uma discrepância dentária e/ou esquelética anteroposterior advinda de uma deficiência maxilar, de um excesso mandibular ou de uma combinação de ambas as alterações. Tendendo a se tornarem mais severas com o desenvolvimento facial, já que o crescimento mandibular mantem-se ativo por um período mais longo que o maxilar. Portanto, uma intervenção precoce em pacientes na fase de crescimento, deve ser executada com intuito de restabelecimento de uma oclusão normal, evitando tratamentos mais invasivos, como os cirúrgicos, na fase adulta. O objetivo desse artigo foi relatar o tratamento precoce de um caso clínico característico de Classe III. Para tanto o tratamento de escolha para expansão rápida da maxila e protração foi com o Expansor HAAS associado à MÁSCARA FACIAL de Petit por um período de 12 meses, com a orientação da necessidade de posterior acompanhamento. No momento da avaliação ao exame clínico, observou-se: paciente criança, 7 anos de idade, fase da dentição mista, envolvimento maxilar, mordida cruzada anterior e posterior bilateral. Importante nesse tipo de terapêutica precoce da Classe III é a colaboração da paciente com a utilização da máscara facial, proporcionando resultados clínicos efetivos, demonstrados pelos dados cefalométricos, análise fotográfica e modelos de estudo. Concluindo-se, portanto, da efetividade do tratamento interceptivo e preventivo com a utilização dos aparelhos ortopédicos funcionais, apresentando resultados satisfatórios e estáveis ao final do programa do tratamento proposto.

PALAVRAS-CHAVE: Classe III, expansor de HAAS, máscara facial de Petit, intervenção precoce.

ABSTRACT

The Class III malocclusion is one of orthodontic problems more complex approach, especially when it comes to making a correct diagnosis and treatment act early on. The Class III malocclusion is considered complex because of the involvement of skeletal, dental or a combination of both. This malocclusion is characterized by a tooth gap and / or skeletal anteroposterior arising from the maxillary deficiency of an excess mandibular or a combination of both changes. Tending to become more severe with the facial development, since mandibular growth keeps active for a longer period than the jaw. Therefore, an early intervention in patients during the growth phase should be undertaken with a view to restoring a normal occlusion, avoiding more invasive treatments such as surgery, in adulthood. The aim of this paper was to report early treatment of a characteristic clinical case of Class III. For both the treatment of choice for rapid maxillary expansion and protraction was with Expander HAAS associated with FACE MASK Petit for a period of 12 months, with the guidance of the need for follow-up. When assessing the clinical examination, it was observed: patient child (seven years old) , mixed dentition , jaw involvement , anterior and posterior cross bite bilateral. Important for this type of early treatment of Class III is the cooperation of the patient with the use of the face mask, providing effective clinical results demonstrated by cephalometric data, photographic analysis and study models. To conclude therefore, the effectiveness of interceptive and preventive treatment using the functional appliances, satisfactory results and stable at the end of the proposed treatment program.

KEYWORDS: Class III, expander HAAS, facial mask Petit , early intervention .

1. INTRODUÇÃO

A má oclusão de Classe III é definida como uma discrepância anteroposterior, com envolvimento esquelético e/ou dentário e/ou funcional, entre a maxila e a mandí-

bula[1]. A má oclusão de Classe III esquelética pode ocorrer em virtude da deficiência de crescimento maxilar, excesso de crescimento mandibular ou ambos[2]. Já a má oclusão de Classe III dentária é caracterizada por protrusões dos incisivos inferiores e retrusão dos incisivos superiores, ou seja, o arco dentário inferior oclui mesialmente ao superior[2].

Além da retrusão maxilar, protrusão mandibular ou a combinação destes sinais, muitas vezes há associada uma atresia maxilar que geralmente se manifesta por mordidas cruzadas anteriores e posteriores, unilaterais ou bilaterais. Atualmente, sabe-se que 62% dos casos de má oclusão de Classe III apresentam envolvimento maxilar, necessitando de alguma forma de protração para sua correção[3].

Com relação à prevalência, aproximada de 3% parece ser mais consensual entre clínicos na América do Norte e no Brasil, conforme registros diversos na literatura científica[4,5].

O diagnóstico da Classe III envolve uma série de componentes faciais, entre os quais: os cefalométricos e oclusais. Na face, a ausência de projeção do osso zigomático identifica a retrusão maxilar e a linha queixo-pescoço longa o envolvimento esquelético da mandíbula; determinando, assim, um degrau sagital diminuído entre as bases ósseas; na avaliação cefalométrica, é importante ressaltar que, frequentemente, os pacientes com má oclusão de Classe III apresentam a base do crânio encurtada[6].

No exame clínico, a manipulação do paciente em relação cêntrica é fundamental para determinar o componente esquelético, onde prevalece a alteração no crescimento normal das bases apicais, ou do funcional, onde contatos prematuros localizados nos caninos ou incisivos ocasionam desvio mandibular anterior para maior estabilidade oclusal[6].

O tratamento precoce da má oclusão de Classe III tem mostrado efetividade do ponto de vista esquelético[7], em especial quando essa má oclusão possui um componente de retrognatismo maxilar ou uma combinação de retrognatismo maxilar e pequeno prognatismo mandibular, o que representa grande parte dos pacientes com esta deformidade[6,8]. Existem várias possibilidades de tratamento precoce da Classe III, entretanto, a literatura é unânime em considerar a protração maxilar, associada ou não à expansão palatina rápida (ERM), como a melhor terapia para os pacientes em fase de crescimento e com deficiência da face média[6,9]. Com o intuito de gerar um desequilíbrio entre a maxila e a mandíbula, produzindo um incremento maxilar importante e um desajuste mandibular capazes de alterar a total manifestação do crescimento mandibular, levando a um movimento maxilar para frente e para baixo, giro da mandíbula no sentido horário, aumento do 1/3 inferior da face, melhora do perfil, verticalização dos incisivos inferiores e aumento da inclinação dos incisivos superiores[4,5].

Destaca-se como vantagem da disjunção maxilar, antes da tração reversa da maxila, a desarticulação das suturas palatinas melhorando a resposta das forças protrusivas, além da correção da mordida cruzada posterior devido à deficiência do crescimento transversal da maxilar[10]. Ao se fazer a associação deste procedimento com a máscara facial, maior deslocamento pode ser obtido, pois a maxila apresenta-se mais suscetível à atuação de forças ortopédicas, pois ocorre também um efeito sobre as suturas maxilares[9].

Neste tipo de tratamento precoce, o ortopédico, indicam-se dois tipos de expansores palatinos: o aparelho de HAAS[9]- adaptado para dentadura decídua e mista, pois este suporta e distribui com equilíbrio as forças transmitidas pelo aparelho extra bucal; ou o aparelho HYRAX[11], que apresenta a mesma ação e eficácia que o HAAS na região da sutura palatina, porém parece ser mais facilmente confeccionado a nível laboratorial e por não possuir a parte de apoio acrílico no palato, facilita a higienização, impedindo o aparecimento de lesões nesta localidade no decorrer das ativações.

A ativação do parafuso obedece ao protocolo de HAAS[9], estendendo-se aproximadamente por duas semanas, sendo iniciada com ¾ de volta, para torná-lo um aparelho ortopédico, depois se faz necessária uma ativação de ¼ de volta de dia e ¼ de volta à noite, até que a separação dos incisivos centrais superiores evidencie clinicamente a expansão maxilar; e por volta do 4º dia de expansão, instala-se a máscara facial para tração reversa da maxila.

Ellis E.; Mcnamara (1984)[8] e Turley (1996)[10] preconizaram que o ponto de aplicação da força dentro da cavidade bucal deve se localizar na região mais anterior da arcada, na altura dos caninos superiores, para promover um deslocamento para frente para baixo da maxila, o que gera menor abertura de mordida anterior. Observa-se ainda que o aparelho empregado para estágios de dentadura decídua e mista recebe uma pequena modificação, contendo apenas duas bandas na região posterior, sendo adaptadas no 2º molar decíduo ou 1º molar permanente.

Associado ao expansor de HAAS foi proposto à instalação de uma grade palatina em virtude da presença da mordida aberta, definida como a presença de um trespasse vertical negativo entre os dentes antagonistas, que pode ser encontrada nas regiões anterior, posterior ou em todo o arco dentário[12]. A finalidade da grade é manter a língua em uma posição mais retraída, e ao mesmo tempo permitir que os incisivos continuem a irromper normalmente. Quando ocorre a remoção do hábito (chupeta, hábitos de sucção digital e desvios funcionais da língua) os incisivos superiores começam se verticalizar, e ocorre à extrusão dentária e do processo alveolar[12].

Com relação ao aparelho extrabucal, o primeiro relato com tratamento facial foi documentado por Potpesch-

nigg, em 1875, de acordo com Petit[13]. Dentre os modelos disponíveis, pode-se utilizar o Sky-hook preconizado por Hickhan em 1972 (mentoneira com ganchos verticais), ou a Máscara facial pré-fabricada, que pode ser a de Delaire (1971), Petit (1998) ou ainda a de Turley (1988). Optar por um ou outro aparelho dependerá das relações proporcionais verticais, pois a máscara facial produz maior componente vertical, incrementando a altura facial inferior[3]. Quando a Classe III existe em função da deficiência da maxila (62% a 63% dos casos), segundo Goh e Kaan (2004), pode-se optar pelo uso da Máscara Facial ou do *Sky-hook*, ambos capazes de promover a tração da maxila para anterior.

A máscara facial utilizada no estudo foi à pré-fabricada de PETIT, que se apoia em dois pontos da face e permite um reposicionamento maxilar anterior. É importante citar que elásticos são colocados partindo de ganchos situados no aparelho expansor, que se encontram próximos dos caninos superiores, até os ganchos na máscara facial, promovendo uma tração para baixo e para frente da maxila, formando um ângulo de 45° em relação ao plano oclusal[13].

No que concerne às forças aplicadas, não existe unanimidade entre os autores, sendo que Oppenhein20 (1944) preconizou uma força de 110gramas (g) para uso noturno; Nanda18 (1980) utilizou de 500 a 750g num período de 20 a 22 horas por dia; Turley28 (1988) adotou forças que variam de 150 a 600g nas 24 horas do dia; McNamara14 (1987) prescreveu uma força de 450g durante 24 horas por dia; Hickham10 (1991) indicou que a protrusão maxilar requeria de 600 a 800g de força durante o dia todo; Turley (1988) indicou a força promovida de 100 a 150 gramas na primeira semana, para melhor adaptação do paciente; depois desse período de adaptação, a força passou a ser de 400 g[14]. Vários autores seguem a preconização por Turley (1996)[10], que indica o aumento gradual da intensidade da força aplicada, considerando-se a adaptação do paciente ao uso da máscara, sendo que a força inicial deve ser suave, de 150g a 200 g, e depois aumentada para 400g a 600 g.

Com relação ao tempo de uso, esse sofre influência da severidade e da idade do paciente: se utilizada 24 horas por dia, pode corrigir a má oclusão entre 2 a 6 meses; porém, com o uso de 14 a 16 horas por dia obtêm-se resultados satisfatórios, mas necessita-se de um maior tempo de tratamento. A máscara deve ser usada até que a mordida cruzada anterior seja totalmente corrigida e se obtenha uma sobrecorreção de aproximadamente 2 mm de trespasse horizontal, para minimizar as futuras recidivas. Após isso, durante o período de contenção pode-se diminuir o tempo de uso diário para 10 horas (uso noturno) durante 6 meses ou instalar um aparelho Fränkel III (RFIII) por um ano[15]. Quanto mais jovem for o paciente, maiores efeitos ortopédicos serão conseguidos e menos efeitos dento-alveolares[15]. A colaboração do paciente é importante para alcançar o sucesso do tratamento, isto porque o tempo de uso da máscara ainda nesta fase de crescimento e desenvolvimento é primordial para que os efeitos faciais e oclusais aconteçam.

Diante do exposto, o objetivo desse relato de caso clínico é apresentar uma opção de tratamento precoce para a má oclusão de Classe III, por meio da expansão rápida da maxila com aparelho HAAS associada à Máscara Facial de Petit.

2. RELATO DE CASO

Paciente L.G.L.S. do sexo feminino, leucoderma com 7 anos e 3 meses, procurou a Clínica de odontologia da Faculdade Ingá para tratamento ortodôntico. Durante a anamnese e história clínica, relatou que o pai apresentava perfil de Classe III (hereditariedade familiar). Ao exame clínico constatou que a paciente apresentava: má oclusão esquelética Classe III, perfil côncavo, retrusão incisiva, retrusão maxilar e mandibular, caracterizando um hipodesenvolvimento da maxila (Figura 1).

Figura 1. Registro fotográfico extrabucal inicial

Durante a avaliação intra-oral identificou-se que a paciente encontrava-se no 1º período transitório da dentadura mista com todos os dentes hígidos, com os primeiros molares permanentes irrompidos, mordida cruzada posterior bilateral e mordida aberta anterior (Figura 2). Não foi observado desvio mandibular da relação cêntrica, bom posicionamento dos dentes, bom ângulo entre

maxila x base do crânio.

Figura. 2. Exame Intrabucal: evidenciando mordida cruzada posterior bilateral e mordida aberta anterior

Na análise da radiografia panorâmica não demonstrou sinais de nenhuma patologia e na telerradiografia (em norma lateral) confirmou o diagnóstico da má oclusão (Figuras 3, 4 e 5). Na análise cefalométrica inicial (Tabela 1), pode-se observar pelos dados (como as medidas que mostram a relação da maxila com a base do crânio: A-NP, SNA) uma típica retrusão maxilar com mordida cruzada anterior, compatível com as más-oclusões de Classe III. Diante do exame da paciente, o tratamento proposto teve como premissa o objetivo de adequar e corrigir a má oclusão de Classe III, associado a: perfil côncavo, retrusão incisiva, retrusão maxilar, mordida cruzada posterior bilateral e mordida aberta anterior; e permitir o crescimento do hipodesenvolvimento maxilar.

Figura 3. Teleradiografia de perfil.

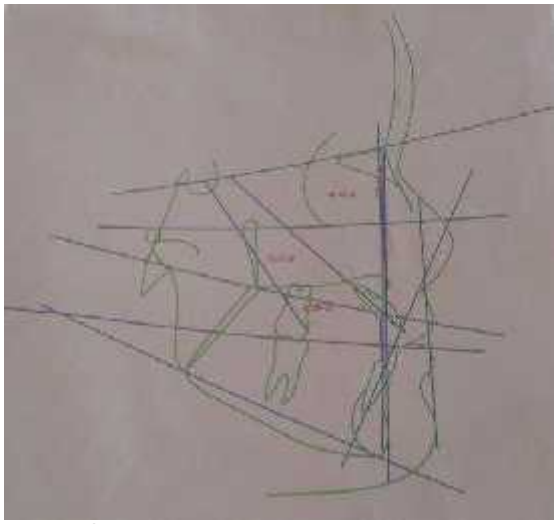


Figura 4. Análise USP.

Figura 5. Radiografia Panorâmica.

Tabela 1. Valores cefalométricos ao início e final do tratamento. Norma padrão (Análise USP e McNamara).

Variável Cefalométrica	INICIAL	FINAL	NORMAL PADRÃO
		COMPONENTE MAXILAR	
S.N.A (graus)	79.18	86.85	82.00
A-Nperp (mm)	1.15		0.40 + - 2.30
Co-A (mm)	81.20		91.00 +– 4.30
		COMPONENTE MANDIBULAR	
S.N.B (graus)	79.18	84.20	80.00
Co-Gn (mm)	101.62		99- 102
		RELAÇÃO ENTRE MAXILA E MANDIBULA	
A.N.B (graus)	0.00	2.66	2.00
Diferença MX-MD	20.42		29.20 + – 3.30
ENA-ME (mm)	52.82		57 – 58
		PADRÃO DE CRESCIMENTO	
S-N.Gn (graus)	63.46	61.21	67.00
S-N. Oclusal (graus)	15.45	10.62	14.00

(S – N). (Go-Me) (graus)	31.90	28.79	32.00
(Go-Gn). Ocl (graus)	13.59	17.36	18.00
		COMPONENTE DENTO ALVEOLAR	
1/.NA (graus)	49.26	33.62	22.00
1/-NA (mm)	2.36	1.70	4.00
/1.NB (graus)	24.89	17.84	25.00
/1-NB (mm)	3.40	1.70	4.00
IMPA (graus)	93.81	84.86	87.00

Tratamento proposto

O tratamento começou com a correção transversal da maxila; o aparelho confeccionado de escolha foi o HAAS, a partir de um parafuso expansor associado com uma grade palatina (em virtude da mordida aberta) (Figuras 6,7). O protocolo de ativação iniciou-se com ¾ de volta, seguida de uma ativação de ¼ de volta de dia e ¼ de volta à noite (a cada 12 horas), até que a separação dos incisivos centrais superiores evidenciasse clinicamente a expansão maxilar, perfazendo aproximadamente 7 dias. Após esse período o disjuntor foi estabilizado e iniciou-se o uso da máscara facial de PETIT (Figura 8), utilizando 300 g de força de protrusão, durante 16h diárias.

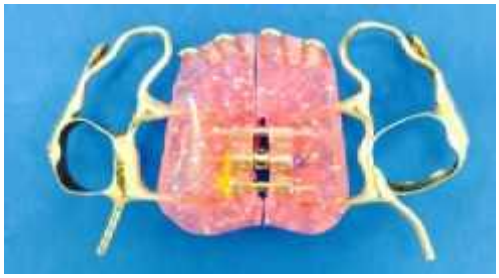


Figura 6. Aparelho HAAS.

Figura7. Instalação aparelho.

De acordo com a literatura a quantidade de força ortopédica utilizada para protrair a maxila é bastante variada. Esta força foi aumentada após trinta dias para 370 g por um período de nove meses; considerada por Ricketts12 (1996) uma força ortopédica, concomitantemente ao uso do aparelho expansor, porém sem mais ativações[10]. É importante destacar que a força foi aumentada progressivamente até se obter uma melhor adaptação do paciente [10]. Orientaram-se os pais que a paciente deveria usar a máscara o maior número de horas possível, excluindo os períodos das atividades escolares, totalizando um total de 12 meses de uso integral da máscara.

Figura 8. Máscara facial de Petit com grade palatina.

3. DISCUSSÃO

A terapia precoce com expansão rápida da maxila associada à sua protração tem sido indicada para tratar a maxila retruída pela aceleração do seu crescimento, cujo objetivo é focado em fornecer um ambiente mais favorável para o crescimento normal e em melhorar o desenvolvimento psicossocial da criança, desta forma limitado às dentaduras decíduas e mistas[13].

Pela análise cefalométrica constante na Tabela 1 (valores iniciais e finais do estudo de caso) pode-se verificar os seguintes resultados das grandezas observadas.

Com relação às **grandezas mandibulares**, a medida **SNB** (a qual indica se a mandíbula está protruída, retruída ou bem posicionada em relação à base do crânio)[16,17]; seu valor médio inicial foi de 79.18° e final de 80.20°, indicando que a mandíbula apresentou-se bem posicionada em relação à base do crânio (valor de referência SNB= 80°). A medida **CoGn**, representada por McNamara[18] pelo comprimento efetivo da mandíbula, teve um valor médio inicial de 101.62mm e final de 101.79mm indicando que a mandíbula encontra-se com comprimento dentro da normalidade (valor de referência CoGn= 99mm-102mm).

Para análise do **complexo maxilar**, foram empregadas as variáveis **SNA e A-Nperp** com o intuito de mostrar se a maxila está protruída, retruída ou bem posicionada em relação à base anterior do crânio; além da variável **Co-A,** que determina o comprimento efetivo da maxila[16,17]. O valor médio inicial encontrado para o ângulo **SNA** foi de 79,18º (maxila retruída) e final de 82.85° (indicando que houve uma melhora no posicionamento maxilar). A variável **A-Nperp** nesse estudo apresentou um valor médio inicial negativo de -1.15mm (indicando retrusão maxilar) e final de +0,53 mm, ou seja, indicando que houve uma melhora no posicionamento maxilar (valor de referência A-Nperp= 0,40±2,30mm). Com relação à grandeza cefalométrica **Co-A,** o valor médio inicial encontrado foi de 81.20mm (evidenciando um comprimento maxilar diminuído) e ao final de 86.80mm (indicando um aumento efetivo no comprimento maxilar) (valor de referência Co-A= 91.00 ±4.30mm).

Dentre as **grandezas maxilomandibulares** de escolha, o ângulo **ANB** (diferença entre os ângulos SNA e SNB) é a medida cefalométrica mais utilizada para determinar a relação anteroposterior da maxila e da mandíbula com a base do crânio, e tem como padrão 2°. Ângulos maiores indicam uma tendência a Classe II, e as medidas menores ou negativas refletem uma Classe III[16,17]. Nesse estudo o valor inicial de **ANB** foi de 0° e ao final houve um aumento para 2.65°, evidenciando uma aproximação da normalidade.

Para o estudo relacionado ao **padrão esquelético**, a grandeza angular de escolha foi a medida **SN.GoMe** que representa a inclinação do plano mandibular em relação à base anterior do crânio, além de auxiliar na interpretação da tendência de crescimento no sentido vertical/ horizontal ou normal do paciente (valor médio: 32º com desvio padrão: +/- 4º) [16,17]. Quando este valor se encontra aumentado, diz-se que o paciente é Dolicofacial (com tendência ao crescimento vertical); valores menores que a norma indica paciente Braquifacial (com tendência ao crescimento horizontal) e quando nos padrões diz-se Mesofacial (normo/crescimento)[17]. No caso em estudo seu valor médio inicial foi de 31.90° e final de 32.20°, indicando que o padrão de crescimento mesofacial, o que contribui na definição de um bom prognóstico de tratamento ortopédico.

As grandezas horizontais e verticais em estudo foram: **1/. NA, 1/-NA, /1. NB, /1-NB**. Steiner (1959) relacionou os incisivos superiores e inferiores com suas bases apicais por meio das linhas NA e NB, aplicando medidas angulares e lineares[16,17]. A **grandeza linear 1/-NA** evidencia a posição anteroposterior do incisivo superior em relação a sua base apical, podendo estar bem posicionado, protruído ou retraído. O valor médio inicial obtido foi de 1.70mm e final de 3.36mm (norma 4mm) indicando incisivos superiores protruídos e vestibularizados (9, 14,15). Já a **grandeza linear 1/-NB**, o valor médio inicial obtido foi de 3.18 (retrusão) e final de 3.40 (norma 4mm), indicando aproximação do padrão de normalidade com incisivos inferiores bem posicionados e suavemente inclinados para lingual.

Coube às grandezas angulares **(.NA e .NB)** identificar a inclinação axial desses dentes dentro do osso alveolar, levando a uma inclinação para vestibular ou lingual dos incisivos[16,17]. Para a **grandeza angular 1/.NA** o valor médio inicial foi 49.26° e final de 33,62° (norma de 22°), evidenciando vestibularização do incisivo superior, com tendência ao final do estudo aproximação do padrão[3,13,14,17]. Já para a grandeza angular **1/.NB** valor médio inicial do estudo foi 17,84° e final de 24,89° (norma de 25°), evidenciando lingualização inicial do incisivo inferior, caraterístico de uma compensação dentária da Classe III[16]. A angulação **IMPA** (relacionada com a inclinação axial vertical do incisivo inferior em sua base óssea) [16,17], a medida inicial obtida foi de 93.81° e final 84.86° (norma clínica 87°), tornando-se importante parâmetro para a estética e equilíbrio facial.

Conclui-se, portanto, do exposto que os resultados cefalométricos obtidos concordam com relatos anteriores da literatura[2]; houve com a terapia proposta uma melhora da convexidade do perfil, aumento de SNA e A-Nperp e aumento do comprimento efetivo da maxila (Figuras de 9 a 13). Mediante a protração da maxila, pode-se observar o movimento da maxila para frente e para baixo, giro da mandíbula no sentido horário, aumento do 1/3 inferior da face, melhora do perfil, verticalização dos incisivos inferiores e aumento da inclinação vestibular dos incisivos superiores. A maxila, em especial, devido à protração, avançou mais em relação ao avanço natural equivalente do ponto N, resultando na obtenção de harmonia entre a maxila e mandíbula. Pode-se observar também, uma redução do ângulo SNB e da proeminência do pogônio[14]. Houve ainda, um movimento do nariz para frente, reduzindo a concavidade do perfil, resultando em um perfil mais harmonioso e melhora nos contornos faciais[13].

Com o uso da máscara facial, pode-se promover um movimento anteroinferior da porção posterior da maxila e dos dentes superiores, uma rotação horária da mandíbula e uma inclinação para lingual dos incisivos inferiores[14]. O estabelecimento do trespasse vertical adequado, antes da remoção da máscara, apresenta grande importância para a estabilidade do tratamento[19].

Após esta primeira etapa do tratamento, o indivíduo deve ser observado clínica e radiograficamente para uma reavaliação no grau de recolocação maxilar, no redirecionamento do crescimento mandibular e no estabelecimento das relações oclusais estáveis[19]. A segunda fase do tratamento deve ser muito bem conduzida e um dos seus pontos principais é a avaliação quanto ao potencial de crescimento do paciente, devendo-se aguardar o tér-

mino do surto puberal, com o objetivo de evitar recidiva durante ou após o tratamento[6]. Capelozza *et al.* (2002)[20] apresentou um novo protocolo e concluiu que após a execução do tratamento de protração com máscara facial, torna-se necessário oferecer ao paciente um programa de contenção individualizado.

Figura 9. Registro fotográfico extrabucal final.

Figura 10. Exame intrabucal final.

Figura 11. Teleradiografia de perfil.

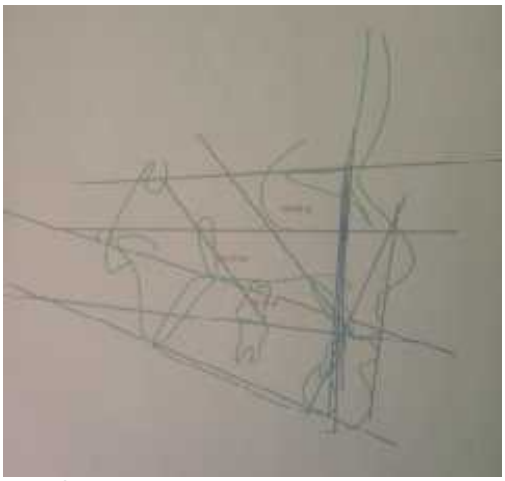


Figura 12. Análise USP.

Figura 13. Radiografia Panorâmica.

A má oclusão Classe III com envolvimento esquelético depende de uma abordagem precoce para ter uma maior chance de sucesso, sem precisar de cirurgia na fase adulta[21]. Especialmente, quando as características envolvem a retrusão maxilar como fator diagnóstico

estrutural da Classe III, e o padrão de crescimento facial é mesofacial ou braquifacial, o tratamento precoce com protração maxilar, tem-se mostrado efetivo, resultando em estabilidade até a idade adulta, em aproximadamente 75% dos casos[21].

4. CONCLUSÃO

Diante do exposto, verificou-se que os resultados alcançados foram condizentes com os objetivos propostos, com a ciência da necessidade de acompanhamento à longo prazo, para monitorar o crescimento mandibular e o relacionamento oclusal. É importante ressaltar que os pacientes com má oclusão Classe III Angle devem ser acompanhados até o final do crescimento. Entretanto, em pacientes cujo comprometimento estético quando se restringe à maxila, normalmente apresentam boa estabilidade no período pós-tratamento; uma vez que é mais fácil o tratamento e a obtenção da estabilidade sobre o crescimento da maxila. Portanto, esta paciente apresenta um prognóstico bastante favorável e possivelmente apresentará a manutenção dos resultados do tratamento precoce ao longo do desenvolvimento subsequente.

REFERÊNCIAS

[1] Angle EH. Classification of malocclusion. Dental Cosmos, Philadelphia. 1899; 41(18):248-64.

[2] Ferreira LM, Godoy-Bezerra J, Andrade EMF, Sena PPMD & Lucena EEDS. Estudo cefalométrico das características dento esqueléticas de pacientes com má-oclusão de Classe III. .Revista Ortodontia. 2012; 45(6), 659-667.

[3] Goh G, Kaan SK. Dentofacial orthopaedic correction of maxillary retrusion with the protraction facemask: a literature review. Aust Orthod J. 1992;12(3):143-50.

[4] Silva Filho OG, Montes LA, Torelly LF. Rapid maxillary expansion in the dentition evaluated posteroanterior cephalometric analysis. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1995; 107(3):268-75.

[5] Silva Filho OG, Santos SCBN, Suguimoto RM. Má oclusão de classe III: época oportuna de tratamento. Ortodontia. 1995; 28(3):74-84.

[6] Vedovello SAS, Valdrighi H, Manhães FR, VedoVello Filho M & Santamaria Jr M. Tratamento precoce da má oclusão de Classe III com máscara de protração maxilar associada a elástico intrabucal. Rev Clín Ortod Dental Press. 2012; 11(3):90-7.

[7] Silva filho OG; Magro AC; Capelozza Filho L. Early treatment of Class III malocclusion with rapid maxillary expansion and maxillary protraction. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1998; 113(2):196-203.

[8] Ellis E.; Mcnamara JR. JA. Components of adult Class III malocclusion. J Oral Maxillofac Surg. 1984; 42(5):295-305.

[9] Haas AJ. Rapid expansion of the maxilary dental arch and nasal cavity by opening the midpalatal suture. Angle Orthod. 1961; 31(2):73-90.

[10] Turley PK. Orthopedic correction of Class III malocclusion: retention and phase II therapy. J Clin Orthod. 1996; 30(6):313-24.

[11] Biederman W. Rapid correction of Class III maloclusion by midpalatal expansion. Am. J. Orthod. 1973; 63(1):47-55.

[12] Kennedy R & Bob M. Tratamento de mordida aberta anterior com uso de grade palatina: relato de caso. Revista UNINGÁ Review. 2014; 20(1):67-71. Disponível em: http://www.mastereditora.com.br/review20-1.

[13] Penhavel RA, De Souza HA, Patel MP, De Freitas KMS, Cançado RH & Valarelli FP. Tratamento da má oclusão de classe III com a máscara facial. Revista UNINGÁ. 2013; 38:107-20.

[14] Miguel JAM, Canavarro C, Ferreira JDPM, Brunharo IHP & Almeida MADO. Diagnóstico de má oclusão de Classe III por alunos de graduação R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2008; 13(6):118-127.

[15] Almeida MR; Almeida RR; Pedrin RRA; Ferreira FPC; Almeida PCMR. Máscara facial individualizada: um método simples de construção. Revista Dental Press Ortodontia e Ortopedia Facial. 2010; 9(6):16-25.

[16] Akimoto TK. Estudo cefalométrico comparativo em jovens brasileiros portadores de má oclusão de classe III de Angle. [Tese] Marília – Faculdade de Ciências Odontológicas da Universidade de Marília. 2004.

[17] Gandini Jr LG, dos Santos-Pinto A, Raveli DB, Sakima MT, & Parsekian L. Análise cefalométrica Padrão Unesp Araraquara. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2005; 10(1):139-157.

[18] Mcnamara JR. JA. An orthopedic approach of the treatment of Class III malocclusion in young patients. J Clin Orthod. 1987; 21(9):598-608.

[19] Oltramari PVP, Garib DG, Conti ACCF, Henriques JFC & Freitas MRD. Tratamento ortopédico da Classe III em padrões faciais distintos. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2005; 10(5):72-82.

[20] Capelozza Filho L, Suguino R, Cardoso MA, Bertoz FA, Mendonça MR, Cuoghi AO. Tratamento ortodôntico da Classe III: revisando o método (ERM e Tração) por meio de um caso clínico. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2002; 7(6):99-119.

[21] Ramos AL. Tratamento da Classe III usando máscara facial: Estabilidade após 10 anos. Dental Press J Orthod 2014; 19(5).

Vol.24,n.2,pp.34-38 (Out - Dez 2015) **Revista UNINGÁ Review**

A UTILIZAÇÃO DE PILAR DE ZIRCÔNIA NA REABILITAÇÃO ORAL: ASPECTOS PROTÉTICOS E PERIODONTAIS EM UM RELATO DE CASO

THE USE OF ZIRCONIA ABUTMENT IN ORAL REHABILITATION: PERIODONTAL AND PROSTHETIC ASPECTS IN A CASE REPORT

CARLA ANDRESSA **ORSINI**[1], PATRICIA SARAM **PROGIANTE**[2], LUDMILA PRISCILLA **MANETTI**[3*]

1. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Faculdade Ingá; **2.** Cirurgiã-Dentista, Pós-Doutora pela USP-Bauru, docente do curso de graduação em Odontologia da Faculdade Ingá; **3.** Cirurgiã-Dentista, Mestre em Prótese Dentária pela Faculdade Uningá, docente do curso de graduação em Odontologia da Faculdade Ingá.

* Avenida XV de Novembro 332, Apto. 74, Centro, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87013-230. ludmanetti@hotmail.com

Recebido em 26/08/2015. **Aceito** para publicação em 22/10/2015

RESUMO

A crescente exigencia estética porparte dos pacientes tem levado ao desenvolvimento de novos materiais e técnicas restauradoras. Dentro desses novos conceitos e recursos protéticos, os pilares cerâmicos vêm ganhando popularidade por possibilitarem a elaboração de próteses implantossuportadas livres de metal e assim viabilizarem uma situação estética mais favorável, principalmente quando comparados aos pilares metálicos. Os pilares cerâmicos surgem como uma alternativa concreta nas reabilitações protéticas em regiões onde a estética é essencial. Dentre os tipos disponíveis temos os de Alumina, Alumina e Zircônia, e os de Zircônia, sendo estes últimos, os de maiores resistênciamecânica e tenacidade à fratura. Assim, o presente trabalho apresenta um relato de caso de uma reabilitação unitária implantossuportada utilizando um pilar cerâmico à base de zircônia.

PALAVRAS-CHAVE: Pilar zircônia, cerâmica, estética.

ABSTRACT

The rising aesthetics demand by patients has led the development of new materials and restorative techniques. Within these new concepts and prosthetic resources, ceramic abutments have been gaining popularity by allowing the elaboration of metal free implant-supported prosthesis, for they enable a more favorable aesthetic situation, mainly when they are compared to metal abutments. Ceramic abutments appear as a concrete alternative in prosthetic rehabilitations in regions where esthetic is essential. Among the available types there are the ones of Alumina, Alumina and Zirconia, and Zirconia, whose the latter ones have greater mechanical resistance and fracture toughness. Thereby, this work shows a case report of one-unit implant-supported rehabilitation using Zirconia ceramic abutments.

KEYWORDS: Abutments, zirconia, ceramic, aesthetics.

1. INTRODUÇÃO

A reposição de elementos dentários com a utilização de implantes em regiões estéticas é um tratamento complexo, sendo ainda um desafio aos cirurgiões dentistas[1-2].

O nível de exigênciaestética, em termos de restaurações implantossuportadas, aumentou consideravelmente no decorrer dos últimos 15 anos. A busca pela perfeição inicia-se por aspectos faciais, dentários (estética branca) e de tecidos moles (estética rosa). No âmbito dentário, fatores como croma, saturação, valor e textura são características ópticas fundamentais para uma adequada mimetização do elemento dentário[3].

As excelentes propriedades físicas das cerâmicas tornaram possível a substituição dos pilares de metal, sendo os melhores resultados de resistênciamecânica obtidos pelo pilar a base do óxido de zircônia. A introdução destes materiais na implantodontia trouxe nova perspectiva estética nos trabalhos reabilitadores[4].

Os pilares personalizados preparados individualmente para cada situação vêm sendo mais utilizados pelos cirurgiões-dentistas, devido ao fato de minimizarem problemas de angulação e alinhamento de implantes dando à prótese dentária um perfil de emergência mais natural. Além da reabilitaçaõ estética, as cerâmicas apresentam, ainda, vantagens incontestáveis, principalmente quanto as suas características de durabilidade química, resistência ao desgaste, biocompatibilidade e propriedades ópticas.

A terapêutica reabilitadora utilizando implantes deve ser guiada pela reabilitação protética que será instalada sobre os mesmos, já que o objetivo primordial do tratamento para o Cirurgião-Dentista e para o paciente é o resultado protético da substituição dentária[5].

2. RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 52 anos, procurou o consultório para reabilitação protética sobre um implante de conexão externa, Straumann) na região do dente 14. O implante fora instalado previamente com o Implantodontista, permanecendo submerso durante o processo cicatricial por 40 dias. Após cirurgia para reabertura e instalação do pilar cicatrizador, aguardou-se 15 dias para o início do procedimento restaurador (Figura 1). Planejou-se a confecção de uma coroa livre de metal, buscado a máxima mimetização dos dentes adjacentes da paciente.

Figura 1. Paciente com Implante Straumann instalado.

Inicialmente, foi preparada uma restauração provisória parafusada, utilizando-se de pilar em titânio preparável para provisório, revestido diretamente por resina acrílicaautopolimerizável, visando o condicionamento dos tecidos moles periimplantares. Sucessivos acréscimos de resina acrílica na região do perfil emergente da coroa foram realizados até se alcançar uma arquitetura gengival satisfatória.

Após estabilização e manutenção do contorno gengival, que se deu em 2 meses, realizou-se a moldagem de transferência para obtenção do modelo de trabalho. Utilizou-se a coroa provisória como transferente, a fim de se obter a precisa reprodução da gengiva periimplantar. Observou-se que o término do pilar encontrava-se em posição extremamente subgengival demandando, portanto, o uso de um pilar personalizado, adequando-se aos princípiosbiológicos e mecânicos dos preparos cavitários. Optou-sepelo uso de pilar protético em Zircônia personalizado fabricado por meio de CAD/CAM e aplicação de cerâmica E.max Ceram.

No laboratório, o modelo de gesso com análogo foi escaneado, os dados foram enviados a uma unidade computadorizada acessória (CAD) que permite alterar altura, largura, inclinação, convergência, ângulos de emergência do pilar a ser construído. Os dados foram enviados para a unidade fresadora acessória (CAM) para fresagem da restauração final a partir de blocos em zircônia pré-fabricados.

No consultório, foi realizada a prova do pilar e realizada a tomada da cor, obtida por meio de escala VITA (Ivoclar Vivadent, AG, Schaan, Liechtenstein) e fotografias, as quais foram enviadas ao laboratório. Para a cerâmica de cobertura, optou-se pelo sistema IPS E.max Ceram (Ivoclar Vivadent, AG, Schaan, Liechtenstein), (Figura 2).

Figura 2. Prótese sobre implante pronta para prova.

Posteriormente, a coroa foi parafusada e realizou-se os ajustes oclusais para que a prótese fosse encaminhada novamente para o laboratório e o glaze aplicado (Figura 3).

Figura 3. Parafusando coroa para prova e ajuste oclusal.

Finalizado as etapas laboratoriais, a coroa foi parafusada com o torque de 32N estipulado de acordo com as recomendações do fabricante da zircônia utilizada para a fabricação do pilar (Figura 4). Uma radiografia periapical final foi realizada para verificar alguma possíveldesadaptação. Após7 dias, realizou-se outro torque e vedou-se o orifício da coroa com resina composta (Filtek Z350, 3M Espe, St Paul, Minnesota, USA). Por fim, instruções de higiene foram dadas a paciente.

Figura 4. Torque Final.

Figura 5. Vedamento do orifício com resina composta.

Figura 6. Vista oclusal.

Figura 7. Vista frontal.

Figura 8. Vista frontal aproximada.

3. DISCUSSÃO

No presente relato de caso, a reabilitação com coroa cerâmica sobre um pilar de zircônia foi escolhida para a reabilitação da paciente. A principal vantagem desse material é o excelente resultado estético obtido (Figura 8), sendo que devido ao fato do componente protético possuir cor semelhante ao dente natural, não apresentará aspecto acinzentado da gengiva periimplantar como em alguns casos realizados com pilares de titânio. Outra vantagem observada no presente caso, foi a de que, além do resultado estético, a confecção do pilar de zircônia por meio da técnica CAD/CAM permitiu que as etapas clínicas fossem reduzidas como, por exemplo, o número de moldagens necessárias, menor necessidade de ajustes, permitindo que o final do tratamento fosse atingido rapidamente[6].

Os pilares personalizados oferecem algumas vantagens, a primeira delas é que a prótese fica com um perfil de emergência mais natural[7]. Além disso, a personalização melhora a higienização e conservação da restauração e do tecido perimplantar, isso ocorre porque com a personalização o pilar é preparado e suas margens acompanham a curva da gengiva, mais baixa nas proximais e mais alta na vestibular.

O primeiro pilar cerâmico consistia de cerâmica de Óxido de Alumínio densamente sinterizado e estava disponível em apenas um formato, o qual requeria preparo para a individualização. Esses pilares de Alumina, desenvolvidos pela Nobel Biocare, com o nome de Ceradapt, foram introduzidos em 1993, para

serem utilizados em restaurações unitárias e próteses parciais fixas[8]. Posteriormente, outros materiais cerâmicos foram introduzidos como: Cerâmica baseada em Alumina/Zircônia infiltrada por vidro e Óxido de Zircônio estabilizado com Ítrio (YTZP)[9-10].

A primeira tentativa de introduzir a cerâmica nos pilares protéticos foi com a criação do componente cerâmico (coifa), para prótese cimentada do pilar Cera-One (Nobel Biocare, Gotenburgo, Suécia). Apesar de a prótese ser em cerâmica pura, o pilar ainda era em metal e ainda era pouco versátil, limitando as possibilidades restauradoras na busca da estética. Logo surgiram os pilares cerâmicos preparáveis em alumina ou zircônia, o que dessa vez, eliminava totalmente a incorporação de metais à etapa protética. O uso de cerâmica, tanto nos pilares quanto nas coroas, provê maior translucidez quando comparados a pilares metálicos e coroas metalocerâmicas. Além disso, evitam a coloração acinzentada que pode ser transmitida nos casos de gengiva marginal pouco espessa[11].

Um pilar cerâmico utilizado com uma coroa totalmente cerâmica contribui para a otimização do resultado estético. Pode ser indicado para restaurações de incisivos e pré- molares, quando as forças oclusais forem leves ou moderadas, com mínimo trespasse e pouca ou nenhuma guia incisiva e canino. Uma restauração unitária sobre um pilar cerâmico é aceitável, especialmente na região anterior da maxila, onde as forças são bem menores e a estética muito importante[12].

Os benefícios do uso de pilares cerâmicos são inquestionáveis, tendo em vista a excelente biocompatibilidade do material, propriedades mecânicas adequadas, aliada a uma melhor estética em decorrência da eliminação da cinta metálica. A utilização de ligas metálicas em reabilitações protéticas limita as possibilidades estéticas, pois impedem a passagem de luz e podem ainda transparecer sobre a gengiva marginal, nos casos de tecidos com pouca espessura. Além disso, as superfícies metálicas podem provocar alergias e, devido a irregularidades, facilitam a agregação bacteriana. Dessa forma, sempre foi desejo na odontologia a introdução de materiais que apresentassem a resistênciamecânica dos metais, mas que fosse inerte aos tecidos vivos do organismo e não reagisse com o titânio presente nos implantes[11,13-14].

O termo CAD/CAM designa o desenho de uma estrutura protética em um computador (computer-aided design) seguido de sua confecção por uma máquina de fresagem (computer-aidedmachine). O CAD significa projeto assistido pelo computador; esse termo pode ser definido como um processo de projeto que se utiliza de técnicas gráficas computadorizadas através da utilização de um programa (software) auxiliando no desenvolvimento do projeto. Por sua vez, a sigla CAM significa produção assistida pelo computador e refere-se a todo e qualquer processo de fabricação controlado pelo computador. A tecnologia CAD/CAM corresponde à integração das técnicas CAD e CAM em um sistema único e completo. Isto significa, por exemplo, que se pode projetar um material restaurador qualquer na tela do computador e transmitir a informação por meio de interfaces de comunicação entre computador e o sistema escolhido para fabricação, onde o produto é produzido automaticamente[15].

De acordo com Bottino et al.[16], a superfície da zircônia possui menor colonização bacteriana quando comparada ao titânio e resistência a corrosão, o que permite que as células do epitélio dos tecidos peri-implantares se desenvolvam, principalmente na região na qual o pilar se conecta com o implante.

IPS e.max Ceram (Ivoclar Vivadent, AG, Schaan, Liechtenstein), uma cerâmica vítrea de nano-fluorapatita, de baixa fusão, que permite estratificação e caracterização de restaurações que foram fabricadas usando a tecnologia de injeção e/ou a tecnologia CAD/CAM. Neste sentido, o conceito conseguido para estratificação permite a fabricação de restaurações altamente estéticas, que demonstram ótima estabilidade de forma sobre as estruturas cromatizadas e translúcidas de cerâmica vítrea e sobre as estruturas de óxido de zircônio, que exibem menor translucidez[17].

4. CONCLUSÃO

Dessa forma, pode-se concluir que o uso de pilares de zircônia é extremamente viável, pois confere excelentes resultados estéticos, naturalidade e perfeita integração entre as restaurações, os dentes remanescentes e os tecidosperiimplantares.

REFERÊNCIAS

[1]. Belser UC, Schmid B, Higginbottom F, Buser D. Outcome analysis of implant restorations located in the anterior maxilla: a review of the recent literature. Int J Oral Maxillofac Implants 2004; 19(Suppl):30-42.

[2]. Shor A, Schuler R, Goto Y. Indirect implant-supported fixed provisional restoration in the esthetic zone: fabrication technique and treatment workflow. J Esthet Restor Dent 2008; 20(2):82-97.

[3]. Tosta M, RubinV, Moura Filho, GS, Lipiec M, Tosta M.Restaurações implantossuportadas: o desafio estético na zona de transição. Dental Press Estét 2014; 11(2):46-71.

[4]. Cruz FLG, Reis JRG, Teixeira VCF, Vieira ID, Ribeiro CG, ASSIS, NMSP.Implantodontia estética na região anterior da maxila - pilar metálico ou cerâmico? Umarevisão da literatura. Rev Bras Implant. 2010; 17(1):8-11.

[5]. Soares APF, Bezerra FJB. Planejamento Cirúrgico e Protético Tridimensional Avançados. Innovat J. 2001; 5(1):28-34.

[6]. Aboushelib MN, Salameh Z. Zirconia implant abutment fracture: clinical case reports and precautions for use. Int J Prosthodont. 2009; 22(6):616-9.
[7]. Askary AS. Esthetic Considerations in anterior single-toothreplacement. Implant Dent. 1999; 8(1):61-67.
[8]. Prestipino V, Ingber A. All-ceramic implant abutments: esthetic indications. J Esthet Dent. 1996; 8(6):255-62.
[9]. Sadoun M, Perelmuter S. Alumina-zirconia machinable abutments for implant- supported single-tooth anterior crowns. Pract Periodontics Aesthet Dent. 1997; 9(9):1047- 54.
[10]. Wohlwend A, Studer S, Scharer P. The zirconium oxide abutment: An all- ceramic abutment for the esthetic improvement of implant superstructures. Quintessence Dent Technol. 1997; 20(1): 63-74.
[11]. Watkin A, KersteinRb. Improving darkened anterior peri-implant tissue color with zirconia custom implant abutments. Compend Contin Educ Dent. 2008; 29(4):238-40.
[12]. Boudrias P, Shoghikian E, Morin E, Hutnik P. Esthetic option for the implant-supported single-tooth restoration – treatment sequence with a ceramic abutment. J Can Dent Assoc. 2001; 67(9):508-14.
[13]. Kano SC, Binon P, Bonfante G, Curtis DA. Effect of casting procedures on screw loosening in UCLA-type abutments. J Prosthodontics. 2006; 15(2):77-81.
[14]. Manicone PF, Lommetti PR, Raffaelli L. An overview of zirconia. ceramics: basic properties and clinical applications. J Dent. 2007; 35(11):819-26.
[15]. Miyazaki T, Hotta Y, Kunii J, Kuriyama S, Tamaki Y. A review of dental CAD/CAM: current status and future perspectives from 20 years of experience. Dental Mater J. 2009; 28(1):44-56.
[16]. Bottino MA, Faria R, Valandro LF. Percepção: Estética em Próteses Livres de Metal em Dentes Naturais e Implantes. 1ª ed. São Paulo: Artes Médicas. 2009.
[17]. Ivoclar Vivadent. IPS e.max Ceram: instruções de uso. Liechtenstein. 2009 [acesso 2 ago 2015]. Disponível em: http://www.ivoclarvivadent.com.br/zoolu-website/media/document/10214/IPS+e-max+Ceram.

Vol.24,n.2,pp.39-42 (Out - Dez 2015) **Revista UNINGÁ Review**

RETRATAMENTO ORTODÔNTICO EM PACIENTE COM AGENESIA DE INCISIVO LATERAL SUPERIOR

ORTHODONTIC RETREATMENT IN PATIENT WITH AGENESIS OF MAXILLARY LATERAL INCISOR

PAULO RICARDO **FERNANDES**[1], RENATA CRISTINA GOBBI **OLIVEIRA**[2], JULYANO VIEIRA DA **COSTA**[3]

1. Acadêmico do curso de graduação em Odontologia da Faculdade Ingá; **2.** Professora Doutora em Ortodontia pela Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB) – USP, Mestre em Imaginologia pela Uninversidade São Leopoldo Mandic –Campinas, Docente da disciplina de Ortodontia e Imaginologia da Faculdade Ingá; **3.** Professor Mestre em Clínica Integrada pela Uninversidade Estadual de Maringá (UEM)/ Docente da disciplina de Ortodontia e Imaginologia da Faculdade Ingá.

* Rua Silva Jardim, 30 – Centro, Maringá, Paraná, Brazil. CEP: 87013-010: recgo@hotmail.com

Recebido em 13/07/2015. **Aceito** para publicação em 26/10/2015

RESUMO

O termo agenesia dentária, se refere à ausência congênita de um ou mais dentes no arco dentário, causada geralmente por falha na proliferação e/ou diferenciação da lâmina dental, durante a formação dos dentes. Dessa forma, a agenesia pode causar extremo incômodo aos pacientes que são acometidos por ela, devido à falha estética que ela provoca, principalmente quando envolve dentes anteriores. As principais opções para o tratamento ortodôntico de pacientes que possuem agenesia de incisivos laterais superiores permanentes são: a abertura do espaço do elemento faltante, que será substituído proteticamente, ou, o fechamento do espaço dentário, colocando o canino superior em posição atípica. As indicações, contraindicações, vantagens, desvantagens e limitações sobre cada uma das opções de tratamento são particulares à cada caso clínico. Neste trabalho, abordaremos a descrição de fatores que irão auxiliar o cirurgião dentista a definir a melhor conduta entre abrir ou manter os espaços para futura reabilitação protética, bem como a mecânica ortodôntica empregada para cada caso segundo a literatura, e, ilustraremos um caso clínico de retratamento ortodôntico, com agenesia dentária. Neste caso apresentado, a paciente foi erroneamente submetida a mecânicas ortodônticas equivocadas, obtendo o sucesso apenas quando o caso clínico foi replanejado e reconduzido por um novo profissional, e, serve de alerta para a necessidade de um planejamento seguro e justo à real necessidade do caso.

PALAVRAS-CHAVE: Agenesia dentária, perda de dente, ortodontia corretiva, dentística operatória.

ABSTRACT

The dental agenesis term, refers to congenital absence of one or more teeth in the dental arch, usually caused by a failure in the proliferation and / or differentiation of dental blade during the tooth formation. Thus, agenesis can cause extreme discomfort to patients who are affected by it due to aesthetic flaw that causes it, especially when it involves anterior teeth. The main options for orthodontic treatment of patients who have agenesis of permanent maxillary laterals are: the opening of the space of the missing element, which is replaced proteticamente or the lock tooth space, putting the upper canine in an atypical position. The indications, contraindications, advantages, disadvantages and limitations of each of the treatment options are specific to each clinical case.
In this article, we will discuss the description of factors that will help the dentist to determine the best practices among open or maintain the spaces for future prosthetic rehabilitation, as well as the maid orthodontic mechanics for each case according to the literature, and illustrate a case of orthodontic retreatment with tooth agenesis. In our case, the patient was mistakenly submitted the wrong orthodontic mechanics, achieving success only when a case was redesigned and renewed for another professional, and warning serves to the need for a safe

KEYWORDS: Dental agenesis, tooth loss, corrective orthodontics, operative dentistry.

1. INTRODUÇÃO

Agenesia é a ausência de um dente por falta de formação do mesmo. Pode ocorrer por um lapso na proliferação da lâmina dentária[1]. É mais comumente em terceiros molares, pré-molares e incisivos laterais sucessivamente. As agenesias dentais permanentes ocorrem entre 2 a 17 % dependendo da população estudada, portanto um grande número de pessoas necessitam de tratamento em relação a este tipo de problema[2]. A agenesia de incisivos laterais superiores tem uma incidência de 1,67 %, sendo muito mais freqüente em mulheres[3,7]. A falta dos incisivos laterais tanto em maxila como em mandíbula geram um problema de considerações ortodônticas e protéticas. Isso provoca um plano de tratamento desafiador. Também, vale considerar a frequência e ocorrência da agenesia congênita de dentes sendo uma anomalia dentária de desenvolvimento mais comum no

ser humano. Apesar da forma dental estabelecida para o ser humano ser à presença de trinta e dois dentes na sua dentadura permanente, frequentemente observa-se que muitos indivíduos apresentam falhas no desenvolvimento de um ou mais dentes[4].

Cerca de 2% da população apresentam ausência congênita de incisivos laterais superiores[5,8], e numerosas terapias têm sido propostas para o tratamento ortodôntico de pacientes com agenesias de incisivos laterais, dentre elas está a manutenção dos espaços deixados pela agenesia, e instalação de futuras próteses[10,12,13], ou o fechamento dos espaços com reposicionamento do canino no lugar do lateral e posterior procedimento restaurador, transformando canino em laterais [6,9,14,15].

Neste trabalho apresentaremos um caso clínico de agenesia de laterais superiores simétrica, tratado com fechamento de espaço, colocando os elementos adjacentes em posições atípicas e posterior reabilitação protética.Vale salientar, que a paciente já havia sido submetida a um tratamento ortodôntico anterior de insucesso, sendo necessária novo planejamento e readequação oclusal da situação apresentada.

2. RELATO DE CASO

Paciente M.C.C, leucoderma, do gênero feminino, 25 anos, compareceu a clinica odontológica da Faculdade Ingá/ UNINGÁ, com aparelho ortodôntico fixo corretivo instalado, e, segundo seu relato na anamnese, estava em tratamento há cerca de 6 anos com um profissional particular. Além disso, a paciente queixava-se da estética de seu sorriso causada pela ausência dos incisivos laterais superiores (12 e 22). Nas fotografias extra bucais iniciais, o paciente apresentava perfil levemente convexo, com o terço inferior da face em equilíbrio e ausência de selamento labial passivo (Figura 1). Nas fotografias intrabucais iniciais a paciente apresentava os elementos 13 e 23 posicionados atipicamente no lugar dos elementos 12 e 22, relação molar de Classe II bilateral, e relação de Classe II caninos bilaterais com linhas médias inferior desviada para a direita (Figuras 2). A radiografia panorâmica inicial mostrava a ausência dos incisivos laterais superiores (elementos 12 e 22) e dos terceiros molares inferiores (elementos 38 e 48), elementos 18 e 28 em formação intraóssea, além de fratura no elemento 24 devido a cirurgia de tracionamento do 23 mal sucedida (Figura 9). A telerradiografia lateral (Figura 10) demonstrou uma deficiência de relacionamento em maxila e mandíbula (ANB = 5,61 graus), padrão de crescimento horizontal (SN- Pl Ocl = / Sn.Go-Me = / FMA=), incisivos superiores protruidos e levemente vestibularizados (1-NA = mm / 1.NA =) incisivos inferiores retruidos e levemente lingualizados (1- NB = / 1.NB =) (Figura 9 e Tabela 1).

Figuras 1. Registros fotográficos extrabucais iniciais de análise facial do sorriso, repouso e perfil evidenciando ausência de selamento labial passivo e perfil levemente convexo.

Figuras 2. Registros fotográficos intrabucais iniciais com a paciente em oclusão frontal, lateral esquerda e direita, e oclusais superiores e inferiores, demonstrando aparelho fixo instalado por outro profissional, com várias peças quebradas, bandas soltas e colagem for do eixo da coroa clínica dos dentes.

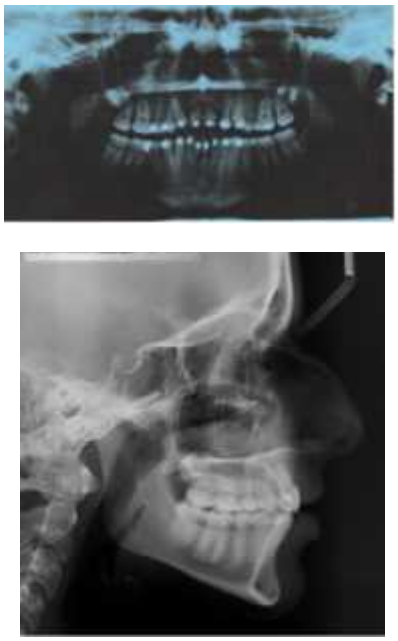


Figura 3. Radiografias panorâmica e telerradiografias inciais.

Tabela 1. Valores cefalométricos iniciais do tratamento.

VARIÁVEL CEFALOMÉTRICA	Inicial
SNA (graus)	82,22
A-Nperp (mm)	2,74
Co-A (mm)	94,10
SNB(graus)	76,60
P-Nperp(mm)	-3,83
Co-Gn(mm)	120,04
ANB (graus)	5,61
SnGo.Gn (graus)	69,53
SnOclusal (graus)	6,02
FMA (graus)	23,32
1.NA	16,03
1-NA	0,41
1.NB	24,29
1-NB	6,25
IMPA	94,21

Objetivos e alternativas clínicas

No que tange aos tratamentos de pacientes com agenesia de laterais superiores as soluções mais comuns são, a reabertura do espaço do elemento ausente, para sua substituição protética, ou, o fechamento dos espaços colocando caninos em posição atípica.

Neste caso, optamos pelo fechamento do espaço do elemento ausente, posicionando o elemento 13 (canino superior direito) no lugar do elemento 12 ausente, e, posicionando o elemento 24 (primeiro pré-molar superior esquerdo) no lugar do elemento 22, pois, a raiz desse elemento encontrava-se fraturada em seu ápice, impossibilitando o seu tracionamento para o local exato, como demosntra o raio-X panorâmico (Figura 3). Sendo assim, o elemento 23 ficou entre os elementos 24, 25 como demonstra a Figura 2.

Progresso Do Tratamento

O aparelho que estava instalado na boca da paciente foi removido, após a entrega da documentação Ortodôntica inicial. Em sequência, a paciente recebeu a colocação de separadores para a adaptação das bandas superiores e inferiores, com tubos triplos e duplos da marca Abzil lancer, prescrição Roth slot 22x30. Logo após o porecedimento de bandagem, a paciente foi submetida a cologem de braquetes superiores e inferiores também da mesma prescrição.

A sequência de fios utilizada foi: 0.012 nitinol, 0.016 nitinol. 0.018 nitinol, e os fios retangulares 17x25, 18x25 e 19x25. Nenhuma dobra foi realizada durante o alinhamento e nivelamento, apenas a colagem em centro de coroa clinica e a sequência de fios. Isso já garantiu um resultado extremamente satisfatório, tendo em vista que a colagem anterior se apresentava extremamente deficiente, e os fios utilizados eram de aço inoxidável.

A paciente extremamente colaboradora, jamais quebrou uma única peça de seu aparelho e utilizou elásticos intermaxilares de linha média por 60 dias incansavelmente. O tratamento foi concluído após 14 meses e 21 dias de tratamento.

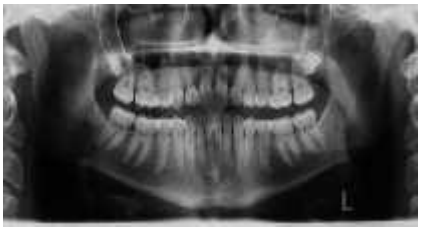
Resultados do trtamento

Ao Final de 14 meses e 21 dias o caso da paciente foi finalizado, com alinhamento e nivelamento satisfatórios e o reposicionamento dos elementos 13 e 24 no local dos elementos ausentes pela agenesia. Foi realizada uma reanatomização desses elementos com resina composta, de maneira provisória, até que a paciente pudesse substituir essas restaurações por coroa de porcelana.

É evidente o torque lingual de raiz no elemento 24, comprometende em parte a estética do sorriso frontal da paciente, mas, essa era uma limitação causada pela fratura durante o tracionamento deste elemento pelo primeiro profissional.

Figura 4. Registros fotográficos demonstrando o aspéco extrabucal da paciente pós-tratamento.

Figura 5. Registros fotográficos intrabuacais da paciente pós-tratamento, demonstrando excelente alinhamento e nivelamento e reanatomização dos elementos 13 e 24, que foram reposicionados no local dos incisivos laterais superiores ausentes.



Figuras 6. Radiografias panorâmica e telerradiografias finais/ pós-tratamento

3. CONCLUSÕES

Após revisão de literatura, e relato deste caso clínico, podemos concluir que a Agenesia de laterais superiores é um dos fatores congênitos que mais pode comprometer a estética do sorriso de um paciente ortodôntico, e, que tratamentos malconduzidos, como o ilustrado neste artigo podem piorar ainda mais esse quadro. Neste caso apresentado, foi possível reverter o quadro e proporcionar uma boa situação oclusal para a paciente, mas isso nem sempre será possível.

Dessa forma, concluímos que a boa finalização do caso, sugere interdisciplinaridade, planejamento minucioso e conduta clinica firme, sempre priorizando o paciente.

REFERÊNCIAS

[1]. Rev. Clín. Ortodon. Dental Press, Maringá, v. 5, n. 4 - ago./set. 2006.

[2]. Dinato JC, Polido WD. Implantes osseointegrados: cirurgia e prótese. Artes Médicas. 2001

[3]. Antoniazzi MCC, **et al**. Estudo da prevalência de anodontia de incisivos laterais e segundos pré-molares em leucodermas brasileiros, pelo método radiográfi co. Rev Odontol UNESP. 1999; 28(1):177-85.

[4]. Estacia A, Souza MMG. Agenesia bilateral de incisivos laterais superiores - relato de caso clínico. J Bras Ortodon Ortoped Facial. 2000.; 5(25):21-8.

[5]. Almeida RR, Almeida-Pedrin RR, Almeida MR, Insabralde CMB. Orthodontic Treatment in Pacients with Congenital Absence of Maxillary Lateral Incisors – Orthodontic and Restorative Combination. J Bras Ortodon Ortop Facial, Curitiba. 2002; 7(40):280-90.

[6]. Almeida RR, Almeida-Pedrin RR, Almeida MR, Insabralde CMB. Orthodontic Treatment in Pacients with Congenital Absence of Maxillary Lateral Incisors – Orthodontic and Restorative Combination. J Bras Ortodon Ortop Facial, Curitiba. 2002; 7(40):280-90.

[7]. TRISTÃO, M. C. *et al*. Avaliação radiográfica da ocorrência de agenesia de dentes permanentes. R. APCD, p.337-341, 2003.

[8]. Cobourne MT. Familial human hypodontia – is it all in the genes?. Br Dent J. 2007; 203:203-8.

[9]. Tanaka O, *et al*. Na ausência congênita de incisivos laterais superiores: fechar ou recuperar o espaço? Rev Clin Ortondon Dental Press; Maringá. 2003; 2(1):27-35.

[10]. Suguino R, Furquim LZ. Uma abordagem estética e funcional do tratamento ortodôntico em pacientes com agenesias de incisivos laterais superiores. Rev Dent. Press Ortodon. Ortopedi. Facial; Maringá. 2003; 8(6):119-57.

[11]. Rosa M, Zacharisson BU. Integração da ortodontia (Fechamento de Espaço) e da odontologia estética no tratamento de pacientes com agenesia de incisivos laterais superiores. R Clin Ortodon Dental Press. 2002; 1(1):41-55.

[12]. Garnett MJ, Wassell RW, Jepson NJ, Nohl FS. Survival of resin-bonded bridge work provided for post-orthodontic hipodontia patients with missing maxillary lateral incisors. Br Dent J. 2006; 201:527-34.

[13]. Pinho T, Maciel P, Pollmann C. Developmental disturbances associated with agenesis of the permanent maxillary lateral incisor. Br Dent J. 2009; 207:pE25.

[14]. Pereira SRA, *et al.* Fechamento ortodôntico de espaços na agenesia de incisivos laterais superiores: relato de caso e revisão de literatura. Rev. Paul. Odontol; São Paulo. 2005; 27(1):28-30.

[15]. Lopes LNF. Agenesia de incisivos laterais superiores: relato de caso clínico. Rev Clin Ortodontia Dental Press; Maringá. 2003; 1(6):61-67.

PRÓTESE FIXA ESTÉTICO–FUNCIONAL TIPO DENARI: RECURSO PARA A PERDA PRECOCE DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR

PROSTHESIS FIXED AESTHETIC-FUNCTIONAL DENARI: APPEAL FOR EARLY TOOTH LOSS DECIDUOUS PREVIOUS

ALINE DANIELE DOS **SANTOS**[1*], SUZANA **GOYA**[2], RENATA CRISTINA GOBBI DE **OLIVEIRA**[3], LUCIMARA CHELES DA SILVA **FRANZIN**[4]

1. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Faculdade INGÁ – Maringá PR, **2.** Doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB) – USP/ Docente da Faculdade INGÁ – Maringá – PR; **3.** Doutora em Odontologia (Ortodontia) pela Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB) – USP/ Docente da disciplina de Odontologia Preventiva e Clinica Integrada da Faculdade INGÁ – Maringá - PR.; **4.** Doutora em Odontologia (Saúde Coletiva) pela PUC-PR./Mestre em Odontologia (Odontopediatria) pela Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB) – USP / Docente da disciplina de Odontologia Preventiva e Clinica Integrada da Faculdade INGÁ – Maringá - PR.

* Avenida Doutor Mário Clapier Urbinati, 30, Jardim Universitário, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87020-260.
alinedanielejunho@hotmail.com

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

RESUMO

Na primeira infância várias situações podem levar ‘a perda do elemento dentário decíduo, geralmente os traumatismos dentários são a causa principal, principalmente na região ântero superior ou inferior. A realização de tratamentos protéticos requer planejamento e habilidade profissional em crianças de menor idade. A prótese fixa estético–funcional tipo Denari é um dos recursos utilizados em tais situações, pois é de fácil instalação, acompanhando o desenvolvimento do crescimento da maxila ou da mandíbula sem interferências. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clinico com confecção e instalação de um mantenedor de espaço fixo estético - funcional tipo Denari, para reposição do dente 51 de uma criança de 36 meses, perdido devido a um traumatismo dentário. Este tratamento visa minimizar os possíveis transtornos no desenvolvimento da oclusão, facilitar a mastigação bilateral, além de proporcionar estética ‘a criança, evitando traumas psicológicos futuros.

PALAVRAS-CHAVE: Mantenedor de espaço fixo funcional, Prótese fixa tipo Denari, dente decíduo, traumatismo dentário.

ABSTRACT

Early childhood has various situations that may lead to loss of deciduous tooth. Generally dental injuries are the leading cause, mainly in the upper or lower anterior region. The completion of prosthetic treatment requires planning and professional ability in young children. The previous partial denture tube-bar system Denari is one of the resources used in such situations because of its easy installation, accompanying the development of the maxilla or mandible growth without interference. The objective of this study is to present a clinical case with manufacturing and installation of a functional aesthetic fixed space Denari maintainer, replacement of tooth 51 of a child of 36 months, lost because of dental trauma. This treatment aims to minimize possible disturbances in the development of occlusion, facilitate bilateral chewing, besides providing aesthetic to the child, avoiding future psychological trauma.

KEYWORDS: Maintainer of functional fixed space, f*ixed* partial denture, deciduous tooth, traumatic injuries.

1. INTRODUÇÃO

A odontologia é uma ciência que visa a promoção de saúde, assim no decorrer dos tempos os tratamentos odontológicos tem passado por diversas inovações a fim de melhorar a estética do indivíduo e seu bem-estar psíquico-social[1]. Uma de suas áreas de atuação a Odontopediatria tem por objetivo a manutenção dos dentes decíduos na cavidade bucal durante todo o seu ciclo biológico. Quando ocorre a perda precoce dos dentes decíduos pelo paciente infantil, tanto pela cárie precoce da primeira infância como por traumatismo dentário, podem ocorrer alterações morfológicas nas arcadas dentárias, problemas na fonação[2], mastigação, deglutição, além de problemas estéticos importantes para o convívio social da criança e seu desenvolvimento emocional[3] , Também, pode facilitar a instalação de hábitos bucais como a interposição lingual e deglutição atípica, além dos decíduos servirem de guia para os dentes permanentes. Nos casos cuja oclusão já foi estabelecida (caninos decíduos já irrompidos), geralmente não há uma perda de espaço significativa, no entanto, a necessidade estética tem sido rela-

tada pelos pais, e também pelas crianças. Dentre as opções para a substituição do dente perdido tem-se a prótese fixa funcional[4], pois crianças com idade abaixo de cinco anos geralmente não possuem maturidade para usar um aparelho mantenedor de espaço removível. Para o planejamento, a opção do uso de próteses em crianças depende da análise individual de cada caso, devendo ser analisados fatores como idade da criança, rizólise do dente perdido, valorização estética da criança, dificuldade na fonação, colaboração da criança e pais, acompanhamento do paciente sob controle, além da ausência de interferência oclusal (mordida profunda). A prótese fixa estético–funcional tipo Denari promove maior segurança e facilidade de adaptação para as crianças, não interferindo no processo de crescimento e desenvolvimento da maxila por não formar uma conexão rígida entre o pôntico e o dente pilar[5]. Além de promover o retomo imediato da função, produz benefício estético e contribui para manter a função oral[6].

A Prótese fixa modificada com o sistema tubo barra representa uma alternativa rápida, de baixo custo, promissora para reabilitação protética decorrente da perda precoce de dentes decíduos anteriores[5]. Uma das próteses fixas bastante utilizadas para o paciente infantil em Odontopediatria é a prótese com cursor conhecida como prótese tipo Denari, pois embora seja fixa, não altera o crescimento dos arcos dentários do paciente infantil[7]. Este tipo de prótese apresenta entre os incisivos centrais decíduos, um cursor com encaixe tipo “macho e fêmea”, que se abre à medida que a maxila cresce e se desenvolve. Neste tipo de prótese não há a necessidade de desgaste dos dentes para o seu encaixe. Também, permite sua utilização até a época normal da esfoliação dos elementos suportes, sendo observada a abertura do sistema “tubo-barra”, que permite o crescimento da maxila em lateralidade.

2. RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 36 meses de idade sofreu traumatismo dentário, em consequência de uma queda. O exame clínico e radiográfico observou que o dente 51 apresentava fratura vertical de raiz, enquanto o dente 61 apresentava fratura coronária (ângulo) (Figuras 1 e 2). O plano de tratamento proposto foi a exodontia do dente 51 (Figuras 3 e 4), com posterior reabilitação do dente 51 e restauração do dente 61.

Figura 1. Aspecto clínico inicial frontal e palatino (dente 51)

Figura 2. Radiografia Inicial

Figura 3. Pós-cirúrgico do dente 51 (pós-sutura) - esquerda; Fragmento de raiz do dente 51 (fratura vertical) – direita.

Figura 5. Modelo de gesso com a prótese parcial fixa modificada posicionada

Devido à preocupação da família quanto ‘a estética e possível trauma psicológico da criança, associados à sua pouca idade e provável dificuldade de adaptação a uma prótese removível, optou-se pela confecção de uma prótese parcial fixa estético - funcional tipo Denari. Após a exodontia do elemento 51 e cicatrização local, realizou-se a moldagem dos arcos superior e inferior do paciente com alginato, inserido em moldeiras metálicas pré-fabricadas e o registro da mordida foi feito com uma lâmina de cera número 7. Não houve necessidade de preparo nos dentes pilares que iriam apoiar a prótese. Após a obtenção dos modelos feitos com gesso especial, estes foram encaminhados ao protético para a confecção da prótese parcial fixa estético-funcional tipo Denari (Figura 5).

Esta prótese foi composta por um pôntico de resina acrílica (Dentron – cor 61) na região do dente 51e dois retentores de metal localizados nos dentes 52 e 61, (cinta metálica na região vestibular e recobrimento parcial da porção palatina) (Figura 5). A mesma possuía conectores em um sistema tubo-barra, isto é, a estrutura metálica do

dente de apoio 61 apresentava uma barra que se encaixava em um tubo presente no pôntico, elemento suspenso 51, possibilitando o distanciamento entre o retentor e o pôntico, por meio do deslocamento da barra em caso de crescimento da pré-maxila, conforme visualizado na Figura 9.

Realizou-se a higiene bucal da criança e posterior prova da peça protética (isolamento relativo). Esta foi amarrada com fio dental (Figura 6), prevenindo-se o risco de deglutição pela criança. Após, a peça foi cimentada com cimento resinoso dual na região interna da estrutura metálica dos dentes 52 e 61.

Figura 6. Prova da Prótese parcial fixa modificada

Na face vestibular dos mesmos dentes realizou-se o condicionamento com ácido fosfórico por 30 segundos. Após lavagem e secagem, usou-se o sistema adesivo nos dentes 52 e 61 e posteriormente a inserção da resina composta Z 100 – 3 M cor 61, recobrindo a porção metálica vestibular com o objetivo de melhorar a estética. Procedeu-se 'a remoção dos excessos da resina e fotopolimerização (durante o procedimento, a criança permaneceu no colo da mãe, cooperando de forma parcial) (Figura 7).

Figura 7. Cimentação e fotopolimerização da resina na prótese fixa estético- funcional tipo Denari nos dentes 52 e 61(fraturado).

Após a instalação da prótese (Figura 8) e RX final (Figura 9), os pais receberam orientação de como realizar a correta higienização desta região, utilizando-se escova e fio dental no pôntico, a fim de se prevenir cárie dentária e gengivite. Também se recomendou, os períodos de retorno semestrais para o monitoramento desta prótese.

Figura 8. Prótese fixa estético- funcional tipo Denari instalada

Figura 9. Radiografia Final

3. DESENVOLVIMENTO

O odontopediatra e o clínico geral que promovem atendimento odontológico a crianças devem estar atentos à perda prematura dos dentes decíduos anteriores, pois segundo a literatura[8,9,10] pode ocorrer possíveis consequências na fala, na estética e fonação, além de interferir no desenvolvimento psicológico da criança. Para que haja o restabelecimento de sua qualidade de vida, deve- se indicar uma prótese após uma análise individual da criança. Esta deve ser baseada na sua faixa etária, percepção da estética tanto da criança como dos responsáveis, no grau de rizólise do dente perdido, au-

sência de interferência oclusal, e cooperação do paciente [11, 12]. Após esta análise, se irá optar pela indicação de uma prótese fixa ou removível. No entanto estudos[8, 9,11] citam que se a perda do incisivo decíduo ocorre depois da erupção do canino decíduo, a perda de espaço não ocorrerá. No caso apresentado, os caninos decíduos superiores apresentavam-se irrompidos. Quando a criança não coopera ou a prótese promove desconforto como náusea, pode-se utilizar próteses fixas modificadas, que respeitam o possível crescimento maxilar. Neste caso clínico, optou-se pela instalação de uma prótese fixa estético-funcional tipo Denari[7], devido à pouca idade da criança, além da solicitação dos responsáveis, concordando com o trabalho de Sousa et al.[5] que relataram que a imaturidade e responsabilidade da criança, dificultam o uso de uma prótese removível, e ao menor desconforto deixam de utiliza-la. Em discordância Orsi *et al.*[11], citaram que a primeira escolha deve ser pela prótese removível, que requer ajuste periódico. A prótese de escolha no caso clínico relatado teve como base a preconizada por Denari & Correa (1995)[7] (prótese fixa anterior com um sistema tubo-barra), devido à pouca idade da criança e assim não se dependesse de sua cooperação para utilizá-la. Segundo a literatura[7,11,13,14], a instalação da prótese fixa funcional ou prótese fixa anterior com um sistema tubo-barra, evitam o posicionamento inadequado da língua propiciando maus hábitos, devolvem a estética e bem estar ao paciente, além de não comprometer o crescimento e desenvolvimento da maxila. Estudos[5,7] ainda indicam que, entre as vantagens deste tipo de prótese não são necessários os desgastes dos dentes pilares, fazendo com que o tempo de atendimento na cadeira seja menor, proporcionando um menor custo. Embora não haja necessidade de coroas para os dentes pilares, estes serão envolvidos por uma cinta metálica, propiciando uma desvantagem estética. Para minimizar este fato, optou-se neste caso clínico pela colocação de resina composta recobrindo a cinta, semelhante ao utilizado por Sousa et al. [5]. Após a instalação da prótese fixa tipo Denari (1995)[7], realizou-se a checagem da oclusão e procedeu-se as orientações de dieta e higiene oral aos responsáveis pela criança, em concordância com a literatura.

Muitos autores[5,14,15,16] citam que, o controle da alimentação é pré-requisito fundamental para o sucesso das próteses na dentição decídua, aliados ao controle da dieta, e higiene bucal (realizada pelos pais ou responsáveis). Além disso, o controle odontológico periódico é necessário para a avaliação do crescimento da pré-maxila e o grau da rizogênese dos dentes permanentes, para que se proceda ‘a remoção da prótese após o dente permanente apresentar 2/3 de sua raiz formada.

4. CONCLUSÃO

Considerando os resultados estéticos, funcional e psicológico do caso descrito neste artigo, observa-se a importância do conhecimento pelo cirurgião-dentista odontopediatra ou clínico geral que atende a crianças, da utilização da prótese fixa estético - funcional sistema tubo-barra tipo Denari, como medida alternativa de reabilitação protética para a perda de dentes decíduos anteriores. Este tratamento visa minimizar os possíveis transtornos no desenvolvimento da oclusão, facilitar a mastigação bilateral, e proporcionar estética ‘a criança, evitando-lhe traumas psicológicos futuros, satisfazendo o desejo dos pais, sendo uma opção para a perda precoce de dentes anteriores decíduos.

REFERÊNCIAS

[1] Santana IL, Carmo CDS, Galvão LCC, Pereira AFV. Reconstrução estética utilizando prótese adesiva como forma de reabilitação oral em serviço público. Odontol Clín Cient, Recife, 2010; jul./set 9(3): 271-74.

[2] Riekman GA & Elbadrawy HE. Effect of premature loss of primary maxillary incisors em speech. Pediat Dentist, 1985; 7(2):19-22.

[3] Cardoso M, Rocha MJC. Mantenedor de espaço estético: uma solução para dentes decíduos traumatizados. Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê 2004 nov-dez; 7(40):512-8.

[4] Giuzio MC, Ferraz LM, Ferreira SLM, Vedovato E. Prótese fixa anterior em “cant-lever” na clínica de odontopediatria. Rev Odontoped 1994; 3(2):83-9.

[5] Sousa, Janaína Maniezo de *et al.*. Utilização de prótese parcial fixa modificada na primeira infância: relato de caso. Odontol Clín Cient Recife 2012 Julh/Sep; 11(3) (online).

[6] Kotsiomiti, E. Removable prosthodontic treatment for the primary and mix dentition. J Clin Pediatr Dent Birmingham 2000 winter; 24(2):83-9.

[7] Denari W, Correa D. Prótese parcial anterior pelo sistema tubo-barra. Rev Assoc Paul Cir Dent 1995 nov./ dez; 49(6):477-78.

[8] Sant'anna GR, Guaré RO, Rodrigues CRMD, Guedes-Pinto AC. Primary anterior tooth replacement with a fixed prothesis using a preciosion connection system: a case report. Quintessence Int, 2002 Apr; 33(4): 303-8.

[9] Margolis FS. The esthetic space maintainer. Compend Cont Educ Dent 2001 Nov; 22(11):911-4.

[10] Wanderley MT, Trindade CP, Correa MSNP. Odontopediatria na primeira infância São Paulo; Santos: 1998.

[11] Orsi IA, Faria JFR, Bolsoni I, Freitas AC, Gatti P. The use of resin-bonded denture to replace primary incisors: case report Pediatr Dent 1999 Jan/Feb; 21(1):64-6.

[12] Laing E, Ashley P, Naini FB, Gill DS. Space maintenance. Int J Paediatr Dent 2009; 19:155-62.

[13] Amorim LFG, Sebba SP. Manutenção de espaço anterior em dentição decídua: uma proposta de resolução. Rev Assoc Paul Cir Dent 1997 set/out; 51(5):459-62.

[14] Ferreira SLM, Biancalana H, Guedes-Pinto AC. Reabilitação bucal em Odontopediatria. São Paulo: Santos; 1999.

[15] Schnider G, Rontani RMP. Reabilitação estética do segmento anterior da dentição decídua: alternativas de tratamento. Rev Facul Odontol. Passo Fundo; 2004 jan/jun; 9(1):64-70.

[16] Guedes-Pinto AC. Odontopediatria 6ª ed São Paulo: Santos; 1997.

CAPTAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE ÁGUAS PLUVIAIS PARA FINS NÃO-POTÁVEIS

RAISING AND USE OF RAINWATER FOR NON-DRINKING PURPOSES

ALEX SANCHES **TORQUATO**[1], ARILDO **MOREIRA**[2*], PAULO RODRIGO STIVAL **BITTENCOURT**[3]

1. Mestre em Química pela Universidade Estadual de Maringá, professor do Departamento de Química da Universidade Tecnológica Federal do Paraná – Campus Medianeira; **2.** Acadêmico do Curso de Especialização em Gestão Ambiental em Municípios, polo UAB de Cruzeiro do Oeste da Universidade Tecnológica Federal do Paraná - Campus Medianeira; **3.** Doutor em Ciências pela Universidade Estadual de Maringá, professor do Departamento de Química da Universidade Tecnológica Federal do Paraná – Campus Medianeira

* Rua Santos Dumont, 2386, Campo Mourão, Paraná, Brasil. CEP: 87303-250. moreira.arildo@bol.com.br

Recebido em 06/08/2015. **Aceito** para publicação em 13/10/2015

RESUMO

Este trabalho aborda a temática da captação de águas pluviais para fins não potáveis permitindo seu uso em ocasiões e situações não tão nobres como em descargas de vasos sanitários, regas de jardim, lavagem de calçadas, manutenção de viveiros de plantas ornamentais, bem como o uso em atividades industriais permitam esta ação, considerada como uma fonte alternativa este processo de captação é simples podendo ser utilizado em residências, condomínios, prédios públicos ou particulares, clubes, tonando-se uma maneira viável de contornar os problemas com escassez, uma vez que a redução do consumo da água potável que é fornecida a população evitando o desperdício dos recursos hídricos de nosso planeta, podendo auxiliar no controle do escoamento urbano superficial que atinge e causa problemas nas grandes cidades que possuem poucas áreas para a infiltração destas precipitações, serão apresentados exemplos de como este processo é vantajoso, as normas para seu uso e leis ou normativas as quais foram criadas para incentivar a sociedade a adotar esta ideia.

PALAVRAS-CHAVE: Captação, águas pluviais, recursos hídricos, legislação.

ABSTRACT

This academic work addresses the issue of rainwater harvesting for non-drinking or non-potable purposes allowing its use in not so noble occasions and situations such as toilet flushing, garden watering, washing sidewalks, maintenance of ornamental plant nurseries, as well as the use in industrial activities allow this action, considered as an alternative source this process of abstraction is simple and can be used in homes, condominiums, public or private buildings, clubs, tonando is a viable way to get around the problems with shortages, since the reducing the consumption of clean water that is supplied to the population avoiding the waste of water resources of our planet and may help control the surface urban runoff that affects and causes problems in big cities with few areas for infiltration of these precipitation, examples will be presented of how this process is advantageous, the rules for its use and laws or regulations which are designed to encourage the company to adopt this idea.

KEYWORDS: Catchment, storm waters, water resources legislation

1. INTRODUÇÃO

A água é um recurso essencial para a vida no planeta, contudo sua distribuição é de forma irregular pelo globo, segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) em seu Programa de Avaliação Mundial da Água (World Walter Assessment Programme - WWAP)[1] o planeta é praticamente todo coberto por água, em que se dividem em rios, mares, oceanos, e nas águas subterrâneas que não estão visíveis, todo esse montante de água ocupa cerca de 2/3 da superfície terrestre, sendo que 97,5% é salgada estando nos mares e oceanos; 2,493% é doce (potável), mas são encontradas em geleiras e no subterrâneo e é apenas 0,007% é doce e está disponível nos rios, lagos e na atmosfera sendo possível seu consumo.

Sem água não haveria vida em nosso planeta do modo que a conhecemos hoje, já que é um elemento vital aos seres vivos que habitam nosso planeta, embora este recurso seja encontrado em abundância em nosso planeta como já demonstrado nem toda ela é própria para o consumo. Segundo Viegas (2007)[2] a população mundial atual é de sete bilhões de habitantes e continua crescendo, é de fundamental importância que o ser humano busque formas de usar a água de forma racional e inteligente, devemos entender que seu uso correto não é apenas voltado para a diminuição de gastos domésticos, industriais e outros mais sim para que não falte no futuro,

não quero expressar aqui a opinião que a água irá acabar do planeta, e sim dizer que o cuidado evita termos que aumentarmos o volume de produtos para seu tratamento, já que hoje a poluição de nossos corpos hídricos e mananciais é vista comumente.

Imaginarmos o desenvolvimento da vida sem água é praticamente impossível, pois a água é essencial para beber, para a saúde, produzir e preparar alimentos entre outros fins tão essenciais para nossa sobrevivência[3]. Contudo, segundo Szöllösi-Nagy (1993)[4] grande parte da civilização ainda não se deu conta de quão importante é a água para a manutenção da vida em nosso planeta, é que este recurso tão vulnerável deve ser conservado e sabiamente utilizado.

Está água que nos serve desde os primórdios de nosso planeta água é um recurso natural finito e essencial à vida, pois encontra-se como um componente bioquímico de seres vivos, habitat para o desenvolvimento de espécies, além de importante fator de produção no desenvolvimento de diversas atividades econômicas[5].

De acordo com Jacobi (2008)[6] o Brasil, Rússia, China e Canadá são os países que basicamente "controlam" as reservas de água fresca mundial. A distribuição da água no Mundo é muito desigual e, onde a carência de água é visível em diversas regiões do globo. Que apesar de termos a impressão de que a água está desaparecendo, a quantidade de água na Terra é praticamente invariável há centenas de milhões de anos, ou seja, a quantidade de água permanece a mesma sendo a mesma ciclada constantemente pelo chamado Ciclo Hidrológico, o qual as águas do mar e dos continentes se evaporam, formam nuvens e voltam a cair na terra sob a forma de chuva, neblina e neve, estas então retornam aos para rios, lagos ou para o subsolo formando os importantes aquíferos subterrâneos, logo nos corpos hídrico ela retorna ao sistema hidrológico do planeta voltando ao ciclo. Assim a água somente passa a ser perdida para o consumo, por tempo limitado, devido à poluição e à contaminação, sendo estes os fatores que dificultam a reutilização, causando uma redução do volume de água imediatamente aproveitável da Terra (Figura 1).

A precipitação atmosférica é o conjunto de águas originadas do vapor de água atmosférico que precipita, em estado líquido ou sólido, sobre a superfície terrestre. Como exemplo temos a chuva, a neve, o granizo, o nevoeiro, o sereno e a geada. A formação das precipitações atmosféricas em forma de chuva ocorre através do ar quente e úmido que, elevando-se por expansão adiabática, se resfria até obter seu ponto de saturação. Quando parte deste vapor se condensa as gotículas geradas se agrupam e formando as nuvens, essas gotículas são mantidas em suspensão pelo efeito da turbulência ou de correntes de ar ascendentes, quando elas atingem tamanho necessário e peso necessário (gotas) para vencer a resistência do ar, deslocam-se em direção do solo formando as precipitações[7].

A preocupação mundial com as questões ambientais e com a preservação da quantidade de água disponível tomou grandes proporções nas décadas do início do século XX, com isso iniciou-se a busca por alternativas que permitam o utilizar recursos onde o consumo de água e outros recursos naturais sejam menores no processo, buscando o desenvolvimento sustentável[8].

Figura 1. Ciclo Hidrológico da Água. **Fonte:** Adaptado de A água na Terra está se esgotando.

Métodos de utilização e captação de águas pluviais são comuns em diversas comunidades e locais do planeta, civilizações há séculos fazem o uso deste recurso, e hoje devido a realidade a qual o planeta vem enfrentando com problemas como a escassez de água, a intenção e demonstrar através de pesquisa bibliográfica que esta alternativa se torna viável a população, também demonstrar como a criação de leis e normas de uso podem fazer deste método uma pratica sustentável e racional de otimização dos recursos do planeta.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A realização de pesquisa e levantamento de bibliográfico de métodos relacionadas ao tema em estudo foram coletados e analisados exemplos de casos onde sistemas de captação são utilizados com sucesso, experiências realizadas por entidades públicas ou privadas para a racionalização do uso dos recursos hídricos.

As principais fontes pesquisadas foram artigos realizados por acadêmicos, gestores ambientais e literaturas que promovem o tema aqui proposto, através da leitura destes materiais pode-se então elaborar, o descritivo exemplificando as ideias e motivos os quais o tema abordado é importante atualmente dentro da sociedade a qual estamos.

3. DESENVOLVIMENTO

O gerenciamento do uso da água e a procura por novas alternativas de abastecimento como o aproveitamento das águas pluviais, a dessalinização da água do mar, a reposição das águas subterrâneas e o reuso da água já servidas fazem parte do contexto do desenvolvimento sustentável, o qual preza pela utilização racional dos recursos naturais, onde exista o equilíbrio para assim mantermos a vida no planeta de forma adequada a todos os seres vivos e sem prejuízos para as futuras gerações[9].

A ONU - Organização das Nações Unidas em seu alerta sobre degradação ambiental no planeta enfatiza que a água é o recurso natural mais degradado pelo homem. Também faz referência à necessidade de governos, empresas e sociedade repensarem seus critérios de crescimento econômico levando em consideração os impactos ao meio ambiente[10].

De acordo com Moitinho (2007)[11] uma alternativa para amenizar o impacto ambiental quanto ao consumo desnecessário e desperdício de água é a captação e aproveitamento de águas pluviais, onde compara esta ação como o próprio ciclo hidrológico da água ocorrido na natureza, este tipo de atitude pode reduzir o a perfuração de novos poços e aliviar o fornecimento quanto a água potável pelas concessionarias responsáveis por este serviço já que aliviaria quanto ao consumo da água potável distribuída.

O uso das águas pluviais pode ocorrer para diversos fins, é uma ótima fonte de água e de tecnologia relativamente simples e econômica. A captação da água de chuva é um processo que já muito utilizado em regiões áridas e semi-áridas como é o caso do Nordeste Brasileiro, por muitas vezes está captação ainda é feita de maneira artesanal e cuja finalidade pode ser inclusive, ser o consumo humano devido à escassez de água que assola esta região do território nacional[12].

A distribuição da água no território nacional

No nosso país sua posição apresenta privilégios em relação ao restante do mundo quanto à disponibilidade de recursos hídricos. A vazão média anual dos rios em território brasileiro é de cerca de 180 mil m³/s. Este valor corresponde a aproximadamente 12% da disponibilidade mundial de recursos hídricos, que é de 1,5 milhões de m³/s Shiklomanov (1998 *apud COSTA 2007*)[13].

Ainda segundo a UNESCO (2003)[1], nosso pais ocupa o 5° lugar entre os países com maior disponibilidade hídrica do mundo com 48.314m³/hab./ano, atrás apenas do República do Congo (Continente Africano) com 275.679 m³/hab./ano, Suriname (Continente Americano) com 292.566m³/hab./ano, Islândia (Continente Europeu com 309.319m³/hab./ano, este volume concentrado principalmente em geleiras e finalmente, Guiana Francesa (Continente Americano) com 812.121 m³/hab./ano.

Se forem levadas em conta as vazões oriundas em território estrangeiro e que ingressam no país (Amazônica – 86.321 mil m³/s; Uruguai – 878 m³/s e Paráguai 595 m³/s), a vazão média total atinge valores da ordem de 267 mil m³/s (18% da disponibilidade mundial), de acordo com os dados fornecido pela Agencia Nacional das Águas – ANA em seu livro GEO Brasil – Recursos Hídricos (2007)[14].

Como apresentado por Costa (2007)[13] o Brasil é considerado rico em termos de vazão média por habitante, com cerca de 33 mil m³/hab/ano, mas apresenta uma grande variação espacial e temporal das vazões, ou seja, possuímos muita água porem de forma desigual entre as regiões, como exemplo enquanto a região hidrográfica amazônica detém 74% dos recursos hídricos superficiais vazão média por habitante é observada na região hidrográfica atlântico nordeste oriental, com média inferior a 1.200 m³/hab/ano, o autor considera estas valores levando em consideração a atual taxa de densidade demográfica da população por região.

A Figura 2 demonstra como podemos ilustrar a distribuição dos recursos hídricos (água doce) no território nacional.

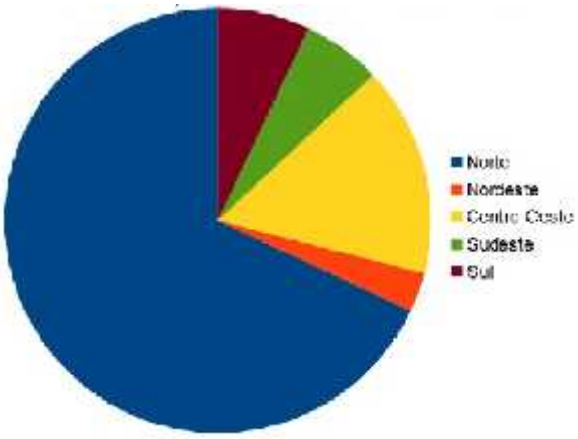


Figura 2. Distribuição da água no Brasil. **Fonte:** Adaptado de Brasil Escola.

Este gráfico representa bem a disparidade de destruição deste bem dentro de nosso pais. Ainda podemos observar através de números tal disparidade, está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos recursos hídricos no país (%)

Região	Recursos Hídricos	Superfície	População
Norte	68,50	45,30	6,98
Centro-Oeste	15,70	18,80	6,41
Sul	6,50	6,80	15,90
Sudeste	6,00	10,80	42,65
Nordeste	3,30	18,30	28,91
Soma	100,00	100,00	100,00

Fonte: Adaptado de Departamento Nacional de Águas e Energia Elétrica (DNAEE).

O aproveitamento da água de chuva caracteriza-se por ser um processo milenar, que já se mostrava adotado

por civilizações como Astecas, Maias e Incas. Tomaz (2003)[15] relata que um dos registros mais antigos do aproveitamento da água de chuva data de 850 a.C., referindo-se as inscrições na Pedra Moabita, no Oriente Médio, onde o rei Mesha sugere a construção de reservatórios de água de chuva em cada residência. O autor faz referência ainda ao palácio de Knossos na Ilha de Creta, onde há aproximadamente 2000 a.C., a água da chuva era aproveitada na descarga das bacias sanitárias.

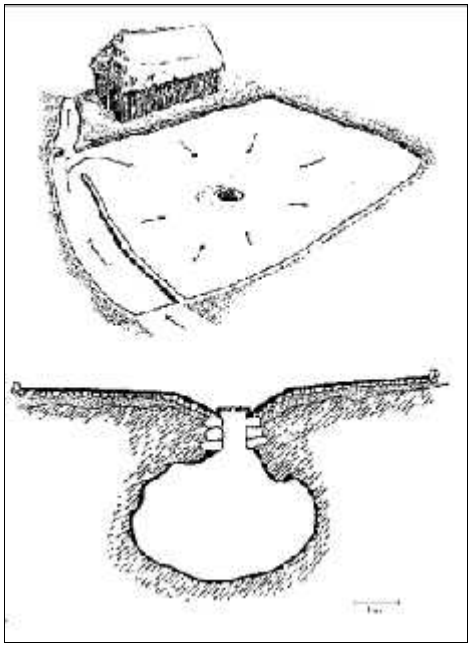


Figura 3. Cisterna do povo Maya, chamada de Sistema de Chultuns, com capacidade para 45 mil litros, diâmetro de 5 m, área de captação de 150 m2, abertura coberta por uma pedra com um buraco no meio onde se encaixa um pino de madeira, que se retrai quando chove. **Fonte:** Coleta de águas de chuva em áreas rurais, Gnadlinger (2000).

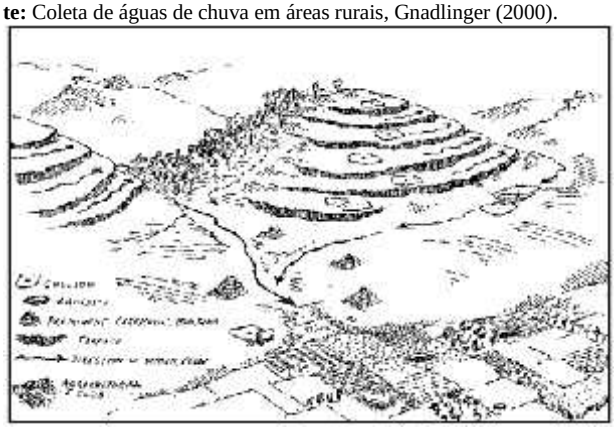


Figura 4. Sistema de Chultuns. Sistema integrado de fornecimento de água do povo Maya em Xpotoit, Yucatan, México. Fonte: Coleta de águas de chuva em áreas rurais, Gnadlinger (2000).

Outro exemplo de utilização e captação de chuvas é apontado por Gnadlinger (2000)[16] onde a mais de 2.000 anos atrás está técnica já era conhecida e aplicada no Planalto de Loes na China, onde há a existência de tanques e cacimbas utilizados para armazenar a água coletada. O mesmo Gnadlinger (2000)[16] aponta ainda o exemplo da cidade de Oxkutzcab, cidade localizada ao Sul do estado de Yucatán, onde ao pé do Monte Puuc são observadas as contruções realizadas pelo povo Maia no século X existia ali uma agricultura baseada na colheita de água de chuva. As pessoas viviam nas encostas e sua água potável era fornecida por cisternas com capacidade de 20.000 a 45.000 litros, chamadas Chultuns, os quais são representados pela Figura 3 e Figura 4.

Como exemplo de sistema de coleta e captação de águas pluviais mais recentes, temos os que atualmente são utilizados no Nordeste de nosso país, onde o sistema de captação de águas de chuvas já e utilizado a muitos anos, devido as condições climáticas da região. Este processo é realizado através da implantação de cisternas; como exemplo temos o Programa Um Milhão de Cisternas, programa este desenvolvido e idealizado por grupos de ONG's e comunidades do semiárido brasileiro.

Para o uso destas águas pluviais é necessário a existência de sistemas capazes de coletar estas precipitações das coberturas das edificações, residências e indústrias, constitui um importante instrumento de gestão dos recursos hídricos capaz de controlar cheias urbanas, reduzir os custos com captação e tratamento de água pelas empresas de saneamento e atuar juntamente com um sistema duplo de distribuição Campos e Azevedo (2013 Apud TORDO, 2004). Portanto para a coleta de água de chuva, é essencial a presença de alguns componentes como área de captação, sistemas de calhas e condutores, dispositivo *by pass*, peneiras e/ou filtros, reservatórios e sistema extravasor que permitirá que o excesso captado seja encaminhando as galerias pluviais[15].

Segundo Carvalho *et al.* (2007)[18], um adequado dimensionamento do reservatório de armazenamento é de fundamental importância para a viabilidade técnico-econômica da implantação de um sistema de aproveitamento de água de chuva.

De acordo com os dados apresentados por Tomaz (2003)[15], os usos não potáveis de água para rega de jardins, lavagem de carros e descargas em bacias sanitárias somam em torno de 50% da demanda total de água em uma residência, percentual representativo e que pode ser suprido por um sistema de aproveitamento de água pluvial.

Segundo Fendrich (2009)[19] a tecnologia para o uso da água de chuva nas edificações é a soma das seguintes técnicas: *a) coletar a água que precipita no telhado; b) eliminar a água do início da chuva (descarte inicial) ; c) unidades de sedimentação, filtragem, tratamento e melhoria da qualidade da água; d) armazenar a água da chuva em reservatórios; e) abastecer os locais de uso; f) drenar o excesso da água de chuva, em caso de chuvas intensas; g) completar a falta de água em caso de estiagem prolongada.*

Mesma sendo está água utilizada ou destinada a alguns fins não tão nobres os mecanismos/sistemas de coleta e aproveitamento da água de chuva devem receber manutenção e higienização, pois estes são fundamentais para a preservação da qualidade da água, bem como para evitar a proliferação de vetores, por isso faz-se necessário em qualquer sistema de coleta de águas pluviais ter-se sistema separador de sólidos grosseiros e de descarte inicial das primeiras águas que incidiram sobre a superfície de coleta (telhado e ou outros), pois está superfície de coleta da água de chuva pode influenciar na qualidade da mesma devido a substâncias presentes em tais superfícies, como: fezes de aves e roedores, artrópodes e outros animais mortos em decomposição, poeira, folhas e galhos de árvores, revestimento do telhado, fibras de amianto, resíduos de tintas, entre outros que ocasionam tanto a contaminação por compostos químicos quanto por agentes patogênicos.

Este controle permitirá que as águas armazenadas possam ser utilizadas, pois segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT)[20] NBR 15527/2007 a qual rege normas para aproveitamento de águas de chuva de coberturas para fins não potáveis, determina que a estas águas devem atender aos seguintes conforme sumarizado na Tabela 2.

Tabela 2. Parâmetros de qualidade de águas de chuva para fins não potáveis.

Parâmetro	Análise	Valor
Coliformes totais	Semestral	Ausência em 100 mL
Coliformes termotolerantes	Semestral	Ausência em 100 mL
Cloro residual livre *	Mensal	0,5 a 3,0 mg/L
Turbidez	Mensal	< 2,0 uT *, para usos menos restritivos < 5,0 uT
Cor aparente (caso não seja utilizado nenhum corante, ou antes da sua utilização)	Mensal	< 15 uH *
Deve prever ajuste de pH para proteção das redes de distribuição, caso necessário	Mensal	pH de 5,0 a 8,0 no caso de tubulação de aço carbono ou galvanizado

NOTA – Podem ser usadas outras processos de desinfecção alem do cloro, como a aplicação de raio ultravioleta e aplicação de ozono.

* No caso de serem utilizados compostos de cloro para desinfecção.

** Em unidade de turbidez.

*** Em unidade Hazen.

Fonte: Adaptado de Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT)[20] NBR15527.

Herrmann & Schmida (1999 *apud* Annecchini, 2005)[21], apontam quatro formas construtivas de sistemas de aproveitamento de água de chuva, estes sistemas tem em comum como já visto anteriormente a necessidade de reservatórios e sistema de captação dimensionado adequadamente, sendo o sistema de fluxo total onde toda a chuva coletada pela superfície de captação é direcionada ao reservatório de armazenamento, está deve passar antes por um filtro ou por uma tela, retirando os sólidos mais grosseiros.

A chuva que extravasa do reservatório é direcionada ao sistema de drenagem (Figura 5). Sistema com derivação ou sistema auto-limpante, uma derivação é instalada na tubulação vertical de descida da água da chuva, com o objetivo de descartar a primeira chuva, direcionando-a ao sistema de drenagem, em alguns casos, instala-se um filtro ou uma tela na derivação, o excesso captado extravasa do reservatório é direcionada ao sistema de drenagem (Figura 6).

Figura 5. Captação de água de chuva de acordo com a ABNT/NBR[20] 15.527/2007. **Fonte:** Aproveitamento de água de chuva de baixo custo para residências urbanas[22].

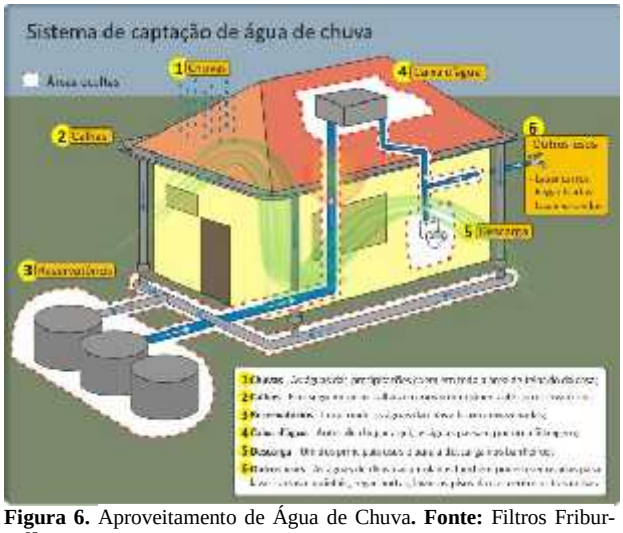


Figura 6. Aproveitamento de Água de Chuva**. Fonte:** Filtros Friburgo[23].

Sistema com volume adicional de retenção é construído um reservatório com uma capacidade maior, capaz de armazenar o volume de chuva necessário para o suprimento da demanda e capaz de armazenar um volume adicional com o objetivo de evitar inundações. Neste sistema, uma válvula regula a saída de água correspondente ao volume adicional de retenção para o sistema de drenagem (Figura 7). Sistema com infiltração no solo, toda a água da chuva coletada é direcionada ao reservatório de armazenamento, passando antes por um filtro ou por uma tela. O volume de chuva que extravasa do reservatório é direcionado a um sistema de infiltração de água no solo, que pode ser um poço de infiltração, por exemplo (Figura 7)

Visando evitar que estas águas pluviais sejam utilizadas para fins potáveis as torneiras alimentadas pela

água da chuva devem receber identificação "água não potável ou imprópria para beber" e em muitos casos sistema de tranca com cadeado. A manutenção e limpeza do sistema deve privilegiar as épocas do ano antes do início das chuvas e após o Inverno. A realização de limpezas periódicas e manutenção deste sistema evitará a geração de ambiente próprio para o desenvolvimento de vetores ligados a água.

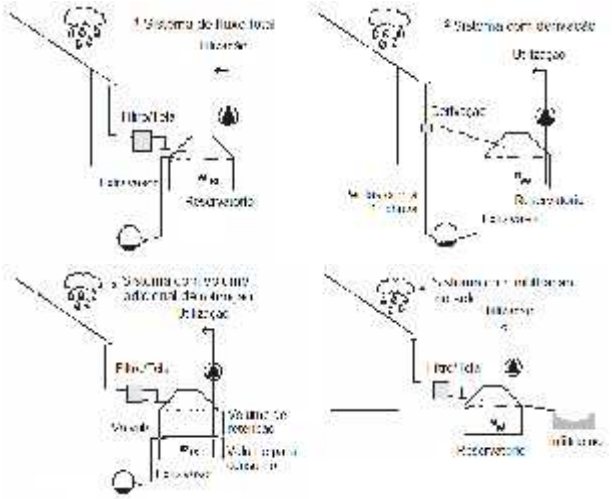


Figura 7. Sistema de captação fluxo total. 1 Sistema de captação de derivação; 2 Sistema de captação com volume adicional de retenção; 3 Sistema de captação com volume adicional de retenção; 4 Sistema de captação com infiltração no solo. Fonte: Herrmann e Schmida (1999 *apud* Annecchini, 2005)[21].

Figura 8. Placa de Identificação de água não potável. Fonte: Empresa Sinal SEG[24].

Outro ponto o qual a utilização de reservatórios para o armazenamento de águas pluviais é evitar o desperdício da água tratada que chegam as nossas torneiras, de acordo com o Trata Brasil em seu livro Perdas de Água (2010/2011)[25], mais de 40% da água tratada no país é desperdiçado seja por ligações, sistemas de distribuição mal planejados ou simplesmente pela má utilização da água que chega a nossas residências, nesta ainda é relatado que uma economia de apenas 10% das perdas representaria uma receita de R$ 1,3 bilhão, levando em consideração a economia financeira para os governos, contudo ainda há a conservação do recurso natural, além de que este sistema também pode proporcionar benefícios a comunidade principalmente em áreas onde o sistema de captação e coleta público de águas pluviais não é eficiente já que estes sistemas podem auxiliar a minimizar alagamentos, enchentes, racionamentos de água reduzindo a escassez dos recursos hídricos.

Com está intenção de regularizar e tornar o processo de captação de águas pluviais e uso racional dos recursos hídricos vem ao longo dos anos sendo criadas políticas voltadas a regulamentar está ação.

No estado do Paraná a lei 17.084, de 13 de março de 2012, determina a obrigatoriedade de implantação de alguns sistemas que vão tornar as construções públicas mais ambientalmente corretas e sustentáveis, nela é disposto sobre a obrigatoriedade de instalação de sistema de aquecimento de água por energia solar e aproveitamento de águas de chuva na construção de prédios públicos, bem como sobre a utilização de telhados ambientalmente corretos (DOU, 2012), em seu artigo 1ª a lei apresenta o seguinte conteúdo: *"**Art. 1º.** É obrigatória, quando da construção de prédios públicos por parte da Administração Pública do Estado do Paraná, a instalação de sistema de aquecimento de água por energia solar e aproveitamento de águas de chuva a serem consumidas nas edificações, bem como a utilização de telhados ambientalmente corretos.*

***Parágrafo único.** Entendem-se como telhados ambientalmente corretos os que colaborarem para evitar o aquecimento global, ou seja, telhados verdes com grama ou jardim plantado, os que utilizam telhas metálicas claras, os que são pintados com tinta branca ou os que forem pintados com tinta não branca com pigmentações especiais".*

No estado de São Paulo a lei 12.526 de 2007 obriga a implantação de sistema para captação e retenção de águas pluviais coletadas por telhados, coberturas, terraços e pavimentos descobertos, em lotes edificados ou não, que tenham área impermeabilizada superior a 500 m². O sistema é constituído de acordo com o cálculo fixado no artigo 2º desta própria lei. Esta lei ainda determina que áreas como de estacionamentos 30% da área deve ser reservada para drenagem, seja sem piso, seja com o uso de pisos drenantes (os estabelecimentos desse tipo terão 90 dias para se adaptarem à lei). O artigo 3º estabelece três destinos para a água reservada: primeiro, infiltração no solo; segundo, pode ser despejada na rede pública, depois de uma hora de chuva; e, terceiro, pode ser utilizada para finalidades não potáveis, em edificações que tenham instalações desse tipo (água de reuso, que serve para regar jardins ou lavar pisos, por exemplo).

Na Câmara Municipal de São Paulo tramita, desde 2005, o Projeto de Lei 743/05 propõe incentivo fiscal, em forma de desconto no Imposto Predial e Territorial Urbano aos contribuintes que, em suas edificações,

mantenham áreas permeáveis que possibilitem a efetiva absorção de água de chuva. O desconto é de 3 a 8%, podendo chegar a 10%, caso a parte permeável atinja um quinto da área total do terreno.

Está alternativa já apresenta como uma eficiente arma para o combate à seca, como destacados por aurores que citam áreas áridas e semiáridas localizadas pelo globo as quais adotam métodos semelhantes de coleta de águas pluviais, cito como exemplo de aplicabilidade o trabalho realizado por Giacchini & Filho (2008)[26] na cidade de Ponta Grossa - Paraná, o estudo foi realizado em uma empresa de fundição de metais, onde após os dados e cálculos necessários foi possível repassar aos responsáveis pelo empreendimento que através do sistema proposto e índice pluviométrico da região o sistema atenderia a demanda da empresa na maior parte do ano. Outro exemplo de estudo apresentado por Minikowski & Maia (2009)[27] no município de Irati - Paraná onde chegaram à conclusão que o sistema pode ser utilizado no município para complementação como uma fonte alternativa de água, em conjunto ao sistema de abastecimento público.

Todos os autores apresentam o sistema de captação e utilização de águas pluviais como uma fonte alternativa para auxiliar a evitarmos o desperdício de água, e auxilia as cidades a combaterem muitas vezes problemas com o escoamento superficial, sendo uma alternativa viável na maioria das regiões de nosso território nacional. A aparição de legislação especifica é um outro fator que pode trazer benefícios ao sistema de captação de águas pluviais, já que municípios como o caso de Curitiba com a Lei 10785/2003 através da criação do Programa de Conservação e Uso Racional da Água nas Edificações – PURAE este programa tem o objetivo de instituir medidas que induzam à conservação, uso racional e utilização de fontes alternativas para captação de água nas novas edificações, bem como a conscientização dos usuários sobre a importância da conservação da água, o que é mais interessante que neste é citado a conscientização do usuário, ainda cita outra alternativa que é a reutilização de águas servidas. No estado de São Paulo o Projeto de Lei 44/2014 prevê a instalação de sistema de captação e utilização de águas pluviais em escolas, o mesmo ainda propõe que professores e alunos trabalhem com o desenvolvimento destes sistemas, o que levaria aos alunos as noções de sustentabilidade, estes são apenas dois exemplos, já que este tipo de atitude vem sendo observados em outras cidades e estados como Santa Catarina, Minas Gerais e outros.

4. CONCLUSÃO

Os projetos e bibliografias pesquisados e citados neste trabalho demonstram que a utilização das águas pluviais para fins não tão potáveis é uma alternativa viável para diversos fins dentro da sociedade atual, contudo este uso deve seguir normas especificas e procurar trabalhar de forma conjunta com o sistema de abastecimento público, as técnicas desenvolvidas para a captação destas águas pluviais procura ser sustentáveis e práticas permitindo seu tanto em ambientes industriais, residenciais, comerciais e outros.

Planos, projetos e sistemas de baixo custo para a captação de águas pluviais já não são novidade dentro do cenário das atividades do homem, contudo, sua utilização se perdeu com os anos devido a comodidade de recebermos em nossas atividades cotidianas água tratada em nossas torneiras, atualmente não tomou as devidas proporções necessárias, devido à ausência de informação aos setores industriais e/ou doméstico ou ainda pela falta de consciência ambiental da população.

O atual sistema consumista no qual vivemos precisa sofrer mudanças significativas, a adoção de técnicas de conservação dos recursos naturais e sua utilização de forma consciente deve ser pauta do cenário político global, novos modelos de governo incluindo a participação da sociedade de forma mais ativa nas questões ambientais, projetos e ações que visem à associação de interesses socioambientais e qualidade de vida devem fazer parte do sistema de administração pública.

A atual condição que alguns estados de nosso país vêm sofrendo com períodos longos de estiagem, secas, alterações no ciclo de chuvas, despertou um alerta quanto ao gerenciamento de nossos recursos hídricos, levantando a questão de como estamos utilizando estes recursos, se as leis que visam preservar a água são cumpridas e eficientes.

Programas de educação e responsabilidade ambiental devem ser introduzidos em toda a sociedade, indiferente da classe social, credo, raça, idade, pois com estes programas em conjunto com um sistema de gestão público poderá ser possível racionalizar nossos recursos naturais mantendo o equilíbrio entre as atividades humanas e o meio o qual nos oferece as condições de manutenção da vida na Terra.

REFERÊNCIAS

[1] UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - Programa de Avaliação Mundial da Agua (World Walter Assessment Programme - WWAP), Representação da UNESCO no Brasil, The UN World Water Development Report, Water for a Sustainable World. 2015; 121 p. [online]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002318/231823E.pdf>. Acesso em: 28/04/2015.

[2] Viegas ECC. Gestão dos recursos hídricos: Uma análise a partir dos princípios ambientais. Universidade de Caxias do Sul/ Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Mestrado em Direito/ Direito. 2007. [online]. Disponível em: <https://repositorio.ucs.br/jspui/bitstream/11338/230/1/Dissertacao%20Eduardo%20C%20Viegas.pdf >. Acesso em: 01/05/2015.

[3] Weber P. Sócrates. Água, o ouro do século XXI. Sanare Revista Técnica da Sanepar, Curitiba. 1998; 10:5-7.

[4] Szöllösi-Nagy A. A ação da Unesco. O Correio da UNESCO, 1º ed. Rio. 1993; 39.
[5] Bernardi C. Reuso de água para irrigação. Monografia MBA. ISAE-FGV/ECOBUSINESS. Brasília, DistritoFederal. 2003; 52.
[6] Jacobi P. A água na terra está se esgotando? É verdade que no futuro próximo teremos uma guerra pela água? 2010 [online]. Disponível em: <http://www.geologo.com.br/aguahisteria.asp>. Acessado em: 01/09/2015.
[7] Villela SM, Mattos A. Hidrologia Aplicada. – 1. ed. – São Paulo: McGraw-Hill do Brasil. 1975.
[8] Pessarello RG. Estudo exploratório quanto ao consumo de água na produção de obras de edifícios: avaliação e fatores influenciadores Monografia MBA em Tecnologia e Gestão da Produção de Edifícios. Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, Departamento de Engenharia de Construção Civil – Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.
[9] Agenda 21. Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento. Curitiba: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e social – IPARDES. 2001; 260.
[10]Gripp S. Revista Banas Qualidade. Banas Ambiental. São Paulo: Banas. 2001; 12(Supl):58.
[11]Moitinho PVD, Silva BJ. Aproveitamento da água pluvial em edificações residenciais. [online]. Disponível em: <http://info.ucsal.br/banmon/Arquivos/Art3_0032.pdf>. Acessado em: 15/08/2015.
[12]Group Raindrops. Aproveitamento da água da chuva. Makoto Murase (Org.). Tradução: Massato Kobiama; Cláudio Tsuyoshi Ushiwata; Manoela dos Anjos Afonso. Tradução de: Yatte Miyo Amamizu Riyo. Curitiba: Organic Trading, 2002; 196.
[13]Costa FJL. GEO Brasil – Recursos Hidricos, Brasília-DF, pp27-29. 2007 de Janeiro: Editora da Fundação Getulio Vargas, ano 21, nº 07, p. 38, julho de 1993
[14]ANA - Agencia Nacional das Aguas. GEO Brasil – Recursos Hidricos, 264 p., 2007. [online]. Disponível em: <http://www2.ana.gov.br/Paginas/servicos/planejamento/estudos/geobrasil.aspx>. Acesso em: 28/04/2015.
[15]Tomaz P. Água de Chuva para Áreas Urbanas e fins não Potáveis, Navegar Editora, São Paulo. 2003; 184.
[16]Gnadlinger J. Coleta de água de chuva em áreas rurais. Fórum mundial da água. 2002. Haia, Holanda. [online] Disponível em: <http://www.irpaa.org/colheita/indexb.htm> Acesso em 29/08/2015.
[17]Campos M.Maria, Azevedo F. Rocha. Aproveitamento de aguas pluviais para consume humano direto, Jornal Eletronico Faculdade Integradas Vianna Júnior. Juiz de Fora. 2013; Ano V, Edição I. [online] Disponivel em: http://www.viannajunior.edu/files/uploads/20130523_155633.pdf Acesso em 07/08/2015.
[18]Carvalho GS, *et al.* Cálculo do volume do reservatório de sistemas de aproveitamento de água de chuva: comparação entre métodos para aplicação em residência unifamiliar. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE SISTEMAS PREDIAIS, 10., 2007, São Carlos. Anais... São Carlos: SISPRED. 2007; 1-10.
[19]Fendrich R. Manual de Utilização de águas Pluviais (100 Maneiras Práticas). Curitiba. Chain Editora. 2ª Ed-ampliada. 2009; 190.
[20]Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 15527. Água de chuva - Aproveitamento de coberturas em áreas urbanas para fins não potáveis – Requisitos. Rio de Janeiro. 2007; 8.
[21]Vaccari AKP. Aproveitamento da Água da Chuva Para Fins Não Potáveis na Cidade de Vitória (ES). Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005. [online]. Disponível em: <http://www.ct.ufes.br/ppgea/files/VERS%C3%83O%20final%20%20Karla%20Ponzo.PRN_.pdf>. Acessado em: 20/09/2015.
[22]Sempre sustentável. Aproveitamento de água de chuva de baixo custo para residências urbanas. [online]. Disponivel em: <http://www.sempresustentavel.com.br/hidrica/aguadechuva/agua-de-chuva.htm>. Acesso em 20/08/2015.
[23]Friburgo Filtros. Aproveitamento de Água de Chuva. [online]. Disponivel em: <http://www.friburgofiltros.com.br/coleta_agua_chuva.html> Acesso em 19/08/2015.
[24]Sinal SEG. Sinalização e Comunicação Visual de Segurança. [online]. Disponível em: http://www.sinalseg.com.br/prod_det.php?idprod=142. Acesso em 25/08/2015.
[25]Instituto Trata Btasil – Perdas de água: entraves ao avanço do saneamento básico e riscos de agravamento à escassez hídrica no Brasil. [online] Disponível em: <http://www.tratabrasil.org.br/perdas-de-agua>Acesso em: 05/05/2015.
[26]Giacchini M, Filho AG. de Andrade Utilização da água de chuva nas edificações industriais, II Encontro de Engenharia e Tecnologia dos Campos Gerais 8p, 2008.
[27]Minikowski M, Maia A. Gonçalves. Sistemas de aproveitamento de água de chuva no município de Irati (Pr) Revista Acadêmica de Ciências Agrárias. Ambiental. Curitiba. 2009; 7(2):181-8.

ABORDAGEM SOBRE ACIDENTE COM PERFUROCORTANTES EM TRABALHADORES DA SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA

APPROACH ON ACCIDENT SHARPS HEALTH WORKERS: LITERATURE REVIEW

LILIANE GLEICE MATOS **PERES**[1], ROSANA AMORA **ASCARI**[2*], KATRINI DOS SANTOS **CONTERATTO**[3]

1. Aluna de Curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho do Centro Sul Brasileiro de Pesquisa Extensão e Pós-Graduação. **2.** Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela UFRGS. Mestre em Saúde Coletiva. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina. Docente Colaboradora do Centro Sul Brasileiro de Pesquisa Extensão e Pós-Graduação. **3.** Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina.

* Rua Quatorze de Agosto, 807 E, Apto 301, Presidente Médice, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 898001-251. rosana.ascari@hotmail.com

Recebido em 02/07/2015. **Aceito** para publicação em 12/09/2015

RESUMO

Este estudo teve por objetivo identificar através de uma revisão de literatura, as principais causas de acidentes com perfurocortantes entre os profissionais da equipe de enfermagem. Trata-se de uma revisão de literatura entre os anos 2000 a 2010 na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores “Enfermagem” e “Acidentes com perfurocortantes”. Os oito artigos selecionados possibilitaram identificar quatro categorias: Condições de trabalho; Comportamento do trabalhador; Categoria profissional e Sentimentos vivenciados pelo trabalhador acidentado. Faz-se necessário apoiar a estratégia nacional para redução dos acidentes de trabalho, no sentido de propiciar a capacitação e aperfeiçoamento profissional dos trabalhadores na prevenção dos acidentes e na defesa do direito à vida no ambiente laboral.

PALAVRAS-CHAVE: Biossegurança, acidentes com perfurocortantes, risco ocupacional, enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to identify through a literature review, the main causes of sharps injuries among nursing team professionals. This is a review of literature between the years 2000-2010 in the Virtual Health Library with the keywords "Nursing" and "Accidents with sharp". The eight selected articles enabled us to identify four categories: working conditions; Worker behavior; Professional category and feelings experienced by the injured worker. It is necessary to support the national strategy for reduction of occupational accidents, in order to provide training and professional development of workers in accident prevention and defending the right to life in the work environment.

KEYWORDS Biosecurity, sharps injuries, occupational hazard, nursing.

1. INTRODUÇÃO

O acidente de trabalho é caracterizado quando ocorre o contato brusco entre pessoa e objeto, gerando danos à saúde, tais como lesão ou morte. Por ser de caráter repentino o acidente se difere da doença ocupacional que ocorre a longo prazo[1].

No Brasil, os agravos à saúde do trabalhador têm desafiado as políticas públicas e a atuação do Estado, demandando estratégias de modo a redimir os danos aos trabalhadores, ao orçamento da Seguridade Social e à economia nacional. Nota-se que nos últimos anos há um significativo crescimento da população assegurada pelo Seguro de Acidente de Trabalho - SAT no país, que em 2011 chegou a 38.472.287. Porém, a estatística não expressa toda a população economicamente ativa do Brasil, uma vez que exclui os trabalhadores não regidos pela CLT - Consolidação das Leis do Trabalho[2].

Apesar da subnotificação dos acidentes e doenças do trabalho, as estatísticas nacionais revelam como são insuficientes as medidas de prevenção de segurança e saúde do trabalhador, pois evidenciou que no período de 1988 a 2013 ocorreram 14.566.870 acidentes e doenças do trabalho[2].

Os profissionais da enfermagem estão expostos a muitos riscos dentre eles destacamos os riscos químicos, físicos, mecânicos, psicossociais e biológicos, sendo que o último é um dos mais relevantes, já que a equipe de enfermagem é uma das principais categorias ocupacionais sujeita à exposição por este tipo de material, isso se da pela realização de procedimentos que envolvem utilização de agulhas, escalpes, lancetas e outros[1].

Os profissionais de saúde estão expostos à ocorrência de acidentes ocupacionais, entre eles destacam-se os acidentes causados por perfurocortantes. Entretanto a equipe de enfermagem por estar diretamente ligada aos cuidados prestados ao paciente fica mais expostos a contrair algum tipo de doença pelo contato direto que tem com sangue e outros fluidos corpóreos[3]. Um dos

principais fatores que levam ao acidente dessa natureza destaca-se a agulha por ser manuseada constantemente pelos profissionais da enfermagem[4]. É importante destacar que o risco aumenta quando se trata dos serviços de emergência, uma vez que o fluxo de atendimento aos pacientes é grande e o profissional não dispõe de tempo adequado para efetuar os cuidados, o que o torna mais suscetível ao acidente com perfurocortantes[5].

Pesquisa realizada com 35 trabalhadores de enfermagem evidenciou que 65,7% dos profissionais já sofreram acidente com perfurocortante[6]. Em outro estudo, 49% dos enfermeiros sofreram acidentes de trabalho, destes 84% foram com perfurantes e cortantes, tendo como fator colaborativo à ocorrência destes acidentes o hábito de reencapar agulhas[7]. Além desse achado, 79% dos acidentes não foram notificados e 10% desses profissionais tinham o cartão de vacinação incompleto[7].

É necessário que se adote os métodos corretos de biossegurança no ambiente de trabalho e que as informações relacionadas à segurança e proteção individual sejam passadas de maneira clara e objetivas aos profissionais para que dessa forma tente-se eliminar ou pelo menos minimizar a ocorrência desse tipo de acidente.

Convém destacar que a Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho e emprego – NR 32 destaca, entre outras coisas, que cabe aos trabalhadores que utilizarem objetos perfurocortante, devem responsabilizar-se por seu descarte; e que é vedado o reencape de agulhas[8].

O interesse pelo objeto deste estudo provém das inquietações em torno dos riscos ocupacionais a que os profissionais da saúde, em particular a equipe de enfermagem, estão sujeitos durante a realização de suas atividades laborais, destacando-se os acidentes com perfurocortantes, uma vez que os acidentes de trabalhos assim como as doenças ocupacionais são considerado problema de saúde pública em todo mundo. O objetivo deste estudo foi identificar através de uma revisão integrativa as principais causas de acidentes com perfurocortantes entre os profissionais da equipe de enfermagem.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O estudo se trata de uma revisão de literatura, elaborada a partir de material já existente, principalmente artigos científicos. Esse estudo foi realizado a partir de pesquisas através dos bancos de dados disponíveis eletronicamente na BVS - Biblioteca Virtual em Saúde.

O período de estudo compreendeu os meses de maio a junho de 2012. Para seleção dos artigos utilizou-se como critérios de inclusão: relevância do estudo, ano de publicação dos artigos (2000 a 2010) segundo a produção literária nacional, artigos disponíveis em língua portuguesa e texto completo. Como critérios de exclusão inutilizaram-se os artigos que não contemplavam aos itens expostos acima. Como descritores utilizou-se: Enfermagem. Acidentes com perfurocortantes.

Primeiramente os artigos foram selecionados através da leitura de seus resumos seguido pela leitura de seus textos para verificação de informações para a pesquisa; leitura exploratória onde observou-se as fontes de dados; leitura seletiva que selecionava os materiais de maior relevância para o estudo e leitura interpretativa que analisava os textos pertinentes que se encaixavam para responder ao objetivo deste estudo. Durante a busca identificou-se 15 obras, desta foram incluídas oito nesta revisão por se encaixarem com a temática proposta.

Os pesquisadores realizaram leitura dos artigos selecionados na íntegra e a transcrição dos dados coletados para o "Formulário para registro das informações extraídas e análise dos artigos", o qual contempla dados de identificação/publicação; características metodológicas e resultados.

A análise dos dados extraídos da leitura completa dos artigos e transcritos para o formulário específico deu-se pela técnica de análise de conteúdo para identificar as causas de acidentes com perfurocortantes entre os profissionais da equipe de enfermagem. Todas as autorias dos trabalhos foram citadas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar os artigos selecionados percebeu-se que muitas são as causas apontadas que contribuem ou favorecem para a ocorrência dos acidentes com perfurocortantes entre os trabalhadores de enfermagem, as quais foram categorizadas em fatores relacionados às condições de trabalho e fatores relacionados ao comportamento dos trabalhadores. Outras duas categorias emergiram da análise dos artigos, são elas: Categoria profissional e Sentimentos vivenciados pelo trabalhador acidentado. Apresentamos a seguir as referidas categorias.

Condições de trabalho

As condições de trabalho identificadas nos estudos analisados estão diretamente ligadas a instituição/organização do trabalho ou inerente a atividade laboral desenvolvida, sendo identificado entre os principais fatores, comportamento agressivo de pacientes, falta de programa de capacitação profissional, sobrecarga de trabalho, falta de funcionários, falta de recipiente adequado para descarte de material perfurocortante, disposição inadequada dos mesmos na unidade, falta ou inadequação dos materiais e equipamentos de segurança, instalações precárias improvisadas ou adaptadas, presença de agulha ou material cortante em local impróprio, correria/agitação do serviço e descarte inadequado do material[5, 9-12].

Apesar desta gama de fatores, alguns merecem destaque, entre eles está a sobrecarga de trabalho que aparece em toda literatura analisada. Estudo sinaliza que devido a esta sobrecarga o profissional necessita realizar um grande número de tarefas em um curto espaço de

tempo e isto, associado a outros fatores, pode acarretar diminuição da capacidade de concentração do mesmo[5]. Outro fator relevante é o descarte inadequado de material, que é uma das principais causas para o acidente com perfurocortante[11].

Comportamento do trabalhador

Entre os fatores relacionados ao comportamento do trabalhador, pode-se mencionar o reencape de agulhas, o não cumprimento e/ou não adesão as normas de segurança e das precauções padrão, pouca habilidade técnica, falta de esclarecimento sobre biossegurança, pessoal sem treinamento, desmotivado, atuação de funcionários temporários, falta de atenção, descuido, tensão, estresse, cansaço/fadiga, sonolência, desconhecimento dos riscos de infecção, longo tempo de serviços, pouca habilidade técnica, aspecto cultural de cada trabalhador, agilidade na execução das atividades rotineiras, situações de urgência, além da dupla jornada de trabalho[4-5, 9-12].

O longo tempo de serviço, a aquisição de experiência e a habilidade técnica podem ser fatores individuais importantes para a ocorrência destes acidentes, já que os profissionais se sentem capazes de realizar técnicas sem o uso de EPI – equipamento de proteção individual e sentem-se invulneráveis[12].

Tanto a organização do trabalho quanto o comportamento do trabalhador pode contribuir significativamente para a ocorrência de acidentes de trabalho. Contudo, muitos dos fatores identificados podem ser minimizados através da educação continuada em serviço. Salienta-se que o profissional tem o dever de proteger o paciente e a si mesmo, acima de tudo, sendo inclusive de sua responsabilidade a exigência de boas condições de trabalho.

Esses resultados alertam para o alto risco de acidente de trabalho com material perfurocortante em trabalhadores da enfermagem. No entanto, mediante o conhecimento e o cumprimento das normas de biossegurança, acrescido do cuidado com ele próprio no desempenho de suas ações, o risco do trabalhador de enfermagem se acidentar pode se tornar baixo ou inexistente[9].

Categoria profissional

Diversos estudos apontam que os técnicos e auxiliares de enfermagem são a categoria profissional mais atingida por acidentes de trabalho com perfurocortantes[1, 4,10-13]. Essa evidência, provavelmente deve-se ao fato de serem estes profissionais que mantêm contato direto e contínuo com os pacientes institucionalizados, realizando curativos, medicamentos e outros procedimentos assistenciais, ficando o enfermeiro, muitas vezes comprometido com as atividades administrativas[1, 3-4, 10-12]. Outro aspecto que pode influenciar nos achados quanto a categoria profissional mais acometida por acidentes de trabalho com perfurocortante é o número maior de auxiliares e técnicos compondo a equipe de enfermagem em comparação com o número de enfermeiros.

A Resolução COFEN n. 0458/2014 define as atribuições do enfermeiro responsável técnico, sendo este o responsável pelo planejamento, organização, direção, coordenação, execução e análise dos serviços de enfermagem[13]. A ocorrência de acidentes não está relacionada apenas ao nível de formação, mas também ao treinamento e capacitação[10]. Neste sentido, o Art. 5º da Resolução COFEN n. 0458/2014 destaca que o Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem, participam da execução do Processo de Enfermagem, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro[13].

Em relação ao principal objeto causador de acidentes perfurantes e cortantes, a agulha oca é citada por vários autores[1,3,5,10-11]. Provavelmente pelo fato do intenso manuseio pelos profissionais durante a preparação e administração dos medicamentos injetáveis.

Sentimentos vivenciados pelo trabalhador acidentado

Diante da ocorrência de um acidente com perfurocortante vários são os sentimentos vivenciados pelos profissionais. Essas repercussões psicossociais e o impacto emocional levam a mudança nas relações sociais, familiares e de trabalho[12].

Emerge o sentimento de citam o surgimento de medo, desespero, apreensão, preocupação, angústia, culpa e constrangimento diante do paciente[11], sensação de frustração frente à possibilidade de ter contraído uma doença e receio de ser menosprezado pelos colega[12]. Além de todos esses sentimentos negativos, a tranquilidade, sentimento totalmente contrário aos previamente expostos foi citado em um estudo[10].

Em relação ao medo de contrair uma doença, este é maior em relação a possibilidade de adquirir infecção pelo HIV, apesar do risco de contaminação pelo vírus da hepatite ser bem maior, mostrando assim a discriminação que existe ainda em relação a pacientes soropositivos para HIV[11].

Outro ponto de destaque nos estudos analisados é o grande número de acidentes que ocorrem e não são notificados, às vezes por falta de interesse ou conhecimento do profissional acidentado, ou por razões institucionais. Essa subnotificação prejudica os indicadores de acidentes e consequentemente, impedem que sejam pensadas e implantadas medidas para evitar os mesmos.

Os trabalhadores da saúde por muito tempo não foram considerados como profissionais que pudessem ter altos riscos para acidentes de trabalho. Isso começou a mudar a partir dos anos 80 com a epidemia da HIV/AIDS onde se lançou outro olhar para a categoria e institui-se normas para a segurança no ambiente de trabalho[1].

Devido ao aumento de acidentes de trabalhados com profissionais da saúde e visando implementação de medidas de segurança e saúde ocupacional, o Ministério de

Trabalho e Emprego (MTE) instituiu a norma regulamentadora N° 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde) que definem medidas de proteção como uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e segurança aos trabalhadores da saúde[9].

É necessário mais que o fornecimento de EPIs para se evitar os acidentes com perfurocortantes, é preciso que haja uma adesão do trabalhador quanto ao uso correto do EPI, adesão a medidas de biossegurança e precaução padrão.

4. CONCLUSÃO

O estudo possibilitou identificar as principais causas dos acidentes com perfurocortantes em trabalhadores da enfermagem, com destaque para os fatores relacionados às condições de trabalho e ao comportamento do trabalhador, que contribuem significativamente para o desenvolvimento dos acidentes de trabalho, sobretudo, pelo reencape de agulhas.

Ênfase deve ser dada aos auxiliares e técnicos de enfermagem por serem os profissionais mais acometidos pelo AT com perfurocortante, situação que desperta muitos sentimentos negativos frente a possibilidade de contrair doenças.

Frente às adversidades vivenciadas na atividade laboral, os profissionais de enfermagem se descuidam da biossegurança, colocando em risco a própria saúde e aumentando as estatísticas nacionais de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, que além do custo para a vida e para a saúde dos trabalhadores, geram custos financeiros para as famílias, empresas e para o Estado.

Faz-se necessário apoiar a estratégia nacional para redução dos acidentes de trabalho, principalmente ao que tange aos acidentes com perfurocortantes no sentido de propiciar a capacitação e aperfeiçoamento profissional dos trabalhadores na prevenção dos acidentes e na defesa do direito à vida no ambiente laboral.

REFERÊNCIAS

[1] Nishide VM, Benatti MCC, Alexandre NMC. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2004: 12(2):204-11. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a09.pdf

[2] Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Estratégia Nacional para Redução dos Acidentes do Trabalho 2015-2016. Brasília, 2015. Disponível em: http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080814D5270F0014D71FF7438278E/Estrat%C3%A9gia%20Nacional%20de%20Redu%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Acidentes%20do%20Trabalho%202015-2016.pdf

[3] Moura JP, Gir E, Canini SRM. Acidentes ocupacionais com material perfurocortante em um Hospital Regional de Minas Gerais, Brasil. Ciência y Enfermaria XII. 2006; (1):29-37. Disponível em: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n1/art04.pdf

[4] Marziale MHP, Rodrigues CM. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2002; 10(4):571-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13370.pdf

[5] Simão SAF, *et al.* Acidentes de trabalho com material perfurocortante envolvendo profissionais de enfermagem de Unidade de Emergência Hospitalar. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 jul/set; 18(3):400-4. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a11.pdf

[6] Lima IAS, Oliveira GG, Rodrigues ARG, Sousa MNA. Acidentes ocupacionais com pérfurocortantes: estudo com profissionais de enfermagem. Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras. 2015; 2(1):26-43. Disponível em: http://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_3/Trabalho_03.pdf

[7] Silva N, José P, Alexandre SMB, Sousa MNA. Acidentes de trabalho e subnotificações: estudo com enfermeiros atuantes na atenção terciária. Revista Ciência e Desenvolvimento. 2014; 7(2):219-31. Disponível em: http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/327/207

[8] Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 939, de 18 de novembro de 2008. Publica o cronograma previsto no item 32.2.4.16 da Norma Regulamentadora n.º 32 (NR 32) [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2008. Disponível em: http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A31F92E65013224E36698767F/p_20110830_1748%20.pdf

[9] Alves SSM, Passos JP, Tocantins FR. Acidentes com perfurocortantes em trabalhadores de Enfermagem: uma questão de biossegurança. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, jul/set 2009; 17(3):373-7. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a13.pdf

[10] Pereira ACM, *et al.* Acidentes de trabalho com material perfurocortante em profissionais da equipe de enfermagem da rede hospitalar pública de Rio Branco – Acre – Brasil. Online Brazilian Journal of Nursing OBJN. 2004; 3(3). Disponível em: http://www.nepae.uff.br//siteantigo/objn303pereiraetal.htm

[11] Ribeiro ASR, *et al*. Caracterização de acidente com material perfurocortante e a percepção da equipe de enfermagem. Cogitare Enferm. 2009; 14(4):660-6. Disponível em: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/%20article/view/16379/10860

[12] Vieira M, Padilha MICS. O HIV e o trabalhador de enfermagem frente ao acidente com material perfurocortante. Rev Esc Enferm. USP. 2008; 42(4):804-10. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a25.pdf

[13] COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 358 / 2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. COFEN, 2009. Disponível em: http://webmail.coren-rs.com.br/docs/Legislacoes/legislacao_7a3914c30c09bb242f08c9f36a776fdd.pdf

INTOXICAÇÃO DOMICILIAR DE CÃES E GATOS

HOME POISONING OF DOGS AND CATS

JOHON LENNON DOS SANTOS **CONCEIÇÃO**[1], MARIANA APARECIDA LOPES **ORTIZ** [2*]

1. Acadêmico do Curso de Graduação em Farmácia da Faculdade Ingá – Uningá, Maringá, Paraná. **2.** Docente do Curso de Graduação em Farmácia da Faculdade Ingá – Uningá, Maringá, Paraná

* Rua São João, 250, Zona 07, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87030-200. lopes.a.mariana@gmail.com

Recebido em 07/07/2015. **Aceito** para publicação em 10/09/2015

RESUMO

O Brasil perde apenas para os Estados Unidos em relação ao número de animais domiciliados e com isso os casos de intoxicação tanto intencional como acidental vem aumentando consideravelmente. Dentre os principais agentes tóxicos estão os medicamentos ocupando o primeiro lugar e em seguida vêm os pesticidas, as plantas tóxicas e os alimentos de uso humano. Dentre os inseticidas que mais causam intoxicações estão os organofosforados e carbamatos, já os raticidas, que possuem a finalidade de extermínio de roedores, o único permitido no Brasil são os derivados cumarínicos anticoagulantes. As plantas ornamentais são de fácil acesso pelos animais e isso faz delas responsáveis por grande parte das intoxicações dos mesmos. O mau hábito de servir alimentos de uso humanos para seus animais podem resultar em intoxicações graves e sem falar da automedicação ou mau acondicionamento de medicamentos que sendo administrados ou ingeridos em uma concentração desconhecida pode ser fatal para seu bichinho. Dessa forma, o presente trabalho teve por objetivo fazer uma revisão bibliográfica acerca das principais causas de intoxicação doméstica de cães e gatos. Pelos dados observados, vê-se a necessidade de uma maior conscientização da população a respeito dos perigos de intoxicação domésticos.

PALAVRAS-CHAVE: Animais domésticos, envenenamento, medicamentos, pesticidas.

ABSTRACT

Brazil is the second country in number of pets, just behind the United States, which results in a considerable amount of cases of intentional and accidental intoxication. Among the main toxic agents, the medicines are in first place, followed by the pesticides, the toxic plants and human food. Considering insecticides, the two most common ones are the organophosphates and the carbamates, whereas the only raticides, which exterminate rodents, permitted in Brazil are those derived from coumarin anticoagulants. The ornamental plants are usually of easy access to the animals, which makes plants responsible for great part of intoxications of pets. Furthermore, the bad habit of serving human food to animals can result in severe intoxications, just like self-medication or bad storage conditions of medicine that can be lethal to pets when ingested in unknown concentrations. So, the present study aimed to make a literature review of the principal causes of domestic intoxication of dogs and cats. Based on the data, it is possible to observe the need to increase the population awareness concerning the dangers of intoxication in pets.

KEYWORDS: Domestic animals, medications, pesticides, poisoning.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente 60% dos domicílios brasileiros possuem, pelo menos, um animal de estimação, o que representa cerca de 32 milhões de cães e 16 milhões de gatos domiciliados. Estas cifras conferem ao Brasil o segundo lugar mundial em número absoluto de cães e gatos, atrás apenas dos Estados Unidos[1].

Os índices de acidentes com animais têm se mantido elevados, observando-se, no caso das intoxicações, um aumento da sua incidência. O número de atendimentos, em clínicas e hospitais veterinários, decorrentes de intoxicações vem aumentando anualmente. Os eventos toxicológicos podem ser acidentais ou intencionais, ocorrem principalmente no ambiente doméstico e envolvem diferentes agentes tóxicos, tais como agrotóxicos de uso agrícola, agrotóxicos de uso doméstico, raticidas, medicamentos, alimentos e plantas. A falta de informação, quanto ao uso adequado dessas substâncias no ambiente doméstico, é uma das principais causas de intoxicação. Substâncias, como medicamentos, são muitas vezes administradas ou utilizadas sem orientação ou acompanhamento de profissional qualificado[2].

Os medicamentos são a principal causa de intoxicação em seres humanos no Brasil, ocupando o primeiro lugar nas estatísticas do SINITOX - FIOCRUZ desde 1994. Nos animais segundo o SINITOX-FIOCRUZ e o CIT-RS, há uma casuística relativamente alta considerando que este tipo de intoxicação está em entre os primeiros lugares. Os medicamentos, em especial os anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), estão entre as principais causas de intoxicação em cães e gatos[3].

Dessa forma, este trabalho teve por objetivo verificar as principais causas de intoxicações domésticas de cães e gatos, através de uma revisão bibliográfica em livros e artigos científicos de bases de dados nacionais e internacionais.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo constitui-se em uma revisão de literatura através de artigos científicos encontrados em sites como PubMed, Scielo, NCBI e livros e periódicos presentes na Biblioteca da Faculdade Ingá, a fim de verificar a ocorrência e a problemática das intoxicações domésticas de cães e gatos.

3. DESENVOLVIMENTO

Existem muitos agentes tóxicos envolvidos em intoxicações de animais domésticos sendo os principais, pesticidas, plantas tóxicas, alimentos e medicamentos[2]. É de suma importância conhecer quais substâncias são prejudiciais para os animais e qual o mecanismo de ação dos mesmos para que desta maneira, os proprietários possam tomar cuidado quanto ao uso e armazenamento desses agente em suas residências e para que veterinários possam realizar o tratamento mais eficiente para as intoxicações.

Pesticidas

No sul do país, no ano de 2000, houve registro de 75 casos de envenenamento por agrotóxicos de uso agrícola e 56 casos por agrotóxicos de uso doméstico, em animais de estimação. Infelizmente, estes números não são a total realidade de todos os acidentes toxicológicos ocorridos, visto que a grande maioria dos casos não chega aos registros do SINITOX-FIOCRUZ[3].

Entre os pesticidas, os inseticidas e os raticidas estão entre os mais frequentemente ligados a intoxicações[2,3].

Os compostos organofosforados e carbamatos, usados como inseticidas, têm como mecanismo de ação a inibição da enzima acetilcolinesterase, levando ao acúmulo de acetilcolina nos sítios de transmissão colinérgica. A acetilcolina é o mediador químico necessário para a transmissão do impulso nervoso em todas as fibras pré-ganglionares do sistema nervoso autônomo, em todas as fibras parassimpáticas pós-ganglionares e em algumas fibras simpáticas pós-ganglionares. Além disso, a acetilcolina é o transmissor neuro-humoral do nervo motor do músculo estriado (placa mioneural) e de algumas sinapses interneuronais no sistema nervoso central[3]. Os sinais clínicos dependerão da dose, formulação e rota de exposição. Em situações de ingestão acentuada, eles tendem a aparecer em 10 minutos podendo o paciente evoluir a óbito em 30 minutos, enquanto que na exposição dérmica os sinais podem levar de 12 a 24 horas ou tempo superior para manifestações da toxicose[4].

Raticidas ou rodenticidas são substâncias químicas utilizadas para exterminar ratos e outros tipos de roedores. Os raticidas permitidos pela legislação brasileira são apenas os derivados cumarínicos anticoagulantes, sempre apresentados na forma de iscas nas apresentações granulada, pó, pellets ou blocos parafinados[5]. O sintoma principal é a convulsão violenta, que começa logo após alguns minutos da ingestão. Podem aparecer outros sintomas como câimbras musculares (em especial na região cervical e lombar), rigidez, contrações, sonolência, dores de cabeça e grande deficiência do oxigênio em tecidos do corpo[6].

Plantas Tóxicas

As plantas ornamentais são as principais envolvidas nos acidentes com animais de companhia pelo fato da maioria dos cães e gatos viverem domiciliados e eventualmente terem acesso à rua, parques ou áreas agrárias[7]. As plantas ornamentais com maior índice de intoxicação segundo a CIT/RS, no período de 2005 a 2009, são: mamona, lírio da paz, jibóia, espada de são Jorge e comigo ninguém pode[7].

Um dos compostos tóxicos presentes em plantas são os cristais de oxalato de cálcio. Os sintomas predominantes na intoxicação com plantas ornamentais contendo cristais de oxalato de cálcio são digestivos como: náuseas, vômitos, diarreia, estomatite, gastroenterite, salivação, ptialismo; nefrotóxicos como: anúria, uremia, distúrbios hidroeletrolíticos; além daqueles de caráter local como: irritação da mucosa oral, glossite, dor, dermatite, severas queimaduras com erupções bolhosas, edema e/ou obstrução completa da faringe; entre outros como: disfagia, dispneia, depressão, fraqueza muscular, e, no caso do lírio da paz, anorexia após 12 horas da ingestão[8,9].

Alimentos

A alimentação dos animais domésticos deve ser realizada de forma criteriosa e cuidadosa, com rações de qualidade e evitar os restos de alimentos, pois os mesmos podem ser veículo para as toxinas ou de substâncias de difícil eliminação pelos animais[10].

Existem alguns alimentos consumidos pelos seres humanos e até mesmo por outras espécies de animais que podem representar riscos para cães e gatos devido a diferente metabolização[6].

Os alimentos tóxicos mais comuns para os gatos são cebola, alho e chocolate. No caso dos cães, os produtos mais comuns que causam toxicoses são chocolate, doce que contém xilitol, cebola, alho e leite[10].

A teobromina é o componente tóxico mais importante do chocolate e provoca grande estimulação cerebral e intenso aumento no trabalho muscular cardíaco, ocasionando arritmias cardíacas importantes nos cães[11]. O xilitol é um metabólito intermediário do ciclo do ácido glucurônico que estimula a síntese e secreção da insulina, o que resulta nos cães em hiperinsulinemia[12]. A cebola contém os componentes tóxicos que podem danificar as células vermelhas do sangue e provocar anemia hemolítica em mamíferos[13]. Com relação ao leite, alguns estudos mostram que apenas filhotes produzem lactase, en-

zima degradadora da lactose.

Medicamentos

A intoxicação por medicamentos é a segunda mais comum entre os animais domésticos no Brasil, segundo o SINITOX/FIOCRUZ[3]. Um trabalho realizado em Curitiba nos anos de 2004 e 2005 também mostrou os medicamentos como segunda maior fonte de intoxicação para os cães e a primeira para os gatos[6]. Nos EUA, os medicamentos de uso humano são responsáveis por 30% das intoxicações de animais domésticos[15]. Já em um trabalho realizado pela Universidade Federal Fluminense entre 2002 e 2008, os medicamentos foram a principal causa de intoxicação de cães e gatos[2].

A intoxicação por medicação está ligada é a cultura da automedicação familiar, isso faz com que as pessoas empreguem o mesmo comportamento com seus animais de estimação, ou seja, se o animal está apresentando algum sintoma parecido com o que o ser humano apresenta o proprietário medica com o que ele costumeiramente se medica[16].

Fármacos comumente utilizados por pessoas, mesmo em crianças, podem causar danos irreversíveis à saúde dos animais devido às diferenças metabólicas. Medicamentos como diclofenaco, paracetamol e outros anti-inflamatórios são os que mais comumente são administrados erroneamente por proprietários na tentativa de ajudar e que acabam piorando a situação do animal[17].

O fármaco diclofenaco está aprovado apenas para uso humano, sendo sua administração contraindicada para cães e gatos. O diclofenaco tem a capacidade de induzir formação de lesões na mucosa gástrica rapidamente, podendo levar a formação de ulceras agudas e perfuração estomacal. Após a ingestão da medicação o animal apresenta vômitos com sangue vivo ou com sangue escuro, diarréia escura, anorexia, prostração[17].

Paracetamol é o analgésico / antipirético mais utilizado em medicina humana e é frequentemente envolvido no envenenamento de cães e gatos[14]. Em cães, o órgão alvo pela toxicidade do paracetamol é o fígado. Os sinais clínicos são comumente observados em doses > 100 mg / kg, e incluem náuseas, vômitos, anorexia, dor abdominal, taquipnéia, taquicardia, icterícia e morte[18,19,20].

Os AINES irão atuar por inibição competitiva da COX impedindo, por conseguinte, a formação das prostaglandinas e tromboxanos a partir do ácido araquidônico. Como resultado, haverá não apenas a diminuição do processo inflamatório, bem como alterações gastrointestinais, renais, e inibição da agregação plaquetária, de acordo com o anti-inflamatório envolvido, dose e tempo de uso[21].

4. CONCLUSÃO

As substâncias capazes de provocar intoxicações são de uso rotineiro de toda população, podendo ser de origem animal, vegetal, mineral ou sintética, sendo a toxicidade, via de exposição, dose ou tempo de exposição o que as torna perigosas. O armazenamento incorreto destas substâncias, também favorece os casos de intoxicação, além do uso inadequado ou intencional dos agentes tóxicos.

Diante dessas informações, é de fundamental importância à capacitação dos profissionais da área em relação às medidas de primeiros socorros e ao tratamento adequado para os diferentes casos de intoxicação. Entretanto, a prevenção ainda é a melhor maneira de reduzir a incidência de intoxicações em animais de companhia, sendo necessário o desenvolvimento de educação continuada para conscientização da população em relação à utilização adequada de produtos tóxicos. Por fim, há necessidade de programas educativos para que a população se conscientize dos riscos iminentes a que se expõe e para que se evite a perda desse animal que muitas vezes é considerado um membro da família.

REFERÊNCIAS

[01] Associação Nacional de Fabricantes de Alimentos para Animais de Estimação (Anfalpet). Mercado Pet Brasil. São Paulo: Anfalpet. 2011. [acessado em 2015 jul 1]. Disponível em: http://abinpet.org.br/

[02] Medeiros RJ, Monteiro FO, Silva GC, Nascimento Júnior A. Casos de intoxicações exógenas em cães e gatos atendidos na Faculdade de Veterinária da Universidade Federal Fluminense durante o período de 2002 a 2008. Ciência Rural, Santa Maria. 2009; 39(7):2105-10.

[03] Sinitox-Fiocruz. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox/ [acessado em jun/15]

[04] Larini L. Inseticidas. In: Larine L. Toxicologia, 2a ed. São Paulo; Editora Manole Ltda. 1993.

[05] Blodgett DJ. Organophosphate and Carbamate Insecticides. In: Peterson ME, Talcott PA. Small Animal Toxicology. 2.ed. Saint Louis: Saunders. 2006.

[06] Hansen D T K. Prevalência de intoxicações de cães e gatos em Curitiba. [dissertação] Curitiba: Universidade Federal do Paraná. 2006.

[07] Riboldi EO. Intoxicação em pequenos animais: uma revisão. [monografia] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2010.

[08] Górniak SL. Plantas tóxicas ornamentais. In: Spinosa HS, Górniak SL, Palermo-Neto J. Toxicologia Aplicada a Medicina Veterenária. São Paulo: Manole. 2008.

[09] Bruneton J. Toxic plants: dangerous to humans and animals. Paris: TEC DOC. 1999.

[10] Kovalkovicová N, Sutiaková I, Pistl J, Sutiak V. Some food toxic for pets. Interdisciplinary Toxicology. 2009; 2(3):169-76.

[11] Stidworthy MF, Bleakley JS, Cheeseman MT, Kelly DF. Chocolate poisoning in dogs. Vet Record. 1997; 141(1):28.

[12] Dunayer EK. Hypoglycemia following canine ingestion of xylitol-containing gum. Vet Human Toxic. 2004; 46(2):87-8.
[13] Desnoyers M. Anemias associated with Heinz bodies. In: Fedman BF, Zinkl JG, Jain NC. Schalm‘s Veterinary Hematology. 5. ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 2000.
[14] Gaschen FP, Merchant SR. Adverse food reactions in dogs and cats. Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice. 2011; 41(2):361-79.
[15] Cortinovis C, Pizzo F, Caloni F. Poisoning of dogs and cats by drugs intended for human use. The Vet J. 2015; 203:52-8.
[16] Souza LJEX, Rodrigues AKC, Barroso MGT. A família vivenciando o acidente doméstico – relato de uma experiência. Rev.latinoam.enfermagem 2000; 8(1):83-9.
[17] Xavier FG, Maruo VM, Spinosa HS. Toxicologia dos medicamentos. In: Spinosa HS, Górniak SL, Palermo-Neto J. Toxicologia Aplicada a Medicina Veterinária. São Paulo: Manole. 2008.
[18] Hjelle JJ, Grauer GF. Acetaminophen-induced toxicosis in dogs and cats. Journal of the American Veterinary Medical Association 1986; 188:742–6.
[19] Sellon RK. Acetaminophen. In: Petersen ME., Talcott PA. Small Animal Toxicology, Second Ed. Saunders, St. Louis, MO, USA, 2006.
[20] Dorigon O, Almeida ACVR, Costa FVA. Intoxicação por paracetamol em gatos. Rev Cienc Agrovet 2013; 12(1):88-93.
[21] McLean MK., Hansen SR. An overview of trends in animal poisoning cases in the United States: 2002–2010. Veterinary Clinics of North America Small Animal Practice 2012; 42:219–28.

REABSORÇÃO DENTÁRIA: REVISÃO DE LITERATURA

DENTAL RESORPTION: LITERATURE REVIEW

ELIANE LOPES **PORTO**[1], JOSÉ FELINTO **BARBOSA**[2*]

1. Acadêmica do Curso de Odontologia da Faculdade Ingá; **2.** Biólogo, Mestre pela Universidade Federal de Santa Catarina, Docente da Faculdade Ingá.

[*] Rodovia PR 317, Saída para Astorga, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87035-510. j_felinto@yahoo.com.br

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

RESUMO

As reabsorções dentárias são caracterizadas pela destruição dos tecidos dentários mineralizados devido a atividade das células de reabsorção. Alterações na polpa, no periápice e as doenças periodontais estão envolvidas nos processos de reabsorção, que pode transcorrer de forma assintomática. A reabsorção dentária externa resulta do desequilíbrio funcional entre osteoblastos e osteoclastos que estão envolvidos na remodelação normal das estruturas periodontais de suporte. A reabsorção radicular interna representa um processo patológico de ocorrência relativamente rara, na qual se observa reabsorção da face interna da cavidade pulpar.

PALAVRAS-CHAVE: Reabsorção dentária externa, reabsorção dentária interna.

ABSTRACT

The root resorption are characterized by the destruction of the mineralized dental tissues due to activity of resorption cells. Changes in the pulp in periapex and periodontal disease are involved in the resorption processes that can elapse asymptomatically. The external resorption resulting functional imbalance between osteoblasts and osteoclasts are involved in the normal remodeling of periodontal support structures. The inner root resorption is a relatively rare occurrence of pathological process in which it is observed resorption of the internal face of the pulp cavity.

KEYWORDS: External dental resorption; internal dental resorption

1. INTRODUÇÃO

As reabsorções e remodelações de tecidos duros no organismo como um todo são fenômenos que ocorrem fisiologicamente, como na manutenção dos níveis plasmáticos de Cálcio[1], e podem também serem observadas, de forma acentuada e ou patológica em várias situações clinicas odontológicas. As reabsorções dentárias representam o processo de reabsorção dos tecidos dentários mineralizados[2]. Isso ocorre devido à perda de estruturas dentárias responsáveis pela proteção e inserção dos dentes nos alvéolos. Normalmente parece se relacionar com a exposição da dentina, que pode desencadear um evento de reabsorção, devido a presença de antígenos sequestrados em sua matriz[3]. No lado da polpa dentária, a perda da continuidade da camada de odontoblastos pode expor a dentina e causar a denominada reabsorção dentária interna. Enquanto do lado do ligamento periodontal, a perda da camada de cemento e exposição da dentina pode desencadear a reabsorção dentária externa. Os mecanismos das reabsorções dentárias são conhecidos e suas causas bem definidas[4]. Clinicamente, são assintomáticas e, geralmente, consequências de alterações pulpares, periapicais e doenças periodontais. Dessa forma, o presente trabalho visa revisar os principais aspectos referentes ao processo da reabsorção dentária.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo se fundamentou na busca bibliográfica em base de dados eletrônicas, como o Google acadêmico, Scielo e Pubmed. As palavras chave utilizadas foram: reabsorção dentária interna e externa. Foram selecionados os artigos mais recentes e relevantes que tratavam de diferentes aspectos da reabsorção dentária interna e externa.

3. DESENVOLVIMENTO

Periodonto

O desenvolvimento dos tecidos periodontais de inserção ocorre durante o crescimento e a formação dos dentes. Esse processo começa no início da fase embrionária, quando as células da crista neural migram para o primeiro arco branquial. O desenvolvimento da raiz e dos tecidos periodontais segue-se ao da coroa. A dentina continua a se formar em direção apical, produzindo a estrutura da raiz. O cemento, assim como os outros tecidos periodontais, desenvolve-se durante a formação da

raiz[5,6].

O cemento é um tecido conjuntivo mineralizado que recobre a dentina radicular, tendo como principal função a inserção das fibras do ligamento periodontal na raiz. Normalmente não se observa remodelação, embora seja passível de reabsorção e neoformação, com uma intensidade muito menor que a do tecido ósseo, devido, principalmente ao fato dos cementoblastos não apresentarem receptores para os mediadores da remodelação óssea, mesmo estando muito próximos do osso[2]. O osso alveolar constitui, com o ligamento periodontal e o cemento, o sistema de ancoragem do dente no alvéolo. Em geral, a estrutura básica desse osso é semelhante ao tecido ósseo de outras regiões do organismo, entretanto, a presença de densas fibras colágenas orientadas perpendicularmente à superfície, denominadas fibras de Sharpey, lhe conferem um aspecto fasciculado. O ligamento periodontal é um tecido conjuntivo não mineralizado interposto entre os dois constituintes mineralizados do periodonto de inserção, isto é, o cemento e o osso alveolar, estabelecendo, dessa maneira, a relação entre o dente e seu respectivo alvéolo. Por essa razão, o "espaço" ocupado pelo ligamento é chamado de espaço periodontal[5,7,8].

O periodonto marginal ou de proteção divide-se clinicamente em gengiva marginal ou livre, gengiva inserida e gengiva papilar ou interdentária. A gengiva marginal ou gengiva livre constitui uma espécie de banda ou colar que rodeia o colo do dente no nível do limite amelocementário[5,6,7,8]. A gengiva apresenta complexas redes de capilares e vênulas na lâmina própria, especialmente na região subjacente ao epitélio juncional. Devido a essa extensa microvascularizaçao, se observa grande quantidade de exsudato durante processos inflamatórios ou traumas mecânicos[5].

Reabsorção externa

A reabsorção dentária externa é entendida como um processo multifatorial que resulta em desequilíbrio funcional entre osteoblastos e osteoclastos que estão envolvidos na remodelação normal das estruturas periodontais de suporte[9]. A perda de estrutura dental em consequência da atividade acentuada dessas células remodeladoras pode ser classificada de acordo com as características clínicas e histopatológicas em: reabsorção superficial externa, reabsorção radicular externa inflamatória e reabsorção por substituição[10]. Esse tipo de reabsorção já foi relacionado com vários fatores, como: traumatismo dentário, movimento ortodôntico, cirurgia ortognática, tratamento periodontal, clareamento de dentes sem vitalidade pulpar[11], além de dentes impactados, reimplante de dentes avulcionados e inflamação periodontal[12,13], porém a definição exata de sua patogênese ainda é estudada.

Microscopicamente as áreas de reabsorção externa revelam superfícies dentinárias irregulares e presença acentuada de células clásticas, além de infiltrado inflamatório, quando essa reabsorção é de natureza inflamatória[4]. A compreensão dos processos de reabsorção depende do conhecimento sobre a estrutura e composição tecidual e molecular da dentina. Esse tecido tem proteínas consideradas antígenos sequestrados e, quando exposta aos tecidos conjuntivos, tende a ser identificada como estranha pelas células de defesa e pode desencadear um processo de reabsorção[3]. A dentina fica recoberta pelo esmalte, pelo cemento e pela fileira de odontoblastos na região pulpar. Na superfície da região cervical dos dentes, o término do esmalte e o início do cemento criam uma linha reconhecida como junção amelocementária[5]. Na circunferência do colo de todos os dentes humanos, essa linha alterna três tipos de relação entre o esmalte e o cemento. Em algumas áreas da junção amelocementária, o cemento recobre o esmalte; em outras, o esmalte e o cemento se encontram topo a topo; mas em outras regiões, o esmalte e o cemento ficam distantes e promovem microexposições de dentina para o tecido conjuntivo gengival[6,7]. Considerar a importância da junção amelocementária é essencial para o cirurgião dentista, pois, pessoas mais idosas e com problemas periodontais podem apresentar essa junção exposta na cavidade bucal. A junção amelocementária é o ponto frágil da estrutura dentária e sua morfologia irregular permite que a comparemos com uma expressão popular: o "calcanhar de Aquiles" do dente[3].

A principal causa de perda de dentes no mundo é a doença periodontal que propriamente dita pode ser definida como uma condição patológica multifatorial complexa, na qual a microbiota assim como a resposta imunológica do hospedeiro contribuem para destruição do periodonto[14], existem várias formas de classificar as enfermidades que afetam o periodonto, a forma tradicional que é categorizado como gengivite que acomete apenas o periodonto de proteção e periodontite que compromete tanto este quanto o periodonto de sustentação, e ocorre quando o ligamento periodontal, o cemento e o osso alveolar são destruídos pelo processo imunoinflamatório desencadeado pelo acúmulo de biofilme dental[15], essa destruição pode afetar a mordida, e é possível que estes dentes tenham que ser extraídos pela falta de suporte ósseo, como a cavidade oral está exposta a grande número de bactérias, isso pode desencadear uma desregulação imunológica e assim podendo surgir mecanismos de reabsorção óssea, e durante a reabsorção células inflamatórias dissolvem a matriz mineralizada, fazem endocitose, transporte e liberação contínua dos componentes da matriz[16,17]. As células osteoblastos e cementoblastos são as mais importantes envolvidas na fase de reabsorção, estas células são responsáveis pela formação óssea e cementária, e os osteoclastos e cementoclastos são as células reabsortivas, as citocinas, fatores de crescimento e receptores também agem em conjunto neste

processo, com diferentes graus de importância na indução do processo de reabsorção tecidual[18].

Um dente com sinais de reabsorção radicular e com história de trauma prévio é um dente muito predisposto à reabsorção frente a um tratamento ortodôntico[9], existem diversas causas que podem desencadear a reabsorção dentária, entre elas o trauma, mas a causa mais comum é a de movimentação ortodôntica dos dentes durante o tratamento ortodôntico[19]. Portanto o trauma dental antes ou durante o tratamento ortodôntico, duração do tratamento e estágio de desenvolvimento da raiz no início do tratamento foram sugeridos como possíveis indicadores de risco. O evento traumático pode acarretar lesões nos tecidos periodontais e levar a morte de cementoblastos e a destruição de áreas de cemento, exposição da dentina e início da reabsorção dentária. Os eventos sequenciais incluem a inflamação no ligamento periodontal, que é essencial a reparação da lesão, sendo observado o fim da reabsorção somente quando os cementoblastos recobrirem novamente a superfície dentinária[4].

O ligamento periodontal está sempre exposto às forças oclusais, quando essa força excede a capacidade adaptativa dos tecidos, estes sofrem injúrias induzindo mudanças estruturais microscópicas dentro e ao redor do ligamento periodontal, e uma força mecânica excessiva se associa com a perda óssea alveolar em periodontite severa[20]. A reabsorção óssea pode ser consequência da evolução de um trauma oclusal que isolado induz reabsorção óssea reversível, mas não causa periodontite. A partir de uma inflamação induzida pelo biofilme, a carga oclusal excessiva é geralmente um dos maiores fatores etiológicos da destruição do tecido periodontal. Muitos estudos têm demonstrado o efeito da excessiva força oclusal no ligamento periodontal em relação a periodontite induzida pelo biofilme[21].

Algumas análises de reabsorção radicular externa em pacientes que usaram aparelho ortodôntico no pré-tratamento e após 1 ano de tratamento já foram efetuadas, um desses estudos avaliou radiograficamente 191 indivíduos que usaram aparelho ortodôntico, o qual 21.5% apresentaram reabsorção radicular, já os dentes com maior reabsorção foram os incisivos centrais inferiores comparados com incisivos centrais superiores, os caninos superiores que tem mais reabsorção que os caninos inferiores e os pré-molares não apresentaram reabsorção susceptíveis, já os primeiros pré molares superiores apresentaram maior reabsorção que os segundo pré molares superiores[22]. Já em um estudo com 62 indivíduos, no qual foi avaliado o índice de reabsorção radicular também em pacientes que faziam o uso de aparelho ortodôntico, relatou que o gênero a idade e o tempo do tratamento não foram significantes na reabsorção radicular externa, e os dentes com maior risco de reabsorção foram incisivos centrais superiores com 84,1%, seguido pelos incisivos laterais superiores com 83,2%, e por último os caninos inferiores com 18%[23]. Em uma avaliação mais recente sobre a reabsorção radicular externa de incisivos superiores, com analise de 40 pacientes, sendo 16 do gênero masculino e 24 femininos, houve reabsorções significativa em 74% dos casos dos incisivos centrais e 82% para os laterais[24].

Um estudo diferencial dos citados acima teve como ênfase tentar explicar através da hereditariedade e genes da interleucina 1α, inteleucina-1ß a reabsorção externa com o uso de aparelho ortodôntico, para realizar esta análise foram estudados um grupo de 118 membros de 35 famílias americanas, e teve como resultado uma alta evidência entre a reabsorção radicular externa associado ao polimorfismo interleucina-1ß, pois os autores do estudo a interleucina-1 ß tem associação direta com a reabsorção radicular externa contribuindo como uma predisposição a este problema[25].

Reabsorção interna

A polpa dentária é formada em sua maior parte por tecido conjuntivo frouxo e está presente na câmara pulpar coronal e nos canais radiculares. Apresenta em sua composição células típicas do tecido conjuntivo frouxo, como fibroblastos e macrófagos, além de uma extensa rede neural e vascular. Uma camada de células denominadas odontoblastos e responsáveis pela produção da dentina, mantem a polpa separada da dentina[26].

A reabsorção radicular interna representa um processo patológico de ocorrência relativamente rara, na qual se observa reabsorção da face interna da cavidade pulpar. Embora sua etiologia seja desconhecida, o traumatismo sempre é o principal fator causal[27]. No entanto, outros fatores, como pulpites, cárie e restaurações profundas também estão relacionados. A proteção da dentina, com relação aos leucócitos da polpa, depende da integridade da camada de odontoblastos e da pré-dentina. Nas pulpites crônicas observa-se descontinuidade da camada de odontoblastos e a dentina está exposta aos clastos. O “descolamento” da camada de odontoblastos também explica a reabsorção interna decorrente do traumatismo[4]. Entre os mecanismos que podem desencadear uma reabsorção interna está a morte dos odontoblastos e manutenção da vitalidade pulpar[28].

Esse tipo de reabsorção já foi constatado em pacientes de diversas idades, apresentando maior frequência naqueles entre quarenta e cinquenta anos. Durante o exame clínico a mesma pode ser observada quando estiver na porção coronária, pois, com a reabsorção da dentina, nota-se o tecido hiperplásico com uma mancha rósea no esmalte. A perfuração da coroa torna-se visível em torno de 10 meses do início do processo. Mediante exame clínico a cárie dental na região coronária é facilmente diagnosticada, porém, quando a reabsorção interna perfura a raiz, a diferenciação se torna mais criteriosa e comumente confunde o cirurgião com as áreas de reabsorção

externa. Exames radiográficos mostram áreas de reabsorção interna como regiões radiolúcida, simétrica, ovóide ou arredondada, bem circunscrita no interior do canal radicular[29]. As radiografias panorâmicas não são indicadas para o diagnóstico de reabsorções dentárias, pois nesse método são detectados somente grandes ou médias lesões[4].

4. CONCLUSÃO

O conhecimento sobre reabsorção dentária é de extrema importância para o cirurgião dentista, que deve estar consciente da problemática dessas reabsorções na integridade e funcionalidade das estruturas dentárias. Deve, também, ao atender possíveis traumas, não desconsiderar o acompanhamento do paciente, visto que as reabsorções podem ser assintomáticas.

REFERÊNCIAS

[1] Junqueira LC. Carneiro, J. Biologia celular e molecular 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2000; 227.

[2] Consolaro AO conceito de Reabsorções Dentárias ou As Reabsorções Dentárias não são multifatoriais, nem complexas, controvertidas ou polêmicas! Dental Press J Orthod 19. 2011; 16(4):19-24

[3] Consolaro A. Reabsorções dentárias: nas especialidades clínicas. Maringá: Dental Press International. 2002.

[4]Consolaro A. Reabsorções dentárias nas especialidades clínicas. Maringá: Dental Press. 2005.

[5] Katchburian E. & Arana V. Histologia e Embriologia Oral. Texto, Atlas, Correlações Clínicas. Editora Panamericana. SP. 2004; 2.

[6] Mjor & Fejerskov. Embriologia e Histologia Oral Humana. Editora Médica Panamericana. 1990.

[7] *Melfi* C**,** *Alley* KE. Embriologia e *Histologia* Oral de Permar. 10ª Ed. São Paulo: Santos. 2010.

[8] Ten Cate AR. Histologia Bucal. Desenvolvimento, Estrutura e Função. Editora Guanabara Koogan. RJ. 2001.

[9] Andreasen JO. External root resorption: its implication in dental traumatology, paedontics, periodontics, orthodontics and endodontics. Int Endod J. 1985; 18: 109-18.

[10] Rodd Hd, Naik S, Craig GT. External cervical resorption of a primary canine. Int J Paediate Dent. 2005.

[11] Heimisdottir K, Bosshardt D, Ruf S. Can the severity of root resorption be accurately judged by means of radiographs? A case report with histology. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2005.

[12] Itikawa G.N, Silva SMM, Imura N. Reabsorção radicular externa cervical. Revista gaúcha de odontologia. 2004; 52(4).

[13] Lamping R, Maekawa LE, Marcacci S, Nassri MRG. Reabsorção radicular externa inflamatória: descrição de caso clínico utilizando pasta de hidróxido de cálcio. RSBO. 2005; 2(1).

[14] Lindhe J. Tratado de peridontia e Implantodontia Oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1999.

[15] Cohen DW, Slavkin HC. Periodontal disease and systemic disease. In: Periodontal medicine. Hamilton: B. C Decker inc; 2000; 1-10.

[16] Phan TCA, Xu J, Zheng MH. Interaction between osteoblast and osteoclast: impact in bone disease. Histol Histophatol 2004; 19:1325-44.

[17] Yasuda H, Shima N, Nakagawa N, Yamagushi K, Kinosaki M, Moshizuki S, et al. Osteoclast differentiation factor is a ligand for osteoprotegerin / osteoclastogenesis- inhibitory factor and is identical to TRANCE/RANKL. Proc Natl Acad Sci USA. 1998; 95(7): 3597-602.

[18] Roskamp L, Vaz RS, Lima JHC. Fatores imunológicos envolvidos na reabsorção de tecido duro na doença periodontal. *Rev. bras. alerg. Imunopatol. 2006;* 29(6):250–5.

[19] Lee KS, Straja SR, Tuncay OC. Perceveid long-term prognosis of teeth with orthodontically resorbed roots. Orthod Craniofacial Res. 2002; 6(3):177-91.

[20] Jin LJ, Cao CF. Clinical diagnosis of trauma from occlusion and its relation with severity of periodontitis. J Clin Periodontol. 1992; 19: 92- 97.

[21] McCulloch CA, Lekic P, McKee MD. Role of physical forces in regulating the form and function of the periodontal ligament. Periodontol. 2000; 24:56-72.

[22] Hemley S. The incidence of root resorption of vital permanent teeth. J Dent Res. 1941; 20:133-41.

[23] Phillips JR. Apical root resorption under orthodontic therapy. Angle Orthodontist, Appleton. 1955; 25(1):1-22.

[24] Mohandesan H, *et al.* A radiographic analysis of external apical root resorption of maxillary incisors during active orthodontic treatment. Eur J Orthod. 2007; 29(2):134-9.

[25] Al-Qawasmi R. *et al.* Genetic predisposition external apical root resorption. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2003; 123(3):242-52.

[26] Couve E, Osorio R, Schmachtenberg O: The amazing odontoblast: activity, autophagy, and aging. J Dent Res. 2013; 92:765-72.

[27] Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE, Moleri AB. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005; 705.

[28] Consolaro A. The four mechanisms of dental resorption initiation. Dental Press J Orthod [Internet]. 2013; 18 (3):7–9. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24094007.

[29] Prata MIA, Villa N, Rodrigues HA, Cardoso RJA. Avaliação da Reabsorção Radicular Apical Externa e Interna, em Dentes com Lesões Periapicais. JBE, Curitiba. 2002; 3(10):222-28.

Vol.24,n.2,pp.67-71 (Out - Dez 2015) **Revista UNINGÁ Review**

TUMOR ODONTOGÊNICO QUERATOCÍSTICO: REVISÃO DE LITERATURA

KERATOCYSTIC ODONTOGENIC TUMOR: LITERATURE REVIEW

HIAM SAMYRA HIJAZI **NOGUEIRA**[1*], JULYANO VIEIRA DA **COSTA**[2], CLEYTTON WHASNEY DOMINGOS **NERIS**[1], THAMARA HIJAZI **NOGUEIRA**[3], CLEVERSON KESLLEY DOMINGOS **NERIS**[1]

1. Acadêmica (o) do curso de graduação em Odontologia – Faculdade Ingá; **2**. Professor da Disciplina de Imaginologia e Ortodontia da Faculdade Ingá, Mestre em Odontologia Integrada – UEM, Especialista em Radiologia Odontológica e Imaginologia – Faculdade Ingá, Cirurgião-Dentista graduado pela UEM; **3**. Cirurgiã-Dentista graduada pela Faculdade Ingá.

* Rua Visconde de Nassau 611, Ap. 25, Zona 7, Maringá, Paraná, Brasil, CEP 87020-030 hian_samyra@hotmail.com

Recebido em 03/07/2015. **Aceito** para publicação em 10/10/2015

RESUMO

O tumor odontogênico queratocístico (TOQ) possui características compatíveis com as neoplasias, como alto índice de recidiva e mecanismo de crescimento lento. Embora sua etiologia ainda seja desconhecida, acredita-se que sua origem esteja relacionada com remanescentes da lâmina dentária. Esta lesão apresenta natureza benigna, evolução lenta, assintomática e alta prevalência entre os tumores odontogênicos. Acomete principalmente o sexo masculino entre a segunda e terceira década de vida, com predileção da região posterior da mandíbula. Radiograficamente, apresenta-se na forma de lesão unilocular, podendo, aparecer na forma multilocular. Histologicamente, esta lesão é revestida por epitélio do tipo estratificado paraqueratinizado com células basais hipercromáticas. As formas de tratamento variam de intervenções conservadoras às mais radicais. Neste trabalho, buscou-se destacar as principais características clínicas, radiográficas e histopatológicas a fim de proporcionar maiores conhecimentos técnico-científicos que possam contribuir para a realização de seu tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Tumor Odontogênico, neoplasia, recidiva.

ABSTRACT

The keratocystic dental tumors (TOQ) has characteristics compatible with neoplasms such as high rate of recurrence and slow growth mechanism. Although its etiology remains unknown, it is believed that its origin is related to the remaining tooth blade. This injury has benign, slowly progressive, asymptomatic and high prevalence among odontogenic tumors. Mainly affects males between the second and third decade of life, with a predilection of the posterior mandible. Radiographically, it is presented in the form of unilocular injury, and may appear in the form multilocular. Histologically, this lesion is lined by epithelial type stratified parakeratinized with hyperchromatic basal cells. Treatment options range from conservative to the most radical interventions. In this work, we sought to highlight the main clinical, radiological and histopathological features in order to provide greater technical and scientific knowledge that could contribute to the realization of their treatment.

KEYWORDS: Odontogenic tumors, neoplasm, recurrence.

1. INTRODUÇÃO

O tumor odontogênico queratocístico (TOQ) é uma lesão que afeta os maxilares sendo mais frequentes entre a segunda e terceira década de vida, podendo atingir grandes dimensões. Esta lesão pode se evoluir de forma assintomática, sendo descoberta em radiografias de rotinas. Possui características de lesões benignas, com alta prevalência na região posterior da mandíbula, podendo estar ou não associado a um dente incluso[1].

Radiograficamente, o TOQ apresenta-se como uma lesão radiolúcida uni ou multilocular bem delimitada. Quando associado a dentes inclusos, pode ocorrer mobilidade ou descolamento dental, divergência ou reabsorção radicular, expansão da cortical e extrusão dental[2].

Para se obter um diagnóstico mais preciso, não é possível basear-se apenas nas características clínicas e radiográficas, fazendo-se necessário a realização de um exame histopatológico[3].

O diagnóstico diferencial pode ser baseado em sua localização, sendo associado ou não à coroa de um não-irrompido. Quando a lesão encontra-se intimamente ligada à coroa de um dente não-irrompido, o diagnóstico diferencial pode sugerir: cisto dentígero, ameloblastoma, cisto odontogênicocalcificante, tumor odontogênico-adenomatóide e fibroma ameloblástico. Quando não possui contato direto, o diagnóstico diferencial poderá ser: cisto ósseo traumático, granuloma central de células gigantes, cisto periodontal lateral, cistos fissurais e lesões não odontogênicas, como más formações vasculares intra-ósseas, tumores ósseos benignos e plasmocitomas[3].

De acordo com Oliveira *et al*. (2013), devido a alta taxa de recidivas, ainda não existe consensual forma de tratamento para esta lesão, sendo classificada apenas em conservador ou agressivo[1].

O presente trabalho tem por objetivo, extrair da literatura as principais informações pertinentes a este tumor, bem como: histórico, definição, características clínicas, radiográficas e histopatológicas, opções de tratamento e prognóstico.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Para realização desta revisão de literatura foram encontrados 35 artigos científicos da área de interesse, sendo selecionados 16, somente nas línguas portuguesa e inglesa,publicados entre os anos de 1983 e 2014. Como fontes para o tombamento destes materiais, foram utilizadas as bases de dadosScientificElectronic LibraryOnline (SciELO), MEDLINE e Google Acadêmico.

3. DESENVOLVIMENTO

Durante muito tempo o TOQ foi considerado um cisto odontogênico de desenvolvimento de comportamento clínico e aspectos histopatológicos específicos[4].

Em 1956, Philipsen empregava o termo QueratocistoOdontogênico para definir qualquer cisto dos maxilares que representasse formação de queratina representativa. Entretanto, em 1962, Philipsen, Pindborg e Henriksen juntamente estabeleceram critérios histopatológicos e características de comportamento clínico exclusivos desta lesão em particular, diferenciando-a dos demais cistos odontogênicos, uma vez que os outros também apresentavam queratinização de seus limites epiteliais[5].

A partir de 1992, a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou esta lesão como um cisto de desenvolvimento originado a partir de remanescente da lâmina dental, sendo chamado de queratocistoodontogênico e, somente, em 2005 com a nova reformulação da classificação de lesões que, então, a OMS atualizou o nome de queratocistoodontogênico para tumor odontogênico queratocisto[3].

Atualmente esta lesão representa um tipo específico de tumor odontogênico, não-inflamatório, com características peculiares, mostrando agressividade local, alto potencial de recidivas, podendo atingir grandes tamanhos sem apresentar nenhuma sintomatologia[5].

Segundo a OMS (2005), são considerados como tumores odontogênicos epiteliais as seguintes lesões[6]:

Benignas:

1. Tumor odontogênicoadenomatóide;
2. Tumor odontogênicoqueratocístico;
3. Tumor odontogênico epitelial calcificante;
4. Ameloblastoma e suas variantes; e
5. Tumor odontogênico escamoso.

Malignas:

1. Ameloblastomametastizante;
2. Carcinoma ameloblástico;
3. Carcinoma de células escamosas intraósseo;
4. Carcinoma odontogênico de células claras; e
5. Carcinoma odontogênico de células fantasmas.

Características Clínicas

O TOQ, conhecido tradicionalmente como QueratocistoOdontogênico, foi recentemente renomeado para melhor enfatizar sua natureza neoplásica, agressiva e de alta taxa de recidiva. Clinicamente, são lesões assintomáticas, com crescimento lento e infiltrativo, com nenhum ou pouco aumento de volume. Devido sua maior freqüência de desenvolvimento ser na região posterior da mandíbula, geralmente associados a terceiros molares inclusos, estas lesões são comumente confundidas com cistos dentígeros[7].

Embora sua predileção de acometimento seja na região posterior da mandíbula, eventualmente a lesão pode se desenvolver em outras áreas dos maxilares, como na região anterior da maxila (13% dos casos), conforme relatado em um caso publicado por Tolentino et al. (2007)[4].

Mesmo sendo considerada assintomática na maioria dos casos, o TOQ pode apresentar graves sintomatologias dependendo de sua extensão, manifestando quadros clínicos de drenagem ou dor associada, aumento de volume de tecidos moles e duros, tumefação, parestesia, mobilidade e deslocamento dos dentes envolvidos pela lesão[8, 9].

Na maioria dos casos, o TOQ é uma lesão isolada, não sendo incomum o aparecimento de cistos múltiplos, como por exemplo, na Síndrome de Gorlin-Goltz, também denominada Síndrome do Carcinoma Basocelular-Nevóide, o qual consiste numa rara patologia multisistêmica hereditária que, por sua vez, favorece a predisposição às neoplasias e outras anomalias do desenvolvimento[10].

O trajeto de crescimento desta lesão segue no sentido anteroposterior a partir da cavidade óssea medular sem causar expansão aparente. Quando comparadas, as lesões são significativamente maiores na mandíbula do que na maxila[11].

Características radiográficas

O TOQ apresenta-se, radiograficamente, como uma lesão radiolúcida uni ou multilocular, bem circunscrita por um halo esclerótico com margens regulares ou onduladas, envolvendo ou não dentes não irrompidos. Inicialmente, quando se forma entre as raízes dos dentes o tumor apresenta-se fortemente radiolúcido, e em consequência da evolução da lesão, ocorre pequenas calcificações, formando assim uma massa radiopaca com limites ainda radiolúcidos. Eventualmente, o TOQ pode também impedir a erupção dos dentes adjacentes ou, até mesmo, ocasionar uma fusão entre a lesão e o folículo dentário, podendo dessa forma ser facilmente confundido com um cisto dentígero[1,8,10,12].

Características histopatológicas

Histopatologicamente, esta lesão é caracterizada por apresentar uma fina cápsula fibrosa e revestimento de epitélio pavimentoso estratificado queratinizado corrugado, possuindo uma espessura com cerca de 5 a 8 células e ausência de crista interpapilares, sendo, geralmente, difícil de ser removida. Nos casos onde a inflamação é mínima ou inexistente, é possível se observar uma ligeira redução na espessura da parede, podendo assim, mostrar claramente uma separação entre o epitélio e a fina parede fibrosa não inflamada. Entretanto, nos casos de inflamação mais acentuada, ocorre a formação de hiperplasia na parede do cisto, levando ao desaparecimento do padrão característico microscópico, o que por sua vez, pode levar a um mal diagnóstico[10].

No interior da cápsula cística há presença de líquido (cor de palha) ou material caseoso (espesso e acinzentado), que microscopicamente, consiste em restos de queratina, cristais de colesterol e corpos hialinos. O limitante epitelial é constituído por uma camada de epitélio escamoso estratificado, com uma espessura cerca de 6 a 8 células. A superfície luminal é formada por células epiteliais paraqueratinizadas com aparência corrugada ou ondulada[3, 4].

As células epiteliais dos TOQs apresentam capacidade proliferativa superior em relação aos demais cistos odontogênicos, fato este comprovado com o uso de marcadores de proliferação celular. Em geral, esta lesão caracteriza-se por possuir um epitélio de poucos estratos, células basais em paliçadas, hipercromáticas, com formato de colunar ou cuboide, formando um limite nítido com o tecido conjuntivo. A comum presença de microcistos no interior da cápsula, é apontada como possível causa para sua frequente taxa de recidivas[7, 8].

Diagnóstico

Apesar desta lesão apresentar características clínicas e radiográficas altamente sugestivas, ainda sim não são suficientes para um diagnóstico eficaz e seguro, pois inúmeras outras lesões podem também apresentar tais formas, como cisto dentígero e ameloblastoma, sendo estas as principais indicações de diagnóstico diferencial. Assim sendo, o diagnóstico definitivo só poderá ser obtido mediante a um exame histopatológico[1].

Tratamento e prognóstico

O tratamento do TOQ ainda hoje não se ocorre de forma consensual. Isso se deve, em grande parte, ao fato da lesão ser altamente recidivante, com uma taxa variável entre 25 e 60%[1]. Entre as técnicas mais comumente relatadas e praticadas cotidianamente, seguem:

Enucleação:

O tratamento de enucleação consiste na remoção da lesão por inteira, através de uma incisão cirúrgica[13]. Alguns cirurgiões acreditam que esta lesão pode ser tratada de forma adequada pelo processo de enucleação caso o tumor seja removido intacto. Entretanto, a remoção completa do TOQ pode ser difícil de ser realizada devido a uma série de fatores, como o fino e friável revestimento epitelial, o acesso ser limitado, inexperiência do cirurgião e o desejo de preservar estruturas vitais adjacentes. O objetivo principal do tratamento deve girar em torno da redução ou eliminação da possibilidade de recidivas, e ao mesmo tempo, minimizar a morbidade cirúrgica[1].A enucleaçãogeralmente é usada para lesões pequenas. Então, faz-se a completa remoção da cápsula cística e a cicatrização se da por primeira intenção, reduzindo assim a probabilidade de recidiva em cerca de 33% de acordo com Pindborg, e em cerca de 44% segundo Troller. Dessa maneira, ainda se é possível reduzir a possibilidade de formação de carcinomas a partir do epitélio do cisto[10].

Marsupialização:

Esta técnica de tratamento baseia-se na externalização do tumor, através da criação de uma janela cirúrgica na mucosa bucal e na parede cística. As membranas são, então, suturadas a fim de se criar um orifício que permite a comunicação com a cavidade oral. Esse procedimento alivia a pressão do fluido cístico, permitindo a redução de seu espaço e facilitando a aposição óssea às paredes císticas. Atualmente, a marsupialização aparenta ser a mais conservadora dentre as técnicas de tratamento do TOQ[1]. O acesso à lesão é feito a partir da cavidade oral, realizando uma abertura na parede do cisto, na qual, seu conteúdo possa ser drenado e reduzindo, assim, a pressão osmótica e o tamanho da lesão, induzindo a formação óssea. Em seguida, inserir uma compressa de gaze iodoformada na cavidade cística para prevenir infecções e o encerramento da abertura. Os limites da cavidade cística são previamente suturado a membrana da mucosa oral, devendo haver a permanência da compressa de gaze por um período de 1 a 2 dias. Esta técnica é indicada para lesões císticas de maiores dimensões[10, 13].

Descompressão:

Possui os mesmos princípios da marsupialização, porém, necessita da colocação de um acessório para manter a janela cirúrgica aberta. Esse acessório pode ser tubos plásticos diversos, corpo de seringa, tubete anestésico, entre outros[1].

Enucleação com curetagem:

Esta técnica muito se assemelha a enucleação, diferenciada devido à associação de uma vigorosa curetagem da cavidade cística, sendo necessária a remoção de cerca de 1 a 2 mm de osso envolto de toda a cavidade a fim de se eliminarem quaisquer remanescentes que possam favorecer o surgimento de recidivas. Após curetar, a cavidade deve, então, ser limpa e encerrada. Apesar de eli-

minar os remanescentes epiteliais durante a curetagem, esse processo é agressivo, podendo ser destrutivo ao osso[10].

Enucleação seguida de ostectomia periférica:

A ostectomia periférica é o desgaste da loja óssea com um instrumental rotatório para conferir a margem de segurança depois da exérese. Sua utilização na terapêutica cirúrgica do TOQ foi relacionada com recorrência de 13,1% a 18,2%[14,15,16].O objetivo é remover cerca de 1,5 a 2 mm de osso exposto diretamente a lesão cística após a enucleação e eliminação dos restos epiteliais contaminados. De acordo com a literatura, a osteotomia periférica parece ser o tratamento adjuvante menos eficaz uma vez que é menos preciso, podendo facilmente atingir estruturas adjacentes importantes e elevar o risco de contágio quando utilizados instrumentos de corte rotatórios. Ao destruir o osso superficial, corre-se o risco de transportar células contaminadas para as camadas de osso mais profundas[10].

Enucleação conjugada com solução de Carnoy:

A solução de Carnoy é composta por 6 ml de álcool absoluto; 3 ml de clorofórmio; 1g de cloreto férrico e, 1 ml de ácido acético glacial. Esta solução atua na promoção de necrose química no tecido ósseo adjacente a lesão e, posterior, eliminação de restos epiteliaise possíveis microcistos. Seu emprego pode influenciar diretamente na redução de recidivas[1]. Sua aplicação deve ser realizada logo após a enucleação, sendo mantida durante 3 minutos na cavidade cística. Seu efeito de ação é capaz de eliminar os restos celulares vitais que permanecem no local após a remoção do cisto, por um processo de necrose de uma camada de cerca de 1,5 mm de tecido ósseo. Na possibilidade de ocorrer penetração do cisto no córtex bucal ou lingual, é indicado o uso de cauterização elétrica com o objetivo de evitar recidiva nos tecidos moles[10].

Enucleação conjugada com crioterapia:

A crioterapia com nitrogênio líquido desvitaliza o osso e mantém a estrutura inorgânica intacta, sendo assim uma técnica adjuvante no tratamento de lesões localmente agressivas. Nesse procedimento, deve-se obter uma margem de segurança para agir sobre as células do tumor, eventualmente presentes no campo cirúrgico[1]. Após realizar a enucleação do cisto, é feito uma proteção dos tecidos circundantes com gazes e lâminas de madeira estéreis e, então, pulverizar a cavidade cística com nitrogênio líquido duas vezes durante 1 minuto, com intervalo de 5 minutos entre cada pulverização[10].

Ressecção:

É uma técnica altamente agressiva e mutiladora sendo necessário se fazer reconstrução do tecido perdido através de placas e parafusos e de retalhos musculares e de pele, entretanto está relacionada com taxas de recidivas próximas a zero. A não reconstrução desses tecidos ocasiona deformidades estéticas e distúrbios funcionais da mastigação, deglutição e fonação ao paciente[1]. A técnica de ressecção envolve a remoção cirúrgica de uma parte do osso afetado pela lesão de modo que interrompa a continuidade do osso e a possibilidade de permanência de remanescentes císticos no local. Pode tratar-se de uma completa remoção do segmento mandibular ou maxilar sem dar continuidade ao osso ou da remoção da lesão intacta, deixando sempre uma margem de osso não-afetado a fim de manter sua continuidade[10].

Quanto ao prognóstico do tratamento dessas lesões, deve-se levar em conta que o potencial de recidiva é atribuído, sobretudo, a incapacidade da total remoção cística inicial do osso e a, consequente, formação de novos cistos a partir dos remanescentes císticos ou de epitélio basal oral. Existe, porém, uma grande dificuldade de enuclear o TOQ ao revestimento epitelial fragilizado e a tendência de aderência ao osso circundante[10].

4. CONCLUSÃO

De acordo com esta revisãode literatura, conclui-se que: O TOQ é uma lesão assintomática, com altas taxas de recidiva. Apesar de o exame radiográfico ter uma grande importância para se obter um diagnóstico, o exame histopatológico é essencial para se ter uma comprovação diagnóstica. Por isto, torna-se fundamental para o sucesso do tratamento, o conhecimento por parte do cirurgião-dentista dos tumores de origem odontogênica, fazendo um diagnóstico precoce para que seja escolhida a melhor forma de tratamento e para se ter um prognóstico favorável.

REFERÊNCIAS

[1]. Oliveira MM, Mascatto DS, Oliveira JM, Jardim ECG. Tratamento de Tumor Odontogênico Queratocístico. Arch Health Invest. 2013; 2(5):34-39.

[2]. Jardim ECG, Pereira CCS, Carvalho ACGS, Gealh WC, Shinohara EH. Tumor Odontogênico Queratocístico: Revisão de Literatura. Rev Bras Cir Craniomaxilofac. 2011; 14(3): 159-61.

[3]. Aciole GTS, Santos MAM, Aciole JMS, Neto NR, Pinheiro ALB. Tumor Odontogênico Queratocístico Recidivante: Tratamento Cirúrgico Conservador ou Radical? Relato de Caso Clínico. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac. 2010; 10(1):43-48.

[4]. Tolentino ES, Marques LM, Farah GJ, Gonçalves EAL, Kamei NC. QueratocistoOdontogênico em Região Anterior de Maxila: Relato de Caso. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac. 2007; 7(3):35-40.

[5]. Marques JAF, Neves JL, Alencar DA, Lemos IM, Marques LC. CeratocistoOdontogênico: Relato de Caso. Sitientibus. 2006; 34:59-69.

[6]. Takata T, Slootweg PJ. Calcifying Epithelial Odontogenic Tumour. In: World Health Organization. Classification of Tumors: Head and Neck Tumours. Lyon: WHO. 2005; 302-3.
[7]. Henriques ACG, Cazal C, Fonsêca DDD, Bello DMA, Araújo NN, Castro JFL. Considerações sobre a Classificação e o Comportamento Biológico dos Tumores Odontogênicos Epiteliais: Revisão da Literatura. Rev Bras de Cancerologia. 2009; 55(2):175-84.
[8]. Mallmann CT, Vieira RR, Vieira RR, Silva SO, Carli BMG, Carli JP. Tumor OdontogênicoCeratocístico- Levantamento de Casos e Revisão de Literatura. Odonto. 2012; 20(40):67-72.
[9]. Garcia CB, Gignon VF, Melo MR, Costa SAA, Costa JMC, Patrocinio LG. Tumor OdontogênicoQueratocístico Extenso de Mandíbula: Enucleação Associada á Crioterapia. Rev Bras Cir Craniomaxilofac. 2011; 14(1):60-2.
[10]. Serra LJG. Queratocistos. [tese] Porto, Portugal: Universidade Fernando Pessoa. 2014.
[11]. Singh M, Gupta KC. Surgical Treatment of Odontogenic Keratocyst by Enucleation. Contemp Clin Dent 2010; 1(4):263-67.
[12]. Lima GM, Nogueira RLM, Rabenhorst SHB. Considerações Atuais Sobre o Compotamento Biologico dos Queratocistos Oodntogênicos. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2006; 6(2):6-16.
[13]. Hanada k, Yoshimura Y. Clinical investigation of marsupialization for the cystic lesiono d the jaws. J Oral Maxillofac Surg. 1983; 41:274-76.
[14]. Chow HT. Odontogenic keratocyst: a clinical experience in Singapore. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1998; 86(5):573-77.
[15]. Morgan TA, Burton CC, Qian F. A retrospective review of treatment of the odontogenic keratocyst. J Oral Maxillofac Surg. 2005; 63(5):635-39.
[16]. Williams TP, Connor FA Jr. Surgical management of the odontogenic keratocyst: aggressive approach. J Oral Maxillofac Surg. 1994; 52(9):964-66.

A INFLUÊNCIA DA DANÇA NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

DANCE OF THE INFLUENCE ON IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY

DAIANE DE CARVALHO **CHECOM**[1], GENI COL **GOMES**[2*]

1. Discente do Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade Ingá; **2.** Professora Mestre pela UEM, Universidade Estadual de Maringá, Docente do Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade Ingá.

[*] Rua Cristovão Colombo, Lobato, Paraná, Brasil. CEP: 86790-000 daiane_dcc@hotmail.com

Recebido em 01/07/2015. **Aceito** para publicação em 08/09/2015

RESUMO

O envelhecimento é um processo natural do ser humano, no qual ocorrem alterações de ordem biopsicossociais. Essas alterações se manifestam de modo distinto para cada pessoa, dependendo de suas características genéticas, do estilo de vida e cultura. Em qualquer fase da vida, a atividade física é uma das mantenedoras da saúde e serve para prevenir ou minimizar as mudanças decorrentes do processo de envelhecimento. Para o idoso, a prática regular de atividade física pode ser uma forma de manter o organismo em equilíbrio e ativo. A dança é uma das atividades físicas que pode promover a qualidade de vida ao idoso, beneficiando-o física e psicologicamente. O presente trabalho visa discutir a importância da dança para o desenvolvimento psicossocial do idoso. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Os resultados apontaram que a dança, em especial a dança de salão, provoca benefícios ao idoso como: contato social, comunicação, expressão corporal, diversão, prazer etc. A dança pode, também, suavizar os efeitos causados pelo envelhecimento, possibilitando a aquisição de novas habilidades motoras, auxiliando na melhora das capacidades de coordenação. A dança de salão pode contribuir para um envelhecimento saudável e ativo, atuando nos aspectos biopsicossociais e na melhora ou conquista da qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento, idoso, atividade física, dança.

ABSTRACT

Aging is the natural process of human beings, in which changes occur biopsychosocial order. These changes are manifested differently for each person, depending on their genetic characteristics, the life style and culture. At any stage of life, physical activity is one of the sponsors of health and serves to prevent or minimize the changes resulting from the aging process. For the elderly, regular physical activity can be a way to keep the body in balance and active. Dance is a physical activity that can promote the quality of life for the elderly, benefiting the physically and psychologically. This paper aims to discuss the importance of dance to the psychosocial development of the elderly. It is a bibliographic. Os research results showed that dancing, especially ballroom dancing brings benefits to the elderly as social contact, communication, body language, fun, pleasure, etc. The dance can also soften the effects caused by aging, allowing the acquisition of new motor skills, assisting in the improvement of coordination capabilities. A ballroom dancing can contribute to a healthy and active aging, acting on the biopsychosocial aspects and improving achievement or quality of life.

KEYWORDS: Aging, elderly, physical cctivity, dance.

1. INTRODUÇÃO

Segundo Veras (2009)[1], Wong e Carvalho (2006)[2] apud Nogueira (2012)[3], em 2020 o Brasil será o sexto país com maior número de população idosa, chegando a uma média de 30 milhões. Diante do avanço do envelhecimento, o Ministério da Saúde criou em 1999 a Política de Saúde do Idoso, com o objetivo de contribuir no enfrentamento dos problemas de saúde pública. Um dos aspectos tratado no documento é o incentivo à promoção e à manutenção da saúde e da capacidade funcional do idoso. Em 2003 entrou em vigor o Estatuto do Idoso, nele é especificado os direitos e deveres dos órgãos públicos e privados em relação ao idoso.

O envelhecimento é um processo contínuo do desenvolvimento humano, constituído por modificações biopsicossocial do idoso. As modificações biológicas são visíveis no corpo humano, como o ressecamento da pele, a redução da coordenação corporal em geral, o equilíbrio corporal etc. Além das modificações biológicas no processo de envelhecimento, também ocorrem alterações sociais, representadas pelo relacionamento interpessoal, visto que, o idoso tende a assumir um novo papel na sociedade, perante sua aposentadoria e o sentimento de inutilidade, assim, o idoso passa por um processo de modificações psicológicas, tendo que se readaptar em

seu ambiente, devido a sua falta de motivação, autoestima e autoimagem.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)[4], para se alcançar um envelhecimento saudável é preciso manter-se potencialmente ativo, físico e mentalmente, bem como estar inserido nas atividades culturais, sociais e espirituais durante todo o ciclo da vida. Alguns dos benefícios a serem alcançados com a realização destas atividades estão na melhora da autoestima e do bem-estar geral.

O desenvolvimento de atividades, seja de natureza social, educativa, lúdica, psicológica ou física, possui um papel importante na vida dos idosos, desencadeando a prevenção e ou diminuição de sintomas depressivos e promoção da saúde.

Diante disto, o presente estudo teve como objetivo discutir a importância da dança para o desenvolvimento psicossocial do idoso.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, no qual foram pesquisadas publicações de fontes variadas como periódicos especializados: Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia, Revista de Atenção Primária à Saúde, Ciência & Saúde Coletiva e Revista de Educação Física. Além da utilização dos artigos foram consultadas monografias, dissertações e livros. Todo o material bibliográfico consultado foi publicado entre 2000 2015.

3. RESULTADO E DISCUSSÃO

Zimerman (2000)[5] destaca que o envelhecimento é um processo gradativo que faz parte do ciclo de vida do ser humano que pressupõe modificações nos aspectos físicos, psicológicos e sociais do indivíduo. Essas alterações ocorrem de modo singular para cada pessoa, dependendo de suas características genéticas, do estilo de vida e de cultura.

Segundo a Organização Mundial da Saúde[4], "na primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, foi definida idosa a pessoa com sessenta anos ou mais. Desde então, esse conceito foi adotado por entidades internacionais como a ONU"[6].

Costa (2011)[7] lembra que:

> A idade cronológica é o critério mais utilizado para definição do envelhecimento, embora seja considerado um critério falho e arbitrário. Apesar de o envelhecimento ser um processo natural universal comum a todos os seres vivos, a maneira como cada indivíduo envelhece é particular e única, tornando esse processo heterogêneo.

Para Zimerman (2000)[5], com os avanços científicos principalmente na medicina e farmacologia as contribuições na melhoria das condições biológicas e físicas em relação a deterioração corporal foram significativa e por consequência também no estado psicológico. Para a autora, "há 20 anos, uma pessoa de 65 anos podia ser vista como velha. Hoje é difícil vê-la enquadrada nos moldes da terceira idade. Não vejo uma pessoa dessa idade com grandes desgastes e muitas limitações" (p.22).

Rowe e Khan (1998) *Apud* Costa (2011)[7] descrevem que há três formas de envelhecimento: o normal, o patológico e o saudável:

O envelhecimento normal é marcado pelas alterações biológicas, psicológicas e sociais as quais são inevitáveis no ciclo de vida. O envelhecimento patológico ocorre por alterações resultantes de doenças crônicas e síndromes. O envelhecimento saudável ocorre quando as alterações consideradas normais do envelhecimento ocorrem em um processo mais lento e as funções físicas psicológicas, sociais e cognitivas são melhores que de outras pessoas da mesma idade[7].

Segundo Zimerman (2000)[5], "a velhice não é uma doença, mas, sim, uma fase na qual ser humano fica mais suscetível às doenças", sendo um processo de amadurecimento e alterações do organismo em geral.

Com a chegada da velhice, as alterações biológicas são as mais visíveis e as que primeiro se manifestam no corpo humano. Tanto as alterações de natureza externa como, as bochechas que se enrugam e embolsam, o embranquecer e a queda dos cabelos, o aparecimento de manchas escuras na pela (manchas senis), a pele flácida, o nariz que se alarga etc., quanto às de natureza interna como ossos endurecidos, metabolismo mais lento, piora na visão, perda de neurônios cerebrais etc[8].

O envelhecimento biológico é ativo e irreversível, tornando o organismo mais vulnerável às alterações do corpo humano, "acentuando a diminuição da agilidade, diminuição do equilíbrio, redução da flexibilidade e da mobilidade articular e o aumento da rigidez da cartilagem, dos tendões e dos ligamentos"[7].

Além das alterações biológicas e corporais, o envelhecimento é responsável por uma série de mudanças nos aspectos psicossociais. O envelhecimento do ponto de vista social provoca alterações de papeis sociais seja na família, no trabalho e na sociedade. A aposentadoria é um dos exemplos em que o idoso acaba por restringir seu rol de contatos sociais[5].

As modificações psicológicas resultantes do processo de envelhecimento, entre outras, são a dificuldade de se adaptar a novos papeis sociais, a falta de motivação e dificuldade de planejar o futuro, a necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais, as alterações psíquicas como depressão, hipocondria, somatização etc[5].

Quanto aos fatores psicológicos, estes requerem uma readaptação do idoso em seu ambiente, pois o mesmo passa por um processo de redução da atenção, da memória de informação, dificuldade na compreensão de novas

informações[9].

Segundo Costa (2011)[7], o processo do envelhecimento pode ser dividido em duas fases: o envelhecimento primário e secundário. O primário é conceituado como um processo inevitável que começa cedo no ciclo de vida e continua ao longo dos anos. Nessa fase o envelhecimento primário é tido como normal. O envelhecimento secundário é constituído por fatores que são inevitáveis e incontroláveis pelas pessoas – constituídos pelas consequências de doenças, relacionados a causas externas, como a incidência de patologias ou acidentes.

Para Assis (2005)[10], o envelhecimento primário é caracterizado por mudanças progressivas e universais, porém não patológicas. A fase secundaria corresponde a mudanças causadas por doenças relacionadas à idade e dependentes de fatores intrínsecos e extrínsecos.

As teorias sobre o envelhecimento bem-sucedido veem o sujeito como proativo, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objetivos e lutando para alcançá-los, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e ativamente envolvidos na manutenção do bem-estar[11].

Para Zimerman (2000)[5], o idoso deve dedicar-se a alguma atividade, seja ela remunerada ou não, de modo a proporcionar-lhe prazer e contentamento. Segundo a autora, na nossa sociedade só é valorizado a pessoa que produz bens e dinheiro. “Ninguém nos diz que também é importante produzir felicidade”. O importante é que o idoso tenha uma postura positiva diante da vida, tanto na forma de ser quanto de buscar felicidade. Para isso é necessário “uma preparação interna, objetivos de vida e projetos para continuar vivendo”.

A mesma autora considera que deveríamos ser preparados para envelhecermos desde criança e olharmos para a velhice como um processo que depende do modo de agirmos e nos comportarmos ao longo da vida. “Se formos um adulto saudável e feliz, provavelmente seremos um velho com as mesmas características”.

Assim, um envelhecimento bem-sucedido é acompanhado de qualidade de vida.

De acordo com Minayo *et al*. (2000)[12], qualidade de vida

> É uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Segundo Almeida (2012)[13], a concepção de Minayo aponta uma compreensão social do termo, que considera questões subjetivas como bem-estar, satisfação nas relações sociais e ambientais. O entendimento sobre qualidade de vida depende da carga de conhecimento do sujeito, do ambiente em que ele vive de seu grupo de convívio, da sua sociedade e das expectativas próprias em relação a conforto e bem-estar.

> Qualidade de vida, para a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1995)[4], é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Uma das contribuições para qualidade de vida do idoso é a atividade físicas. A atividade física, segundo Majo (2008) *apud* Nogueira (2012)[3], corresponde a qualquer movimento voluntário que tenha como resultado o gasto de energia, por exemplo, atividades recreativas e danças.

> A OMS define atividade física como sendo qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requeiram gasto de energia – incluindo atividades físicas praticadas durante o trabalho, jogos, execução de tarefas domésticas, viagens e em atividades de lazer. O termo "atividade física" não deve ser confundido com "exercício", que é uma subcategoria da atividade física e é planejada, estruturada, repetitiva e tem como objetivo melhorar ou manter um ou mais componentes do condicionamento físico. A atividade física moderada e intensa traz benefícios para a saúde[4].

A atividade física é benéfica para manutenção da saúde em qualquer fase da vida. As atividades físicas podem ser um meio de o idoso manter seu organismo ativo, em bom funcionamento biológico e em equilíbrio com as relações afetivas e sociais. Através da atividade física, ocorre uma melhoria do humor, da redução de ansiedade, melhorando o bem-estar e a disposição para enfrentar o dia a dia[6].

Os idosos se sentem mais ativos e mais importantes quando percebem que são capazes de faz exercícios físicos, como a dança, visto que, os mesmos possuem limitações corporais. A dança como exercício físico beneficia a saúde do corpo, da mente, e as relações afetivas sociais e culturais dos idosos[14].

É importante que o idoso seja incentivado às práticas de atividades físicas regulares como uma medida preventiva para o envelhecimento saudável. Uma das modalidades de atividade física é a dança.

A partir de 1920 a dança se tonou popular, através do Minueto. “A dança é um rito – um ritual sagrado e um ritual social – e está na origem de toda significação humana.”[6]. Quando as pessoas dançam, percebe-se que a música faz com que seus corpos dancem e expressem alegria. Em todos os tempos, a dança passou a ser a for-

ma encontrada para todos os povos se expressarem, através dos movimentos corporais[14].

A dança auxilia no funcionamento do organismo em termos biológicos, psicológicos e sociais, visto que a perda de massa corporal em idosos é acelerada, fazendo que o corpo necessite de mobilidade e condicionamento. Através da dança a coordenação e o condicionamento do idoso passam a ser prioridade, facilitando, também, a integração e o fortalecimento do convívio social[15].

Segundo Gobbo (2005)[16] a dança além de ser uma atividade física, é uma atividade lúdica, "uma manifestação artística e forma de comunicação que se faz através do próprio corpo humano, praticada em grupo, que ajuda a expressar as emoções, estimula a memorização e a coordenação".

Muitas pessoas dançam para descontrair ou até mesmo por indicação médica. A dança é uma atividade física para todas as idades, visto que os passos são adaptados às condições físicas de cada um[14].

Quando adulto, os movimentos dos seres humanos tornam-se cada vez mais difíceis e lentos com o passar dos anos. "Viver, dançar e conviver, transformar corpos e mentes que já estão um pouco cansadas e enferrujadas pela vida faz parte do ser humano"[14].

A dança tem o objetivo de harmonizar relações, respeitando as emoções, desenvolvendo habilidades de movimentos, vindo do autoconhecimento, também, melhorando o estresse, a capacidade motora, a memória, concentração e atenção[16].

Atualmente, a dança é utilizada como um tratamento terapêutico, utilizando o corpo para expressar sentimentos, compreender o estado emocional, mental e físico. Indicada para todas as pessoas que procuram equilíbrio e não conseguem se expressarem verbalmente, favorecendo a autoestima e autoconhecimento[14].

O sedentarismo tem se tornado cada vez mais preocupante na sociedade atual, visto que, os indivíduos com mais de 60 anos representam a população mais sedentária, por isso a atividade física, assim como na modalidade de dança, tem se tornado uma opção para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. A dança, além de ajudar na inserção do idoso no convívio social, também, ajuda a transformar o período do envelhecimento em uma experiência gratificante, para que não seja um período de perda e exclusão social, e sim, um período de novas experiências e possibilidades bem-sucedidas. Ela ajuda a não eternizar o sentimento de inutilidade, abandono e solidão que muitas vezes são vivenciados pelos idosos[14].

A dança de salão é uma atividade que requer concentração, agilidade, leveza, ritmo, postura e flexibilidade entre seus diferentes ritmos, mas não menos importantes estão a força de vontade e o prazer em realizá-la. Com o envelhecimento, muitas destas características tendem a diminuir, entretanto, isso não impede o idoso de praticar a dança de salão, pelo contrário, a dança estimula a manutenção da capacidade física, além da elevação da autoestima, sociabilização e bem-estar Rocha & Almeida (2007)[17]; Yassuda & Silva (2010), *apud* NOGUEIRA 2012)[3].

Segundo Sebastião *et al.* (2008)[19] *apud* Ferreira (2012)[18], a dança de salão e seus diferentes ritmos pode ser considerada como uma atividade física que proporciona diversos benefícios, entre eles a manutenção da capacidade funcional. Ela possui grande aceitação entre os que se encontram no processo de envelhecimento. A principal característica da dança de salão, enquanto atividade física é a mobilidade articular e a coordenação motora, além do contato com o corpo e o movimento.

Segundo Abreu, Pereira e Kessler, (2008), Almeida, (2005), Fonseca (2008), Haboush, Floyd, Caron, LaSota e Alvarez (2006), Maia, Vágula, Souza e Pereira (2007), *apud* Nogueira (2012)[3], os benefícios provenientes da prática da dança de salão em seus ritmos variados estão no contexto biopsicossocial e os mais relevantes são: melhora e ou manutenção na aptidão física, capacidade funcional, autoestima, sociabilização, função cognitiva e motora, equilíbrio, qualidade de vida, comunicação, percepção e imagem corporal, inclusão social, bem estar, prazer, satisfação pessoal.

Assim, a dança de salão pode oferecer aos idosos uma oportunidade para explorar uma série de movimentos que combinados com expressão, ritmo e energia, podem aumentar o sentimento de prazer, alegria, autoestima, interação social e expressão corporal.

O estudo de Santana & Maia (2009)[19] avaliou 62 idosos pertencentes a um projeto para terceira Idade em Natal-RN quanto à atividade física e o bem estar na velhice, cuja análise foi qualitativa orientada pela Teoria das Representações Sociais, apontou que os principais elementos relacionados às representações sociais da atividade física atribuídos pelos idosos foram felicidade, bem estar, dança e saúde, mostrando uma relação benéfica entre a prática de atividade física e a interação social e o bem estar geral.

Segundo Mazo, Lopes e Benedetti (2004), *apud* Nogueira (2012)[3], a prática de dança, entre elas a dança de salão, traz diversos benefícios tais como melhora na autoestima e autoimagem, na capacidade motora e muscular, diminuição do estresse diário, sociabilização, conhecimento do corpo, entre outros.

Os estudos de Lima e Vieira (2007), *apud* Nogueira (2012)[3], com idosos apontaram que a prática de dança de salão proporciona alegria, melhora da saúde, resgata boas lembranças e contribui diretamente para a sociabilização,

Gobbo (2005)[16] realizou um estudo com cinquenta idosos de ambos os sexos, com uma faixa etária de 60 a 74 anos de idade, praticantes de dança de salão. Os resultados apontaram que em relação à qualidade de vida dos idosos a dança de salão, é considerada, do ponto de

vista dos idosos, como fonte de prazer por ser uma atividade de pouca interferência de fatores externos (sociais, psicológicos, afetivos etc.). Quanto ao grau de satisfação dos idosos em relação à dança de salão, o autor concluir que esta trouxe benefícios ao longo da prática, destacando a autonomia e o aumento não só no número de amizades, mas na qualidade das relações interpessoais. Os resultados também indicaram que foi na dança de salão que alguns idosos encontraram uma forma de reencontro com a vida após uma grande perda, decepção ou o simples fato de se isolarem completamente da sociedade por se considerarem incapazes.

> "Os depoimentos colhidos nas entrevistas realizadas mostraram o quanto a dança de salão acrescentou em suas vidas, não apenas e tão somente pelo gesto motor em executar passos e aprender ritmos diferenciados, mas pela forma carinhosa e singular de aproximar as pessoas e possibilitar a chance de um reencontro com o outro e com sigo mesmo"[16].

4. CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo discutir sobre a importância da dança para o desenvolvimento biopsicossocial do idoso. Vimos que com o avanço da idade, a chamada velhice ou terceira idade, muitas transformações funcionais, orgânicas, sociais e psicológicas ocorrem. É importante que os idosos tenham uma atitude proativa diante do desgaste normal da idade, desgaste esse não só físico, mas também das relações interpessoais, dado o afastamento do idoso de grupos sociais dos quais participava antes da chegada da velhice, dentre eles o convívio no ambiente de trabalho. Para tanto, é saudável e recomendado que os idosos busquem, ou seja, estimulados a buscarem recursos que possam ajuda-los a lidar melhor com seus desgastes.

O contato com outras pessoas, a troca de afetos, o diálogo, a troca de experiência, o lazer, a recreação, o entusiasmo, a disposição física e mental, entre outros aspectos, podem ser ativadas por intermédio de exercícios físicos, dentre eles a dança.

A dança, em especial a dança de salão, traz benefícios ao idoso como: contato social, comunicação, expressão corporal, diversão, prazer, fortalecimento muscular etc. A dança pode, também, suavizar os efeitos causados pelo envelhecimento, possibilitando a aquisição de novas habilidades motoras, auxiliando na melhora das capacidades motoras e de coordenação, melhora nas condições articulares, musculares e respiratórias.

A dança pode ser considerada uma atividade física eficaz, pois envolve o bem-estar físico, psicológico, emocional e social, relacionados à manutenção da autonomia e dignidade, fatores importantes na redução dos riscos de várias doenças crônicas, o que resulta em uma ampliação da qualidade de vida.

Estudos, descritos anteriormente, indicaram que dançar resulta numa melhora e ou auxílio na manutenção da autoestima, bem-estar, capacidade funcional, atividade intelectual, autocuidado e, consequentemente, em um estilo de vida.

A dança de salão pode contribuir para um envelhecimento saudável e ativo, atuando nos aspectos biopsicossociais e na melhora ou conquista saúde mental.

Nenhum estudo esgota-se em si mesmo, no entanto, espera-se que esta pesquisa possa sensibilizar, de algum modo, profissionais que trabalhem com idosos, no sentido de incentiva-los, estimula-los e encoraja-os a realizarem exercícios físicos, principalmente a dança de salão, dado os benefícios que este tipo de exercício provoca nos aspectos biológico, social e psicológico dos idosos.

REFERÊNCIAS

[1] Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúd Pública 2009.

[2] Wong L, Carvalho JAM. O rápido processo de envelhecimento do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. Revista Brasileira de Estudos de População, Abep. 2006; 23(1).

[3] Nogueira RS. Dança de salão: percepção corporal, equilíbrio e qualidade de vida em idosos. São Paulo: Universidade São Judas Tadeu-Programa De Pós Graduação *Strictu Sensu* Em Ciências Do Envelhecimento, Dissertação de Mestrado, 2012. Disponível em: http://www.usjt.br/biblioteca/mono_disser/mono_diss/2012/210.pdf. Acessado em julho 2015.

[4] Organização Mundial da Saúde. Atividade Física - Folha Informativa N° 385 - Fevereiro de 2014. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/ - Tradução ACTbr. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/957_FactSheetAtividadeFisicaOMS2014_port_REV1.pdf. Acesso: maio, 2015.

[5] Zimerman, G, I. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 2000.

[6] Souza NMAS. A dança a terceira idade, fonte de qualidade de vida e longevidade. 2013. Monografia (Licenciatura Em Educação Física) Universidade Federal De Goiás, Formosa, 2013. Disponível em: https://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/ri/4536/5/TCCG%20%E2%80%93%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20F%C3%ADsica%20-%20Ney%20Marcos%20Alves%20de%20Souza.pdf. Acessado em maio 2015.

[7] Costa MLA. Qualidade de vida na terceira Idade: A psicomotricidade como estratégia de educação em saúde. Dissertação de Mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa, 2011; 25-37. Disponível em: http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/2230/Tese%20completa.pdf?sequence=1. Acessado em julho 2015.

[8] Netto FLM. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. 2004; 75-84. Disponível em:

http://www.revistas.ufg.br/index.php/fef/article/view/67/66 . Acessado em junho 2015.

[9] Moraes EN, Moraes FL, Lima SPP. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. RevMed Minas Gerais. [periódico na Internet]. 2010; 20(1):67-73. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf. Acessado em: julho 2015

[10] Assis M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. Revista de Atenção Primária à Saúde. 2005; 8(1), Disponível em: http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf. Acessado em junho 2015

[11] Borge, MBO. A produção do conhecimento sobre envelhecimento humano: aspectos históricos e sociais. Trabalho de conclusão de curso, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2007. Disponível em: http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2991/2/20262462.pdf. Acessado em junho 2015

[12] Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2000; 5(1):7-18. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2975.pdf. Acessado em julho 2015.

[13] Almeida MAB, Gustavo LG, Renato M. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP. 2012; 142p. Disponível em: http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf. Acessado em julho de 2015.

[14] Silva PP. A dança na terceira idade como ela contribui para socialização de idosos. 2013. Monografia (Licenciatura Em Educação Física) Universidade Federal De Goiás, Goiás, 2013. Disponível em: https://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/ri/4542/5/TCCG%20%E2%80%93%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20F%C3%ADsica%20-%20Patricia%20Pereira%20da%20Silva%20Moreira.pdf. Acessado em julho 2015.

[15] Silva GB, Buriti MA. Influência da dança no aspecto biopsicossocial do idoso. Revista Kairós Gerontologia. 2012; 15(2):177-92. Disponível em: http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/13114 . Acessado em abril. de 2015.

[16] Gobbo DE. A dança de salão como qualidade de vida para a terceira idade. Revista de Educação Física, Uniandrade, Curitiba. 2005; I(2). Disponível em: http://www.uniandrade.br/pdf/edfisica/2005/diego_emanuel_gobbo.pdf. Acessado em julho 2015.

[17] Rocha MD, Almeida CM. Dança de salão, instrumento para a qualidade de vida. Movimento & Percepção. 2007; 7(10), 76-89

[18] Sebastião E, Hamanaka AYY, Gobbi LTB, Gobbi S. Efeitos da prática regular de dança na capacidade funcional de mulheres acima de 50 anos. Revista da Educação Física (UEM). 2008; 19:205-214

[19] Santana MS, Maia EMC. Atividade Física e Bem-Estar na Velhice. Rev. saude pública. 2009; 11(2):225-36.

AS CONTRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO FRENTE AOS IMPACTOS EMOCIONAIS DO CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

THE PSYCHOLOGIST'S CONTRIBUTIONS TO THE FRONT OF IMPACTS EMOTIONAL BREAST CANCER: A LITERATURE REVIEW

KAREN CHAGAS DE **SOUZA**[1*], MARINA MENEGUETI **VACCARO**[2*]

1. Acadêmica do curso de graduação em Psicologia da faculdade Ingá; **2** Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá, Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá, docente do curso de Psicologia da Faculdade Ingá – Uningá.

***** Rua Jovino Marques da Silva, 207, Tancredo Neves, Mandaguaçu, Paraná, Brasil. CEP: 87160-000. kaareenchagas@gmail.com

Recebido em 24/08/2015. **Aceito** para publicação em 01/10/2015

RESUMO

Nesta pesquisa, buscamos compreender as principais contribuições do psicólogo frente aos impactos emocionais relacionados ao diagnóstico e ao tratamento do câncer de mama vivenciado pela mulher. Para tanto, foi necessário entender o conceito de câncer de mama e as possíveis formas de tratamentos do mesmo, além de apontar os impactos físicos e emocionais desencadeados pelo adoecimento. Os conhecimentos aqui obtidos nos levam a constatação da angústia e sofrimento enfrentados pela mulher, bem como da importância das contribuições deste profissional frente à vivência do diagnóstico e tratamento da doença. Percebe-se então, que o suporte direcionado a mulher doente resulta em bem-estar psíquico gerador de consequências mais positivas para o tratamento. Além do bem-estar gerado a paciente, nota-se a importância do auxílio à família, visto que a mesma desenvolve papel fundamental durante esse processo. Pode-se notar também, a importância da interação paciente, equipe e família. Nesse contexto, o psicólogo é identificado como profissional que deve estar capacitado em sua formação, conhecer o fenômeno com o qual está lidando, proporcionar e incentivar o diálogo entre paciente, família e equipe proporcionando o bem-estar psicológico por meio de estratégias que minimizem o sofrimento causado pela doença.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de mama, impactos emocionais, atuação do psicólogo.

ABSTRACT

The psychologist´s main contributions when coping with emotional impacts related to diagnose and treatment of breast cancer experienced by females are assessed. Breast cancer, its possible forms of treatment and the physical and emotional impacts triggered by the disease are investigated. Anguish and sufferings by the female and the importance of the health professional´s contributions in the wake of the disease´s diagnosis and treatment are taken into consideration. It must be perceived that support for the ailing female results in the psychic well-being with more positive consequences for treatment, compounded to the help provided by the family since it has a basic role in the process. One may also note the importance of the interaction between patient, health team and family. The psychologist is thus identified as the health professional who should have in-depth knowledge of the phenomenon she is dealing with by providing and triggering dialogues between the patient, family and health team for psychological well-being to minimize the suffering caused by the disease.

KEYWORDS: Breast cancer, emotional impacts, the psychologist´s role.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente entre as mulheres e corresponde a 22% dos casos a cada ano. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados[1].

Venâncio (2004)[2] destaca a alta angústia, o sofrimento, ansiedade e traumas, isso porque o diagnóstico implica alterações na vida da mulher, mudança em seu cotidiano, tarefas, atividades, trabalho e no convívio com outras pessoas. Devido a essas alterações, tanto a paciente como a sua família precisam reorganizar o seu modo de vida, criando novos planos e perspectivas que se adequem ao diagnóstico. Contudo, "vários estudos referentes ao câncer de mama comprovam que pacientes que participam de atendimento psicológico possuem um melhor ajustamento à doença ... podendo obter um aumento no tempo de sobrevida"[2].

Diante disso pretende-se identificar, por meio de pesquisa bibliográfica, de que maneira o psicólogo pode contribuir frente aos impactos emocionais relacionados ao diagnóstico e ao tratamento do câncer de mama. Espera-se que os conhecimentos obtidos através da presente pesquisa possam servir como embasamento para a prática não só dos psicólogos, mas de profissionais que atuam com pacientes oncológicos e, principalmente, aqueles acometidos pelo câncer de mama. Além disso, espera-se demonstrar a importância do psicólogo como

profissional que pode contribuir tanto no momento do diagnóstico, quanto durante o período de tratamento da doença, visto que, o auxílio psicológico colabora para um melhor ajustamento à doença e aumento de sobrevida.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este artigo foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica. As informações aqui presentes foram obtidas através da leitura e revisão de materiais já publicados sobre o tema. Como sugere Gil (2006)[3] "a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituída principalmente de livros e artigos científicos".

Para elaboração do artigo foram utilizados livros e artigos científicos que foram encontrados na biblioteca online Scielo, no portal de periódicos da CAPES e na ferramenta de busca Google acadêmico. Os descritores utilizados para a busca foram: câncer, câncer de mama, psicologia, psicologia hospitalar, atuação do psicólogo e impactos emocionais.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entendendo o câncer de mama

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer:

> Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo[1].

Conforme o Instituto Nacional do Câncer (2015)[4] o adoecimento pelo câncer pode estar relacionado a causas externas ou internas ao organismo, sendo consideradas como causas externas tudo àquilo que faz parte do meio ambiente, como por exemplo, costumes de uma sociedade e/ou cultura. Em outras palavras, as causas externas estão relacionadas aos conteúdos presentes no ambiente que o ser está inserido. Já as causas internas têm relação com aspectos genéticos e com o modo que o organismo se relaciona e se defende das agressões do meio ambiente, ou seja, essas causas têm relação com a forma que o sujeito lida com conteúdos oferecidos pelo ambiente no qual está inserido. Os cânceres causados exclusivamente por motivos internos ou genéticos ocorrem com pouca frequência se comparado com os cânceres advindos de causas externas. Isso quer dizer que a maioria dos casos de câncer é desencadeada por fatores externos, como, por exemplo, o câncer de pele que se desenvolve pela grande exposição ao sol.

De acordo com Ramos & Lustosa (2009)[5], "entende-se neoplasia maligna da mama como câncer de mama, que é o crescimento desordenado de células determinando a formação de tumores malignos. Pode causar importantes alterações físicas, sociais e psicológicas nas pacientes".

No que diz respeito às alterações físicas, Ramos e Lustosa (2009)[5] apontam que algumas mudanças podem ocorrer no seio da mulher, como por exemplo, a alteração do formato e tamanho, alteração na consistência da pele que pode apresentar aspecto de casca de laranja, e também o surgimento de nódulos. Os nódulos que se apresentam na mama podem ser detectados ou não por meio do toque (auto-exame). Alguns nódulos necessitam de exames mais minuciosos para serem descobertos. Além disso, as alterações ocorridas no seio não são necessariamente dolorosas, pode ocorrer de a alteração ser silenciosa.

De acordo com Silva (2008)[6], o número de casos de câncer em nosso país está se elevando ao longo de cada ano e a doença é considerada uma das mais importantes causas de morte entre as mulheres. Ainda segundo a autora, a patologia se instala normalmente após os 35 anos de idade. Quando o câncer de mama é diagnosticado tardiamente, as possibilidades de cura são reduzidas. Esse fato nos leva a considerar a importância de um diagnóstico precoce que pode proporcionar à paciente a ampliação de suas possibilidades de cura. Conforme expõe Maluf, Mori e Barros (2005)[7]:

> Frente ao diagnóstico não maligno, a sensação de alívio pela não morte é imensa. Porém havendo a confirmação do câncer de mama, a mulher passa por várias fases de conflito interno que oscilam desde a negação da doença, não acreditando que tem câncer, "afinal essas coisas só acontecem com os outros e como foi acontecer comigo...". Nessa fase procura diversos profissionais na esperança de que algum deles lhe dê um diagnóstico contrário aos achados, até a fase de aceitação, onde há uma aceitação do diagnóstico de câncer de mama e procura pelo tratamento.

Conforme Silva (2008)[6] entre os tratamentos da doença estão à mastectomia que pode ser realizada apenas na área onde está localizado o tumor ou abranger a mama em sua totalidade, a quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia, sendo os três últimos tratamentos complementares. Segundo Wanderley (1994) apud Silva (2008)[6] "além da perda da mama ou de parte dela, os tratamentos complementares podem impor a perda de cabelos, a parada ou irregularidade da menstruação e a infertilidade, fragilizando ainda mais o sentimento de identidade da mulher". Maluf *et al.* (2005)[7] ressaltam que o tipo de tratamento destinado a paciente depende de aspectos como: idade, características do tumor e saúde geral da mulher.

Sobre a hormonioterapia, Cantinelli *et al.* (2006)[8]

afirma que é uma medida eficaz no tratamento do tumor da mama, porém, sua eficácia é comprovada apenas em mulheres portadoras de tumores que expressam os receptores hormonais de estrógeno e/ou progesterona. Os autores ainda destacam que o tratamento proporciona redução da mortalidade e citam efeitos colaterais relacionadas à menopausa, provocando ondas de calor. Além disso, destacam como sendo efeito colateral do tratamento a secura vaginal, que dificulta a vida sexual da mulher. Frasson *et al.* (2008)[9] contribui dizendo que a hormonioterapia "impede que as células tumorais recebam os hormônios de que necessitam para crescer. Inclui o uso de medicamentos que alteram a forma de ação dos hormônios. Também inclui a retirada dos ovários, principal órgão produtor de hormônios femininos". Já a quimioterapia, segundo o Instituto Nacional do Câncer (2015)[10]:

> É um tratamento que utiliza medicamentos para destruir as células doentes que formam um tumor. Dentro do corpo humano, cada medicamento age de uma maneira diferente. Por este motivo são utilizados vários tipos a cada vez que o paciente recebe o tratamento.

Cantinelli *et al.* (2006)[8] assinalam que a quimioterapia, assim como a hormonioterapia, favorece a redução de recidiva, ou seja, estabelece maior nível de sobrevida. Essa modalidade de tratamento é indicada para mulheres com grande chance de recaída que pode ocorrer pelo tamanho do tumor ou devido ao número de linfonodos comprometidos. A quimioterapia pode apresentar efeitos colaterais como náuseas, vômito e perda de cabelos ou pelos.

A radioterapia, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2015)[10], tem a finalidade de aniquilar um tumor ou dificultar o aumento de suas células por meio do uso de radiações. Frasson *et al.* (2008)[9] afirmam que no processo de radioterapia raios de forte energia são direcionados a destruição de células tumorais. Contudo, o paciente não sente e não vê as radiações. Os efeitos da radioterapia estão associados ao cansaço, a perda de apetite e dificuldade para ingerir alimentos.

Após termos abordado sobre os impactos físicos e a as formas de tratamento do câncer, voltaremos nossa atenção para os impactos emocionais do diagnóstico e tratamento da doença.

Os impactos emocionais frente ao diagnóstico e tratamento

Maluf, Mori e Barros (2008)[7] chamam atenção para o fato de frente ao diagnóstico a paciente procurar fazer muitas consultas, com médicos distintos, na esperança de ter ocorrido um engano e não ser portadora da doença, o que revela o impacto da notícia e a não aceitação da mesma. Essa rejeição a doença pode estar vinculada ao fato do câncer ainda hoje ser associado à dor, sofrimento e até mesmo a morte.

Sobre esse fato, Silva (2008)[6] comenta que pouco antes do século XX o câncer era visto como um castigo, ou seja, a doença era sinônimo de pecado e muitas vezes associada à sujeira física e moral. De acordo com Ramos e Lustosa (2009)[5]:

> As representações associadas ao câncer são, em sua grande maioria, negativas, pois é uma doença vista como destruidora e geralmente sentida como um castigo, uma punição, uma vez que o câncer está associado ao estigma social da morte. O preconceito da sociedade em relação ao câncer de mama faz com que muitas pacientes procurem manter segredo sobre sua doença, por medo tanto do estigma quanto da rejeição.

Antigamente o câncer era vinculado ao pecado, sobretudo sexual. Assim, a mulher com esse diagnóstico era tida pela sociedade como imoral, já que existia a crença de que a doença tinha relação com a prática sexual. Aquele que obtinha a cura da doença era tido como um pecador libertado. Somente com o passar dos anos é que começaram a surgir outras hipóteses ligadas ao adoecimento pelo câncer que não faziam referência apenas a aspectos morais ou sexuais. Algumas dessas hipóteses apontavam, por exemplo, que o surgimento do câncer tinha relação com a preocupação elevada e o uso de cigarro excessivo[6].

Segundo Venâncio (2004)[2] "apesar dos avanços da medicina no tratamento do câncer e no aumento de informações vinculadas pela mídia, o câncer ainda equivale, muitas vezes, a uma 'sentença de morte', comumente associada à dor, sofrimento e degradação".

Maluf *et al.* (2005)[7] afirmam que o câncer de mama provoca na mulher a vivência de um processo de luto que, muitas vezes, é difícil de ser elaborado devido a fatores como a dor e falta de esperança que o acompanham.

> Na realidade, o processo de luto pelo qual passa a mulher com câncer de mama é um momento em que esta tem a possibilidade de entrar em contato com seus conteúdos internos e os chocar com a nova realidade, elaborando isso, para que possa refazer psiquicamente sua auto-imagem, através do contato com uma nova realidade, neste caso, o câncer de mama.

Klüber-Ross (2008)[11] aponta os cinco estágios emocionais que podem ser vivenciados por aqueles que se descobrem com alguma doença que ameace a continuidade da vida, são eles: negação, raiva, barganha, aceitação e depressão.

O sentimento de negação geralmente é vivenciado por pacientes que recebem o diagnóstico sem haver uma

preparação prévia para isso ou pode ocorrer também posteriormente. A negação pode se dar de forma parcial ou total e acomete a maioria das pacientes. É uma defesa temporária.

O segundo estágio apontado pela autora se refere ao sentimento de raiva, ressentimento, revolta e inveja. Esse estágio substitui o primeiro. Os sentimentos aqui vividos são projetados em todas as áreas que fazem parte da vida da mulher naquele momento, como hospital, os profissionais que a atendem e também na família.

O terceiro estágio é o da barganha, que se mostra benéfico ao paciente por pouco tempo. Se a negação do primeiro estágio e a raiva do segundo não foram suficientes o paciente passa a considerar que "algum tipo de acordo" pode ocorrer e pensa: "Se Deus decidiu levar-me deste mundo e não atendeu a meus apelos cheios de ira, talvez seja mais condescendente se eu apelar com calma"[11]. Ainda segundo a autora, geralmente as barganhas são mantidas em segredos pela paciente, fazem referência a promessas e Deus.

O quarto estágio é o de depressão, que acontece devido às alterações que a paciente deve realizar em sua vida devido à notícia da doença. Existem alguns tipos de depressão que são considerados como sendo principais em casos de pacientes oncológicos. O primeiro tipo é a depressão reativa, que se constitui como uma reação a uma perda que já ocorreu, nesse caso, podemos citar como exemplo a perda da mama e a perda da capacidade produtiva, levando em consideração que algumas pacientes perdem o emprego pelo tempo que o tratamento da doença exige delas. O segundo tipo de depressão é a depressão preparatória, em que o paciente mostra uma preparação para a morte. Nesses casos a paciente está prestes a perder tudo o que tem, inclusive a própria vida e deve-se deixar exteriorizar seu sofrimento. Essa exteriorização fará com que aceite mais facilmente a realidade[11].

O quinto estágio aponta para o sentimento de aceitação. Nesse estágio a mulher acometida pela doença já terá passado pelos sentimentos anteriores de maneira a mostrar superação em relação a eles. Essa superação auxilia na aceitação que vem acompanhada de tranquilidade, tranquilidade em aceitar o seu fim próximo. A aceitação se assemelha a um repouso antes do fim, nesse momento a paciente encontra-se frágil e cansada[11].

Em relação aos impactos emocionais vivenciados pela paciente, Venâncio (2004)[2] destaca a alta angústia, o sofrimento, ansiedade e traumas, isso porque o diagnóstico implica alterações na vida da mulher, mudança em seu cotidiano, tarefas, atividades, trabalho e no convívio com outras pessoas. Devido a essas alterações, tanto a paciente como a sua família precisam reorganizar o seu modo de vida, criando novos planos e perspectivas que se adequem ao diagnóstico.

Silva (2009)[12] aponta a existência de um cotidiano limitado após o diagnóstico da doença e adequação a uma nova rotina:

> O cotidiano é vivenciado com dificuldades, pois, além dos efeitos do tratamento, a rotina da pessoa com câncer muda radicalmente e ela passa a conviver com outros entes que não faziam parte do seu repertório de convivência, o que exige uma adaptação nem sempre fácil. O novo cotidiano passa a ser vivenciado de forma desgastante, às vezes, enfadonha, porque não sobra tempo nem disposição para que outras atividades enriqueçam o viver.

Silva (2009)[12] ressalta o fato de a mulher doente necessitar dos cuidados dos profissionais da saúde, mas, sobretudo, dos cuidados da família. Segundo a autora, "a doença e o tratamento trazem algumas limitações que podem ser superadas com o auxílio daqueles que convivem com o doente. Os familiares se preocupam com a alimentação, com a administração dos medicamentos, com a higiene, com a dor"[12].

Bergamasco & Angelo (2001)[13] destacam a existência do sofrimento vivido pela mulher doente por se tornar dependente da família. Esse sofrimento é considerando como sendo uma dificuldade de adaptação à doença, porém a adaptação é necessária para a recuperação de sua identidade. Além da dependência dos familiares para atividades cotidianas, outros aspectos podem trazer dificuldade de adaptação, sofrimento e angústia para mulher doente. Venâncio (2004)[2] aponta que a mulher confere grande importância ao seio. Essa importância que remete ao seio pode se tornar angustiante diante da possibilidade de vivenciar o processo de mastectomia. Quando sofre a mastectomia sente alterações não só em sua estrutura física, mas também e, sobretudo, na imagem corporal que ela própria faz de si. Assim, após o procedimento a paciente pode perder a capacidade de se sentir atraente ou desejada. A falta do seio e mutilações sofridas podem trazer alterações na autoestima.

Intimamente relacionadas a estas alterações estão as alterações na sexualidade. Sobre isso, Conde *et al* (2006)[14] explicam que as mulheres acometidas pelo câncer de mama frequentemente apresentam disfunções sexuais, tais como falta ou diminuição do desejo, dificuldade de excitação e orgasmo, que podem estar ligadas a aspectos do tratamento como, por exemplo, a secura vaginal advinda da hormonioterapia. Essas disfunções também podem estar relacionadas com aspectos psicológicos, contribuintes nesse processo. Segundo Conde *et al* (2006)[14], "a etiologia dessas disfunções não está totalmente compreendida, porém há evidências de que as reações psicológicas ao câncer servem de base para as disfunções sexuais em algumas mulheres".

Venâncio (2004)[2] destaca ainda o grande sentimento de culpa que a mulher acometida pelo câncer de mama carrega consigo devido ao adoecimento. Essa culpa des-

perta maior possibilidade de quadros de depressão e ansiedade enfrentados durante o diagnóstico e tratamento. Quanto maior a mutilação sofrida na mama, maior também será o impacto emocional causado na mulher. Além disso, considera-se o fato de que até mesmo mulheres que não sofrem mastectomia serem atingidas por baixa estima, pois, a descoberta da doença por si só pode provocar esse quadro.

Venâncio (2004)[2] ainda comenta o fato de ser a depressão e ansiedade os impactos emocionais mais frequentes enfrentados pela mulher doente. Contudo, as reações ao tratamento dependem da individualidade de cada paciente, ou seja, do modo como cada uma vivencia e enfrenta a doença. Para Venâncio (2004)[2] "cabe mencionar que as reações das pacientes frente à doença, ao tratamento e a reabilitação dependem de características tais como: história de vida, contexto cultural e social, espiritualidade e opção sexual".

Bergamasco & Angelo (2001)[13] citam ainda algumas etapas importantes na recuperação da identidade da mulher acometida pelo câncer, sendo elas: a definição e redefinição de sua identidade, o redirecionamento das atividades e por último a integração da identidade. Sobre essas etapas afirmam Bergamasco & Angelo (2001)[13]:

> Definindo e redefinindo a identidade inclui a familiarização com o corpo através das limitações testadas e, algumas vezes, confrontando-as; redirecionando as atividades refere-se à dar nova importância as atividades antigas e que ainda estão intactas, mudando a importância de ação do corpo para a mente ou da mente pra o corpo, substituindo novas atividades pelas antigas e usando partes do corpo alterado para terminar as atividades; integrando a identidade é obtida através da validação de cada desempenho bem sucedido, pois a pessoa doente começa a uma vez mais, a adquirir o senso de integridade e totalidade.

Tendo abordado os impactos emocionais do diagnóstico e tratamento da doença, discutiremos sobre a importância que o psicólogo tem nesse processo, esmiuçando suas principais contribuições frente ao diagnóstico e ao tratamento do câncer de mama.

As contribuições do psicólogo frente ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama

Speroni (2006)[15] chama atenção para o fato de ser necessária uma reflexão acerca do lugar da psicologia no hospital, pois, até que conquistasse seu espaço atual, ocorreram alguns acontecimentos importantes. A autora aponta que, no século XVII, o dualismo cartesiano, que propunha a dissociação mente-corpo, consagrou a medicina como sendo cada vez mais organicista, considerando apenas os processos orgânicos observáveis.

Segundo Speroni (2006)[15], a partir do ano de 1918, um psiquiatra alemão chamado Heinroth criou o termo "Psicossomática", que passou a ser utilizado para designar a existência de fatores psíquicos na determinação de patologias orgânicas. A psicossomática, segundo Speroni (2006)[15] tem como um dos seus princípios fundamentais a "busca de uma visão holística em detrimento da orientação analítica-localista que imperava na medicina geral".

Para Mozzomo (2003)[16] "não aceitar a visão holística do ser humano é andar na contramão do saber humano. A visão holística em curso não abrange apenas a relação pessoa e meio ambiente e, sim, o ser humano em múltipla realidade, biopsicossocial e espiritual".

A partir do final da década de 50 a ciência psicológica entrou no contexto hospitalar devido à necessidade deste saber biopsicossocial[15]. Nota-se que através desse saber pode-se compreender melhor a doença, ampliando a visão que os profissionais têm do paciente.

Speroni (2006)[15] comenta que o ambiente hospitalar e o estado de hospitalização são influenciadores nas emoções do paciente, o que pode refletir em sofrimento e desequilíbrio. Considerando esse desequilíbrio a autora destaca como sendo o principal objetivo do psicólogo a diminuição do sofrimento do paciente, causado pela doença e hospitalização.

Tendo em vista esse objetivo, Venâncio (2004)[2] aponta que o psicólogo será o profissional que irá contribuir no sentido de promover a mulher com câncer de mama o bem-estar psicológico, que deve ser preservado apesar do diagnóstico e do tratamento. Sobre o psicólogo afirma ainda o autor:

> Esse profissional vai ajudar a mulher a manter seu bem-estar psicológico durante o tratamento. Vários estudos referentes ao câncer de mama comprovam que pacientes que participam de atendimento psicológico, possuem um melhor ajustamento à doença, redução de distúrbios emocionais (como ansiedade e depressão), melhor adesão ao tratamento e redução dos sintomas adversos associados ao câncer e aos tratamentos, podendo até obter um aumento no tempo de sobrevida[2].

Chiattone (2000)[17] aponta que o psicólogo tem a tarefa de avaliar o quanto o emocional da paciente foi comprometido em razão da doença e hospitalização. Realizada essa avaliação, deve auxiliar no desenvolvimento de capacidades que não sejam prejudicadas pela doença. Além disso, o psicólogo deve favorecer a expressão de sentimentos envolvidos na vivência da doença e do processo de hospitalização.

Para Chiattone (2000)[17] o psicólogo deve "atuar no nível de humanização do atendimento, propiciando preparo para hospitalização, minimização de práticas agressivas através de preparo para condutas terapêuticas, exames, cirurgias, incentivo a visitas, preparo da alta e encaminhamento a serviços especializados". Logo, po-

de-se constatar que no caso do câncer de mama, o psicólogo promove a humanização acompanhando o médico no momento de dar o diagnóstico, preparando a paciente para o tratamento (quimio, radio e hormonio) e até mesmo para intervenções cirúrgicas (mastectomia) compreendendo e desmistificando as fantasias envolvidas em torno do tratamento e intervenção cirúrgica. Além disso, o psicólogo pode preparar a paciente para enfrentar a alta e consequentemente a lidar com as mudanças no seu dia a dia, considerando que necessitará desenvolver novas estratégias de adaptação que se adequem ao diagnóstico.

Para Venâncio (2004)[2], o psicólogo que atua na área oncológica além de conservar o bem-estar da paciente, tem o papel de proporcionar a ela possibilidade de atribuir à doença nova significação e compreensão. Segundo Bergamasco; Angelo (2001)[13], "para a mulher com câncer de mama, compreender a doença e seus significados faz com que ela seja capaz de refletir sobre o papel que exerce na vida diária da família e sobre as pessoas do seu convívio, bem como descobrir maneiras de ter uma melhor qualidade de vida".

Nessa perspectiva, Venâncio (2004)[2] defende que é importante que a paciente esteja bem informada sobre a doença e as formas de tratamento, pois "quanto mais informado a paciente estiver de sua doença, maior será a sua capacidade de enfrentar o adoecer e mais confiança terá na equipe". O autor ainda contribui dizendo que o psicólogo deve acolher a paciente, de modo que utilize linguagem acessível para com ela, promovendo uma relação que a auxilie na busca de alternativas mais viáveis para lidar com o câncer de mama.

Contudo, o olhar do psicólogo não deve estar voltado somente para a paciente. É de grande importância que tal profissional desenvolva um trabalho voltado para a família e para as demais pessoas do convívio da paciente, fornecendo apoio e orientação psicológica e incentivando a participação dos mesmos[17], para que possam sentir-se encorajados para auxiliar a paciente em todo seu processo de adoecer[2].

Venâncio (2004)[2] afirma ainda que o psicólogo que atua na área de oncologia é um agente na criação do vínculo entre a família e o paciente, facilitando a convivência e diálogo familiar. Nesse processo o diálogo ganha papel indispensável, visto que a paciente poderá compartilhar suas emoções e experiências e, consequentemente, ter seu sofrimento atenuado.

Chiattone (2000)[17] comenta a importância de o psicólogo contribuir para que a equipe tenha maior entendimento sobre reações e sentimentos pertencentes tanto ao paciente como a sua família durante a hospitalização. Além disso, aponta a necessidade de o psicólogo ter contato com a equipe, com vistas a trocar informações profissionais capazes de aprimorar o atendimento ao paciente.

Venâncio (2004)[2] explica ser a formação do profissional um grande diferencial no suporte que o mesmo proporciona a paciente. É importante lembrar que o psicólogo deve conhecer a doença, ser informado sobre o fenômeno com o qual está lidando. Para tanto, deve estar a par de conhecimentos como diferenciação de sintomas físicos e sintomas emocionais vividos no adoecer.

Tendo em vista todas as contribuições que o psicólogo proporciona durante o processo do diagnóstico e tratamento da doença, Venâncio (2004)[2] acrescenta que pacientes submetidos ao acompanhamento psicológico durante o tratamento de câncer de mama tem ganhos significativos. Esses ganhos fazem referência a aspectos como a melhora do estado geral da saúde e qualidade de vida da mulher. Além disso, o acompanhamento psicológico proporciona maior tolerância aos afeitos adversos da terapêutica oncológica (quimio/radioterapia e cirurgia) e melhora significativa na comunicação entre paciente família.

4. CONCLUSÃO

Esta pesquisa permitiu compreender como é vivenciado o tratamento o e diagnóstico do câncer de mama pela mulher, bem como o sofrimento que acompanha esse processo. Entre os principais impactos emocionais estão a ansiedade, o medo e a depressão. Diante disso, faz-se necessária a identificação das principais contribuições do psicólogo que atua na área oncológica junto a pacientes acometidas pelo câncer de mama. Esmiuçando as intervenções e estratégias de atuação deste profissional pode-se notar que seu principal objetivo é a minimização do sofrimento e, consequentemente a viabilização do bem-estar, não apenas da paciente, mas também da família e equipe de saúde. Nesse sentido, o psicólogo irá incentivar o vínculo e diálogo entre paciente, família e equipe com vistas a melhorar a qualidade do atendimento e processo de hospitalização.

Os dados obtidos possibilitam compreender que mulheres submetidas ao atendimento psicológico respondem melhor ao tratamento, desenvolvendo estratégias vinculadas a sua nova realidade. O desenvolvimento dessas estratégias resulta em maior qualidade de vida. Assim, o psicólogo é identificado como profissional da humanização, do apoio, do acolhimento e que auxilia no desenvolvimento de estratégias de adaptação e enfrentamento da doença.

REFERÊNCIAS

[01] Organização Organização Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Tipos de Câncer. [acesso 06 de jun. 2015] Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama.

[02] Venâncio, J L. Importância da atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. Revista

Brasileira de Cancerologia. 2004; 50(1):55-63. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v01/pdf/revisao3.pdf. Acesso: 15 jun. 2014.

[03] Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7 ed. São Paulo, SP: Atlas, 2006.

[04] Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. O que é. [acesso 06 de jun. 2015] Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee.

[05] Ramos BF, Lustosa, MA. Câncer de mama feminino e psicologia. Revista: Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar. 2009; 12(1):8-97. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100007. Acesso em: 05 mai. 2015.

[06] Silva LC. Câncer de mama e sofrimento psíquico: aspectos relacionados ao feminino. Revista Psicologia em Estudo. 2008; 13(2):231-7. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a05v13n2, acessado em 15 jun. 2014.

[07] Maluf MFM, Mori LJ, Barros ACSD. O Impacto Psicológico do Câncer de Mama. Revista Brasileira de Cancerologia. 2005; 51(2):149-54. Disponível em: hppt://www.inca.gov/Rbc/n_51/v02/pdf/revisao1.pdf. Acesso: 06 jun. 2014.

[08] Cantinelli FS, Camacho RS, Oren S, Gonsales BK, Braguittoni E, Renno Jr J. A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. Revista: Psiquiatria Clínica. 2006; 33(3):124-33. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n3/a02v33n3.pdf. Acesso: 22 abr. 2014.

[09] Frazzon A, Zerwes F, Barbosa F, Novita G, Volbrecht B. Atualizações em geriatria e gerontologia: da pesquisa básica à prática clínica. Porto Alegre: EDPUCRS. 2008.

[10] Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Tratamento. [acesso 06 de jun. 2015] Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento.

[11] Kluber-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes. 2008.

[12] Silva, LC. O cuidado na vivencia do doente de câncer: uma compreensão fenomenológica. Maringá: Eduem, 2009.

[13] Bergamasco RB, Angelo M. O sofrimento de Descobrir-se com Câncer de Mama: Como o Diagnóstico é Experienciado pela Mulher. Revista: Sociedade Brasileira de Cancerologia. 2001; 47(3):277-82. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v03/pdf/artigo4.pdf. Acesso: 15 jun. 2014.

[14] Conde DM, Pinto-Neto AM, Freitas Junior R, Aldrighi JM. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2006; 2(3):195-204. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n3/30847.pdf. Acesso: 27 mai. 15.

[15] Speroni, AV. O lugar da psicologia no hospital geral. Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar. 2006; 9(2):83-97. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582006000200006. Acesso em: 15 ago. 2015.

[16] Mezzomo AA. Fundamentos da Humanização Hospitalar: Uma Visão Multiprofissional. Santos: Universidade Católica de Santos. 2003.

[17] Chiattone HBC. Psicologia da Saúde. São Paulo: Pioneira Psicologia. 2000.

SÍNDROME DE DOWN: O AMOR PODE SUPERAR BARREIRAS E PRECONCEITOS

DOWN SYNDROME: LOVE CAN OVERCOME BARRIERS AND PREJUDICE

SILVANA PEREIRA **MENDONÇA**[1*], CAROLINE ANDREA **POTTKER**[2]

1. Discente do curso de graduação em Psicologia. Faculdade Ingá-Uningá; **2.** Docente Mestre do Curso de Psicologia da Faculdade Ingá-Uningá.

[*] Rua Jasmim, 220, Centro, Uniflor, Paraná, Brasil. CEP: 87640-000. silvana.mendonca23@hotmail.com

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

RESUMO

O presente artigo objetiva discutir sobre as barreiras e preconceitos que as pessoas com Síndrome de Down enfrentam quando têm relacionamentos amorosos. Para tanto, foi realizada uma análise do documentário, Monica e David, o qual relata a história de um casal com Síndrome de Down (SD), demonstrando os preparativos para o seu casamento e o apoio oferecido a eles pela família. Este trabalho foi norteado pela Psicologia Histórico-Cultural. Os resultados apontaram que pelo fato dos personagens não trabalharem pode caracterizar-se como uma barreira por não terem como se sustentarem após o casamento. Outra barreira refere-se à sexualidade. Pessoas com deficiência têm desejos e necessidades sexuais, por isso é importante que recebam orientações sobre a vida sexual. Além disso, os pais têm dificuldades em permitir a independência dos filhos, por considerarem que são incapazes de se virarem sozinhos. No documentário ressalta-se o apoio dos pais ao casamento. Percebe-se porém, que o maior preconceito identifica-se na sociedade que não considera os jovens capazes de estabelecerem um relacionamento amoroso duradouro. Por fim, com o documentário pode-se apresentar que é possível, pessoas com Síndrome de Down relacionarem-se amorosamente e efetuarem o casamento superando os julgamentos e preconceitos dos que são contra esta condição.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Down**,** relacionamento amoroso, inclusão social.

ABSTRACT

This article is part of the Psychology Course Completion Work of Inga Faculty and aims to discuss the barriers and prejudices that people with Down syndrome face when they have loving relationships. Therefore, an analysis of the documentary was made, Monica and David, which tells the story of a couple with Down syndrome, showing the preparations for your wedding and the support offered by the family. This work was guided by the Historic-Cultural Psychology. The results showed that the fact that the characters do not work can be characterized as a barrier for not as if-sustaining after the wedding. Sexuality is characterized as a barrier, people with disabilities have sexual desires and needs, it is important that they receive guidance on sexual life. In addition, parents have difficulties in allowing the independence of children, on the grounds that they are unable to fend for themselves. In the documentary it emphasizes the support of parents to marriage, while in society there is prejudice by not considering that young people are able to establish a loving relationship. It follows that the documentary is important to present the society that it is possible that people with Down syndrome relate to lovingly surpassing the judgments and prejudices.

KEYWORDS: Down syndrome, loving relationship, social inclusion.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata de uma discussão sobre as barreiras e preconceitos enfrentados por um casal com Síndrome de Down (SD) no seu relacionamento amoroso. Para a realização desta pesquisa, o que mais me motivou foi ter, na minha infância, convivido com uma menina com Síndrome de Down. Crescemos juntas até na adolescência. Nas brincadeiras ouvia-a constantemente dizer que queria ter um namorado, porém, sua mãe deixava claro que isto jamais poderia acontecer. Diante desta situação, passei a me interessar pelo tema, realizar leituras e assim, pressenti e passei a pensar diferente dos pais desta amiga, ou seja, as pessoas com SD podem sim ter um relacionamento amoroso.

Para tanto, iniciamos abordando informações relevantes a essa síndrome. Segundo Gusmão (2004)[1] várias pesquisas realizadas na América do Sul apontam que, para cada 700 crianças geradas um nasce com Síndrome de Down. Com o avanço da idade materna esse quadro pode aumentar. Numa mulher com idade de 20 anos a probabilidade de a criança nascer com Síndrome de Down é de 0,07%, passando para 03% aos 35% aos 40 anos e quase 3% aos 45 anos.

Sobre as deficiências Vygotski (1997)[2] um dos autores da Psicologia Histórico-Cultural, teoria esta que norteará as discussões neste estudo, explica que, estas se dividem em primária e secundária, sendo a primeira referente à desordem orgânica, enquanto que a segunda é de ordem social. Afirma que na maioria das vezes as consequências sociais são mais preponderantes do que a deficiência em si.

As pessoas com Síndrome de Down não possuem nenhuma doença, mas uma condição genética que dificulta a realização de algumas atividades e ações, alguns apresentam mais dificuldades do que outros, mas nada impede que eles vivam uma vida normal como qualquer outra pessoa que não as possui.

Uma pessoa com síndrome de Down possui sentimentos e se desenvolve como qualquer outra pessoa que não apresenta nenhum distúrbio intelectual. Os pais que convivem com pessoas com esta síndrome têm muitos tabus e preconceitos, principalmente em falar sobre a sexualidade das pessoas com deficiência intelectual e de admitirem que eles também possam ter relacionamentos amorosos, como qualquer outra pessoa. Para estes pais, um filho com deficiência nunca cresce, serão sempre suas crianças.

Portanto, tal pesquisa se faz fundamental, pois pouco se debate sobre o assunto ora apresentado: deficiente intelectual ter um relacionamento amoroso. Na maioria das vezes, as pesquisas frisam as dificuldades e impedimentos que as pessoas com Síndrome de Down enfrentam. Com isso, visa-se que a presente pesquisa possa subsidiar estudos posteriores assim como auxiliar cuidadores e familiares quanto a tais relacionamentos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O estudo tem como base metodológica a pesquisa descritiva e com abordagem qualitativa. Com relação à pesquisa descritiva segundo Gil (2006)[3] afirma 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". A pesquisa descritiva tem por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental [...][3].

De acordo com Rey (2011)[4] "a abordagem qualitativa é o estudo da subjetividade e volta-se para a elucidação, o conhecimento dos complexos processos que constituem a subjetividade e não tem como objetivos a predição, a descrição e o controle" A pesquisa qualitativa "não se orienta à produção de resultados finais que possam ser tomados como referências universais [...] mas à produção de novos momentos teóricos que se integram organicamente ao processo geral de construção do conhecimento"[4].

Neste estudo, foi utilizado como instrumento de coleta de dados, cenas do documentário "Monica & David", dirigido por Alexandra Codina, em 2009 e lançado no final de 2011 na HBO. O documentário relata a história de um casal com Síndrome de Down, destacando os preparativos para o casamento, e o apoio oferecido pela família.

Os dados coletados foram transcritos a partir dos registros de informações gravadas, para que fossem analisadas com muita precisão e nos mínimos detalhes. Para a análise dos dados coletados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo.

3. DESENVOLVIMENTO

O que é a sindrome de down?

Segundo Gusmão (2004)[1] "a Síndrome de Down é um distúrbio genético, descrito inicialmente pelo médico inglês John Down em 1866". As pessoas que nascem com Síndrome de Down possuem um distúrbio em seus genes acarretando problemas intelectuais e físicos, deixando visível a diferença em relação às pessoas que não possuem tais dificuldades.

As pessoas com Síndrome de Down têm um grau variado de atraso mental, ou seja, em algumas os níveis de comprometimento são maiores e em outras menores.

Existem também, alguns problemas de desenvolvimento motor e características diferenciadas como: hipotonia muscular, prega palmar transversa única, prega única no quinto dedo, sulco entre o halux e o segundo artelho, excesso de pele no pescoço, fenda palpebral oblíqua e face achatada. Todas essas características são visíveis as pessoas com Síndrome de Down, isso faz com que elas se diferenciem dos demais que não possuem nenhum problema intelectual[1].

Nesse sentindo, segundo Matos (2007)[5]: A SD é uma condição genética cuja trissomia na banda cromossômica 21q22 é a alteração mais frequente, cerca de 95% dos casos. Os outros 5% incluem translocação, mosaissismo ou dupla gênica. A SD causa comprometimento intelectual com grau variável de dificuldades físicas e cognitivas.

Atualmente os portadores de Síndrome de Down vivem mais, este aumento é devido às técnicas cada vez mais desenvolvidas que melhoram o diagnóstico laboratorial e as estratégias de tratamento e terapias mais eficazes. Essas técnicas e tratamentos contribuem muito para melhorar a qualidade de vida dos portadores de Síndrome de Down[5] (MATOS, 2007).

O diagnóstico do pré-natal permite, durante a gravidez, saber se o feto é ou não uma criança com SD. Esse diagnóstico tem finalidade de descobrir a anomalia, no entanto, de posse dele é possível realizar um acompanhamento psicológico com os pais para dar suporte a estes e prepará-los para lidar com a gestação e o pós-parto, orientando-os sobre o tratamento da anomalia após o pré-natal.

Relacionamento amoroso em pessoas com síndrome de down

Contudo, segundo Luiz e Kubo (2007)[6] no século XXI, de maneira geral, falar de namorar, casar, manter relações sexuais antes do casamento, morar com o namorado

já é assunto corriqueiro e está deixando de ser um assunto proibido e vergonhoso, mas infelizmente falar sobre relacionamento sexual e gravidez de pessoas_com Síndrome de Down, ainda é um assunto que gera muito preconceito, pois estudos têm possibilitado perceber que jovens com SD raramente são ouvidos a respeitos dos seus desejos e anseios, sobre as suas dúvidas e experiências, em relação a suas vidas afetivas e sexuais.

Pessoas com Síndrome de Down podem ter relacionamento amoroso, ter um compromisso comum e saudável, no entanto, alguns pais consideram uma situação difícil de aceitar, mas ainda assim apoiam, outros já acham normal e necessário o relacionamento amoroso, pois essas pessoas têm os mesmos direitos e necessidade de se relacionarem como qualquer outra pessoa, que não tem nenhuma disfunção intelectual[7].

Segundo Sampaio (2013, p. 04) “os pais precisam sempre estar atentos à chegada da puberdade da pessoa com SD”. São os pais que devem dar apoio para esse início de formação de identidade sexual dos seus filhos, sendo que as informações dadas a eles precisam ser claras para que haja o entendimento, ou seja, não se deve negar a dificuldade intelectual, ela existe, apenas os pais devem encontrar estratégias diferenciadas para a explicação de fenômenos importantes no decorrer da adolescência.

Sobre a sexualidade das pessoas com Síndrome de Down ainda é um assunto pouco falado, mas é importante salientar que deve ser garantido, às pessoas em questão, o direito de que elas tenham uma vida sexual ativa e saudável, como qualquer outro cidadão, com os seus direitos afiançados, e que vivam de maneira plena e agradável, isso é considerado benéfico para todos os seres humanos[8].

A expectativa de vida da pessoa com Síndrome de Down aumentou muito com o passar dos anos. Hoje, segundo estudos realizados, a estimativa de vida, pode chegar até 70 anos. Para isso, é fundamental uma vida saudável em todos os sentidos, principalmente no que tange a vida amorosa, em que possa se vivenciar intensamente todos os seus sentimentos, porém, para que isto ocorra, é necessário que se tenha informações a respeito de relacionar-se amorosamente, com detalhes explicando clara, com conteúdo simples e objetivo, respeitando a limitação intelectual da pessoa com Síndrome de Down[9] (GEDYE, 1998 *apud* SCHAEFER, 2011).

Pan (2003)[10] (*apud* SHAEFER, 2011, p.2009) explica que:

> “Apesar da sexualidade dos portadores não ser aceita na sociedade, ter escassez de oportunidades de relação interpessoais, e ter poucos espaços de intimidade, para PAN (2010), a sexualidade se desenvolve da mesma forma em uma pessoa com Síndrome de Down do que nos demais e, por isso, deverão igualmente aprender a canalizar os impulsos e os sentimentos”.

Para Ramos[11] (2002, *apud* SCHAEFER, 2011) é comum o familiar de pessoas com Síndrome de Down achar que eles não têm interesse por namoro, sexo, casamento, embora essa mentalidade encontra-se em processo de mudanças. Atualmente, acredita-se que a falta de um relacionamento amoroso na vida de um deficiente intelectual provoca um decréscimo na autoestima dos portadores de Síndrome de Down.

De acordo com Sampaio (2014)[7] num encontro entre jovens com Síndrome de Down, um adolescente conheceu uma garota, e explana: “Luiz foi um momento especial. Ele conheceu Daniele, olhou para o seu rosto e sentiu algo: 'Meu coração bateu muito forte, uma emoção que crescia dentro de mim, e ela é linda, mas é mais que isso, ela é legal!',

O namoro entre pessoas com Síndrome de Down é saudável, mesmo assim, alguns pais se sentem numa situação difícil ao ter que lidar com esses sentimentos manifestados pelos filhos. Para esses pais os filhos são eternas crianças, e acham que os mesmos nunca irão sentir a necessidade de se relacionarem amorosamente com outra pessoa. Agindo desta forma, os pais sempre os protegem de tudo e de qualquer coisa que possa fazer mal a eles, além do que, acham que os filhos irão sofrer muitos preconceitos e terão muita dificuldade em ter um relacionamento[7].

Sampaio (2014)[7] relata uma situação de cortesia entre dois jovens com Síndrome de Down,

> Luiz aprendeu a ser cavalheiro. Abre a porta para a Daniele, deixa a moça passar primeiro e a apresenta a todos como sua namorada. Daniele, com invejável segurança, afirma que ama seu namorado e diz que gosta do jeito que ele a trata, com “muito carinho”. A jovem adora vê-lo de terno e conviver com a família dele, e Luiz faz questão da presença da namorada no dia a dia e com um sorriso de orelha a orelha declara: “Eu amo a Daniele e tudo nela”.

Este casal com Síndrome de Down citado acima pode ser um exemplo para a nossa sociedade, de que estas pessoas com SD podem ter relacionamentos amorosos. Os seus desejos são os mesmos dos demais considerados “normais”. De acordo com os pais desse casal de Síndrome de Down, uma das razões para que as famílias concordassem com o relacionamento, é fazer com que a pessoa se sinta acolhida na casa e passe a participar de festas e eventos familiares[7].

Isso só traz resultados positivos. “Luiz tem preocupação em se manter bem vestido, em dizer que está feliz e de se sentir como seus irmãos, que também namoram; as diferenças diminuem”[7]. Assim, através deste relato pode-se ter um exemplo de que se eles crescem incenti-

vados, pelos familiares e pais, possuirão clareza sobre a puberdade e sexualidade. Dessa forma, esclarecer aos filhos que têm a Síndrome de Down de como eles devem agir com esse sentimento, que aparece com a chegada da adolescência e da puberdade, esses jovens saberão lidar melhor em uma situação de preconceitos e discriminação que possam a vir encontrar, no decorrer da vida[12] (SAMPAIO, 2013).

De acordo com alguns exemplos já citados neste trabalho, pode se identificar, que é possível o jovem com alguma deficiência intelectual se relacionar amorosamente, e como qualquer pessoa, é passível de sofrer frustrações amorosas, fantasia de relacionamentos amorosos, e de expressões de afeto, assim como, manifestações "normais" da sua sexualidade, que são capazes de fazer em um relacionamento amoroso, incluindo "ficar", namorar, casar. Conforme Luiz e Kubo (2007)[6] jovens que têm Síndrome de Down, têm os mesmo desejos e direitos de se relacionarem amorosamente, tendo os mesmos problemas e realizações na vida amorosa como qualquer outro casal.

Glat (1992)[13] (1993, *apud* LUIZ E KUBO, 2007, p.220) afirma, "[...] profissionais que trabalham com pessoas com deficiência mental exercem forte influência sobre elas, são formadores de opinião e reproduzem a concepção que a sociedade tem sobre deficiência mental". A autora ainda explica, que a imagem que a pessoa tem de si e de seu corpo é determinado pelos preconceitos, ideais e valores que o grupo social lhe atribui, então é necessário que essas pessoas que trabalham com deficiência intelectual, sejam devidamente capacitadas e treinadas, para não serem promotores de exclusão e preconceitos. Os cuidadores devem respeitar os deficientes intelectuais, pois essas pessoas que trabalham e convivem com eles, devem ser os primeiros a cumprir com a tarefa de não permitir que eles sejam vítimas de preconceitos.

"É possível constatar que a intervenção sobre a sexualidade de pessoas com deficiência mental continua sendo no sentido de limitá-la" [6,14,] (GLAT E FREITAS, 2002, *apud* LUIZ E KUBO, 2007, p. 220). Ou seja, há esperança em resolver o "problema" da sexualidade das pessoas com deficiência intelectual, percebe-se uma restrição a qualquer manifestação quanto à sexualidade dos deficientes intelectuais. As manifestações sexuais desses jovens com Síndrome de Down, para os professores, são consideradas dramáticas, pelo fato de que, os professores ainda não estão preparados para lidar com este assunto.

Um aspecto que chama atenção é que quando os mesmos tipos de comportamentos acontecem com os jovens considerados "normais", para a sociedade é algo "natural", no entanto, quando se trata de jovens com Síndrome de Down os professores, na maioria das vezes, entendem ou percebem essa fase do amadurecimento sexual como um instinto infantilizado, ou incontrolado. Diante disso, pode-se observar que professores, ou pessoas que ajudam a cuidar e estão próximas das pessoas com deficiência intelectual, precisam se capacitar para poder lidar com o amadurecimento e a sexualidade dos jovens com Síndrome de Down[6] (LUIZ e KUBO, 2007).

Assim, uma das dificuldades da pessoa com Síndrome de Down quanto à sexualidade, é a forma de compreensão deste momento. Segundo Luiz e Kubo (2007)[6], é necessário que haja uma atenção maior para os jovens com a SD, relacionada às informações que serão passadas a eles a respeito da sexualidade. Elas devem ser claras. Este informe é imprescindível para que os mesmos possam aprender a conviver com seu desenvolvimento sexual e corporal, com o amadurecimento, os relacionamentos e sentimentos, que muitas vezes são novos e desconhecidos, da mesma forma que ocorre com outros jovens da sua idade.

Luiz e Kubo (2007)[6], mencionam que "ainda encontram presente na sociedade a crença de que as pessoas com deficiência mental são deficientes emocionais, sendo incapazes de manter relacionamentos amorosos duradouros e profundos. O que indica que as possibilidades que esses jovens encontram de se relacionarem amorosamente ainda é limitada".

Conforme ressalta os mesmos autores, mesmo que os pais e profissionais que participam da vida de pessoas com deficiência intelectual acreditam na capacidade de amar, eles raramente criam condições para que esses jovens se deparem de fato com uma situação em que eles possam relacionar-se amorosamente.

Segundo Luiz e Kubo (2007)[6],

> [...] em uma pesquisa com 10 mães de adolescentes e jovens adultos com deficiência mental de ambos os sexos, na qual constatou que metade das mães acredita ser viável o filho amar uma pessoa do sexo oposto. Por outro lado, as próprias mães relatam impor limitações para a vivência dessa dimensão da vida afetiva por seus filhos.

Percebe-se que ainda é grande a dificuldade de pais e profissionais em deixarem esses filhos terem contato social com outras pessoas que têm Síndrome de Down do sexo oposto, e com isso dificultando cada vez mais o seu desenvolvimento sexual e amoroso, fazendo com que eles fiquem mais retraídos e envergonhados, diminuindo o seu desenvolvimento nessa área afetiva, amorosa e sexual[6].

De acordo com Moreira e Gusmão[15] (2002, *apud* LUIZ E KUBO, 2007, p.222), "[...] o inicio do interesse sexual - incluindo o desejo de namorar, de aproximar-se do outro, a preocupação com a aparência, a curiosidade por assuntos relacionados - surjam em época semelhante a dos demais adolescentes". Assim, pode se dizer, que a sexualidade das pessoas com Síndrome de Down esbarra em dificuldades, principalmente entre eles e seus pais e

profissionais, no que se refere entender o que acontece, pois há um desenvolvimento normal de sua sexualidade, mas seus pais e profissionais não percebem tal desenvolvimento, não compreendendo, de modo que dificulta para esses jovens conseguirem desenvolver a sua vida amorosa.

De acordo com Glat (2002)[14] (1993, *apud* LUIZ E KUBO, 2007, p.223), "[...] isso é resultado de um estereótipo criado pela sociedade de que pessoas com deficiência mental são incapazes de analisar sua própria vida e expressar seus sentimentos". Os pais desses jovens com Síndrome de Down têm constrangimento em falar sobre sexualidade com esses filhos, automaticamente esses jovens também sentem vergonha em falar sobre o assunto abordado e a vida amorosa, pelo fato de que eles são restringidos de informações e poupados pelos seus pais de qualquer assunto sobre sexualidade.

As contribuições de vigotski para o estudo das deficiências

O termo "Defectologia era utilizado pelos estudiosos russos no início do século XX, para se referir à ciência voltada ao estudo das deficiências, ou defeitos"[16]. Esta autora defende que a obra intitulada Defectologia é um arcabouço teórico muito rico quanto ao desenvolvimento de teses de Vigotski sobre a aprendizagem e o desenvolvimento humano. As terminologias (defeito, defectologia, débeis, retardados) utilizadas por Vigotski podem, a princípio, parecer um tanto quanto pejorativas e estereotipados em relação às pessoas com necessidades especiais, todavia, não podemos nos esquecer do contexto histórico que influenciava este autor e dos objetivos libertários e humanizadores que contextualizaram cada um destes termos em particular.

Entre seus estudos sobre a Defectologia, Vygotsky[1] (1997)[2] apresenta a concepção de deficiência compreendida de duas maneiras: a deficiência primária, que é considerada biológica, a qual é vista de forma objetiva e concreta na pessoa, pois está relacionada às suas limitações, podendo, dessa forma influir significativamente no seu desenvolvimento cognitivo ou de personalidade. Pode ser identificada e diagnosticada por alterações de características físicas, sensoriais ou cognitivas, sendo constituída pelas deficiências: visual (cegueira ou baixa visão), auditiva, mental ou ainda física/motora; e a deficiência secundária se manifesta no âmbito das relações sociais que são estabelecidas no decorrer da história de vida da pessoa com deficiência primária. Para o autor, na maioria das vezes, "a deficiência secundária é compreendida como uma consequência social da deficiência primária"[1].

É fato que "o defeito traz algum tipo de limitação ao ser humano, também o é, que ele estimula maneiras de se superar estas limitações e alcançar tal desenvolvimento de outra forma"[1]. Por isso, o defeito origina aquilo que podemos chamar de estímulos para sua compensação. O conceito de compensação, tese central dos estudos de defectologia, consiste em criar condições e estabelecer interações que possibilitem aos sujeitos com deficiência mental se desenvolverem. Para Garcia (1997)[17] diante da "lesão de um órgão ou deficiência de uma função, o sistema nervoso central e o aparato psíquico assumem a tarefa de compensar, criando uma superestrutura psíquica".

Vygotsky & Luria (1996)[18] esclarecem o mecanismo da compensação e da supercompensação de um defeito da seguinte forma:

> (...) o defeito torna-se o centro da preocupação do indivíduo e sobre ele se constrói certa "superestrutura psicológica", que busca compensar a insuficiência natural com persistência, exercício e, sobretudo, com certo uso cultural de sua função defeituosa (caso seja fraca) ou de outras funções substitutivas (caso totalmente ausente). Um defeito natural organiza a mente, dispõe-na de tal modo que é possível o máximo de compensação. E, o que é mais importante, cria uma enorme persistência em exercitar e desenvolver tudo quanto possa compensar o defeito em questão.

Segundo Barroco (2007)[16], Vigotski assevera que o processo de compensação, não seria uma relação simplista, natural, de substituição das funções comprometidas de alguns órgãos de sentidos por outras funções ou órgãos. A compensação social a que se refere Vigotski consiste, sobretudo, numa reação do sujeito diante da deficiência, no sentido de superar as limitações[19].

Dessa forma, Vygotsky (1997)[18] aponta a importância do valor social em relação à deficiência ao mencionar que pessoa com deficiência intelectual como um fato psicológico não é ruim, essa se converte em ruim como fato social. Destaca-se que o processo de desenvolvimento da deficiência ocorre em função do conflito que se estabelece entre as limitações impostas pelo defeito e as necessidades oriundas do meio social no qual o sujeito está inserido.

De acordo com Ayres, Cunha e Moraes (2010)[20], a criança não sente diretamente seu defeito, mas percebe as dificuldades advindas do mesmo, principalmente pela existência de um padrão de normalidade imposto e pela estruturação da sociedade para atender ou não suas necessidades. O defeito só se torna deficiência quando a criança é privada de ser partícipe da vida social.

[1] As citações referentes à Vygotsky (1997) são produtos de uma tradução do espanhol para o português, feita diretamente pelo tradutor do Google, o site de pesquisas da Internet. Quando esta tradução se mostrou muito caótica e inadequada, ela foi refeita e reorganizada pelo autor deste artigo a fim de manter a coerência das ideias e assegurar sua compreensão.

É importante que a sociedade compreenda que a criança deficiente tem um defeito físico, mas que tem grandes potencialidades para se desenvolver e compensar esse defeito.

Então se tratando de pessoa com a Síndrome de Down, em que o seu desenvolvimento cognitivo contribui para o atraso na sua área de desenvolvimento, é muito importante que desde criança ela tenha bons estímulos pedagógicos, com atividades para melhorar a "atenção, memória e linguagem", elas possuem limitações psicológicas e cognitivas, essas funcionam de forma mais lenta do que o normal, mas se forem precocemente desenvolvidas podem aprender e a se desenvolver como qualquer outra criança[21]. O autor enfatiza que a tarefa da educação, é inserir a criança com deficiência, na vida social, e promover meios para compensação de sua deficiência. Lembramos ainda que Vygotsky e Luria (1996)[18] salientam que "para uma criança considerada normal, conforme as condições que lhe forem conferidas, a mesma seguirá seu curso de desenvolvimento até alcançar o nível de um adulto cultural". No que se refere à criança com deficiência, os autores confirmam que é sua condição cultural que não lhe permite alcançar altos níveis de desenvolvimento.

4. DESENVOLVIMENTO

Neste tópico, serão analisadas as cenas extraídas do documentário "Monica & David", as quais identificam as barreiras e os preconceitos que as pessoas com Síndrome de Down passam, quando se relacionam amorosamente. Pode-se constatar que são muitas estas barreiras e preconceitos, na maioria das vezes impostas pelas famílias e pela sociedade, que impedem que pessoas com deficiência consigam ter um relacionamento como qualquer outra pessoa sem deficiência.

Uma das primeiras barreiras identificadas no documentário refere-se à rotina diária da pessoa com SD, o que pode ser observada na seguinte fala da mãe da personagem Monica: *"As pessoas com síndrome de Down tem uma rotina que seguem todos os dias. Todos são diferentes, mas todos têm uma rotina. E a Monica criou a sua própria rotina onde tudo tende a ser perfeito. Por exemplo, põe o pente em uma determinada gaveta"*. O fato de a Monica ter uma rotina pode ser uma barreira para que ela venha a se casar com o David, ambos com síndrome de Down, pois os mesmos já apresentam uma rotina, com o casamento, a possibilidade de irem morar juntos em outra casa, pode vir a alterar esta rotina.

Segundo Karen (2007)[22], a rotina diária é importante para a pessoa com Síndrome de Down, ao passo que "possibilita que ela aprenda o que deve esperar em suas atividades cotidianas, estabelece uma ordem no seu dia e a faz sentir-se segura" (p.90). É necessário que crie uma rotina para não se perder nos seus afazeres no dia a dia, mas isso não significa que ela não possa, ou não seja capaz de aprender uma nova rotina, caso venha a se casar. Eles podem aprender tudo novamente, mesmo apresentando algumas dificuldades na aprendizagem, devido ao comprometimento intelectual característico desta síndrome. Além disso, qualquer pessoa quando se casa, independentemente de ter uma deficiência ou não, vai precisar se adaptar a sua nova vida e a rotina ao sair da casa dos pais.

Continuando a análise do documentário, foi observado na fala dos personagens Monica e David, que as limitações advindas da Síndrome os fazem sentirem-se diferentes das outras pessoas, como pode ser visto neste enxerto: *(Monica) "Eu tenho Down, ele tem Down; (Autora) Alguma vez te sentiste diferente?; (David) Às vezes sinto, nem sempre. Diferente é diferente. Ser diferente é difícil"*. Assim, fica claro que o casal não percebe suas dificuldades causadas pela Síndrome de Down, tanto que, mesmo com estas dificuldades, nada impediu que tivessem um relacionamento amoroso. O que os fazem ser diferentes é a forma como a sociedade os trata e, acaba assim, julgando-os.

Sobre isso, Vygotski (1983)[23] acentua que, o meio social não só influencia o modo como o sujeito vai perceber seu defeito orgânico frente ao mundo, como também, modula sua relação psicológica com este defeito, ou seja, o modo como ele se relaciona com a dita deficiência e de que forma ele se percebe enquanto deficiente. Na família dos personagens, percebe-se no filme, uma aceitação deste relacionamento, que reafirma que mesmo com as limitações da deficiência isso não os impedem de casarem-se. No entanto, na sociedade, a pessoa com Síndrome de Down, segundo Negri, Labronici e Zagonel (2003)[24], na maioria das vezes, é tomada como sendo dependente e incapaz de tomar decisões e iniciativas quanto ao rumo do seu existir, normalmente vê-se desprovida de participar das questões decorrentes da sociedade na qual está inserido.

Outra barreira identificada está relacionada às pessoas com SD trabalharem, os próprios familiares muitas vezes entendem que seus filhos não conseguem realizar nenhum tipo de trabalho, então para poupá-los de serem excluídos do mercado de trabalho, preferem que eles não trabalhem. Como pode ser observado na fala da mãe de David, Maria diz: *"Não gostava que o David trabalhava no Publix, nesse supermercado. Não suporto isso por que já vi como as pessoas tratam estes miúdos."* Por mais que os pais queiram proteger seus filhos, trabalhar é importante para que o casal do documentário possa ter como sustentar esta nova família que desejam formar com o casamento.

Segundo Brugger (2013)[25] salienta, existem leis para que pessoas com algum tipo de deficiência possam ingressar num emprego, a partir do sistema de cotas para deficientes, ou seja, as empresas de grande porte, com mais de 100 trabalhadores empregados, tem o dever de

destinarem vagas para funcionários desse perfil, no caso de 2% a 5% dessas vagas tem que ser destinadas a eles. A partir destas leis, de uma melhor formação profissional para a pessoa com deficiência, do incentivo dos seus pais para a entrada dos filhos em um trabalho, podem superar esta barreira e assim, proporcionar ao David e a Monica certa independência financeira dos pais, como ocorre com a maioria dos casais sem deficiência quando se casam.

Relacionado ao trabalho está à formação de um curso superior, que também pode vir a se constituir como uma barreira para o relacionamento amoroso entre Monica e David. Pode ser observado no relato da mãe de Monica que a filha não teve a oportunidade de se formar numa universidade: *"Tenho muita sorte, eu e o meu marido trabalhamos muito, e somos capazes de lhe dar o casamento dos seus sonhos. Como nunca foi à universidade nem teve um carro, pelo menos podemos fazer com que o casamento seja uma ocasião especial"*. No entanto, a mãe relata que pode realizar o casamento da filha.

Questionamo-nos, por que existem poucos jovens com deficiência cursando o ensino superior? Garcia (2014)[26] descreve o caso de Débora Seabra, portadora da Síndrome de Down, de 33 anos, que é a única professora com Down que se tem no Brasil. A partir deste exemplo, podemos tentar compreender que além das barreiras para o casamento que citamos até o momento, também existam barreiras para a pessoa com deficiência no ensino superior. Contudo, não nos cabe discutir este assunto nesta pesquisa, assim salienta-se que com uma formação profissional, o casal do documentário, poderia conseguir empregos com melhores salários que lhes proporcionaria uma independência financeira dos pais.

Num trecho do documentário aparece uma fala da mãe de Monica, Maria Elena, sobre o fato de a sociedade tratar pessoas com deficiência de forma diferente das demais, como pode ser visto: *"Como pais, queremos que as pessoas olhem para os nossos filhos com necessidades especiais, como olham para outra pessoa qualquer. Queremos que sejam tratados com respeito e dignidade [...]"*. Sobre isso, Saad (2003)[27] afirma que os pais, de maneira geral, esforçam-se para dar a seus filhos oportunidades de convívio com as outras pessoas da sociedade, desde que sejam resguardados de maiores riscos.

Nesse sentido, podemos averiguar que a vontade da mãe de Monica é que sua filha seja tratada igual às pessoas que não tem deficiência, para que assim não haja preconceito contra pessoas com deficiência intelectual de terem um relacionamento amoroso.

Nos relacionamentos amorosos, outro assunto muito importante refere-se à sexualidade. As pessoas com Síndrome de Down, como qualquer outra pessoa, ao iniciar a puberdade, começam a perceber o corpo mudando, e com isso, o interesse por relacionarem-se com outras pessoas. No documentário a mãe de Monica expressa que: *"É óbvio que as pessoas com dificuldades de desenvolvimento, têm necessidades e desejos. São como todas as pessoas. E por isso penso que os pais têm de estar atentos às necessidades contraceptivas de uma pessoa com deficiência mental, da mesma forma que estão em relação aos outros filhos"*. A mãe vai deixando claro que mesmo com esta síndrome, sua filha apresenta desejos e necessidades sexuais, e por isso, é importante que receba orientações sobre a vida sexual.

Para Glat (1992)[28] as pessoas com deficiência intelectual não são qualitativamente diferentes das demais, em relação aos seus impulsos e desejos sexuais. Elas têm necessidades, experiências e emoções normais. A autora complementa muitas famílias percebem a sexualidade de seus filhos com deficiência como intrinsecamente problemática e patológica.

No documentário não fica explícito se a mãe de Monica a orientou quanto a ter uma vida sexual com David, após o casamento, vale destacar que este fato poderia ser uma barreira para o relacionamento entre eles. De acordo com Glat (1992)[28] uma educação sexual bem orientada pode diminuir os riscos de exploração sexual e de comportamentos inaceitáveis, assim como prevenir sobre uma gravidez indesejada e a incidência de doenças sexualmente transmissíveis.

Além disso, no decorrer da vida após o casamento, pode-se começar a pensar em ter filhos. Sobre isso, Monica relata no documentário o seu desejo em ser mãe: *"Quando nos mudarmos, vamos viver aqui com ele. E penso em ter um bebê no futuro e os meus pais vão cuidar dele"*. Nesse sentido, Glat (1992)[28] destaca que as atitudes e comportamentos de jovens com Síndrome de Down, incluindo o desejo de casar e ter filhos, são perfeitamente normais e saudáveis.

O que nos chama a atenção na frase de Monica é que serão seus pais quem cuidarão do bebê. Levando-nos a ressaltar uma questão: a pessoa com síndrome de down seria capaz de cuidar de um filho? Na pesquisa de Jurberg (2003)[29] fica evidente que a maioria dos pais (46%) e de profissionais (33,0%) acha inviável que eles tenham filhos. O mesmo autor salienta que aos pais que consideram a pessoa com deficiência incapaz de cuidar de um filho, certamente resta o temor de se tornarem os responsáveis pela nova criança.

O casal do documentário quer e pode ter filhos, sendo muito importante que tenham o apoio dos pais, do mesmo modo que os pais de filhos que não têm nenhum problema intelectual cuidam dos seus netos para os seus filhos trabalharem. Sendo assim, se os pais apoiarem seus filhos com Síndrome de Down para que possam se casar e terem filhos como qualquer outro casal, essa pode ser mais uma barreira que esses jovens vão conseguir superar.

Vale destacar ainda, a importância da independência desses jovens com Síndrome de Down para o casa-

mento, que se constitui numa barreira, como pode ser observado nesta fala da mãe de Monica: "*Nunca deixei a Monica sozinha, sei que é uma coisa que tenho de começar a trabalhar; ensiná-la a ser mais independente para que tenha uma vida normal.*" Essa dependência da Monica com relação à mãe pode caracterizar-se como uma barreira para o seu casamento. Geralmente em famílias com filho com deficiência ocorre uma superproteção dos pais, que têm medo do preconceito e da reação das pessoas diante dos seus filhos especiais, bem como, pensam que os filhos são incapazes de cuidarem-se sozinhos.

Nunes (2010)[30] em seu estudo constatou que as famílias precisam pensar em estratégias para o futuro, caso haja a ausência dos pais, bem como, almejam a independência e autonomia dos filhos, sendo autonomia compreendida pelo autor como a capacidade de decidir, de autogovernar-se, e independência no sentido de não precisar de ninguém para realizar as atividades de vida diária e de autocuidado.

Com relação ainda a preocupação da mãe de Monica sobre sua independência, a mãe relata: "*Se eu morrer, o que vai acontecer?*". Por isso a necessidade de ensinar os filhos com SD a sobreviverem e a lutarem contra os preconceitos que encontrarem durante a sua vida. Se os pais morrerem e os filhos estiverem casados, como acontece com os filhos que não tem deficiência, poderão superar a perda com muito mais facilidade do que se estivessem sozinhos, sem o apoio do parceiro.

Nunes (2010)[30] explica que os pais pensam que no caso de sua morte, é importante que o filho seja independente e tenha autonomia, buscando isso através da estimulação constante, assim se esforçam para desenvolver ao máximo suas capacidades.

Por fim, ressaltamos que em várias cenas do documentário os pais dos noivos, Monica e David, cada um a sua maneira, apoia este casamento. Deixando assim, a falta de apoio e aceitação, de serem barreiras que pudessem impedir este relacionamento. Isto pode ser retratado nesta fala da mãe de Monica: "*Ela sempre quis casar-se e ter alguém na sua vida. Estou contente por ela estar feliz e ele é fantástico. O casamento é ideia deles, [...] e que reação mais natural, do que duas pessoas que se amam querem estar juntas?*".

Dessa forma, Glat (1992)[28] contempla que pessoas com deficiência intelectual são capazes de manter relacionamentos afetivos e esses relacionamentos são de importância fundamental para suas vidas. A autora ainda frisa: "não podemos esquecer que amar e ser amado, é um desejo e direitos de todo, independente do nível intelectual de cada um". (p.71). Os jovens com Síndrome de Down podem casar e ter uma vida totalmente independente com o parceiro, como quaisquer outros jovens que não possuem nenhum problema intelectual, por isso é essencial serem apoiados pelos seus pais e familiares.

5. CONCLUSÃO

Tendo em vista a análise sobre o documentário, David & Monica, o qual retrata a vida de um casal com Síndrome de Down, que consegue ter um relacionamento amoroso, constata-se que mesmo com algumas barreiras e preconceitos advindos da própria família e da sociedade, os jovens com deficiência intelectual mostram que podem casar como qualquer outro casal sem deficiência.

É importante salientar que toda e qualquer pessoa com Síndrome de Down tem o direito de relacionar-se afetivamente, e porque não, sexualmente, de modo saudável e pleno. Muitos dos preconceitos cristalizados socialmente levam a uma concepção errônea sobre a sexualidade daquele que possui alguma deficiência. Sobre isso, Glat (1992)[28] salienta que a visão geral é que as pessoas com deficiência intelectual são também deficientes emocionalmente, incapazes de estabelecer relações amorosas profundas e duradouras. Desta forma, a partir da pesquisa e da análise do documentário ficou constatado que o maior preconceito identificado é a falta de informação e conhecimento sobre as deficiências, muitas vezes de familiares e da sociedade em geral.

Glat (1992)[28] defende que pessoas com deficiência intelectual não são qualitativamente diferentes das demais, ou seja, estas possuem impulsos e desejos sexuais iguais a qualquer outra pessoa, acrescentando a importância da orientação a familiares e a própria pessoa com deficiência sobre a sexualidade. Com o intuito de diminuir os riscos de exploração sexual e de comportamentos inaceitáveis, bem como a prevenção de uma gravidez indesejada além da incidência de doenças sexualmente transmissíveis. Portanto, mais do que atenuar o preconceito existente neste paradigma da relação sexual e amorosa da pessoa com Síndrome de Down, é fundamental propagar informações que corroboram com este tema.

Dessa forma, Vigotski (1997) aponta que a deficiência é compreendida tanto biológica, como também social. Portanto, "o defeito, o comprometimento de um órgão ou função é biológico, mas o maior e menor grau de desenvolvimento da pessoa é uma consequência social" (VYGOTSKY, 1997)[31]. Em outras palavras, o processo de desenvolvimento da deficiência ocorre em função do conflito que se estabelece entre as limitações impostas pelo defeito e as necessidades oriundas do meio social no qual o sujeito está inserido.

A partir deste ponto de vista defendido pela Psicologia Histórico-Cultural e do documentário analisado, identifica-se que uma das maiores barreiras enfrentadas por estes jovens, é a própria sociedade que não consegue incluí-los de maneira que possam ter o direito de cursarem uma faculdade, trabalharem, bem como, se relacionarem, casarem-se e terem filhos como outras pessoas com ou sem deficiência.

Contudo, além da sociedade, os próprios pais precisam ter uma visão mais clara sobre a deficiência dos seus filhos. Para os pais é essencial que estejam bem preparados para lidar com a vida amorosa desses filhos, pois a maior dificuldade deles é entender que seus filhos com Síndrome de Down têm interesses e desejos sexuais como qualquer outro jovem que não possui nenhuma deficiência intelectual. O documentário destacado neste estudo mostra os pais apoiando seus filhos com Síndrome de Down a se casarem.

Assim, o documentário é importante para divulgar que pessoas com deficiência intelectual podem ter um relacionamento amoroso mesmo com suas limitações, proporcionando a divulgação desta história e promulgando a conscientização da sociedade.

Vale ressaltar que existem muitos estudos sobre pessoas com Síndrome de Down, desde a década de 1990, mesmo assim pouca mudança aconteceu na sociedade sobre os direitos de pessoas com SD de desenvolverem sua sexualidade, de realizarem seus desejos de contrair matrimônio e terem filhos, dando a entender que estes aspectos não fazem parte da vida das pessoas com deficiência. Dessa forma, as pesquisas sobre a temática deste estudo devem continuar como meio de trazer mais informações às pessoas sobre a vida de quem possui deficiência intelectual, e assim permitindo a desmistificação de que "pessoas com deficiência não podem amar e serem amados"[28] (GLAT, 1992, p.12).

REFERÊNCIAS

[01] Gusmão FAF. Idade materna e síndrome de Down no Nordeste do Brasil. Cad. de Saúde Pública, vol. 4. N. 9, Rio de Janeiro, 2004.

[02] Vygotsky LS. Obras Escogidas V. Fundamentos da defectologia. Madrid: Visor Distribuciones, 1997.

[03] Gil AC. [1946] - Como elaborar projetos de pesquisa. 4 Ed. São Paulo: Atlas, 2006.

[04] Rey G. Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

[05] Matos, S. B. Síndrome de Down: avanços e perspectivas. Revista Saúde Com. 2007; 3(2):77-86.

[06] Luiz EC, Kubo OM. Percepções de jovens com Sindrome de Down sobre relacionar-se amorosamente. Revista brasileira de Educação especial. 2007; 12(3). Marília.

[07] Sampaio P. Namoro sério entre jovens com Síndrome de Down. Matéria extraída da Revista Sentido, p 1- 4, 2007SAMPAIO, P. Pessoas com síndrome de Down têm relacionamento assim. Famílias compartilham experiências e especialistas dão dicas para que, no compromisso entre esses jovens, o amor e a informação superam qualquer barreira ou preconceito. Revista Sentido. 2014; 1-3.

[08] Schaefer SA. *et al*; Auto-Percepção de um portador de Síndrome de Down Relacionamento amoroso. Revista Eletrônica da UNIVAR. 2011; 6:207-12.

[09] Gedye, A. doença de Alzheimer em Síndrome de Down: diferencial diagnóstico e manejo. Iª Conferência Científica Bienal sobre Síndrome de Down. 1998.

[10] Pan JRA. Afetividade e sexualidade na pessoa portadora de deficiência mental. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

[11] Ramos, R.M. A intervenção dos pais com relação ao desenvolvimento da sexualidade dos portadores da síndrome de Down. Universidade da Amazônia-UNAMA, Belém, PA. 2002.

[12] Sampaio, I. E. Percepção de mães sobre a sexualidade de seus filhos deficientes mentais. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

[13] Glat RA Sexualidade da Pessoa com Deficiência Mental. Revista Brasileira de Educação Especial, Rio de Janeiro. 1992.

[14] Glat, R. Freitas, M.L. L. Políticas educacionais e a formação de professores para a educação inclusiva no Brasil. Revista integração. Brasília: Ministério da Educação/Secretaria de Educação Especial. 2002; 14(24).

[15] Barroco SS. A educação especial do novo homem soviético e a psicologia de L.S. Vigotski: contribuições para a psicologia e educação atuais. Tese (Doutorado). Universidade Estadual Paulista, Faculdades de Ciências e Letras de Araraquara. Araraquara. 2007.

[16] Garcia RMC. Contribuições vigotskianas para a educação de indivíduos considerados portadores de deficiência. Florianópolis, NUCLEIND/CED/UFSC. Mimeo. 1997.

[17] Vygotsky LS, Luria AR. Estudos sobre a história do comportamento: o macaco, o primitivo e a criança. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

[18] Nuernberg AH. Contribuições de Vigotski para a educação de crianças com deficiência visual. Psicologia em Estudo, Maringá. 2008; 13(2):307-16.

[19] Ayres N, Cunha NVS, Moraes B. A Teoria da Compensação em Adler e Vigotski. Revista Eletrônica Arma da Crítica. Ano 2, número especial. 2010; 61-71.

[20] Oliveira SM, Pacheco SW. Aprendizagem e desenvolvimento da criança com síndrome de Down: representação sociais de mães e professoras. Ciências& Cognição. 2010; 16(3):01-14 .Disponível em*:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212011000300002> Acesso em:21 Mai. 2015*.

[21] Karen GS. Crianças com síndrome de Down: guia para pais e educadores. Porto Alegre: Artmed, 2007.

[22] Vygotski L.S. Obras Escolhidas São Paulo: Editora Pedagógica. 1983.

[23] Negri MDX, Labronici LM, Zagonel IPS. Cuidado inclusivo de enfermagem ao portador da Síndrome de Down sob o olhar de Paterson e Zderad. Revista Brasileira de Enfermagem. 2003; 6(56):678-82.

[24] Brugger M. A professora é Down. Debora Seabra venceu preconceitos, alfabetiza crianças e é um exemplo de como

a inclusão de pessoas com deficiência é possível. Isto é Comportamento. 2013; 2262:01-04.

[25] Garcia V. Professora com Síndrome de Down recusa "rotulo": Especial é a minha mãe. Deficiente Cliente. 2014; 01-08.

[26] Saad NS. Preparando o caminho da inclusão: dissolvendo mitos e preconceitos em relação a pessoa com Síndrome de Down. Revista Brasileira Educação Especial. 2003; 9:57-78.

[27] Glat R, Fernandes EM. Da Educação Segregada à Educação Inclusiva: uma Breve Reflexão sobre os Paradigmas Educacionais no Contexto da Educação Especial Brasileira. Revista Inclusão nº 1, MEC/ SEESP. 1992.

[28] Jurberg PE, Schiavo RME, Castelão BT. Sexualidade da pessoa com síndrome de Down. Rev. Saúde Pública. 2003; 37.

[29] Nunes RDM. Buscando a independência e autonomia da criança através da estimulação constante: a experiência da família da criança com Síndrome de Down. UFSCar: São Carlos. 2010.

[30] Vygotsky LS. Obras Escogidas V. Fundamentos da defectologia. Madrid: Visor Distribuciones, 1997.

[31] Junir ME, Ralph JE, Kaplan EJ. Direitos e obstáculos jurídicos. In KAREN, G. S. Crianças com síndrome de Down: guia para pais e educadores. Porto Alegre: Aetmed. 2007.

[32] Silva CA. Defectología soviética e a deficiência intelectual: contribuição para o atendimento educacional especializado. PPI UEM. 2010; 155.

A ALIENAÇÃO PARENTAL E A CRIANÇA À LUZ DE JHON BOWLBY: SEPARAÇÃO E A ANGÚSTIA NO ROMPIMENTO DOS LAÇOS

DISPOSAL AND PARENTAL CHILD TO LIGHT JHON BOWLBY: SEPARATION AND THE DISTRESS IN BREACH OF TIES

BARBARA HELOIZA BATISTELLA DA **SILVA**[1*], CONSTANZA **PUJALS**[2]

1. Aluna do curso de Psicologia da Faculdade Ingá; **2.** Professora Doutora do curso de Psicologia da Faculdade Ingá.

* Rua estrela Dalva n° 193, Centro, Quinta do Sol, Paraná, Brasil, CEP 87265-000 heloizabatistella@gmail.com.

Recebido em 02/09/2015. **Aceito** para publicação em 08/09/2015

RESUMO

Observando a Alienação Parental vê-se que há nela uma questão de rompimento de laços, de vingança, onde a criança é usada como objeto. A Psicologia veio a estudar os efeitos do ato de Alienação Parental e a seriedade de suas consequências levou o próprio Direito a estabelecer penalização para tal pratica. Bowlby com sua Teoria dos Laços, a discussão quanto vínculos e o apego aparece como instrumento para entender as consequências do ato de alienar. Frente o exposto, o objetivo geral deste artigo foi estudar a Alienação Parental tratada no Direito de Família observando as consequências do rompimento dos laços à luz de Jhon Bowlby. Enquanto pesquisa de literatura fundou-se em 37 fontes consultadas, nas quais se viu que Bowlby serve para entender as consequências de alienar. Conclui-se que, a saúde mental e a trajetória de desenvolvimento da criança alienada são afetadas negativamente, trazendo consequências como baixa autoestima, insegurança, problemas de comportamento externalizante, delinquência juvenil, pouca aptidão de lidar com o mundo e com o outro, depressão, ansiedade, observando-se até mesmo maior probabilidade de desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica. A vinculação na alienação sendo insegura e o apego não exercitado, afeta o plano mental da criança e sua própria vida emocional.

PALAVRAS-CHAVE: Alienação parental, rompimento de laços, crianças, Bowlby.

ABSTRACT

Noting the Parental Alienation sees in it a matter of breaking ties, revenge, where the child is used as an object. Psychology came to study the effects of Parental Alienation Act and the seriousness of its consequences took the law itself to establish penalties for such practices. Bowlby with his Theory of ties, the discussion as bonds and attachment appears as a tool to understand the consequences of the act of selling. Forward the above, the purpose of this paper was to study the Parental Alienation treated in Family Law by observing the consequences of the disruption of ties in the light of Jhon Bowlby. While literature search was based on 37 sources consulted, in which we saw that Bowlby is to understand the consequences of alienating. In conclusion, mental health and developmental trajectory of alienated children are negatively affected, bringing consequences such as low self-esteem, insecurity, externalizing behavior problems, juvenile delinquency, little aptitude to deal with the world and with each other, depression, anxiety, observing even higher probability of developing psychopathological symptoms. Linking the sale being insecure attachment and not exercised, affects the child's mental plane and his own emotional life.

KEYWORDS: Parental alienation, breaking ties, children; Bowlby.

1. INTRODUÇÃO

As mudanças nas relações entre homens e mulheres se acentuaram no século XX. Deu-se maior liberdade sexual, estabelecimento de outras formas de relacionamento, bem como de fim das relações. Nunca em nenhuma geração, deram-se tamanhas modificações como entre o século XX e XXI[1]. Ocorre que, imersos nesta nova organização e durabilidade de relações, existem os filhos. O fim de relacionamentos por motivos diversos e não bem aceitos, a disputa entre pais e familiares trouxe a Alienação Parental.

A situação é tão preocupante que no Brasil existe a Lei n.12.318 de 26 de agosto de 2010 que dá tratamento legal quanto esta. O foco é a proteção da criança e do adolescente. Existem consequências da Alienação Parental motivo pela qual dentro do âmbito jurídico os saberes da Psicologia são utilizados nas demandas atuais do Direito de Família.[2, 3]

A Alienação Parental tem sido discutida na sociedade, cabendo até tratamento legal com penalização do praticante e proteção da criança ou adolescente vítima. Em Psicologia vem sendo estudados os efeitos deste tipo de pratica dos pais especialmente nas crianças. Diferentes pesquisadores em Psicologia servem de fundamento para expor os efeitos dos pais no desenvolvimento infantil, quando há rompimento de laços. Esta pesquisa, portanto,

delimitou-se a apresentar um estudo da Alienação Parental e seus efeitos na criança tendo a obra de Jhon Bowlby como base.

O trabalho partiu de problema onde se questionou: Quais as consequências da Alienação Parental para a criança à luz de Jhon Bowlby? Assim, o objetivo geral deste artigo foi Estudar a Alienação Parental tratada no Direito de Família observando as consequências do rompimento dos laços à luz de Jhon Bowlby. No que se refere aos seus objetivos específicos, apresentar brevemente os aspectos históricos da família e das relações afetivas após o século XX que geraram condições para a identificação de distúrbio mental que Richard Alan Gardner chamou de Síndrome de Alienação Parental.

Visou ainda expor os aspectos históricos, conceituais e os estágios para identificação da Alienação Parental em famílias em litígio; observar as fragilidades, as situações que a Alienação Parental gera com o rompimento dos laços e suas consequências para a criança à luz da teoria de Jhon Bowlby.

Abordar Alienação Parental e seus efeitos sobre o alienado se justifica porque permite a reunião de várias informações sobre esta, trazendo estudo que sintetiza as diferentes colocações, oferecendo um novo olhar sobre o tema. Fazer um estudo sobre a Alienação Parental é relevante cientificamente, porque, esta acontece nas famílias com uma freqüência grande, especialmente pelas mudanças nas relações, bem como nas famílias.

Justifica-se abordar o tema, pois existem repercussões da Alienação Parental para a vida da criança ou adolescente, motivo pela qual este é protegido pela lei. Abordar o tema definindo-se uma linha de visão de Jhon Bowlby porque seus estudos sobre a separação, o rompimento dos laços, o apego e a perda, a saúde mental da criança ultrapassaram a Psicanálise tradicional e se uniram a Psicologia Cognitiva. Este estudou o comportamento, as relações, o sofrimento, a perda, a raiva.

2. MATERIAL E MÉTODOS

No que se refere à metodologia**,** o presente trabalho foi realizado a partir da pesquisa bibliográfica. O levantamento foi feio com base nas fontes encontradas na literatura sobre o tema pretendido, a Alienação Parental. Este tipo de método foi válido, pois conforme Marconi e Lakatos (2005) permite a reunião de informações nas mais diferentes fontes, que juntas formaram a fundamentação teórica do trabalho[4].

A respeito também expressa Gil (2002)[5] que este tipo de pesquisa é válida e usada como respaldo teórico exclusivo em muitos trabalhos, enquanto meio de coleta de informações, a partir do qual nasce um novo olhar, revendo o assunto[5]. Portanto, a coleta de informações foi feita nas bases de dados do LILACS, Scielo, Bireme, Livros do autor de referência e biblioteca da UNINGÁ.

Como critérios de seleção de materiais para a pesquisa, se elegerá a pesquisa pelas palavras: Alienação Parental; Alienação Parental consequências psicológicas; Jhon Bowlby e rompimento dos laços; Jhon Bowlby e Alienação Parental. Não haverá critérios para anos de publicação, mas sim que o material tivesse a visão de Jhon Bowlby sobre o assunto Alienação, especialmente na análise das consequências. Define-se uma amostra de um total de 37 referências com publicações entre 1982 e 2015. Uma vez estabelecida a amostra de artigos e livros para a pesquisa, o material foi organizado em forma de texto com divisão de itens e subitens. A abordagem será qualitativa, pois contará com a análise do material bibliográfico coletado.

Escrever a respeito de um tema como a Alienação Parental a partir de um estudo bibliográfico sobre o assunto exigiu uma organização adequada de informações que permitissem compreender a luz da Psicologia os efeitos da mesma nos filhos de casais em litígio. Assim, frente à quantia de pesquisas sobre a importância dos pais para o crescimento e desenvolvimento dos filhos, era relevante escolher uma visão única para tal análise.
Era preciso desenvolver um apanhado teórico onde se discutissem as mudanças na família, a conceituação de Alienação parental, as consequências psicológicas da alienação parental para a criança, desenvolvendo-se um estudo dentro da Psicologia, a partir de Jhon Bowlby. Nesta última etapa foi necessário apresentar os efeitos da Alienação Parental destacando a relevância dos laços e a negatividade das situações criadas pelo pai alienador. Ao final foram expostas as considerações sobre o que foi pesquisado.

3. DISCUSSÃO

A vida em família é algo que marca a história humana, pois o homem viveu através dos tempos em grupo, especialmente com laços de parentesco. Na evolução do homem se modificariam as relações individuais e familiares e junto com isso aspectos reprodutivos, educacionais, espirituais, políticos, sociais, econômicos e psicológicos. Da poligamia, viria a monogamia, o casamento, o exercício do poder paterno.

Segundo Engels (1977)[6] e Venosa (2013)[7] a constituição das primeiras sociedades, a evolução da relação familiar e propriedade, sucessão, a religião influenciaram na família e na posição de seus membros. A família patriarcal e nuclear foi durante longo tempo o modelo de família, onde o pai tinha o poder de decisão sobre a esposa e filhos. Acontece que, mudanças foram sendo introduzidas através dos séculos até vir a família como hoje é conhecida.
A família de acordo com Rodrigues (2004)[8] corresponde a um grupo de pessoas que tem ligações devido um ancestral comum, agindo como uma célula social de grande relevância. Trata-se de um grupo de pessoas que se

ligam por laços de sangue, ou parentes consanguíneos, quando se pensa em seu sentido estrito.

É importante colocar, com base no autor acima, bem como Diniz[1] que a família não tem apenas um sentido estrito, onde há apenas laços por parentesco consanguíneo, porque pode haver laços por afinidade, como através do matrimônio, filiação, união estável, adoção, ou de pessoas aceitas no grupo, mesmo sem laços civis. Há, portanto, parentesco natural, afim e civil.

De acordo com Faco e Melchiori (2009)[9] a família tem papel relevante para o desenvolvimento humano, para a adaptação e sobrevivência, para assegurar o crescimento psicossocial de seus membros. Esta é dotada de crenças, valores, práticas, relações, tendo evoluído com a sociedade, criando novas situações para seus membros, principalmente a partir do século XX. Nesse século, as guerras, evoluções tecnológicas, modificações no mercado de trabalho, uso de anticoncepcionais, acentuaram as modificações. De acordo com Sarti (2009)[10] no interior da sociedade neste período dar-se-ia redefinição da divisão sexual de homens e mulheres.

No Brasil na segunda metade do século XX, mudanças nas relações familiares, bem como no Direito de Família aconteceram. A mulher veio a ser vista como indivíduo, inserindo-se no acesso ao saber e no mercado de trabalho, nascendo uma nova família e outras formas de lidar com a questão sexual e direito dos filhos. O direito a separação e divórcio, a inserção da mulher no mercado de trabalho, entre outras situações gerariam um pluralismo familiar[10,11].

Nas primeiras décadas do século XX o casamento por amor teve destaque, mas o casamento religioso e civil era ainda indissolúvel. Porém, seguindo uma tendência de outros países, o Brasil no Código Civil de 1916 veio a permitir a dissolução da sociedade conjugal pela morte, anulação do casamento, mas também pelo desquite amigável ou judicial. Viria o período de regulamentação dos direitos dos filhos e deveres dos pais a partir do fim do relacionamento[11,12].

A situação das famílias e a necessidade de acompanhar a evolução no Direito de família em outros países fizeram com que no Brasil a Lei n. 6.515 de 1977 regulamentasse o Divórcio. Isso significou o aumento no número de pessoas buscando o fim dos relacionamentos matrimoniais e constituição de nova família, bem como os problemas nascidos no rompimento de laços dos filhos[13,14].

A Constituição Federal de 1988 e o Código Civil tiveram que evoluir para acompanhar os diferentes tipos de família e de relações que se estabeleceram a partir do século XX e se mantiveram no século XXI. O Código Civil estabeleceu uma regulamentação adequada para as modalidades de família, para organizar direito e deveres dentro das instituições familiares. Entrou em queda o poder patriarcal e nasceu o poder familiar, com responsabilidade e deveres de ambos os cônjuges ou genitores com os filhos[15,16].

Isso é importante, pois de acordo com Faco e Melchiori (inserir ano da obra e número da refeência))[9] e Lima (inserir ano da obra e número da refeência))[17] a família é um espaço de socialização, de desenvolvimento individual e grupal. As novas relações de família, o sexo antes do casamento, a gravidez sem casamento, entre outras situações modificaram o contexto da família tradicional. As pessoas tiveram que se adaptar à nova realidade, aos outros padrões para homens e mulheres, tão diferentes das expectativas afetivas, formas de relacionamento e de durabilidade das relações de gerações anteriores. Estas mudanças, no entanto, atingiram a situação dos filhos.

Segundo Araujo (2015) Richard Alan Gardner como psiquiatra infantil investigou a situação dos filhos de relações desfeitas, identificando algo que chamou de distúrbio mental de Alienação Parental.[18] Viu-se que, a incapacidade de alguns genitores ou responsáveis de entenderem a separação como o fim do relacionamento, geravam situação prejudicial aos filhos. Portanto, foi importante apresentar a alienação parental em seus aspectos gerais, especialmente quanto aos critérios para sua identificação e os procedimentos após sua caracterização. Foram trazidas as consequências psicológicas da Alienação Parental para a criança, tendo John Bowlby de base. Frente isso, na literatura abordou-se a família, a criança, a Teoria dos Laços e os efeitos da Alienação Parental para as crianças a partir da visão de Jhon Bowlby sobre relevância dos pais e dos laços estabelecidos.

Sobre a Alienação Parental na literatura pesquisada viu-se que, esta veio a ser tratada no Direito a partir do momento em que os saberes da Psicologia, em especial a Psicanálise foram sendo utilizados para entender as relações humanas. Amor, ciúme, ódio, perda podem existir no sujeito dentro da relação familiar ou após o fim desta, havendo efeitos positivos e negativos destas emoções em seus membros.

O contexto do desquite, separação e divórcio no século XX, as novas relações entre homens e mulheres na sociedade levaram ao estudo dos efeitos da ruptura do vínculo familiar. Antes de usar-se o termo “alienação parental, ” o que se observou foi a Síndrome de alienação parental, pelos tipos de sintomas, manifestações comuns aos filhos de pais separados em situações de relacionamentos ruins.

De acordo com Araujo (2015)[18] o psiquiatra Richard A. Gardner descreveu em 1985 a Síndrome da Alienação Parental com sua obra “Casais Separados: a relação entre pais e filhos.” Tal apontou a possibilidade de distúrbios psiquiátricos na criança não pela separação, mas em função dos problemas encontrados em um dos genitores, ou mesmo dos dois.

A Síndrome de Alienação Parental foi definida como transtorno que surge em contexto de disputa, de desavenças entre os pais após ruptura de união, ou disputa pela guarda. Existe alguém que aliena a criança contra o genitor, praticando uma forma de abuso emocional, enfraquecendo ou destruindo a ligação da criança totalmente caso sua pratica não for evitada. Apesar da definição de Gardner, há discussão sobre a AP – Alienação Parental e a Síndrome de Alienação Parental, sobre sua diferenciação[18,19]

A respeito da Síndrome de Alienação, Gardner (2002)[19] se expressa contra a posição de muitos do uso de Alienação Parental, ao invés do uso do termo Síndrome. Defende que muitos é necessário haver um conjunto de sintomas em conjunto e mostrando uma doença específica. Relata que, apesar dos sintomas parecerem desconectados, devem ser agrupados em razão de uma etiologia em comum, ou causa subjacente básica. Destaca que o termo Síndrome tem mais clareza, pois a Síndrome de Alienação Parental é compreende um conjunto de sintomas que podem ser vistos na criança, juntos ou em separado. Havendo sintomas agrupados, tem-se a síndrome dos tipos moderado e severo.

Gardner (2002)[9] frisa que há uma síndrome e não somente alienação, porque existem sintomas como campanha para denegrir o genitor alienado; racionalizações fracas, absurdas ou frívolas para a depreciar o genitor; falta de ambivalência; fenômeno do "pensador independente"; a automático apoio ao genitor alienador no conflito parental; ausência de sentimento de culpa quanto crueldade a e/ou a exploração contra o genitor alienado; pratica encenações encomendadas; disseminação de animosidade aos amigos e/ou à família extensa do genitor alienado.

A Síndrome de Alienação Parental é um processo onde existe uma programação da criança para que ela odeie um dos seus genitores, sem que exista justificativa, daí podendo a própria criança contribuir para a campanha de desmoralização do genitor. É importante compreender, no entanto, que esta síndrome apresenta mais sintomas que são desencadeados na criança devido a Alienação Parental[18,19].

Existe uma desmoralização do genitor alienado, pelo genitor que tem a guarda com objetivo de destruir a relação, afastar, daí nascendo os termos genitor alienador (o que afasta) e genitor alienado (o que é afastado). No genitor alienador tem-se um desequilíbrio psicológico e emocional, onde frente à ansiedade, sentimento de ser vítima do ex-cônjuge,ele usa o filho[19].

De acordo com Luz, Gelain e Benincá (2014)[20] trata-se de uma condição psicológica que pode atingir homens e mulheres, mesmo sendo mais comum em mulheres. Apesar de compreender tudo isso, porém, é preciso entender a diferença entre Alienação Parental (AP) e Síndrome de Alienação Parental (SAP), porque isto existe no Direito, onde a Síndrome de Alienação Parental e a Alienação Parental estão próximas, mas diferem entre si.

Há um transtorno onde um genitor, ou responsável, aliena a criança contra o outro genitor, mas também controvérsia quanto ao termo a ser utilizado. Informa Fonseca (2007)[21] que, a Alienação Parental é algo que antecede a instalação da Síndrome de Alienação Parental. Uma decorre da outra, porque a Alienação Parental é um afastamento que o filho tem de um de seus genitores causados pelo guardião. A Síndrome de Alienação Parental é a consequência, ou sequelas emocionais, ou mesmo comportamentais que a criança vem a ter.

Gardner enquanto psiquiatra conforme Faco e Melchiori (2009)[9] expressa que a Alienação Parental não é uma síndrome e não tem causa subjacente específica, mas se existe programação, ela evolui para outros problemas que precisam ser considerados. Logo, se a Alienação Parental é um grupo de síndromes, que compartilham a questão da alienação da criança por genitor ou responsável, a Síndrome de Alienação Parental é uma de suas sub-síndromes.

Entende-se a Síndrome de Alienação Parental como subtipo da Alienação Parental, mas ainda existe confusão conceitual. Entre os defensores do termo Síndrome, o uso apenas de Alienação Parental traz prejuízo para a família, porque na verdade há uma síndrome instalada[19,21]. De qualquer forma, independente do termo, o que se sabe é que esta existe e traz prejuízos para aqueles que são alienados, cabendo sua identificação e amparo dos filhos alienados.

No Brasil a identificação de situações de alienação parental levou a criação da Lei n. 12.318/2010 que veio para regulamentar e penalizar a pratica de alienação. Esta veio para regulamentar a proteção do genitor alienado contra as alegações falsas do alienante e proteger o filho da alienação e seus efeitos[2]. Nesta lei estabeleceu-se que:

> Art. 2º Considera-se ato de alienação parental a interferência na formação psicológica da criança ou do adolescente promovida ou induzida por um dos genitores, pelos avós ou pelos que tenham a criança ou adolescente sob a sua autoridade, guarda ou vigilância para que repudie genitor ou que cause prejuízo ao estabelecimento ou à manutenção de vínculos com este [...][2]

Por meio desta Lei se destacou que a prática deste ato fere o direito fundamental da criança ou do adolescente quanto uma vida em família saudável sendo um abuso moral e não cumprimento de devedores que são atribuídos a autoridade parental, ou de obrigação daqueles que tem tutela ou guarda. Para a identificação da Alienação Parental e interposição de ação contra o alienador é preciso observação de situações que lhe confi-

gurem.

Verificando os critérios apresentados na literatura viu-se com base Bhona e Lourenço (2011)[22] e Lima (2015) [23] que a definição dos critérios de identificação da Alienação Parental, ou Síndrome de Alienação Parental basearam-se em pesquisadores como Richard A. Gardner, Michael Bone e Michael R. Walsh. Estes critérios são utilizados pelas equipes multidisciplinares na avaliação das crianças e adolescentes, na sua relação com o genitor, no comportamento do genitor ou responsável que tem a guarda e o histórico da separação.

De acordo com Lima (2015) [23] caso dos critérios de Richard A. Gardner, estes são divididos em 08 sintomas, sendo os mesmos distribuídos em: campanha denegritória contra o genitor alienado; justificativas fracas ou frívolas para depreciação; ausência de ambivalência; fenômeno de "pensador independente"; apoio automático ao genitor alienador no conflito parental; ausência de culpa sobre a crueldade contra o genitor alienado e narração de fatos que não existiram ou nem foram presenciados; propagação da animosidade aos amigos e a família o genitor alienado.

Importante salientar que além dos sintomas existe uma síndrome dividida em níveis, sendo estes estágios leves, moderados e graves de forma que nos casos leves há programação, mas tal não chega a gerar bloqueio entre o genitor alienado e o filho.

No que se refere ao estágio moderado, à programação parental é mais forte, havendo resistência às visitas ou contato com o genitor alienado, enquanto que nos casos graves, a criança ou adolescente alienado tem a maioria, ou quase todos os 08 sintomas mencionados por Richard A. Gardner (2015), havendo recusa e mesmo ameaça caso seja forçado a ver o genitor alienado.[24]

De acordo com Lima (2015)[23] a respeito dos critérios de identificação vistos em pesquisas de Michael Bone e Michael R. Walsh, diferentemente do trabalho de Richard A. Gardner, haviam quatro critérios para a identificação, expondo que estes podem ser facilmente verificados nos tribunais mediante investigação. Estes critérios seriam a obstrução do relacionamento e contato, alegações infundadas de abuso, deterioração do relacionamento desde a separação e reação de medo intenso.

Na obstrução do relacionamento e contato, vê-se comportamento de alegar incompetência do genitor alienado. Nas alegações infundadas de abuso existem acusações falsas, em geral com crianças menores de 06 anos, mais suscetíveis a manipulação. Falsas memórias podem ser implantadas na criança fazendo acreditar no ocorrido, cabendo acompanhamento de psicólogos ou psiquiatras para filtrar a realidade, da imaginação. Na deterioração do relacionamento desde a separação, identifica-se uma mudança no relacionamento entre o genitor alienado e a criança ou adolescente. Ocorrem pressões psicológicas, mal-estar emocional porque ama ambos os pais.[20, 23,24]

Frente a identificação destes critérios é importante a adoção de procedimentos frente à caracterização e a prova da Alienação Parental, pois é preciso resguardar a criança e o adolescente, bem como o genitor alienado. É relevante a verificação ou avaliação do histórico familiar pré e pós conjugal, bem como da criança e do genitor após a separação[20,23]. Qualquer decisão precisa considerar vários elementos daí a importância da perícia psicológica ou biopsicossocial.

Como visto nos critérios de identificação da Alienação Parental, a denúncia de sua prática leva a necessidade de perícia psicológica e biopsicossocial, assim, nota-se a importância do saber em Psicologia quanto à mesma. Tal é importante, porque segundo Bhona e Lourenço (2011)[22] a proteção e promoção de saúde da criança e do adolescente são relevantes, pois na separação o comportamento alienador, estas vem a ser prejudicadas.

Tem-se uma síndrome, um transtorno infantil que nasce no contexto familiar, gerando consequências psicológicas que se não diagnosticadas e trabalhadas terão influência até a vida adulta do filho(a) alienado. Portanto, com base nos dados bibliográficos coletados nesta pesquisa a Teoria de Jhon Bowlby serve para compreender as possíveis consequências da alienação parental para a criança.

Por meio da literatura viu-se que, John Bowlby segundo Gomes e Melchiori (2012) [25] e Oliveira e Marques (2015)[26] nasceu em 1907 correspondendo à psiquiatra inglês, que deveu sua formação a influência do pai que foi cirurgião, motivo pela qual foi levado a fazer Medicina e Psicologia em Cambridge. Mais tarde, Bowlby se especializou em Psiquiatria Infantil e Psicanálise, motivo pela qual em suas teorias houve o estudo do comportamento, o uso de entendimentos da Psicologia, apesar de ser psiquiatra.

Influenciado por Konrad Lorenz, a partir de 1928 este veio a ter interesse pela etiologia ou explicações da relação entre mãe e filho, que mais tarde evoluiria para outros estudos, no qual o desenvolvimento somático e psicológico das crianças. Também a partir de 1958 criaria o conceito de "*attachment*," ou vinculação, os laços emocionais[26].

Mediante seus estudos Bowlby criaria teoria onde identificaria a influência das experiências relacionais das crianças e seus pais em vários distúrbios de personalidade e neuroses. Estudaria o efeito das separações dos filhos de seus pais, da importância da qualidade nas relações, do equilíbrio para a saúde mental, psicológica das crianças. Bowlby se sentiria insatisfeito com as teorias psicológicas e psicanalíticas de até então que tentavam compreender o desenvolvimento social e emocional das crianças[25, 26, 27].

O descontentamento levou Bowlby a criar uma nova estrutura conceitual, daí advindo seus estudos sobre a

importância da família, o comportamento das crianças e a Teoria dos Laços. Destaca Barstad (2013)[28] que Bowlby verificou que desde seu nascimento o ser humano precisa de um cuidador para sua sobrevivência e que ao longo de sua existência acaba tendo necessidade deste cuidado e de relações saudáveis para se desenvolver. Sobre Bowlby se expressa que:

> Focou seus estudos na contribuição do ambiente para o desenvolvimento psicológico, postulando de início que o apego seria a propensão dos seres humanos a construírem ligações afetivas fortes a outros específicos, o que explica as muitas formas de sofrimento emocional e distúrbio de personalidade, como ansiedade, raiva, depressão e desapego emocional – sensações originárias da separação ou da perda não desejadas (p.12)[28].

A Teoria do Apego de Bowlby veio a ser conceito onde entendeu que o apego é um mecanismo básico presente nos seres humanos, funcionando como um comportamento biologicamente programado, agindo como um sistema de controle homeostático, daí tendo relevância dentro dos sistemas de controle comportamentais.

O apego segundo Gomes e Melchiori (2012)[25] tal qual Barstad (2013)[28] é instintivo, não herdado, sendo algo que tem uma evolução ao longo da vida. Nesta há uma figura de apego que gera sentimento de segurança, garantindo assim o correto desenvolvimento de capacidades cognitivas e emocionais na criança, daí a responsabilidade do cuidado, sensibilidade e responsabilidade dos cuidadores/familiares.

Dentro da Teoria do Apego o pressuposto básico desta era que, as primeiras relações de apego, firmadas na infância devem ser de qualidade e saudáveis, porque afetam o estilo de apego ao longo da vida do ser humano. Também influencia a capacidade de aproximação e convivência com o outro, tornando a pessoa mais apta para lidar com o mundo[27,28].

De acordo com Dalbem e Dell'Aglio (2005)[29] para Bowlby dois fatores podem interferir no sistema comportamental de apego, sendo estas as condições físicas e de temperamento das crianças e aqueles ligados as condições do ambiente. O sistema de apego precisa ser estimulado para respostas afetivas, desenvolvimento cognitivo saudável e isso vêm da qualidade das experiências vividas desde criança.

A família tem uma relevância para Bowlby (1982)[27] e a teoria deste pode ser aplicada na alienação parental, pois as condições saudáveis de experiências de apego são afetadas. Bowlby reforça que seres humanos felizes em diferentes idades, cresceram precisando de uma figura de ligação, de apego que lhe transmita segurança.

O apego e os laços afetivos para Bowlby (1982) [27] teriam uma responsabilidade importante para o desenvolvimento de uma personalidade normal, ou estabilidade comportamental[27]. Para ele atitudes emocionais negativas dos pais quanto à criança teria reflexo por afetar o apego, trazer instabilidade. De acordo com Gomes e Melchiori (2012),[25] reconhecendo o papel da família e os problemas para o desenvolvimento do ser humano nascidos na infância defendeu Bowlby a importância das políticas públicas de proteção à infância e a adolescência.

Em seus estudos, Bowlby analisaria os efeitos do apego e da perda para o ser humano, analisando seu impacto na construção da personalidade. Veria os efeitos da busca de proximidade, da base segura, do protesto quanto a separação devido o apego e a relevância. Destacou por isso a necessidade de interações saudáveis entre as crianças e seus cuidadores, especialmente os pais, pelo tipo de apego presente, ou em função do que representam.[25,30]

A Teoria do apego, portanto, poderia ser aplicada em situações onde há rompimento de laços, afastamento, exposição da criança a situações de sentimento de perda, daí sendo as situações de separação, de litígio, onde se tem na alienação parental, momento no qual o pensamento de Bowlby pode ser utilizado para compreender o que acontece e quais os efeitos desta prática para os filhos. Frente o exposto, o pensamento de Bowlby pode servir para compreender alguns dos efeitos da alienação parental em crianças.

Conforme discutido com base na literatura o genitor ou responsável alienador vivencia sentimentos em relação ao genitor alienado. Há um sentimento ou de amor não correspondido ou rompido, raiva, revolta, mágoa, entre outros. O próprio genitor alienador tem um "rompimento" de laços, uma situação onde o próprio sentimento de apego e perda é vivido. É a experimentação do amor e do fim do amor, do vínculo e fim de vínculo.

O apego é visto no adulto, pois na teoria de Bowlby a figura do apego não é algo só da infância, mas adolescência e vida adulta. É o algo que se vive ao longo da vida, na relação com o outro, tendo cada pessoa, porém uma reação ao tipo de apego, conforme sua própria vivencia ou evolução saudável com o "apego." Tal é colocado, porque o estilo do apego ao longa da vida da pessoa, começa na sua infância. Logo, as experiências ruins na infância, agem também no próprio apego tendo-se um apego desorganizado/desorientado.[29,31,32]

O genitor/responsável alienador utiliza a criança como instrumento de seu sentimento em relação ao genitor alienado. A criança nesta situação tem que lidar não somente com o sentimento que já tem que é natural da separação dos pais, da incerteza do futuro, como ainda, é exposta a situação onde o genitor que figurava em aspectos positivos, passa a ser "transmutado" por alegações negativas, chantagens emocionais, entre outras situações criadas pelo alienador. O foco é afastar a criança do genitor alienado.

Na alienação os efeitos são graves porque um dos genitores, parentes ou mesmo tutor ou curador usa sua influência, ou vinculo, sentimento de apego que a criança tem, para afastar, sabotar a imagem de um dos pais. Quer transmitir o ódio que sente, a frustração, o que agride a dignidade da pessoa humana do menor, bem como descumpre o papel que se tem de criação e favorecimento do desenvolvimento saudável das crianças e adolescentes que os pais e responsáveis tem[32].

É importante discutir os efeitos disso a luz de Bowlby, pois de acordo com Dalbem e Dell"Aglio (2005)[29] o próprio psiquiatra, criou diferentes teorias observando o cuidado inadequado, o desconforto e a ansiedade em crianças pequenas causados pela separação dos cuidadores. Juntamente com Ainsworth, Bowlby se impressionou com os efeitos do rompimento da interação no desenvolvimento, especialmente da mãe e também do pai. [29 e 33]

Destacam Dalbem e Dell"Aglio (2005)[29] que no trabalho de Ainsworth e Bowlby ambos viram que o desenvolvimento socioemocional do ser humano se dá nos primeiros anos de vida, com um modelo de apego que se desenvolve na primeira infância. Quaisquer experiências neste período influenciam profundamente a criança, seu modelo de apego e sua saúde mental. Há trauma, perda, experiência de rejeição pelas figuras de apego, afetando o desenvolvimento normal, a qualidade das interações sociopsicológicas.

A vinculação é importante para o desenvolvimento humano, daí a presença do apego, pois desde bebê o ser humano tem necessidade do outro, para ajudar na própria exploração do mundo e descoberta de si mesmo. O apego leva ao vinculo e este funciona como algo onde se busca uma base segura, conduzindo o indivíduo ao desenvolvimento de representações mentais que terão o papel de moldar o padrão de relações futuras, o comportamento, o afetos, a cognição e a própria interação com o outro[31,33,34].

Entende-se com base em Balhau (2011)[34] que na obra geral de Bowlby as relações familiares são importantes, porque se tem a experimentação e exercício do apego. Assim, a prática de alienação parental, traz uma síndrome de alienação parental onde a criança manifesta sintomas e comportamentos porque as relações familiares a que se torna suscetível são negativas. O alienador se vinga do alienado, mas gera uma vinculação insegura, porque reflete no sentimento de apoio, conforto, proteção, que vem da experiência do vínculo sadio.

As figuras de vinculação na alienação parental instalando-se a síndrome de alienação são afetadas e isso na criança tem consequência graves, porque são os vínculos iniciais nos primeiros anos de vida que moldam o perfil emocional bem como as possibilidades interpessoais que o indivíduo terá. A Teoria do Apego de Bowlby é adequada ao estudar os efeitos da alienação parental na criança, porque ele reconhece a importância das relações positivas que precisam existir entre esta, sua mãe, pai e cuidadores, entendendo que as relações de apego são determinantes para a saúde emocional e mental do ser humano[32, 34,35].

Influenciando negativamente no apego, por afetar o exercício de vínculo, ou por ter-se o rompimento de vínculos, seguindo o pensamento de Bowlby observado na literatura, há efeitos negativos para a criança e seu desenvolvimento. Dentre os efeitos, afetasse a capacidade de vínculo e apego do futuro adulto, bem como outros aspectos. A saúde mental e a trajetória de desenvolvimento da criança alienada são afetadas negativamente, trazendo consequências como baixa autoestima, insegurança, problemas de comportamento externalizante, delinquência juvenil, pouca aptidão de lidar com o mundo e com o outro, depressão, ansiedade, vendo-se na literatura até mesmo maior probabilidade de desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica[34,35,36]

Discutindo-se o exposto, portanto, compreende-se que o ato de manipular a criança contra o outro genitor, criar sentimentos negativos, disseminar a raiva, que na verdade é o alienador que sente, ou pressionar a criança a sentir, ou afastar-se do genitor alienado tem os efeitos mencionados acima porque afetam o modelo representacional interno que a criança tem de si mesma, ou com o outro. O sentimento de segurança para explorar seu próprio eu é prejudicado, quanto o vínculo rompido, afeta o exercício do modelo de apego.

Quase todas as experiências relacionadas ao apego na infância da criança alienada são afetadas, daí vindo seus padrões de comportamento, a situação negativa de evolução de seu self. Na Teoria do Apego, ou teoria de vinculação tem-se modelo do self "como figura suscetível de ser amada associa-se positivamente a um modelo de figura de vinculação disponível e que facilita a exploração. Todas as figuras de afeto primárias que se tem na infância são relevantes para os processos internos que estão se organizando a partir das experiências[35,36].

Os contextos interacionais pobres, ou negativos do exercício do apego afetam o desenvolvimento e os estados mentais, ou todos os construtos do estado mental saudável. A base segura inicial que precisa existir na família não há na alienação parental, porque as interações são negativas, prejudicando os processos de desenvolvimento[32,34].

Partindo-se do pensamento de Bowlby há efeitos negativos no desenvolvimento infantil pela situação criada em alienação, porque há ligação entre vinculação, desenvolvimento e saúde mental. Os pais e cuidadores tem importante significado emocional, daí afetando a criança em seu desenvolvimento pelas vivencias e memórias afetivas válidas para o self. A vinculação na alienação sendo insegura, afeta o plano mental da criança e sua própria vida emocional.[36,37]

Há alienação parental para as crianças tem efeitos que podem ser explicados a partir da teoria geral de Bowlby, porque a comunicação criança-cuidador precisa ser caracterizada pela abertura emocional. É a partir deste vinculo, do tipo de apego, da abertura emocional que se elaboram modelos seguros. Na alienação a manipulação afetam a comunicação, porque procura-se induzir, criar uma imagem do genitor alienado, fazendo a criança experimentar várias situações emocionais.

Existe um abuso emocional para enfraquecimento progressivo da ligação psicológica e emocional da criança para com o genitor alienado. Na Síndrome de Alienação Parental o afeto é prejudicado, os sentimentos são manipulados, com uma programação da criança. A intervenção de um psicólogo é importante quando se conclui que uma criança foi vítima de alienação, porque o genitor alienante fez a criança pensar que perdeu o amor do genitor alienado, que este é mal. É preciso trabalhar estes sentimentos, para ajudá-la a passar pela situação que pode ter sido ou ser patogênica ao desenvolvimento de sua personalidade e próprio apego. [20, 28 e 37]

Compreender a seriedade dos efeitos da alienação parental é importante, porque a coesão e estabilidade familiar são afetadas. Os vínculos, o afeto são afetados, elementos relevantes para o sentimento de segurança, a interação saudável, interferindo no curso do desenvolvimento infantil da criança alienada.[22]. Assim, tudo que foi lido nas fontes pesquisadas mostra que a Teoria do Apego de Bowlby pode servir de norteadora para compreender algumas das consequências do ato de alienação.

4. CONCLUSÃO

A pesquisa mostrou que, a Alienação Parental ganhou discussão no século XX, quando houveram as maiores alterações nas relações homem e mulher, nas liberdades e nas regulamentações legais do Direito de Família. A Alienação Parental foi algo visto por Gardner e outros pesquisadores nos filhos de pais com laços rompidos.

A prática da Alienação Parental tratada na lei, trouxe a instauração ou manifestação de uma síndrome de Alienação Parental, para qual a Lei, bem como a Psicologia tiveram que buscar respostas e dar um tratamento. Assim, ao final viu-se que, por meio do ato de alienar, o genitor ou responsável alienador utilizava a criança como instrumento de vingança, mas com isso prejudicava o relacionamento da mesma com o genitor alienado.

Usar Bowlby para entender alguns dos efeitos da Alienação Parental em crianças foi relevante, porque permitiu entender que as consequências para o desenvolvimento global da vítima de alienação existem, porque a ruptura de relacionamentos, as condutas vingativas, a insistência em desmoralizar e desacreditar no coração da criança o genitor alienado, prejudica o desenvolvimento psicológico e emocional da criança alienada.

A Alienação Parental pode ser vista a luz da Teoria de Bowlby porque este discutiu aspectos importantes para o desenvolvimento sadio da criança que são afetados em situação de alienação. A separação dos pais e o afastamento do genitor alienado trazem rompimento dos laços, a angústia. Tem-se um abuso emocional para enfraquecimento progressivo da ligação psicológica e emocional da criança para com o genitor alienado.

Os laços são importantes para sensação de segurança, sendo o apego uma necessidade dos humanos que é parte de toda a sua vida, mas que na infância tem um papel primordial na constituição saudável do indivíduo. O sentimento de segurança para explorar seu próprio eu é prejudicado, quando o vínculo rompido e isso afeta o exercício do modelo de apego.

A saúde mental e a trajetória de desenvolvimento da criança alienada são afetadas negativamente, trazendo consequências como a baixa autoestima, insegurança, problemas de comportamento externalizante, delinquência juvenil, pouca aptidão de lidar com o mundo e com o outro, depressão, ansiedade, observando-se até mesmo maior probabilidade de desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica.

Tendo-se a teoria de Bowlby de embasamento, portanto, ao final compreende-se que, a Alienação Parental precisa ser coibida por lei e as vítimas ajudadas, porque os pais e cuidadores tem importante significado emocional, afetando a criança em seu desenvolvimento pelas vivencias e memórias afetivas válidas para o self. A vinculação na alienação sendo insegura e o apego não exercitado, afeta o plano mental da criança e sua própria vida emocional.

REFERÊNCIAS

[1] Diniz MH. Curso de Direito Civil Brasileiro. Direito de Família. São Paulo: Saraiva. 2007; 22: 5.

[2] Brasil. Lei n. 12.318 de 26 de agosto de 2010. Dispõe sobre a Alienação Parental e altera o art. 236 da Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov .br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12318.htm. Acesso em: 12 jul. 2015.

[3] Lago VM, Bandeira DR. A Psicologia e as demandas atuais do Direito de família. Psicologia Ciência e Profissão. 2009. 29(2):290-305.

[4] *Marconi* MA, *Lakatos* EM. Fundamentos de metodologia científica. 6. ed. São Paulo: Atlas, *2005*.

[5] Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

[6] Engels F. Origem da Família. Rio de Janeiro: Guerra e Paz,1977.

[7] Venosa SS. Direito de Família. 2013; 13:6. São Paulo: Atlas.

[8] Rodrigues S. Direito Civil. Direito de Família. São Paulo: Saraiva. 2004; 28(06).

[9] Faco VMG, Melchiori LE. Conceito de família: adolescentes de zonas rural e urbana. In: Valle, Tânia Gracy Martins do (org). Aprendizagem e

desenvolvimento humano: avaliações e intervenções. São Paulo: Cultura Acadêmica. 2009.
[10] Sarti CA. A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres. São Paulo: Cortez. 2009.
[11] Vaitsman J. Flexíveis e Plurais: Identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas. Rio de Janeiro: Rocco. 1994.
[12] Brasil. Código Civil 1916. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3071.htm. Acesso em: 10 mai. 2015.
[13] Brasil. Lei n. 6.515 de 26 de dezembro de 1977. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6515.htm. Acesso em: 10 mai. 2015.
[14] Gonçalves CR. Direito Civil Brasileiro. Direito de Família. São Paulo: Saraiva. 2007; 4(VI).
[15] Brasil. Constituição Federal de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil _03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 10 mai. 2015.
[16] Brasil. Código Civil 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/cciv il_03/leis/2002/l10406.htm. Acesso em: 10 mai. 2015.
[17] Lima CTA. A síndrome de alienação parental: Um novo enfrentamento para o assistente social do Poder Judiciário. Âmbito Jurídico, Rio Grande, XV, n. 97, fev 2012. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/si te/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11079&re vista_caderno=12. Acesso em jun 2015.
[18] Araujo JS. Síndrome da Alienação Parental: verdadeiros relatos ou falsas denúncias de abuso sexual? Disponível em: http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direitograduaca o/tcc/tcc2 /trabalhos2010_2/jordana_araujo.pdf. Acesso em: 16 mai. 2015.
[19] Gardner RA. O DSM-IV tem equivalente para o diagnóstico de Síndrome de Alienação Parental - SAP? Textos sobre SAP. Trad. Rita Rafaeli. 2002. Disponível em: http://www.alienacaoparental.com.br/textos-sobre-sap-1/ o-dsm-iv-tem-equivalente. Acesso em: 12 mai. 2015.
[20] Luz AF, Gelain D, Benincá TK. A atuação do psicólogo jurídico na alienação parental. Revista de Psicologia da IMED. 2014; 6(2):81-88. Disponível em: https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/vi ew File/546/481. Acesso em: 10 mai. 2015.
[21] Fonseca PMPC. Síndrome da Alienação Parental. In: Revista de Direito de Família. Porto Alegre: Síntese, IBDFAM. 2007; 8(40).
[22] Bhona FMC, Lourenço LM. Síndrome de Alienação Parental (SAP): uma discussão crítica do ponto de vista da Psicologia. 2011. Disponível em: http://www.ufjf.br/virtu/files/2011/09/S%C3%8DNDRO ME-DE-ALIENA%C3%87%C3%83O-PARENTAL-SA P-UMA-BREVE-REVIS%C3%83O.pdf. Acesso em: 10 jun. 2015.
[23] Lima ANC. Síndrome da Alienação Parental: Lei n. 12.318/10 – influenciar negativamente filhos contra genitor. Revista âmbito jurídico. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_lin k=revista_artigos_leitura&artigo_id =11055. Acesso em: 10 jul. 2015.
[24] Gardner RA. Abordagens legais e psicoterapêuticas para os três tipos de Alienação Parental – Famílias Síndrome – quando psiquiatria e Lei unem forças. Disponível em: https://www.causes.com/causes/5989 45/updates/498043. Acesso em: 15 jun. 2015.
[25] Gomes AA, Melchiori LE. A teoria do apego no contexto da produção científica contemporânea. São Paulo: Cultura Acadêmica. 2012.
[26] Oliveira CMS, Marques LPC. John Bowlby. Psicopatologia cognitivo-comportamental. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Coimbra. 2015.
[27] Bowlby J. Formação e rompimento dos laços afetivos. São Paulo: Martins Fontes. 1982.
[28] Barstad MG. Do berço ao túmulo: a Teoria do Apego de John Bowlby e os estudos de apego em adultos. Dissertação. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2013.
[29] Dalbem JX, Dell'aglio DD. Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamentos. 2005; 57(1). Disponível em: http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/4 0/57. Acesso em: 10 jul. 2015.
[30] Faccini A, Ramires VRR. Vínculos afetivos e a capacidade de mentalização na alienação parental. Revista Interamericana de Psicologia. 2012; 46(02): 199-208.
[31] Bowlby John. Apego e perda: a natureza do vínculo. São Paulo: Martins Fontes, 1990; 01.
[32] Galves, Nicolas Dourado; Sanchez, Claudio José Palma. A alienação parental nas novas classes familiares. ETIC. Encontro de Iniciação Científica. Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo. Disponível em: http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/art icle/viewFile/3427/3183. Acesso em: 10 jun. 2015.
[33] Bowlby John. Apego e perda: separação. São Paulo: Martins Fontes, 1984; 02.
[34] Balhau JRC. A vinculação e a auto-estima em jovens não-institucionalizados VS. institucionalizados. Instituto Superior Miguel Torga. Dissertação. Mestrado em Psicologia Clínica e Psicoterapias. Coimbra. 2011.
[35] Cesário J, Franco P. Caracterização dos tipos de apego em universitários. In: VII Semana de iniciação científica. 09 a 12 de novembro de 2010/Maria Beatriz Duarte. Rio de Janeiro: Universidade Veiga de Almeida. Direção de Pós-Graduação Strict Sensu e Pesquisa. 2010.
[36] Mota CP, Matos PM. Conflitos interpessoais e individuação em jovens adultos portugueses: papel dos conflitos de lealdade. Psicologia: Teoria e pesquisa. 2013; 29:267-76.
[37] Maia J, Veríssimo M. Teoria da vinculação: o salto do comportamento para o nível de representação. Psicologia Educação e cultura. 2011; XV(2):380-93.

Vol.24,n.2,pp.105-113 (Out - Dez 2015) **Revista UNINGÁ Review**

DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS PSICÓLOGOS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPSad): DESAFIOS DA FORMAÇÃO À ATUAÇÃO PROFISSIONAL

DIFFICULTIES FACED BY PSYCHOLOGISTS IN PSYCHOSOCIAL CENTER (PSC): CHALLENGES FROM EDUCATION TO PROFESSIONAL PRACTICE

CAMILA DE CASTRO **ROCHA**[1*], NATÁLIA **BARZAGHI**[2]

1. Acadêmica do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Ingá; **2.** Psicóloga e Mestre em Psicologia. Doutoranda em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista. Docente na graduação de psicologia da Faculdade Ingá

* Rua Cipriano Parpinelly, 1311, Centro, Marialva, Paraná, Brasil. CEP: 86990-000. cacah_castro@hotmail.com

Recebido em 01/09/2015. **Aceito** para publicação em 09/09/2015

RESUMO

A perspectiva deste trabalho buscou compreender as dificuldades encontradas pelos psicólogos que atuam nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), especificamente para o álcool e outras drogas (AD). Para tanto, apresenta a utilização de substâncias psicoativas a partir do ponto de vista da história. Portanto, o presente estudo busca oferecer subsídios ao apresentar contestações da forma na qual as pessoas que faziam do uso dessas substâncias eram tratadas, com destaque para as transformações ocorridas nas políticas públicas que proporcionaram a efetivação da atenção psicossocial. Todavia, aponta que mesmo com todas as mudanças ocorridas as mesmas não se efetivam como o esperado. Dentre os motivos destaca-se a atuação inadequada dos profissionais na área da saúde, como o psicólogo, devido, dentre outros elementos, a herança de sua formação profissional tecnicista e individualista. Acredita-se que ao ampliar o entendimento das estratégias da atenção psicossocial, através de um novo olhar para a construção de um novo lugar social para estes sujeitos, corresponde no campo da Psicologia ao comprometimento com relações mais dignas e um projeto de sociedade mais humana.

PALAVRAS-CHAVE: Substâncias psicoativas, história da psicologia, Atenção Psicossocial, Caps-Ad.

ABSTRACT

The point of this research is to understand the difficulties faced by psychologists who work in psychosocial Support Center (PSC), specifically those that deal with alcohol and other drugs users. For such, shows the use of psychoactive substances from the viewpoint of story. Therefore, this research seeks to provide subsidies by exposing the way that the users of these substances were treated, especially the changes that have occurred in public policy that provided the effectiveness of psychosocial care. However, points out that, even with all the changes, they are not effective as expected. Among the reasons there is the inadequate performance of the professionals in the health field, such as the psychologist, because of, among other things, the inheritance of their technicistic and individualistic training. It is believed that by enlarging the understanding of the strategies of psychosocial care, through a new vision based on building a new social place for these users, reflects in Psychology to the commitment to more dignified relations and a more humane project to our society.

KEYWORDS: Psychoactive substances, psychology history, Psychosocial Support Center, PSC.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho busca problematizar um tema que acompanha a história da humanidade, qual seja, a utilização de substâncias psicoativas por parte da sociedade. Salienta-se que no transcurso da história diferentes substâncias foram utilizadas em contextos também diversos, neste sentido, pontua-se que o que se transforma é a relação estabelecida entre as pessoas e as substâncias. Registros históricos localizam, desde as primeiras civilizações, a relação entre sujeitos, épocas, lugares, substâncias e os motivos pelos quais as pessoas as utilizam. De rituais místicos e espirituosos a formas de alivio do sofrimento, a história mostra um longo caminho entre as drogas e a sociedade[1].

Sendo assim, este estudo busca além de trazer respaldo teórico e subsídio para pensar a relação dos sujeitos com as substâncias psicoativas, lançar um olhar para as formas de cuidado aos sujeitos que se encontram em uma situação problemática em relação a isso, sobretudo, no que tange ao trabalho do profissional da Psicologia. Assim, diante desse tema, tem como objetivo compreender as dificuldades do trabalho do psicólogo nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps-ad), a partir de um olhar para a constituição histórica da profissão e sua relação com as questões, também históricas, da utilização de substâncias psicoativas.

Em relação ao tratamento destinado aos ditos dependentes químicos, historicamente se pode encontrar algumas transformações, dado que durante muitos séculos

no Brasil foram tratados como pessoas que sofriam transtornos mentais, dentro de manicômios longe do convívio social, e se não bastasse, ainda sofriam maus tratos. A partir da década de 70 do século XX o modelo manicomial começa a ser questionado, o processo conhecido como Reforma Psiquiátrica contribui para a construção de um cuidado em liberdade que culminaria na atual configuração da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS[2].

Sendo assim, a partir das conquistas da Reforma surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que se constituem como serviços com ações voltadas à saúde mental, que passam a ser reconhecidos como principal forma de tratamento substitutivo ao manicômio. Dentre suas várias modalidades existe uma específica destinada ao cuidado de sujeitos com problemas relacionados a Álcool e outras Drogas, CAPS-ad, em que são ofertados tratamentos aos dependentes químicos. De acordo com o Ministério da Saúde, os centros têm como principal objetivo trabalhar com a saúde mental de forma adequada, oferecendo atendimento à população necessitada, realizando acompanhamento clínico, e promovendo a reinserção social dos usuários através do trabalho e do lazer, a fim de fortalecer os laços familiares e comunitários[3]. Estes serviços constituem-se por meio de uma equipe multidisciplinar com enfermeiros, assistente social, médicos e psicólogos. Os trabalhadores dos Caps têm como principais funções cuidar dos pacientes de forma mais humana, promovendo cidadania e que todos possam ser inseridos na sociedade[4].

De acordo com diversas pesquisas da área[2-4] existem muitas dificuldades em relação ao trabalho dos psicólogos na saúde pública, um dos motivos pelos quais isso acontece pode estar relacionado ao perfil dos cursos de graduação em Psicologia no país, nestes ainda prevalecem uma formação tradicional pautada no modelo clínico-individual, que não é suficiente à proposta de um cuidado mais amplo, como o que deveria acontecer no CAPS-ad. Devido às grandes mudanças ocorridas nas políticas públicas, o psicólogo passou a ser inserido na área da saúde juntamente com uma equipe multiprofissional, sendo esta uma nova proposta de atenção em saúde mental, em que o trabalho em equipe passou a ser prioritário em relação à dinâmica de trabalho[4]. Contudo, é possível notar que o desafio entre o modelo novo e o tradicional de cuidado parece ser a marca do atual momento da prática profissional dos psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Levando em consideração a complexidade da temática bem como a urgência em discutí-la, o presente trabalho se justifica à medida que busca compreender a inserção e as dificuldades do trabalho do profissional da psicologia no campo das políticas públicas, especificamente, no CAPS-ad, desnaturalizando os fenômenos e historicizando sua complexidade a fim de contribuir para as discussões sobre o tema.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A fim de alcançar tais objetivos sobre o tema pretendido, primeiramente foi realizado um levantamento sobre o histórico da utilização das substâncias psicoativas, compreendendo-se que elas sempre existiram, desde as primeiras civilizações, abordando também a forma que as pessoas foram tratadas, em seguida, um outro levantamento, sobre a história da formação em psicologia no Brasil, e pesquisas em artigos que abordassem sobre as dificuldades do trabalho do psicólogo. O presente artigo se constitui enquanto uma pesquisa bibliográfica, pois é desenvolvida com base em materiais já elaborados, principalmente livros de autores da área e artigos científicos disponíveis em banco de dados como Scielo e Revistas eletrônicas de universidades conceituadas. Todo trabalho científico se inicia com pesquisa bibliográfica, a fim de permitir ao pesquisador contato com os estudos e materiais já elaborados sobre o tema[5].

3. DESENVOLVIMENTO

Histórico da utilização de substâncias psicoativas na história da humanidade

O uso de substâncias psicoativas sempre esteve presente na história da humanidade, ao longo do tempo, o que mudou foi à forma com que as pessoas passaram a usá-la e a relacionar-se com elas, ou seja, cada sociedade passou a usar essas “drogas” conforme o seu contexto cultural e época[6]. Diante esse tema, temos que:

> O uso de substâncias psicoativas é uma prática antiga e presente em várias culturas desde os tempos pré-históricos; portanto, faz parte da história da humanidade. Alguns povos faziam uso dessas substâncias para fins terapêuticos, outros as usavam em seus ritos religiosos. As substâncias psicoativas eram utilizadas por cada sociedade conforme sua cultura, época, e seus conhecimentos[6].

Assim, é possível verificar que as substâncias nem sempre foram tidas como fator problema, pois eram utilizadas em diversos meios como religioso, místico, social, cultural[7]. Segundo Israel-Pinto (2012 p.15)[1], “os primeiros seres humanos eram herbívoros e suas principais formas de alimentação eram as frutas, folhas e raízes, as plantas psicoativas auxiliavam nossos ancestrais a tolerar as adversidades do ambiente em que viviam”.

O autor ainda explica que o primeiro contato com as substâncias psicoativas se deu por meio das plantas nativas, que são consideradas como “drogas naturais”, entre elas a coca, o cogumelo, a papoula, entre outros. As bebidas alcóolicas eram derivadas da fermentação de frutos e vegetais, e está entre as substâncias psicoativas

naturais que desde a antiguidade a humanidade sempre utilizou.

Na área da medicina as substâncias psicoativas começaram a ser utilizadas no tratamento de muitas doenças, com o avanço da ciência e as novas descobertas de drogas anestésicas, derivadas da cocaína e do ópio, houve uma expansão do uso no círculo dos médicos e na sociedade, neste momento as substâncias possibilitavam o controle das dores nas pessoas. No ano de 1902 essas substâncias foram consideradas milagrosas. Conforme aponta Melo (2013, p. 18)[7],

> Nessa época, ainda não havia leis ou regulamentos que limitassem a venda ou o consumo da cocaína, e ela tornou-se presente em farmácias, mercearias e bares. Assim, passaram a ser comuns episódios de toxicidade, tolerância e dependência e até mesmo morte pelo uso de produtos derivados da cocaína, os quais passaram a ser relatados em revistas médicas no ano de 1920.

É possível observar, diante desse contexto, que o uso de algumas substâncias psicoativas que atualmente são consideras como ilegais, eram comuns, desta forma, podemos verificar que na história da humanidade, as substâncias psicoativas foram mais liberadas do que proibidas[6]. Assim, a revolução industrial contribuiu para a mudança do padrão do uso de "drogas" na sociedade, a partir de então as pessoas passaram a morar nas cidades, alterando assim suas relações sociais. As substâncias passaram a ser alvos de comercialização, visando à obtenção de lucros, tornando-se mais disponível às pessoas[7]. Diante essa perspectiva, afirma-se que:

> O uso de substâncias psicoativas acompanhou essa evolução industrial, na qual, mudanças no estilo de vida das pessoas fizeram com que o seu consumo passasse de um uso ritualizado (religioso), terapêutico (medicinal) e/ou prazeroso (recreativo) para uma busca exacerbada de fuga e alívio da realidade imediata (Israel-Pinto, 2012 p. 33)[1].

Diante desta breve contextualização, ao se referir as substâncias psicoativas, podemos notar que se trata de uma relação entre substância, indivíduo e sociedade, historicizando a utilização de substâncias psicoativas, compreende-se que a cada época, elas assumiram um papel que ligava o uso às necessidades de cada sociedade, em que cada indivíduo aprendia o porquê ela era usada, qual era a sua finalidade diante a sua cultura[6].

Na contemporaneidade, estas relações tomam um novo rumo, de modo que as substâncias psicoativas, perderam a relação com a historicidade, religião, a partir do momento que o uso passou a ser destinado a uma outra função social, tanto individual quanto coletivamente. Então, diante das transformações sociais ocorridas, sobretudo por influência do modo de produção capitalista, o tema das substâncias psicoativas e o seu cenário foram modificados, de forma que as substâncias psicoativas se tornaram quase que exclusivamente a fazer parte do discurso da sociedade de consumo, atuando com novos valores[7].

Formas de tratamento aos sujeitos "dependentes químicos"

Podemos observar através da história que o uso de substâncias psicoativas esteve presente em várias culturas, e com fins diversos. Sendo assim, devido à mudança do contexto com que esse uso tomou a partir do século XX, as "drogas" foram consideradas como uma preocupação social e vistas como uma ameaça para toda a sociedade. Nesse mesmo período esse tema passou a ser considerado um problema de saúde pública, então várias estratégias foram criadas para o combate as "drogas", sendo uma dessas estratégias a política proibicionista, que foram ações voltadas para o fim da produção, comércio e consumo de algumas substâncias psicoativas[8].

Diante disso, em quase toda a sociedade moderna algumas "drogas" foram consideradas perigosas e as pessoas que faziam o uso dessas foram criminalizadas.

Os motivos pelos quais há a proibição das substâncias como a maconha, drogas sintéticas, cocaína entre outras, foram diversos, um forte componente para isso foram os fatores econômico e cultural[8], pois cada país obtinha seus motivos para adotar essa nova política. Sendo assim o uso da maconha, por exemplo, foi liberada até o começo do século XX e devido ser usada por "negros", era vista pela classe média branca como uma associação às classes marginalizadas. Contudo, é possível observar como a cultura influencia através do preconceito, em 1920 devido à proibição de bebidas alcóolicas nos Estados Unidos, a maconha passou a ser ainda mais consumida na maior parte do ocidente. No ano de 1880 a substância do ópio era usada por mulheres brancas, e nem por isso proibidas, mas a partir do momento em que os trabalhadores das minas passaram a usá-la, depois dos serviços noturnos, a sociedade da época passou a ter conhecimento e se revoltar com esse uso[9].

Todavia, a proibição não soluciona o problema do uso de quaisquer substâncias, muitas vezes até mesmo incentiva esse uso. Sobre o proibicionismo, o Conselho Federal de Psicologia ressalta que: "do ponto de vista das estratégias de cuidado, ele produz práticas tutelares e violadoras de direitos amparadas no modelo moral/criminal e de acordo com a noção de doença". Dessa forma, "esses modelos fomentam o encarceramento e o tratamento tendo como única meta a abstinência"[8]. Além disso, é considerado que a assistência à saúde pautada no proibicionismo se baseia na abstinência como pré-requisito em todos os casos, não levando em consideração as singularidades.

Ao invés de pensarmos em termos da "necessidade" de se prevenir o uso de "drogas" em geral, devemos

buscar evitar o seu abuso, isto é, o uso que pode ter consequências negativas ao bem-estar do indivíduo e da sociedade, problematizar outras relações que não àquelas vinculadas apenas ao consumo, como a produção e distribuição de substâncias psicoativas.

Contudo, durante muitos anos no Brasil, as pessoas que faziam o uso de substâncias psicoativas e necessitavam da ajuda, foram internadas em instituições psiquiátricas em conjunto com pessoas identificadas com transtornos mentais. Assim, eram tratadas dentro de manicômios e sem o contato social, como se não tivessem condições de se manterem em outros ambientes por não serem seguros e saudáveis, acabavam sendo excluídos e isolados da sociedade, a partir do entendimento de que a privação de liberdade é terapêutica[2] .

Desde a Idade Média, as instituições de caridade que ofereciam abrigo e alimentação aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes, ficaram conhecidas como hospital, porque em latim a palavra significa hospedagem. Com o passar dos anos, os hospitais foram se transformando e perdendo sua identidade de caridade e de controle social, passando a adotar outra finalidade, como tratar enfermos. Tais mudanças nos hospitais ganharam o nome de medicalização no final do século XVIII, assim os hospitais se tornaram instituições de modelo científico para a medicina, e um novo saber sobre a doença[10].

No Brasil, durante vários séculos, pessoas portadoras de transtornos mentais – entre elas os dependentes químicos - eram excluídos da sociedade, e inseridos nos hospitais psiquiátricos, nos quais eram submetidos a maus tratos, além de serem privados da convivência social[2].

Diante desse cenário, na década de 70 houve o fortalecimento do movimento da Reforma Psiquiátrica, influenciada pelos movimentos que já estavam ocorrendo sobretudo na Itália, em que buscavam alterar a forma do "modelo hospitalocêntrico", ou seja, questionavam o isolamento como método terapêutico e postulavam a substituição da exclusão pelo convívio no meio social, familiar e comunitário[2]. Quanto aos objetivos mais específicos da Reforma Psiquiátrica, tem-se que,

> A Reforma tem como objetivo fundamental o fim da instituição psiquiátrica como lugar de violência e exclusão social. Teve suas bases nos pressupostos defendidos por Franco Basaglia, contou com a participação de familiares e usuários dos serviços de saúde, e, desse modo, possibilitou o contexto para a consolidação do processo de criação de novas práticas de atenção psicossocial e de saúde mental (Ramos, 2012, p.48)[11].

A Reforma Psiquiátrica objetiva não só o fim dos manicômios, mas também a transformação da sociedade, a partir destas premissas as pessoas em tratamento da dependência química, passariam a ser tratadas dentro do convívio social. Atualmente existem estratégias a partir da Rede de Atenção Psicossocial que incluem, dentre elas, o CAPS-AD e a redução de danos.

3.2.1 Caps ad e outras estratégias atuais

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instituições brasileiras que visam substituir os hospitais psiquiátricos. Segundo a Portaria nº 336 - de Fevereiro de 2002, já atualizada, os CAPS são unidades de saúde que fornecem cuidados entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, contam com uma equipe multiprofissional de psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, psiquiatras, entre outros, buscam se constituir como uma rede de serviços com ações voltadas à saúde mental[12]. Sendo assim, os centros passam a ser reconhecidos como a principal forma de substituição ao modelo manicomial, sobre os CAPS, temos que:

> Os CAPS surgem como protagonista do serviço substitutivo em Saúde Mental, principal estratégia da Reforma Psiquiátrica, sendo instituição criada para prestar atenção psicossocial baseada no acolhimento dos sujeitos em sofrimento psíquico e transtorno mental, buscando a substituição da lógica manicomial como meio de sustentação teórica para o cuidado em Saúde Mental e do modo asilar como prática dominante (Meireles, 2009, p. 23)[13].

De acordo com o Ministério da Saúde, os centros têm como maior objetivo tratar as questões de saúde mental de forma adequada, oferecendo atendimento à população, realizando o acompanhamento clínico, e promovendo a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho e ao lazer, a fim de fortalecer os laços familiares e comunitários. Atendem aos usuários em seus momentos de crise, apoiam os usuários e famílias na busca de independência e responsabilidade para o tratamento[3].

Os serviços de atenção psicossocial devem ter uma estrutura ampla, pois são destinados à atender não somente indivíduos com transtornos mentais relativamente graves, mas também crianças, adolescentes e indivíduos envolvidos com substâncias psicoativas. Sendo assim, constituem-se em várias modalidades, sendo elas: o CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad[10].

O CAPS I atende municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes, o CAPS II é destinado a municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. O CAPS III, municípios com população acima de 200.000 pessoas, e atendimento 24 horas, pois neste centro há leitos para internação, porém são espaços abertos e um ambiente onde há acompanhamento de pessoas durante o internamento. CAPSi, população superior a 200.000 habi-

tantes, é voltado para atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais e problemas relacionados a substâncias psicoativas. O CAPSad, população superior a 100.000 habitantes, onde o serviço é oferecido ao atendimento de dependência química, como álcool e outras drogas, com funcionamento 24 horas do dia, inclusive nos feriados e finais de semana[10-12].

Segundo o Ministério da saúde, o CAPSad presta atendimento a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, assim oferecem novas atividades, bem como novos hábitos, diminuindo as internações hospitalares e oferecendo novas formas de tratamentos. As atividades do CAPSad oferecem atenção diária aos pacientes, evitando internações, englobando atendimentos tanto individuais quanto em grupos, oficinas terapêuticas, atendimento às famílias, atendimento de desintoxicação, e principalmente atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social[12]. Lembrando que, todas essas atividades são realizadas pela equipe multiprofissional do CAPS, com psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, entre outros.

Outra estratégia da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas é a redução de danos, que passou a ser considerada a partir da década de 1990 no Brasil, na qual é usada como uma forma contra a exclusão do indivíduo dependente perante a sociedade[11]. Essa estratégia visa afirmar a autonomia, o diálogo e os direitos das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, sem recorrer a julgamentos morais ou práticas criminalizadoras e punitivas[8]. Segundo Ramos (2012)[11] são propostas de intervenções que objetivam minimizar os danos à saúde do dependente e os prejuízos sociais e econômicos causados pelo consumo de drogas, sem necessariamente prever a abstinência como única alternativa de tratamento.

A partir da visão do uso de substâncias psicoativas de forma real, sem preconceitos, fica possível reconhecer que as drogas têm significações na vida subjetiva e social tanto do ser humano quanto da sociedade. Assim, o consumo passa a ser compreendido dentro dos contextos culturais, sociais, políticos, econômicos e subjetivos ampliando a compreensão sobre esse tema e diminuindo o preconceito em relação aos dependentes[11]. Portanto, se o uso das substâncias não pode ser excluído da sociedade, é possível pensar em estratégias que possam reduzir ao menos os danos relacionados a esse consumo, tanto para os usuários quanto para a sociedade. Implicando então nessa perspectiva, a defesa pela ampliação e diversificação dos componentes da rede de tratamentos e garantia dos direitos das pessoas nesta condição[8].

Contudo, é possível compreender que para o dependente ter seus direitos garantidos, não é aceitável que somente a abstinência seja a pré-condição e a meta a ser atingida. Assim, a redução de danos tem sido entendida como estratégia de maior racionalidade ao enfrentamento sobre a questão das drogas[8].

História da Formação em Psicologia no Brasil

No Brasil, nas primeiras décadas do século XX, a ciência psicológica foi estimulada e popularizada pelos médicos. Nessa época, valorizou-se a psicometria, pois as necessidades do país fizeram com que os médicos reconhecessem a Psicologia como importante aliada no trabalho de classificação da população, segundo suas aptidões e habilidades cognitivas para que se desse a transformação do Brasil em uma grande nação[14].

Assim, a consolidação da Psicologia no Brasil teve início ainda na década de 1930 com a implantação do processo de industrialização do país, que modificou as relações sociais de produção e passou a exigir novos conhecimentos e práticas, o que tornou a educação "um instrumento para a conformação do novo trabalhador", dadas as necessidades do processo industrial e que encontrou na Psicologia alguns de seus principais fundamentos científicos. Tal processo histórico contribuiu fortemente "para o desenvolvimento da área e para a consolidação de sua prática". Em conseqüência, o ensino de Psicologia se expandiu das Escolas Normais para o ensino superior, principalmente nos cursos de Filosofia e Pedagogia e, com isso, passou-se a ter um maior desenvolvimento de pesquisas, produções científicas, congressos, bem como o aumento do campo de atuação da Psicologia, que se estendeu para além da educação, estendendo-se para "a organização do trabalho e para a prática clínica"[15].

Porém, a Psicologia foi alvo de várias críticas na área clínica, bem como foi vista como uma "atividade de luxo", dado que nem todas as pessoas poderem usufruir desse conhecimento. Então, no sentido clínico significou ser uma profissão individualista, sem significado para os problemas sociais[16]. Historicamente, o psicólogo esteve às voltas com a elite, na década de 1970 "deitar no divã significava sinal de status social", assim as pessoas de classe média e alta tinham a Psicologia como algo fundamental para mostrarem então o seu status[17].

A profissão de psicólogo e o estabelecimento dos cursos para sua formação no Brasil foram regulamentados pela Lei n. 4.119/1962[15], em decorrência de um projeto de modernização nacional e caracterizada por uma tradição frágil, uma vez que o número de psicólogos no país naquela época limitava-se a não mais que 1000 e a principal expressão pública da profissão era a psicotécnica[18].

A Lei n. 4.119/62 foi regulamentada pelo Decreto n. 53.464/64, que estabeleceu as funções do psicólogo em seu art. 4º:

Art. 4º. São funções dos psicólogos:

1) Utilizar métodos e técnicas psicológicas com o

objetivo de:

a) diagnóstico psicológico;

b) orientação e seleção profissional;

c) orientação psicopedagógica;

d) solução de problemas de ajustamento.

2) Dirigir serviços de Psicologia em órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, paraestatais, de economia mista e particulares.

3) Ensinar as cadeiras ou disciplinas de Psicologia nos vários níveis de ensino, observadas as demais exigências da legislação em vigor.

4) Supervisionar profissionais e alunos em trabalhos teóricos e práticos de Psicologia.

5) Assessorar, tecnicamente, órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, paraestatais, de economia mista e particulares.

6) Realizar perícias e emitir pareceres sobre a matéria de Psicologia (Brasil, 1964)[12].

Essas funções legais abriram a possibilidade para o psicólogo trabalhar na clínica, nas escolas, organizações, área acadêmica e jurídica[17].

Com o regime militar instaurado em 1964, foi promovida a abertura do ensino superior para a iniciativa privada, ampliando o número de vagas, como conseqüência da promulgação da Lei n. 5540/1968, que fixou as normas e funcionamento do ensino superior, o que favoreceu a oferta de cursos de Psicologia, devido a proliferação de instituições de ensino superior privadas[15].

No entanto, particularmente na década de 1960, não só pelo contexto histórico-social-político, mas também pela forte influência da psicanálise, grande parte dos psicólogos dedicava-se quase que exclusivamente à clínica. Neste sentido, Coimbra (2004, p. 47)[19] afirma que,

> Desde seu início está impressa a marca da tradição positivista [...] A própria psicanálise ensinada [...] também está marcada por esse positivismo e pela psicologização da vida social e política. Uma "certa" clínica torna-se a grande demanda dos estudantes de psicologia, que sonham com seus consultórios privados; os psicanalistas são os modelos de referência.

Na década de 1970 o número de psicólogos formados aumentou significativamente e, em conseqüência, mais cursos se abriam "porque havia demanda e a profissão era regulamentada". A criação do Conselho Profissional "organizou a intervenção social da profissão", auxiliando os profissionais a ocupar o mercado de trabalho, enquanto o Código de Ética normatizava a conduta e oferecia garantia àqueles que exerciam a profissão na clínica psicológica bem como aos usuários dos serviços, estabelecendo um padrão que deveria ser observado. Além disso, o crescimento econômico abriu vagas na indústria, comércio e área de serviços, constituindo no país um pólo consumidor. Nesse contexto, os psicólogos passaram a atuar na gestão de pessoas, mais especificamente na seleção de profissionais, avaliação de desempenho e outros aspectos da área de recursos humanos nas empresas. Assim, além dos consultórios, os psicólogos passaram a atuar nas organizações. Com o fim do regime militar e internacionalização da economia, verificou-se a organização do atendimento à saúde pública, o surgimento das organizações não governamentais e, posteriormente, a organização da assistência social no país, o que veio abrir mais o campo de trabalho dos psicólogos, principalmente, no setor público[20-21].

Com relação ao currículo oficial do curso de Psicologia, foi fixado em 1963 pelo Conselho Federal de Educação e ficou em vigor até 1994, embora os psicólogos se mostrassem incomodados com a própria formação, quando tiveram início discussões relevantes e passaram a surgir propostas de mudanças no currículo do curso, com o envolvimento dos Conselho Federal e Regionais[22].

Em 1996, após a promulgação da Lei n. 9.394, conhecida com Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, foi instituída pelo Ministério da Educação a Comissão de Especialistas em Ensino de Psicologia com o objetivo de elaborar um projeto de diretrizes curriculares, cujo foi apresentado em 1999, depois de debates promovidos com instituições de ensino superior e entidades profissionais[23], que teve aprovação apenas em 2004.

Segundo Bastos e Gomide (2010)[24], os Currículos de Psicologia limitam-se a oferecer um determinado nível de conhecimento geral sobre temas psicológicos, formação metodológica razoável e alguma habilidade técnica que possa auxiliar na intervenção, requerendo estudos complementares após a graduação.

Para Bastos e Gondim (2010)[25], inclui-se entre os pontos críticos no ensino superior de Psicologia a formação científica e as competências para o trabalho em unidades mais complexas, que vão além do indivíduo, como é o caso dos grupos e organizações, havendo maior ênfase nas áreas de avaliação, psicodiagnóstico e clínica em geral.

Trabalho do Psicólogo no CAPS AD

Os psicólogos começaram a atuar na área da saúde pública a partir da Reforma Sanitária e Psiquiátrica que começaram a ocorrer na segunda metade da década de 1970 (Dimentstein e Macedo, 2012).

Em 1978, surgiu o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que denunciaram e se mobilizaram pela humanização dos hospitais psiquiátricos, denunciavam a indústria da loucura dos hospitais privados conveniados com o INAMPS (Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social), reivindicaram melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos e fizeram as primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental[26].

Nessa mesma época, o governo federal implementou o PISAM (Plano Integrado de Saúde Mental), formando as primeiras equipes multiprofissionais de saúde mental, embora centradas na figura do psiquiatra e uma incipiente presença de psicólogos, observando que estes seguiam o modelo da clínica centrada nos consultórios particulares, difundindo a cultura psicanalítica e outras relacionadas ao processo de psicologização e individualização[26].

Os Conselhos de Psicologia, tanto Federal como Regionais, bem como os Sindicatos de Psicólogos apoiaram as iniciativas do MTSM, mas os cursos universitários de psicologia permaneceram inertes, repetindo os padrões de formação voltados para um olhar individualista e patologizante da clínica nos consultórios privados[26].

Dessa forma, a atuação do psicólogo na saúde pública é influenciada diretamente pela sua formação profissional, a qual possui deficiências, que o impedem de estar preparado para atender às necessidades da população, o que leva no meio social a uma indefinição da utilidade da profissão e transforma o psicólogo em um profissional prescindível[27]. Neste sentido, Sousa e Coleta (2012, p. 410)[28] afirmam que na saúde pública, o psicólogo enfrenta,

> [...] dificuldades relacionadas aos aspectos das instituições, da gestão e das políticas públicas [...], dificuldades dos pacientes [...] com o contato com esses pacientes, com formação profissional deficiente, com dificuldades relacionadas à prática profissional, às precárias condições de trabalho e ao relacionamento com a equipe, com necessidade de aprimoramento profissional, com frustrações no trabalho e falta de reconhecimento e com prejuízos à sua saúde e bem-estar.

Outra dificuldade encontrada no trabalho do psicólogo dentro do CAPS é a falta de reconhecimento, de valor profissional. Assim, muitos pacientes desvalorizam este trabalho preferindo uma intervenção psiquiátrica através de medicamentos, em vez a uma intervenção psicoterapêutica[28]. Os mesmos autores afirmam que isto ocorre devido ao efeito imediato que o remédio vem oferecer ao alívio e a diminuição do sofrimento, assim: "esse fato representa uma dificuldade adicional ao trabalho dos psicoterapeutas e pode ser resultado de uma desvalorização do trabalho do psicólogo por parte dos pacientes"[28] o que nos leva a problematizar a relação com as substâncias psicotrópicas, revelando um forte componente cultural.

A atuação entre as equipes multiprofissionais é outro fator de dificuldade importante que o psicólogo enfrenta, pois raramente há supervisões, em que podemos observar uma grande falta de comunicação entre a equipe de profissionais. Sendo assim, seria muito importante essa relação, uma vez que, se trata dos problemas dos pacientes atendidos, sendo uma troca de informações dos mesmos para uma boa intervenção não apenas do psicólogo, mas de toda a equipe envolvida [28].

Para Dimenstein e Macedo (2012)[16], os psicólogos precisam de uma formação que os permita fazer leituras e análises conjunturais acerca das necessidades sociais e de saúde da população, para que possam escutar e intervir sobre os processos psicológicos e psicossociais considerando as condições de vida e projetos de futuro da população, bem como serem capacitados a articular com as redes de serviços para poderem atuar.

4. DISCUSSÃO

Diante do presente estudo foi possível esclarecer a partir de um resgate histórico que as substâncias psicoativas sempre existiram, assim não tendo como aboli-las da história. As mesmas foram usadas conforme época e cultura, o que se mudou foram às formas com que cada sociedade passou a usá-las, tornando-as então, em alguns casos, um problema de saúde pública. Partindo deste pressuposto, podemos mencionar o julgamento moral que as pessoas fazem sobre este tema, substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, sendo que, o uso de substâncias não criminalizadas pode representar problema ainda maior que as proibidas e criminalizadas. Assim, devido à forma com que são visibilizadas tanto pela saúde pública quanto pela sociedade, acabam fomentando essa grande discussão do uso e proibição, talvez pela falta de conhecimento sobre o assunto pela forma cristalizada baseada em senso comum que todos possuem quando se tratam de substâncias psicoativas, sejam elas lícitas ou ilícitas.

Sempre houve o envolvimento da sociedade com esse tema, bem como com a forma com que as pessoas que faziam uso de substâncias eram tratadas. Destaca-se que por muito tempo foram internadas em manicômios, que funcionavam como um meio de excluir do convívio social, usando práticas desumanas. A partir de contestações advindas do movimento da Reforma Psiquiátrica as mudanças vieram, transformações no modelo de atenção ao sujeito, proporcionando a inclusão e o resgate social.

Entretanto, essas mudanças não foram suficientes para se efetivarem como esperado, devido uma série de motivos, dentre eles a atuação inadequada de profissionais, como o psicólogo, em que o histórico de sua formação contribuiu para as dificuldades encontradas. A ligação forte com a elite na história da formação do psicólogo é um dos motivos destas dificuldades, pois foram marcados pelo pensamento a partir de elementos de classificação, diagnóstico, adaptação, exclusão, ou seja, um tratamento individual que desconsidera as outras esferas da vida humana. Outro aspecto determinante é a visão essencialmente clinica, pois na formação desses profissionais este modelo é o mais apresentado nas grades curriculares dos cursos, estágios e práticas. Com isso, as pessoas levam este modelo para a atenção psicossoci-

al, dificultando a efetivação da mesma, dado que suas especificidades são outras, vale salientar que no contexto dos CAPS a psicoterapia é muito importante, todavia, deve estar implicada em um projeto maior de inserção social, de equipes multiprofissionais e da noção rede.

Para se efetivar um trabalho coerente com o CAPSad é preciso de outras habilidades, olhar o sujeito/mundo e outros elementos, ou seja, é preciso que ocorram transformações na formação profissional, incluindo temas que abordem as políticas públicas, justamente para o profissional não chegar na prática sem saber do que se trata.

Considera-se importante desilitizar a psicologia, tendo-se então um amplo conhecimento para se trabalhar não somente nos CAPSad, mas em todas políticas públicas, minimizando a visão individualista, e priorizando o trabalho coletivo, sendo assim, possibilitando uma maior amplitude, para que se tenha coerência na forma de trabalho nestas novas unidades e dentro de todas as políticas públicas.

5. CONCLUSÃO

Devido ao fato dos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas serem uma questão de saúde pública surgiu à necessidade da criação de serviços que fossem capazes de prover as necessidades de tratamento adequado. Dentre os serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad), unidade muito importante para os indivíduos que precisam de seus serviços, tem por base o tratamento do paciente em liberdade, buscando sua reinserção social, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua, no desenvolvimento de autonomia e cidadania dos usuários.

Porém, são muitos os problemas referentes a essa nova unidade, como as dificuldades de se tabalhar a partir da lógica multiprofissional, carência de investimentos, ausência de espaço, entre outros, desta maneira podem não possibilitar na prática toda a potência destas instituições. Todavia, não podemos deixar de lado nossos papéis sociais, em que muita coisa deve ser mudada, sejam pensamentos, preconceitos etc. Quanto aos profissionais, terem uma reformulação na sua formação, aos já formados tornarem-se aptos a atender as demandas do modelo psicossocial proposto. Assim, podendo oferecer um trabalho digno e suficiente aos usuários, nos quais possam ser reinseridos de forma justa na sociedade, para que sejam e se sintam cidadãos, devolvendo a eles sua tão esperada identidade.

REFERÊNCIAS

[1] Israel-Pinto A. O uso de substâncias psicoativas: história, aprendizagem e autogoverno. [Dissertação de mestrado]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá. 2012.

[2] Justi MG. O CAPSad na perspectiva dos usuários. [Dissertação de mestrado]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá. 2010.

[3] Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002. pdf>. Acesso em: 26 mai. 2015.

[4] Cantele J, Arpini DM, Roso A. A psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. [Dissertação de mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2012.

[5] Fonseca JJS. Metodologia da pesquisa cientifica. Fortaleza: UEC. 2002.

[6] Silva LHPS, Borba LO, Paes MR, Guimarães AN, Mantovani MF, Maftum MA. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. Esc Anna Nery. 2010; 14(3):585-90.

[7] Melo JRF. Representações sociais de dependentes químicos acerca do crack, do usuário de drogas e do tratamento. [Dissertação de mestrado]. João Pessoa: UFPB/CCHL. 2013.

[8] Conselho Federal de Psicologia. Referências técnicas para a atuação de psicólogas/os em políticas públicas de álcool e outras drogas. Brasília: CFP. 2013.

[9] Southier D. Mosaico social. Revista do Curso de Ciências Sociais da UFSC. 2012; 6(6):43-59.

[10] Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.

[11] Ramos RCMB. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. [Dissertação de mestrado]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá. 2012.

[12] Brasil. Decreto n. 53.464, de 21 de janeiro de 1964. Regulamenta a Lei nº 4.119, de 27 de agôsto de 1962, que dispõe sôbre a profissão de psicólogo. Disponível em: <http://www.planalto. gov.br>. Acesso em: 22 jul. 2014.

[13] Meireles BR. Formação em saúde, trabalho e sofrimento de profissionais de saúde que atuam em um CAPSad: um estudo exploratório. [Dissertação de mestrado]. Distrito Federal: Universidade de Brasília. 2013.

[14] Boarini ML. A formação do psicólogo. Psicologia em Estudo. 2007; 12(2):443-4.

[15] Antunes MAM. A psicologia no Brasil: um ensaio sobre suas contradições. Psicologia: Ciência e Profissão. 2012; 32:44-65.

[16] Dimenstein M, Macedo JP. Formação em psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. Psicologia: Ciência e Profissão. 2012; 32:232-45.

[17] Pereira FM, Pereira Neto A. O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização. Psicologia em Estudo. 2003; 8(2):19-27.

[18] Bock AMB. Psicologia e saúde: desafios às políticas públicas no Brasil. In: ROSA, E.M. et al. Psicologia e saúde: desafios às políticas públicas no Brasil. 2007; 17-34. Vitória: EDUFES, 2007.

[19] Coimbra, CMB. Práticas “psi” no Brasil do “milagre”: algumas de suas produções. Mnemosine. 2004; 1:48-52.
[20] Lisboa, FS. Formação em psicologia no Brasil: um perfil dos cursos de graduação. Psicologia Ciência e Profissão. 2009; 29(4):718-37.
[21] Furtado O. 50 Anos de psicologia no Brasil: a construção social de uma profissão. Psicologia: Ciência e Profissão. 2012; 32:66-85.
[22] Rocha Junior A. Das discussões em torno da formação em psicologia às diretrizes curriculares. Psicologia: Teoria e Prática. 1999; 1(2):3-8.
[23] Yamamoto OH. A LDB e a psicologia. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília. 2000; 20(4):30-7.
[24] Bastos AVB, Gomide PIC. O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. In: YAMAMOTO, O.H.; COSTA, A.L.F. (orgs.). Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil. P. 227-254. Natal: EDUFRN. 2010.
[25] Bastos AV, Gondim SMG. O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. O que mudou nas últimas décadas? In: YAMAMOTO, O.H.; COSTA, A.L.F. (orgs.). Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil. P. 255-271. Natal: EDUFRN, 2010.
[26] Vasconcelos E. Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. Mnemosine. 2004; 1:73-90.
[27] Paparelli RB. Psicólogos em formação: vivências e demandas em plantão psicológico. Psicologia: Ciência e Profissão. 2007; 27(1):64-79.
[28] Sousa AA, Coleta MFD. O bem-estar no trabalho de psicólogos em serviços de saúde pública. Psicologia: Ciência e Profissão. 2012; 32(2):404-21.

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO FRENTE À VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL: UMA ANÁLISE DA TEORIA E DA PRÁTICA

A PSYCHOLOGIST PERFORMANCE FRONT OF CHILD SEXUAL VIOLENCE: AN ANALYSIS OF THE THEORY AND PRACTICE

AMANDA SOARES DE **OLIVEIRA**[1*], CARLA FERNANDA BARBOSA **MONTEIRO**[2]

1. Aluna do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Ingá; **2.** Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá e Docente do Curso de Psicologia da Faculdade Ingá;

* Rua José Antonio Podanoshe, 39, Jardim Paraná, Astorga, Paraná, Brasil. CEP: 86730-000 mandinharcc@hotmail.com

Recebido em 02/08/2015. **Aceito** para publicação em 13/10/2015

RESUMO

Atualmente, a violência contra a infância tem aumentado de forma assustadora, de modo especial, a violência sexual. Em 2011 foram registradas mais de 14.000 denúncias desse tipo de violência pelo Governo Federal. Em 2014, a incidência foi para mais de 24.000 casos. Com o surgimento do Estatuto da Criança e do Adolescente, esse público teve, passou a terum aparato jurídico que procurasse a garantia de seus direitos. Diante disso, a necessidade de se estudar este tema justifica-se como forma de colaborar com o trabalho do Psicólogo que atua com o público que sofre esse tipo de violência. Esse trabalho teve como objetivo conhecer quais diretrizes e políticas fundamentam a ação dos psicólogos no atendimento à vítimas de violência infantil e quais as práticas realizadas após o surgimento do ECA. A metodologia adotada para a realização deste foi através de uma pesquisa bibliográfica e por meio de uma revisão sistemática da literatura. Foram pesquisados artigos em português no período de 1990-2010 e não foram consideradas teses e dissertações de mestrado e/ou doutorado. A escolha das datas se deu porque nos quinze primeiros anos – 1990-2005 foi a implementação do ECA e nos cinco anos seguintes foi a estruturação do mesmo – 2005-2010. Com essa pesquisa procuraremos compreender como tem sido o trabalho do psicólogo no SUAS (Sistema Único de Assistência Social), em especial no CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), que é o órgão que mais acolhe as pessoas vítimas de violência. Ao compreender o trabalho do psicólogo junto às crianças que sofreram a violência sexual, ou seja, como está sendo realizado, podemos buscar formas de aprimorar essa atuação, buscando qualificar o serviço e contribuir para um melhor desenvolvimento da criança que está sendo prejudicada pela violência, de forma a fazer com que ela seja autônoma e supere a violência que sofreu.Os resultados demonstraram que as práticas dos psicólogos baseiam-se em acolher, promover a autonomia dos sujeitos e o fortalecimento de vínculos, porém, não há pouco material para respaldar essa prática. Portanto concluiu-se que se faz necessário estudar esse tema que é tão importante, visto que é algo que vem crescendo e uma área que o psicólogo ainda encontra muitas dificuldades para um trabalho eficaz.

PALAVRAS-CHAVE: Violência Sexual Infantil, Estatuto da Criança e do Adolescente, CREAS.

ABSTRACT

Currently, violence against children has increased alarmingly, especially, sexual violence. In 2011, it was registered more than 14,000 complaints of such violence by the Federal Government. In 2014, the incidence was for more than 24,000 cases. With the emergence of the Statute of Children and Adolescents, the public had, now has a legal apparatus that seek to guarantee their rights. Therefore, the need to study this subject is justified as a way to collaborate with the work of the psychologist who works with the public that suffers such violence. This study aimed to know which guidelines and policies underlying the action of psychologists in the care of victims of child abuse and what the practices carried out after the emergence of the ECA. The methodology used to achieve this was through a literature search and through a systematic literature review. Portuguese articles were surveyed in the 1990-2010 period and were not considered theses and dissertations and / or doctorates. The choice of dates was because in the first fifteen years - 1990-2005 was the implementation of ECA and within five years was the structuring of it - 2005-2010. With this research will seek to understand as has been the psychologists working in ITS (Unified Social Assistance), particularly CREAS (Specialized Reference Center for Social Assistance), which is the organ that receives more victims of violence. By understanding psychologists working with children who have suffered sexual violence, that is, as is being done, we can look for ways to improve this performance, seeking to qualify the service and contribute to a better development of the child being harmed by violence, in order to cause it to be autonomous and overcome the violence suffered. The results showed that psychologists from practices based on host, promote the autonomy of the

subjects and the strengthening of ties, however, there is little material to support this practice. Therefore, it was concluded that it is necessary to study this issue that is so important, because it is something that is growing and an area that the psychologist still many difficulties for effective work.

KEYWORDS: Child Sexual Violence, Child and Adolescent Statute, CREAS.

1. INTRODUÇÃO

O objetivo do presente trabalho foi analisar as práticas dos psicólogos na teoria e na prática após as diretrizes provenientes do ECA e das políticas públicas de Assistência Social no enfrentamento da violência sexual infantil. Poderemos perceber que o papel do Psicólogo do SUAS é o de promover uma transformação social, fazendo com que os indivíduos em situação de vulnerabilidade se tornem cidadãos com os direitos garantidos. Pretendemos também analisar se a atuação do Psicólogo corresponde às diretrizes norteadoras do ECA. Esta averiguação seguida de uma problematização, se faz necessária pois atualmente tem aumentado o número de casos de violência sexual, principalmente com crianças e realizadas na maioria das vezes por familiares próximos. Nesses casos o trabalho do Psicólogo se faz necessário, pois os danos causados por esses atos são muito prejudiciais à criança, interferindo em todo o seu desenvolvimento.

O presente trabalho foi realizado por meio de uma revisão sistemática nos sites de pesquisa Scielo e Google Acadêmico. Foram pesquisados artigos brasileiros entre os anos de 1990-2010. Nesta pesquisa não foram consideradas dissertações e teses de mestrado e doutorado publicadas. Através dos sites de pesquisa supracitados, foi realizado uma busca por artigos que tivessem contivessem as palavras-chaves, foi realizada uma pesquisa com o intuito de localizar artigos que se referissem ao Estatuto da Criança e do Adolescente e do trabalho do Psicólogo no CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) com crianças vítimas de violência sexual. Foram encontrados aproximadamente 17.000 artigos que se referiam ao tema violência sexual, porém após uma seleção, onde foram excluídos trabalhos acadêmicos, teses e dissertações, além de outros temas ligado à violência (como violência doméstica, violência contra mulheres, exploração sexual, entre outros) e dado ênfase à artigos que tivessem os temas acima citados relacionados, destes, foram escolhidos 18 artigos que mais se aproximavam dos temas propostos. O período entre 1990-2005 foi considerado o período de implantação do ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente; já o período entre 2005-2010, foi considerado o período de estruturação do mesmo.A partir da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), as crianças e adolescentes passaram a ter direitos garantidos, principalmente no que se refere à segurança dos mesmos.

Atualmente, o abuso sexual é a segunda forma de violência que mais acontece com crianças e adolescentes, ficando atrás apenas da negligência e do abandono. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2011, foram registradas 14.625 notificações de violências de todos os tipos contra crianças menores de 10 anos no Disque Denúncia, sendo a violência sexual responsável por 35% dessas notificações. Entre 10 e 14 anos, a violência sexual também ficou em segundo lugar com 10,5% das notificações e nos adolescentes entre 15 e 19 anos, esse tipo de violência ocupou o terceiro lugar com 5,2% das notificações[1]. De acordo com a página da Fundação ABRINQ (2015)[1], organização sem fins lucrativos que busca a defesa dos direitos e da cidadania de crianças e adolescentes, em 2014, o Disque Denúncia recebeu 24.575 denúncias, sendo que 19.165 foram de abuso e 5.410 foram de exploração sexual infantil.

Desta forma, através deste trabalho, buscou-se averiguar a prática do psicólogo diante da violência sexual e compreender como a sua atuação acontece enquanto teoria, ou seja, em como está fundamentada essa atuação, e enquanto prática (como ela realmente acontece), a fim de colaborar com a mesma para buscar promover qualidade de vida para as crianças vítimas de violência.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia adotada foi do tipo bibliográfica. Segundo Gil (2002)[2] a pesquisa bibliográfica é uma forma de pesquisa em livros, artigos, ou seja, em materiais já publicados.

> A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. (GIL, 2002, p.44)[2].

Gil (2002)[2], considera que a pesquisa bibliográfica tem a vantagem de cobrir amplamente os fenômenos, como por exemplo, dados estatísticos de um território grande, onde é dificultoso uma coleta de dados, além de nos auxiliar em estudos históricos. A natureza da pesquisa é qualitativa, pois não é baseada em dados estatísticos, numéricos, mas sim na interpretação destes dados. Conforme Dalfovo *et al.* (2008)[3] nos afirmam que:

> A pesquisa de natureza qualitativa tem um foco na interpretação ao invés de na quantificação [...]; ênfase na subjetividade ao invés de na objetividade [...];flexibilidade no processo de conduzir a pesquisa [...];orientação para o processo e não para o resultado [...];preocupação com o contexto, no sentido de que o comportamento das pessoas e a situação ligam-se intimamente na formação da experiência; reconhecimento do impacto do processo de pesquisa sobre a situação de pesquisa [...]

A revisão bibliográfica será realizada em banco de dados científicos (Scielo e Google Acadêmico) por artigos brasileiros, sendoexcluído teses e dissertações de mestrado e doutorado, que relatem a prática do Psicólogo no SUAS, no atendimento às crianças vítimas de violência sexual. Contará também com a análise de periódicos, livros e documentos que podem descrever a realidade temporal escolhida como objeto de estudo.

Foram escolhidos 18 artigos cujos temas estavam relacionados às palavras-chave Violência Sexual Infantil, Estatuto da Criança e do Adolescente e CREAS e estes foram analisados através de uma revisão sistemática (Tabela 1). A revisão sistemática consiste em "uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema" [4], ou seja, é uma pesquisa em artigos, livros e outros meios literários de forma a coletar informações conflitantes ou coincidentes, a fim de auxiliar em investigações futuras de determinado tema[4].

Tabela 1. Trabalhos científicos consultados.

QUANTIDADE DE ARTIGOS	ASSUNTO DOS ARTIGOS
3	Trabalho da equipe multidisciplinar com crianças vítimas de violência
9	O que é o CREAS e quais as suas funções
7	Como se dá o trabalho do Psicólogo com as crianças vítimas de violência
6	O que é o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente)
1	Como é o trabalho do Psicólogo no SUAS antes e depois da implementação do ECA

Fonte: própria autora

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A infância e a violência sexual

A infância nem sempre teve o sentido que pensamos nos dias de hoje, em tempos passados, a criança era vista como um adulto em miniatura. Àries (1981)[5] afirma que na Idade Média, a criança "mal adquiria algum desembaraço físico, era logo misturada aos adultos, e partilhava de seus trabalhos e jogos. De criancinha pequena, ela se transformava imediatamente em homem jovem, sem passar pelas etapas da juventude". Com o passar do tempo, a forma de se enxergar a criança foi se modificando, devido à visão dos religiosos, onde se propôs que a criança não deveria mais ser vista como um adulto em miniatura, mas como um ser que ainda não está preparado para estar relacionado com assuntos e atos que são referentes a adultos.

> Esses moralistas haviam se tornado sensíveis ao fenômeno outrora negligenciado da infância, mas recusavam-se a considerar a criança como brinquedos encantadores, pois viam nelas frágeis criatura de Deus que era preciso ao mesmo tempo preservar e disciplinar. Esse sentimento por sua vez, passou para a vida familiar. (ÀRIES, 1981, p. 163)[5]

As crianças são uma população vulnerável, pois a Psicologia do Desenvolvimento compreende que uma criança só será capaz de cuidar de si após a adolescência e durante o processo de socialização se tornará gente e para esse processo acontecer é necessário o apoio familiar.

Baseados em eventos violentos principalmente na Europa, como a Segunda Grande Guerra, a Organização das Nações Unidas (ONU) se reuniu em uma Assembleia Geral e, em 1948, criaram a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Baseados nessa Declaração, governantes no Brasil, após a queda da ditadura militar, em Assembleia Nacional e com o objetivo de assegurar os direitos dos cidadãos brasileiros, criaram a Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988. Na Constituição, são garantidos aos brasileiros, principalmente no Artigo 5º, os direitos à vida, à liberdade, à segurança e à propriedade[6].

Em 1993, em discussão sobre os direitos humanos em Viena, Áustria, foram discutidos os direitos da criança. Na Conferência em questão, foi reiterado no Artigo 4 da Declaração de Viena que as crianças devem ser pensadas em primeiro lugar, a fim de realizar todos os esforços possíveis para a promoção de respeito de todos os direitos às mesmas, de forma a garantir sobrevivência, proteção, desenvolvimento e participação[7].

Através da Lei 8.069/1990, foi criado no Brasil o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a fim de garantir os direitos e os deveres dos mesmos. O supracitado Estatuto, segundo Digiácomo & Digiácomo (2013)[8] é "reconhecido internacionalmente como um dos mais avançados Diplomas Legais dedicados à garantia dos direitos da população infanto-juvenil".

O que é o SUAS?

Todos os serviços ligados à Assistência Social no Brasil são organizados e regidos por um Sistema que direciona toda a atuação dos profissionais que trabalham nestes serviços. Dessa forma, é importante conhecer, além dos serviços oferecidos na Assistência Social, como é esse sistema (SUAS) que coordena os serviços.

O SUAS – Sistema Único de Assistência Social, foi criado em 2003 durante a IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em Brasília, pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), conforme previa Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei 8.742 de 7 de 1993 e coordenado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. O SUAS segue as diretrizes da Norma Operacional Básica (NOB-SUAS), estabelecida em 2005, que, conforme nos esclarece o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome[9], "apresenta claramente as competências de cada órgão federado e os eixos de implementação e consolidação da iniciativa". Ainda de acordo com

BRASIL (2015)[9], o Sistema Único de Assistência Social – SUAS, é um sistema público que organiza e descentraliza os serviços socioassistenciais no Brasil, envolvendo os poderes públicos municipais, estaduais e nacionais, assim como a sociedade civil.

O SUAS, conforme BRASIL (2015)[9], organiza as ações dos serviços socioassistenciais em dois tipos, os de Proteção Social Básica e o de Proteção Social Especializada. Nos serviços de Proteção Social Básica, acontecem as ações de prevenção dos riscos sociais, por meio de "programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social"[9]. Já nos serviços de Proteção Social Especializada, são realizadas ações à indivíduos e famílias que já estão em situação de risco e com seus direitos violados por violências (físicas, psicológicas, sexuais), negligências e abandonos, maus-tratos, uso de drogas, entre outros. Além disso, "o SUAS engloba também a oferta de Benefícios Assistenciais, prestados a públicos específicos de forma articulada aos serviços, contribuindo para a superação de situações de vulnerabilidade"[9]. Há dois tipos de benefícios que são ofertados pelo SUAS: o Benefício de Prestação Continuada (BPC) fornecido aos idosos ou deficientes e os benefícios eventuais, que são de caráter provisório às pessoas que estão passando por situações de calamidades, vulnerabilidades, entre outros.

Em relação à gestão do SUAS, existem quatro tipos de gestão, o da União, do Distrito Federal, dos estados e dos municípios. No caso da gestão da União, as responsabilidades são "formulação, apoio, articulação e coordenação de ações"[9]. Os estados, segundo BRASIL (2015)[9], tem as suas responsabilidades de gestão conforme as diretrizes do NOB-SUAS. No caso das gestões municipais:

> São possíveis três níveis de habilitação ao Suas: inicial, básica e plena. A gestão inicial fica por conta dos municípios que atendam aos requisitos mínimos, como a existência e funcionamento de conselho, fundo e planos municipais de assistência social, além da execução das ações da Proteção Social Básica com recursos próprios. No nível básico, o município assume, com autonomia, a gestão da proteção social básica. No nível pleno, ele passa à gestão total das ações socioassistenciais. (BRASIL, 2015)[9]

De acordo com a Norma Operacional Básica, NOB-SUAS, o SUAS tem um modelo de gestão participativa "nos três níveis de governo para a execução e financiamento da Política Nacional de Assistência Social (PNAS)". Esta consiste em ressaltar a informação, o monitoramento e a avaliação, contribuindo para um controle social do SUAS (BRASIL, p. 14, 2005)[11].

Qual o papel do Psicólogo no SUAS?

A profissão de Psicólogo foi regulamentada no Brasil em 1962, mas até a década de 80, o Psicólogo era visto apenas como quem fazia psicoterapias apenas e era considerada uma profissão elitista. A partir desta data, os psicólogos mudaram sua atuação profissional e passaram a ter mais compromisso social, porém, nos últimos anos, a Psicologia tem se inserido nas políticas públicas e sua participação nestas tem aumentado consideravelmente[10]. As políticas públicas tem-se constituído um importante campo de trabalho para os psicólogos, Perez (2005 *apud* SILVA; CORGOZINHO 2011, p.12)[12] afirma que a Psicologia tem tido grande importância nas políticas públicas, o que aparece nas vagas para concursos públicos e a democratização do país.

O psicólogo social, estando inserido no SUAS, busca transformar o grupo em que atua, segundo sua demanda. A princípio busca a transformação social, para a partir desta realizar uma transformação individual em cada participante[12]. Para atuar na comunidade, é necessário que o psicólogo conheça a realidade da mesma para que dessa forma possa definir os objetivos que deseja alcançar com os sujeitos da comunidade. Para se conhecer a realidade da comunidade, é importante ao psicólogo:

> Contato entre as lideranças comunitárias, reconhecimento de espaços e sujeitos das comunidades, escutando e registrando demandas, realizados através de investigação etnográfica, visitas às comunidades, participação em ações sociais, participação em festas, eventos esportivos, de lazer e religiosos, acompanhados de moradores e de lideranças (SILVA; CORGOZINHO, 2011, p. 17)[11].

O objetivo da inserção do Psicólogo nas políticas públicas visa "o fortalecimento dos usuários como sujeitos de direitos e o fortalecimento das políticas públicas"[10], ou seja, visa tornar os usuários dos serviços do SUAS como portadores de direitos, que muitas vezes são retirados dos mesmos e fortalecer as políticas públicas, pois, muitas vezes, são abandonadas."Uma Psicologia comprometida com a transformação social toma como foco as necessidades, potencialidades, objetivos e experiências dos oprimidos"[10], ou seja, o psicólogo, quando engajado em promover o bem-estar às pessoas, deve trabalhar para promover as potencialidades do indivíduo e esse trabalho se torna mais claro no SUAS, quando o psicólogo, trabalha com pessoas em situação de vulnerabilidade social.

De acordo com CFP (2007)[13], as práticas psicológicas devem buscar compreender e intervir nos processos psicossociais, considerando os aspectos histórico culturais da sociedade em que os indivíduos estão inseridos. O psicólogo no SUAS, principalmente em serviços onde são atendidos usuários com direitos violados, devem "contribuir para os processos subjetivos de emancipação e autonomia dos sujeitos em situação de violação de direitos"[14].

O que é o ECA?

As leis nascem a partir de necessidades e manifestações populares. Tendo em vista a luta pelos direitos da criança em todo o mundo, principalmente por conta da

realização da Convenção das Nações Unidas sobre os direitos da criança, realizado em 20 de novembro de 1989, foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) pela Lei Federal 8.069/1990, sancionada em 13 de julho de 1990, baseado também no Artigo 227 da Constituição de 1988 onde se considera como dever da família prover à criança, ao adolescente e ao jovem o direito à vida, educação, lazer, saúde, cultura, entre outros[15].

Cruz & Domingues (online)[16] consideram que a partir da Constituição de 1988, com a descentralização do poder após a queda da ditadura militar no Brasil, houve a criação de conselhos para a luta dos direitos da criança e do adolescente, como os Conselhos Tutelares e os Conselho dos Direitos da Criança e com a criação do ECA pode-se implementar várias inovações e pode-se traçar um novo paradigma na construção das Políticas Públicas voltadas para a infância e a adolescência no Brasil.

De acordo com o Portal Brasil (2015)[9], o Estatuto da Criança e do Adolescente tem como objetivo detalhar os direitos e deveres de crianças e adolescentes, assim como os direitos e deveres de pais, gestores públicos, conselhos tutelares e profissionais da saúde. De acordo com Cruz e Domingues (online), o ECA é dividido em dois livros.

> No primeiro estão presentes os direitos fundamentais, garantindo os direitos relativos à sobrevivência e desenvolvimento social e pessoal das C/A. O livro segundo, denominado parte especial, trata do planejamento e execução de ações de proteção especial por meio de programas de proteção sócio-educativos (orientação e apoio sócio-familiar, apoio sócio-educativo em meio aberto, colocação familiar, liberdade assistida, semiliberdade e internação), realizados tanto por entidades governamentais como não-governamentais, visando a garantia de direitos à integridade física, psicológica, moral e social. (CRUZ; DOMINGUES, p. 6-7, online)[16]

Podemos perceber diante disso que o ECA é o mais importante instrumento para garantia e execução dos direitos da criança e do adolescente, assim como execução dos deveres dos mesmos.

O que é o CREAS?

O CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social é um órgão do SUAS, norteado pelo PAEFI (Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Família e Indivíduos), de âmbito municipal ou regional que visa o atendimento, acolhimento e orientação a famílias e demais pessoas em situação de vulnerabilidade social de forma a buscar a promoção de garantia de direitos, fortalecimento de vínculos e da função protetiva da família.

Segundo a Tipificação do Serviço, o CREAS atua em famílias que se encontram nas mais variadas formas de violação de direitos, tais como: Violência física, psicológica e negligência; Violência sexual (abuso e/ou exploração sexual); Afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida socioeducativa ou medida de proteção; Tráfico de pessoas; Situação de rua e mendicância; Abandono; Trabalho infantil; Discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia; Outras formas de violação de direitos decorrentes de discriminações/submissões a situações que provocam danos e agravos a sua condição de vida e os impedem de usufruir autonomia e bem estar; Descumprimento de condicionalidades do PBF e do PETI em decorrência de violação de direitos[17].

O CREAS é considerado um serviço de Proteção Social Especial dentro do SUAS, pois todos os programas e projetos oferecidos neste serviço é de caráter especializado, visto que as vulnerabilidades que atingem a população que o CREAS atende em sua maioria está com os seus direitos violados de alguma maneira[17].

É importante que o CREAS esteja articulado com outros serviços, como CRAS, Programas Sociais (Bolsa Família, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI, Benefício de Prestação Continuada – BPC), Serviços de Saúde, em especial Saúde Mental, Órgãos de Defesa de Direitos (Conselho Tutelar, Ministério Público, Delegacias, Poder Judiciário, entre outros), Serviços de Acolhimento, Rede de Educação, entre outros, pois, dessa forma, poderá qualificar seus serviços e contribuir para assegurar os direitos dos usuários dos serviços[18].

O CREAS pode ser implantado em qualquer cidade desde que a demanda seja justificada. Os recursos humanos básicos para um CREAS de pequeno e médio porte (cidades com até 100.000 habitantes) é composto por: 1 Coordenador, 1 Assistente Social, 1 Psicólogo, 1 Advogado, 2 Profissionais de nível superior ou médio e 1 Auxiliar Administrativo. Em CREAS de grande porte, metrópoles ou no Distrito Federal (acima de 100.001 habitantes) é composto por: 1 Coordenador, 2 Assistentes Sociais, 2 Psicólogos, 1 Advogado, 4 Profissionais de nível superior ou médio e 2 Auxiliares Administrativos[19,20].

O trabalho do Psicólogo no CREAS

A atuação do psicólogo, segundo o Artigo 1º do Código de Ética do Psicólogo (CFP, p. 08, 2014), deve ser a de prestar serviços de qualidade fazendo uso de princípios, técnicas e conhecimentos baseados nos conhecimentos científicos da psicologia.O psicólogo também deve atuar com respeito, solidariedade e consideração com outros psicólogos e profissionais de outras áreas[21]. O psicólogo não deve ser conivente com erros, violação de direitos e outras faltas na prestação de serviços profissionais[21]. O psicólogo tem um papel importante na sociedade, pois ele vem ajudar o indivíduo que se encontra em sofrimento psíquico. No CREAS, o Psicólogo encontra com vários sujeitos em sofrimento e seu trabalho é ajudar esse sujeito a superar o sofrimento. De acordo com o CREPOP (Referências Técnicas para atuação do Psicólogo no CREAS)[19,20].

> Para compreender esse sujeito que chega ao CREAS, a (o) profissional de Psicologia precisa ter elementos para apreender tanto as relações complexas presentes no contexto de vulnerabilidade social associado a violação de direitos, quanto a maneira como esse sujeito percebe e vivencia esse contexto. (CFP, p.51, 2009)[14].

Os psicólogos têm-se utilizado de várias práticas teóricas para seu trabalho no CREAS, dentre elas a Psicanálise, Psicologia Comportamental, Gestalt-terapia, e inúmeras outras, mas independente da abordagem escolhida, é importante que haja alguns princípios norteadores para seu trabalho que são: "respeito aos direitos humanos, democracia, emancipação e autonomia dos sujeitos"[14].

Para sua atuação no CREAS, é preciso que o Psicólogo saiba que o conceito de família sofreu algumas transformações e é necessário compreender todas as singularidades e as potencialidades existentes nas famílias atuais[14]. Ao olhar para as potencialidades que encontra nas famílias, o Psicólogo poderá realizar um trabalho que possa viabilizar "espaços criativos e geradores de alternativas individuais e coletivas na perspectiva da superação das situações de violação"[14]. Ainda segundo o CREPOP, o Psicólogo deve atuar de forma a contribuir para a "ressignificação, pelos sujeitos, de suas histórias, ampliando sua compreensão de mundo, de sociedade e de suas relações, possibilitando o enfrentamento de situações cotidianas"[14], ou seja, o psicólogo deve trabalhar para que o sujeito que sofreu a violação possa ressignificar sua história, dar um novo sentido à ela, de forma que sua vivência não seja mais prejudicada pela violência sofrida e esse sujeito possa seguir em frente.

É muito importante considerar não apenas a dimensão subjetiva, mas também a objetiva dos fenômenos sociais. O sujeito vive em uma sociedade e sofre influência dela, cada um sofrerá a influência de uma forma e a Psicologia deve compreender o sujeito para além de seu funcionamento psíquico, suas capacidades e fragilidades, mas como alguém que influencia e é influenciado pela sociedade em que ele está inserido, ou seja, dos valores, condições e relações sociais[14]. De acordo com o CREPOP[9], é possível, com a ajuda do psicólogo, mudança de vida, superação de violências e outros tipos de violação de direitos e de fragilidades, quando se enfrenta os conflitos que existem no cotidiano e se constrói soluções individuais e coletivas. Para isso(...):

> Ao profissional de psicologia cabe revisitar seu fazer, traduzir e transmitir seu compromisso, apontar para um posicionamento ético-politico. Cabe ainda romper com pressupostos teóricos que servem à manutenção da desigualdade posta, partindo para novas concepções no campo dos conceitos, metodologias e intervenções, abrindo espaço para ação contextualizada na vivência de pessoas e grupos. Faz-se importante também agregar um olhar crítico e de posicionamento frente à realidade social[14].

Segundo as referências técnicas para atuação do psicólogo no CREAS[14], o profissional deve pensar sempre no bem-estar das pessoas que chegam a ele, contribuindo para a transformação e inserção social e sua prática não deve ser segregadora e perpetuadora da violação de direitos, para tanto, o psicólogo deve ir além de suas bases teóricas e fazer parte nesta prática.

Segundo o CREPOP[14], o psicólogo deve atuar respeitando as particularidades de cada caso, realizando uma acolhida e uma escuta qualificada a fim de promover o fortalecimento de vínculo entre a família, promover a interrupção dos padrões familiares que propiciam a violação de direitos, potencializar a superação da violência sofrida e reconstruir os laços familiares, promover o acesso aos direitos socioassistênciais, o protagonismo e prevenir o agravamento da violação de direitos.

4. CONCLUSÃO

Diante do exposto, percebeu-se que as práticas dos psicólogos na área fundamentam-se em: realizar uma acolhida e escuta qualificada, promover o fortalecimento de vínculos entre os familiares, promover a autonomia dos sujeitos, contribuir para que o indivíduo consiga superar a violência e o sofrimento causado, promover aos indivíduos o acesso aos seus direitos e contribuir para a prevenção do agravamento da violência. Os psicólogos que trabalham no CREAS com crianças que sofrem abuso sexual necessitam de um respaldo que os auxiliem em sua prática, em vista disso, o ECA é um importante instrumento para o psicólogo.

Através dessa análise literária, pudemos verificar que o ECA e o SUAS fundamentam e orientam no modo de agir dos profissionais que trabalham com crianças vítimas de violência. Porém, ao pesquisar sobre a práxis do psicólogo, não conseguimos perceber se esta acontece como está sendo orientado, visto que há poucos artigos que nos esclarecem como se dá a prática do Psicólogo. O trabalho com crianças vítimas de violência, em especial a violência sexual, é algo que precisa estar em constante problematização e implementação para que haja um atendimento cada vez mais humanizado e apropriado. No único artigo encontrado, que relata o trabalho do Psicólogo antes e depois da implementação do ECA, é realizada uma pesquisa com sete psicólogos que já atuavam antes de 1990 e por isso faziam um comparativo sobre a atuação do psicólogo entre o antes e depois do ECA. Os psicólogos afirmaram que o ECA é uma importante ferramenta que auxilia o trabalho do profissional, além disso é um marco para a garantia de direitos das crianças[22].

O Psicólogo ainda encontra muitas dificuldades para atuar no SUAS. Algumas das dificuldades estão relacio-

nadas à regulação e gestão do trabalho, pois é preciso ampliar o número de profissionais e que esta esteja compatível com a realidade do município; promover estabilidade funcional para avançar no desenvolvimento das políticas; investir na formação e qualificação dos profissionais; realizar o ingresso nos serviços por concursos públicos; criar uma carreira no setor, definindo perfil e salários compatíveis com a função a ser exercida. Em algumas regiões do Brasil, especialmente na região Nordeste, ainda há falta de Psicólogos nos órgãos do SUAS, em números havia o registro de 810 CRAS e 147 CREAS na região Nordeste sem a presença de Psicólogos na equipe.

Apesar de encontrarmos grande número de trabalhos e pesquisas referentes ao tema violência sexual infantil, são poucos os que se remetem ao trabalho do psicólogo. É preciso que sejam estudadas novas formas de contribuição para o trabalho do psicólogo em relação às crianças vítimas de violência sexual, visto que essas crianças sofrem uma violação de direitos que gera um trauma grande, podendo prejudicar seu desenvolvimento caso um trabalho humanizado, profilático e transformador não seja realizado com elas. O ECA foi um grande avanço para a promoção e garantia dos direitos da criança, mas ainda é preciso que ele seja conhecido e discutido por todos, para que possa ser executado corretamente. Também é importante construir um bom relacionamento multidisciplinar, com profissionais da saúde, educação e outros. Pois assim, os serviços e a população atendida pelo SUAS, também serão beneficiados com o aprimoramento do atendimento.

REFERÊNCIAS

[1]. Fundação ABRINQ. 18 de Maio: O Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Disponível em: http://www.fundabrinq.org.br/index.php/noticias/113-18-de-maio-o-dia-nacional-de-combate-ao-abuso-e-a-exploracao-sexual-contra-criancas-e-adolescentes, acesso em 20/07/2015.

[2]. Gil AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4ª Edição, Editora Atlas, São Paulo. 2002.

[3]. Dalfovo MS, Lana RA, Silveira A. Métodos Quantitativos e Qualitativos: Um Resgate Teórico. Revista Interdisciplinar Científica Aplicada. 2008; 2(4):01-13.

[4]. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de Revisão Sistemática: Um Guia Para Síntese Criteriosa de Evidência Científica. Rev. bras. fisioter. 2007; 11(1).

[5]. Àries P. História social da criança e da família. Tradução: Dora Flaskman. 2ª edição. Editora LTC, Rio de Janeiro. 1981.

[6]. Consituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm, acesso em 30/04/2015.

[7]. Declaração e programa de Ação de Viena. Conferência Mundial sobre Direitos Humanos. 1993. Disponível em: http://www.oas.org/dil/port/1993%20Declaração%20e%20Programa%20de%20Acção%20adoptado%20pela%20Conferência%20Mundial%20de%20Viena%20sobre%20Direitos%20Humanos%20em%20junho%20de%201993.pdf, acesso em 30/04/2015.

[8]. Digiácomo MJ, Digiácomo IA. Estatuto da Criança e do Adolescente Anotado e Interpretado. SEDS Curitiba. 2013.

[9]. Brasil. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome: Sistema Único de Assistência Social. Disponível em: http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/suas, acesso em 25/04/2015.

[10]. CFP. Referências Técnicas para Atuação do/a Psicólogo/a no CRAS/SUAS. Conselho Federal de Psicologia. Brasília. 2007.

[11]. Brasil. Política Nacional de Assistência Social/ PNAS 2004. Norma Operacional Básica - NOB-SUAS. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília. 2005.

[12]. Silva JV, Corgozinho JP. A Atuação do Psicólogo, SUAS/CRAS e Psicologia Social Comunitária: Possíveis Articulações. Revista Psicologia & Sociedade. 2011; 23(n. spe.):12-21.

[13]. CFP/CFESS. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais e Psicólogos (as) na Política de Assistência Social. Conselho Federal de Psicologia/ Conselho Federal de Assistência Social. Brasília. 2007.

[14]. CFP. Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas (os) nos Centros de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Conselho Federal de Psicologia. Brasília. 2009.

[15]. Caldas PS, Barros NV. Efetivação do ECA Junto às Políticas de Enfrentamento à Violência Sexual de Crianças e Adolescentes na Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro. V Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís. 2011

[16]. Cruz OP, Domingues AL. O Significado da Luta pela Aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente e a Avaliação de sua Aplicação. Disponível em: http://www.uel.br/grupo-pesquisa/gepal/primeirosimposio/completos/andreeosafa.pdf, acesso em 01/05/2015Araújo MF. Violência e Abuso Sexual na Família. Revista Psicologia em Estudo. 2002; 7(2):3-11.

[17]. Brasil. Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Conselho Nacional de Assistência Social. Brasília. 2009.

[18]. Brasil. Orientações técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília. 2012.
[19]. Faraj SP, Siqueira AC. O Atendimento e a Rede de Proteção da Criança e do Adolescente Vítima de Violência Sexual na Perspectiva dos Profissionais do CREAS. Barbarói. 2012; 37:67-87.
[20]. Florentino BRB. Abuso Sexual, Crianças e Adolescentes: Reflexões para o Psicólogo que Trabalha no CREAS. Fractal, Rev. Psicol. 2014; 26(1):59-70.
[21]. CFP. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Conselho Federal de Psicologia. Brasília, novembro de 2014.
[22]. Brambilla BB, Avoglia HRC. O Estatuto da Criança e do Adolescente e a Atuação do Psicólogo. Revista Psicólogo informação. 2010; 14(14):102-21.
[23]. Azambuja MRF. A Inquirição da Vítima de Violência Sexual Intrafamiliar à Luz do Melhor Interesse da Criança. In: CFP. Falando sério sobre a escuta de crianças e adolescentes envolvidos em situação de violência e a rede de proteção. 1ª Ed. Brasília. 2009.
[24]. Azambuja MRF. A Interdisciplinaridade na Violência Sexual. Serv Soc. 2013; 115:487-507.
[25]. Cordeiro FA. Aprendendo a Prevenir: Orientações para o Combate ao Abuso Sexual Contra Crianças e Adolescentes. Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude, Brasília. 2006.