

UNINGÁ - UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR INGÁ LTDA

Revista Uningá

Online ISSN 2318-0579



Outubro / Dezembro

October / December

2015

UNINGÁ – UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR INGÁ LTDA

Revista
UNINGÁ

ISSN impresso 1807-5053
ISSN online 2318-0579

Rev. UNINGÁ	Maringá	Nº 46	pp. 01-83	Out./ Dez. 2015
-------------	---------	-------	-----------	-----------------

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Revista UNINGÁ, (Unidade de Ensino Superior Ingá)

n.1 (jan./jun.2004) – Maringá: Uningá, 2004.

il.;

Trimestral

ISSN impresso 1807-5053

ISSN online 2318-0579

1. Saúde. 2. Ciências da saúde. 3. Engenharias. 4. Geografia - Periódico.I.

UNINGÁ

CDD 46.ed. 613

FICHA TÉCNICA

Título:	REVISTA UNINGÁ
Periodicidade:	TRIMESTRAL
Diretor Geral:	RICARDO BENEDITO DE OLIVEIRA
Diretor de Ensino:	NEY STIVAL
Diretora de Assuntos Acadêmicos:	GISELE COLOMBARI GOMES
Diretor de Pós-Graduação:	MÁRIO DOS ANJOS NETO FILHO
Editora-Chefe:	KARINA MARIA SALVATORE DE FREITAS
Conselho Editorial:	ADILSON LOPES CARDOSO (UNINGÁ-SP) AGENOR OSORIO (UNINGÁ-PR) AISSAR NASSIF (UNINGÁ-PR) ANA LÚCIA DE JESUS ALMEIDA (UNESP-SP) ANDRÉ LUIS SCAPIN (UNINGÁ-SC) ANGELA MARIA RUFFO (UNINGÁ-PR) ANTONIO GERALDO DE OLIVEIRA (UNINGÁ-MG) ANTONIO MACHADO FELISBERTO (UNINGÁ-PR) CAMILA LOPES CARDOSO (FOB-USP-SP) CARLOS MARCELO ARCHANGELO (UNINGÁ-PR) CÉLIA REGINA M. PINZAN-VERCELINO (UNICEUMA-MA) CONCEIÇÃO VIEIRA DA SILVA (UNIFESP-SP) CRISTIANE MACHADO MENGATTO (UNINGÁ-PR) DAIANE PEREIRA CAMACHO (UNINGÁ-PR) DARWIN VAZ DE LIMA (UNIC-MT) EDSON ARPINI MIGUEL (UNINGÁ e UEM-PR) ELIANE FERRARI CHAGAS (UNESP-SP) EMÍLIA BARBOSA CARVALHO KEMPINSKI (UNINGÁ-PR) EMÍLIO CARLOS SPONCHIADO JÚNIOR (UFAM-AM) ESTEPHAN JOSE MOANA FILHO (Univ. Minnesota, USA) FABIANA ALEXANDRINO (UNICAMP-SP) FÁBIO BRANCHES XAVIER (UNINGÁ-PR) FÁBIO CHIGRES KUSCHNIR (PSE-SEDEC-RJ) FABRÍCIO PINELLI VALARELLI (FOB-USP-SP) FERNANDA ANGELIERI (UNIMEP-SP) FREDERICO TADEU DELOROSO (UNIARARAS-SP) GISELE BENITES FLOR (FECLPP-MS) GISELE LOPES BERTOLINI (UFMT-MT) GLAUCIA MARUITI OTANI (UNINGÁ-PR) IRENE QUEIROZ MARCHESAN (CEFAC-SP) JOÃO EDUARDO GOMES FILHO (FOA-UNESP-SP) LÚCIA COELHO GARCIA PEREIRA (UniEVANGÉLICA-GO) LUCÍLIA AMARAL FONTANARI (UNINGÁ-PR) LUIZ FILIPHE GONÇALVES CANUTO (UFPE-PE) MANOEL MARTIN JUNIOR (UNINGÁ-PR) MARCOS ROBERTO DE FREITAS (FOB-USP-SP) MARCUS VINÍCIUS CREPALDI (UNINGÁ-TO) MARIA CONCEIÇÃO ANDRADE DE FREITAS (UESB-BA) MARIA DO ROSÁRIO MARTINS (UNINGÁ e UEM-PR) MILZA CELI FEDATTO ABELHA (UEMS-MS) NEY STIVAL (UNINGÁ-PR) PEDRO RODRIGO M. NEGREIROS DE ALMEIDA(UCB-DF) REGINA STELLA SPAGNUOLO (PITÁGORAS-PR) REJANE TARGINO SOARES BELTRÃO (UFPB-PB) RICARDO XAVIER VIDAL (AXV-RJ) RINALDO HENRIQUE AGUILAR DA SILVA (FAMEMA-SP) ROBERTO BARBOSA BAZOTTE (UEM-PR) RODRIGO HERMONT CANÇADO (UFVJM-MG) ROGÉRIO TIYO (UNINGÁ-PR) ROGÉRIO ZAIM DE MELO (FECLPP-MS) RUI CURI (ICB-USP-SP) SILVIA MARIA RAMOS (UCG-GO) TANIA CRISTINA PITHON CURI (UNICSUL-SP) THAÍS MARCHINI DE OLIVEIRA (FOB-USP-SP) VAGNER MARQUES DE MOURA (UNINGÁ-PR) WASHINGTON RODRIGUES CAMARGO (UNINGÁ-PR)
Editoração Eletrônica / Produção Gráfica:	MASTER EDITORA
Distribuição:	MASTER EDITORA
Impressão:	LBGRAF

A **REVISTA UNINGÁ** (ISSN impresso 1807-5053, ISSN online 2318-0579) é uma publicação trimestral (quatro edições por ano) da UNINGÁ – Unidade de Ensino Superior Ingá Ltda – Rodovia PR 317, 6114, CEP 87035-510 – Maringá – Paraná – Brasil.

Todos os artigos publicados são de exclusiva responsabilidade de seus autores.

As opiniões emitidas nos trabalhos aqui apresentados não correspondem, necessariamente, às opiniões da Revista e de seu Conselho Editorial.

Para remessa de originais e aquisição de números avulsos, dirigir-se à:

REVISTA UNINGÁ

A/C Dra. Karina Maria Salvatore de Freitas

e-mail: mastereditora@mastereditora.com.br

A submissão pode ser feita eletronicamente pelo site www.mastereditora.com.br após o cadastro do autor

INDEXAÇÃO:

A **Revista UNINGÁ** (ISSN impresso 1807-5053, ISSN online 2318-0579) é indexada por: IBICT-CCN

BASE DE DADOS: LATINDEX – 2007

QUALIS CAPES:

Área de Avaliação	Classificação
CIÊNCIAS AMBIENTAIS	B5
ENFERMAGEM	B4
ODONTOLOGIA	B4
SAÚDE COLETIVA	B4

EDITORIAL

É com alegria e satisfação que publicamos a edição de número 46 da Revista UNINGÁ.

A distribuição online pela Master Editora de nossa Revista possibilitou maior abrangência de nossos artigos e facilidade na leitura e acesso dos autores e leitores.

Agradecemos a todos; autores, revisores e leitores, e a toda a Diretoria da Uningá pelo suporte e confiança.

Uma excelente leitura e aproveitamento a todos,

Karina Maria Salvatore de Freitas
Editora-Chefe Revista UNINGÁ

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

INSETOS DIPTERAS COMO POLINIZADORES EM ORCHIDACEAE

DIPTEROUS INSECTS AS ORCHIDACEAE POLLINATORS

ALEXANDRE LUIZ **POLIZEL**, SATIKO NANYA, HELIO CONTE 11

CONDUTAS DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA EM ODONTOLOGIA: O QUE SABEM OS FUTUROS PROFISSIONAIS?

POLICIES OF RADIOLOGICAL PROTECTION IN DENTISTRY: WHAT DO THE PROFESSIONALS KNOW ABOUT THE FUTURE?

CLÉA ADAS SALIBA **GARBIN**, BRUNO **WAKAYAMA**, THAÍS JAQUELINE VIEIRA DE **LIMA**, ARTÊNIO JOSÉ ÍSPER **GARBIN** 16

A IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO PALIATIVISTA NO CURRÍCULO MÉDICO BRASILEIRO: QUANDO O CURAR NÃO É POSSÍVEL

THE IMPORTANCE OF PALLIATIVE CARE TRAINING IN THE BRAZILIAN MEDICAL CURRICULUM: WHEN THE CURE IS NOT POSSIBLE

ALLISON RUAN GATO DE **MORAIS**, LETÍCIA FRANCISQUINI DE SOUZA **VIANA**, ALISON PEREIRA DE **CAMARGO**, FERNANDO DE OLIVEIRA **DUTRA** 22

RELATO DE CASO

RESOLUÇÃO DE PERFURAÇÃO RADICULAR EM TERÇO CERVICAL APÓS 12 ANOS DA OCORRÊNCIA DA IATROGÊNIA: RELATO DE CASO

DRILLING RESOLUTION ROOT IN THIRD CERVICAL AFTER 12 YEARS OF OCCURRENCE OF IATROGENIC: CASE REPORT

EDLENE MOREIRA **BENEDITO**, MARCIA ESMERALDA BIS FRANZONI **ARRUDA**, HELIO KATSUIA **ONODA**, CARLA THAIS ROSADA **PERUCHI** 30

REVISÕES DE LITERATURA

OS EFEITOS DA RADIOFREQUÊNCIA NO TRATAMENTO DE FIBRO EDEMA GELÓIDE

THE EFFECTS OF RADIOFREQUENCY ON FIBER EDEMA GELOID TREATMENT

BRUNA CAROBREZ, MICHELLE CARDOSO MACHADO DOS SANTOS 36

FORÇA MUSCULAR E SARCOPENIA NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: UM ESTUDO DE REVISÃO

MUSCLE STRENGTH AND SARCOPENIA IN AGING PROCESS: A REVIEW STUDY

DANILO FRANCISCO DA SILVA **MARÇAL**, SÔNIA MARIA MARQUES GOMES **BERTOLINI**, EDUARDO GAUZE **ALEXANDRINO**, JOSELENE GOMES **MADEIRAS**, JULIANA MARIA DE **OLIVEIRA**, CLAUDIANA MARCELA SISTE **CHARAL**..... 40

EXCIPIENTES COMUMENTE UTILIZADOS EM CÁPSULAS E NOVAS PERSPECTIVAS

EXCIPIENTS COMMONLY USED IN CAPSULES AND NEW PERSPECTIVES

PATRÍCIA VERRI **FRAGA**, GEYSE **FREITAS** 46

O DISCURSO DE IDOSOS ASILADOS SOBRE A VIVÊNCIA EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

UNDERSTANDING THE DISCOURSE OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY ABOUT LIVING INSTITUTION OF LONG TERM: A LITERATURE REVIEW

LUCIANE MICHELE **SANTANA**, CARLA **MONTEIRO** 51

DO MODELO ASILAR À CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE EM CONSONÂNCIA COM O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

THE ASYLUM MODEL TO THE CENTER FOR INTEGRAL HEALTH IN LINE WITH THE MOVEMENT OF THE BRAZILIAN PSYCHIATRIC REFORM

DENISE CRISTINA DOS **SANTOS**, ADILSON LOPES **CARDOSO** 58

**TOXICOMANIA E O USO SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS SEGUNDO A
PSICANÁLISE NA CONTEMPORANEIDADE**

ADDICTION AND PSYCHOACTIVE USE SUBSTANCES ACCORDING TO
PSYCHOANALYSIS IN CONTEMPORARY

CAMILA VOPINI OLIVER DE **ANDRADE**, FRANCIELLE GONZALES
CORREIA **GOMES** 63

**LUTO INFANTIL: A VIVÊNCIA DIANTE DA PERDA DE UM DOS
PAIS**

CHILDREN'S GRIEF: EXPERIENCING THE LOSS OF A PARENT

JOSILAINE COSTA **LEANDRO**, PATRÍCIA MARIA LIMA DE **FREITAS** 69

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS – REVISTA UNINGÁ 76

Artigos Originais

INSETOS DIPTERAS COMO POLINIZADORES EM ORCHIDACEAE

DIPTEROUS INSECTS AS ORCHIDACEAE POLLINATORS

ALEXANDRE LUIZ POLIZEL¹, SATIKO NANYA², HELIO CONTE^{3*}

1. Graduando do Curso de Ciências Biológicas - UEM; 2. Professora do Curso de Ciências Biológicas - UEM; 3. Professor do Curso de Ciências Biológicas - Universidade Estadual de Maringá - UEM. Departamento de Biotecnologia, Genética e Biologia Celular, Universidade Estadual de Maringá.

* Avenida Colombo, 5790, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87020-900. hconte@uem.br

Recebido em 01/09/2015. Aceito para publicação em 09/12/2015

RESUMO

A polinização é o principal processo de reprodução em plantas, e os insetos são um dos grupos mais atuantes nesse mecanismo. Nas orquídeas os membros da ordem Hymenoptera se destacam, entretanto dípteras, lepidópteras e coleópteras também exercem este papel. Com objetivo de identificar o agente polinizador mais frequente no Orquidário da Universidade Estadual de Maringá, efetuamos coletas quinzenais, durante os meses de agosto de 2012 até Junho de 2013, no período vespertino entre 14h00 e 18h00, totalizando 22 coletas. Foram utilizadas armadilhas adesivas de coloração amarela e azul, coletas manuais com pinça e aspirador na superfície das plantas, puçá na parte aérea, bandejas com colorações atrativas (azul, amarelo e roxo) e garrafas plásticas contendo iscas orgânicas. Os insetos coletados permaneceram em álcool 70% e foram transportados até o Laboratório de Controle Biológico, Morfologia e Citogenética de Insetos/DBC/UEM, para posterior identificação. A entomofauna caracterizada através de acervos bibliográficos, registrou 7 (sete) ordens: Díptera (43,95%); Hemiptera (17,94%); Hymenoptera (17,94%); Dermaptera (12,82%); Coleoptera (4,39%); Lepidoptera (2,19%) e Homoptera (0,73%). Os dados obtidos sugerem que a polinização das plantas da família orchidaceae foram realizadas por dípteras.

PALAVRAS-CHAVE: Entomofauna, orquidário, polinização, díptera.

ABSTRACT

Pollination is key to plant reproduction. While a variety of organism may play a role in pollination, insects are one of the most active groups. With regard to orchids pollination, insects of the order Hymenoptera stand out, but insects of the orders Diptera, Lepidoptera and Coleoptera are also involved. To identify the most frequent pollinators of plants in the family Orchidaceae at the State University of Maringa, August 2012 to June 2013, with 22 collections made in total. Collections occurred in the afternoon between 14 h and 18 h, and methods included collection using yellow and blue sticky traps, collection from plant surfaces manually with forceps and by vacuum, dip nets in the shoot, trays with attractive colors (blue, yellow and purple) and plastic bottles containing organic baits. The collected specimens were stored in 70% ethanol and trans-

ported to the Biological Control Laboratory of Morphology and Cytogenetics of Insects / DBC / UEM for later identification. The insect fauna were characterized according to library collections and seven (7) orders were recorded: Diptera (43.95%); Hemiptera (17.94%); Hymenoptera (17.94%); Dermaptera (12.82%); Coleoptera (4.39%); Lepidoptera (2.19%) and Homoptera (0.73%). Data suggest that pollination of orchids is carried out by dipterous insects.

KEYWORDS: Entomofauna; Orchid; Pollination; Diptera.

1. INTRODUÇÃO

As plantas oferecem vários recursos atrativos aos insetos como néctar, pólen, óleos florais, resina e compostos aromáticos utilizados para alimentação, construção de ninhos ou para atração de parceiros. Fornecem também abrigo aos mesmos e, em troca os insetos realizam a polinização, contribuindo para que varias espécies vegetais se reproduzam. A polinização pelos insetos ocorre simultaneamente, quando estes visitam flores diferentes e são também importantes dispersores de sementes, especialmente formigas, consideradas responsáveis pela dispersão de mais de 3.000 espécies de plantas. Essa interação entre insetos e plantas com as flores surgiu cerca de 100 milhões de anos com a origem das angiospermas, e esses milhões de anos levaram a adaptação entre ambos (BRUSCA; BRUSCA, 2011).

Sabe-se que a família Orchidaceae possui sua distribuição a nível mundial, está concentrada nos trópicos e é a maior família de Angiospermas, com cerca de 20.000 espécies, sendo que no Brasil encontram-se aproximadamente 2.420 espécies, estando estas ausentes apenas nas regiões polares e desérticas (PESSOA; ALVES, 2012; RONCONI, 2009).

Euglossini são considerados os principais agentes polinizadores de orquídeas, devido a relação entre os machos com algumas famílias de Orchidaceae ocasionado pelas fragrâncias exaladas pelas mesmas (RAMALHO *et al.*, 2009). Entretanto, apesar das abelhas serem os mais frequentes polinizadores das orquídeas, vários outros insetos (Hymenoptera, Díptera, Lepidop-

tera e Coleoptera) e algumas poucas aves também atuam como polinizadores (VAN DER PIJL; DODSON, 1969). Observa-se também a visitação de orquídeas por *Meliponini* (abelhas sem ferrão) no qual já foram confirmadas 13 espécies dos gêneros *Melipona*, *Partamona* e *Trigona* visitando orquídeas (ROUBIK, 2000).

As espécies de orquídeas podem ser classificadas como: terrícolas (no qual aumenta o número de espécies à medida que ocorre o distanciamento da linha do equador), rupícolas, palustres ou epifíticas (predominando esta em regiões tropicais) (RECH *et al.*, 2011). As orquídeas terrestres, epifitas e rupícolas, podem ainda associar-se a fungos micorrízicos para favorecer a germinação das sementes, visto que em uma capsula na qual se encontram milhares de sementes existe pouca substância nutritiva, logo as mesmas aproveitam-se da digestão de massas de hifas formadas intracelularmente, principalmente nas células do córtex da raiz, e utilizam como fonte de energia (neste estágio heterotrófico do seu ciclo de vida) (PEREIRA *et al.*, 2011; LIMA; BORGES, 2005).

As orquídeas possuem formas e cores distintas, e estas devido a suas características ornamentais, são constantemente retiradas da natureza para serem comercializadas, o que pode levá-las à extinção. Uma alternativa para este problema foi o cultivo de orquídeas “in vitro”, o desenvolvimento das mesmas em condições laboratoriais e em orquidários (SCHNEIDERS *et al.*, 2012). A devastação do meio ambiente diminuiu gradativamente a população de animais polinizadores, consequentemente decaiu também a quantidade de reprodução das plantas que poderiam ser polinizadas, podendo ocorrer ainda extinção de algumas espécies de orquídeas e dos insetos especialistas naquela planta. Com isto existe a necessidade de orquidófilos para a multiplicação vegetal. Um levantamento da entomofauna faz-se necessário para entender melhor as interações neste tipo de habitat e identificar a ordem atuante como agente polinizador.

2. MATERIAL E MÉTODOS

As coletas foram realizadas no Orquidário da Universidade Estadual de Maringá – UEM, Maringá, Paraná, Brasil, situada em área urbana na cidade de Maringá/PR (23° 25'S, 51° 57'W). O trabalho foi desenvolvido no período de 11 meses, de agosto de 2012 a junho de 2013, tendo coletas realizadas quinzenalmente no período vespertino entre 14:00 e 18:00 h, totalizando 22 coletas. As armadilhas confeccionadas e os métodos para coleta seguiram os padrões citados em literatura. (BORROR *et al.*, 2011; BUZZI, 2002; ALMEIDA *et al.*, 1998).

Foram anotados dados climatológicos para relacionar com a incidência de insetos e, após a coleta do material, independente do método utilizado, os espécimes permaneceram em álcool hidratado 70% sendo transportados para o Laboratório de Controle Biológico, Morfologia e

Citogenética de Insetos/DBC/UEM. Em seguida foram feitas as identificações utilizando-se chaves dicotômicas (BORROR; LONG, 2011; LEITE; SÁ, 2010; BUZZI, 2002; GALLO *et al.*, 2002; MARANHÃO, 1978):

- Coletas manuais com auxílio de pinça realizadas na superfície das folhas, caules e frutos.
- Folhas adesivas presas aos arredores das orquídeas (armadilhas adesivas de coloração Azul e Amarela). As armadilhas da marca “ISCA”, permaneceram fixadas em pontos aleatórios e a cada 15 dias eram recolhidas e encaminhadas para identificações no laboratório.
- Rede entomológica, também denominada puçá, utilizada para a coleta de insetos voadores.
- Bandejas d'água, de formatos achatados, com fundo pintado nas cores azul e amarela, contendo em seu interior, água com detergente (utilizado para quebrar as interações), onde os insetos ao pousarem eram aprisionados e coletados posteriormente.
- Insetos menores foram coletados com o auxílio de um aspirador, confeccionado com um vidro cilíndrico contendo dois tubos flexíveis.
- Armadilhas confeccionadas com garrafas plásticas, contendo no seu interior iscas atrativas como: Couve, orquídeas picadas, mel, frutas picadas e essência de *Vanilla*.



Figura 1. Armadilhas de coleta – a) espécimes na superfície da planta; b) bandejas de fundo atrativo; c) armadilhas de garrafas PET; d) armadilhas adesivas.

As observações do material coletado foram feitas com auxílio do microscópio estereoscópico ZEISS. Após a identificação, os espécimes foram devidamente afinetados, etiquetados e armazenados, alguns conservados em via seca, e aqueles com partes faltando, foram conservados em álcool 70% (ALMEIDA *et al.*, 1998). Nos insetos afinetados mantidos nas caixas foram colocados pastilhas de cânfora para evitar a propagação de fungos. No final das identificações e montagem foi realizada a documentação fotográfica com Câmara Digital Cannon – MP-2 (Figura 1).

3. DISCUSSÃO

Os insetos coletados estão distribuídos em 7 (sete) ordens sendo Díptera, Hemíptera e Hymenoptera as mais frequentes, enquanto as ordens Coleoptera, Lepidoptera, e Homoptera foram as menos frequentes, os resultados encontram-se dispostos na Tabela 1.

Tabela 1. Número de ordens com seus respectivos indivíduos capturados durante os 11 meses de coleta.

Ordem	Numero de indivíduos	Em %
Diptera	120	43,95604396
Hemiptera	49	17,94871795
Hymenoptera	49	17,94871795
Dermaptera	35	12,82051282
Coleoptera	12	4,395604396
Lepidoptera	6	2,197802198
Homoptera	2	0,732600733
Total	273	100

Os fatores climatológicos relacionados com as estações do ano produziram grande influencia sobre a ocorrência dos insetos, confirmando-se que em épocas mais frias, menos insetos forrageavam, bem como caíam nas armadilhas. Esse fenômeno ocorreu nos meses de outubro de 2012, maio e junho de 2013 e o número de indivíduos coletados, foram 5,87%; 8,07% e 6,96%, respectivamente, o que condiz com as menores temperaturas médias no período de amostragem. Estes dados encontram-se registrados na Tabela 2, e podem ser atribuídos ao fato dos insetos serem animais poiquilotérmicos (considerados de sangue frio). Com isto quando a temperatura ambiente cai a sua temperatura também cai, tornando então os processos fisiológicos mais lentos. Algumas espécies podem sobreviver durante um longo tempo, enquanto outros não suportam curtos períodos. Uma maneira utilizada por alguns insetos para se proteger do congelamento é o armazenamento de etilenoglicol (BORROR *et al.*, 2011).

Outro fator observado no orquídiário foram as varias espécies de orquídeas florescendo em diferentes épocas. Como sempre existiam orquídeas em fase de floração, a

presença de insetos era constante para retirar alimentos das mesmas. Estudos feitos com batata, no qual observaram a relação da entomofauna com as diferentes épocas desta cultura, registrou maior ocorrência de insetos durante o desenvolvimento do que na safrinha que demonstrou o mesmo resultado (GRUTZMACHER; LINK, 2000). Os insetos interagem com as diferentes fases das plantas, logo se o mesmo se alimenta de néctar e sempre existem plantas em floração, sempre existirão insetos que se aproveitam de tal recurso para se alimentar.

Tabela 2. Relação entre indivíduos coletados e dados climatológicos.

Mês	Insetos (%)	Temperaturas (°C)			Pluviosidade	Umidade
		Média	Máx.	Mín.		
ago/12	9,15%	23,6	28,6	17,2	72,7mm	53%
set/12	5,87%	15,3	31,1	17,4	71,1mm	51%
out/12	10,63%	26,7	31,8	20,0	55,0mm	61%
nov/12	10,99%	26,1	31,0	20,0	104,4mm	65%
dez/12	11,36%	27,2	32,1	22,0	171,1mm	72%
jan/13	9,52%	25,6	30,1	19,0	103,8mm	73%
fev/13	9,15%	24,9	30,2	19,3	399,4mm	75%
mar/13	9,15%	24,8	29,0	19,4	222,6mm	74%
abr/13	9,15%	23,2	27,5	17,3	165,7mm	72%
mai/13	8,07%	21,7	25,9	16,2	184,5mm	73%
jun/13	6,96%	19,6	23,2	15,2	269,9mm	85%

Máx.: Máxima; Mín: Mínima.

Observou-se que na essência de *vanillia* não houve procura por nenhum inseto durante todo período de manutenção das armadilhas, já nas armadilhas que continham orquídeas picadas e couve, ocorreu a presença de um grande número de insetos da ordem Dermaptera, que se alimentam de vegetais em decomposição (BUZZI 2002). Nas armadilhas contendo frutas picadas e naquelas contendo mel, a presença de espécimes da ordem Díptera, era constante.

Apesar de a ordem díptera ter grande importância como agentes polinizadores, poucos estudos têm focado nisso, devido a visão errônea dos dípteras serem polinizadores inconstantes ou pouco efetivos, logo esta grande quantidade de Dípteras capturadas mostrou que existe polinização local, e de acordo com a literatura, as dípteras são o segundo maior grupo de polinizadores das orquídeas (REICHERT, 2010; VAN DER PIJL; DODSON, 1969). Desta forma as iscas utilizadas favorecem/direcionam a coleta de determinadas espécies, sendo necessária a diversidade de armadilhas para um levantamento de entomofauna com precisão (ARAUJO *et al.*, 2008).

As orquídeas possuem grande diversidade morfológica, que provavelmente é resultado de sua interação com agentes polinizadores, logo a variedade de 7 (sete) ordens de insetos coletados, demonstra uma quantidade

significativa de possíveis agentes polinizadores.

Dentro dos hemípteros, observou-se que 22 destes eram pulgões e 27 cochonilhas, ou seja, 22 pertenciam a família Aphidae, e 27 a família Coccidae e estes juntamente com a família Formicidae foram as únicas pragas encontradas. A utilização de produtos químicos utilizado no controle de insetos, atinge mais de um táxon e o mesmo poderia não ser enquadrado como praga, mas poderia ser classificado como: agente polinizador, parasitoide ou predadores, o que também já havia sido observado em plantações de batata (GRUTZMACHER; LINK, 2000).

Nota-se que cada armadilha era responsável pela captura de insetos específicos, e a armadilha que mais coletou insetos, foram as bandejas de fundo atrativo. O conjunto de armadilhas mostra-se satisfatório, visto que tais especificidades requerem uma combinação de metodologias para coletas (ALMEIDA *et al.*, 1998).

É importante ressaltar que o orquidário encontra-se em ambiente urbano, logo, a utilização próxima do mesmo de pesticidas domésticos, agrotóxicos e poluição do ar, diminui a incidência dos insetos bem como a vedação por telas que é feita no local.

O grande sucesso de captura nas bandejas com fundo atrativo (foi a armadilha que teve o maior número de capturas) e folhas adesivas, demonstram que os insetos são atraídos pelas cores, logo a abundância de coloração existente em Orchidaceae também funciona como método atrativo.

As únicas pragas encontradas foram pertencentes as famílias Aphidae, Coccidae e Formicidae, sendo vulgarmente denominadas de: pulgões, percevejos, cochonilhas e formigas. O maior número de indivíduos coletados foram Dípteras que utilizam o local para forrageio e abrigo, estes pela grande quantidade atuam como agentes polinizadores locais. Foram coletados apenas dois e três membros da família Apidae e Meliponidae, respectivamente, também atuantes como agentes polinizadores.

Segundo Jones e Jones (2001), as moscas, membros da ordem díptera encontram-se associadas pelas pessoas devido seu interesse médico-veterinário. Entretanto, os membros deste grupo atuam como importantes polinizadores, devido a sua presença durante todas as épocas do ano.

4. CONCLUSÃO

Os dados sugerem que os espécimes da ordem díptera são os principais atuantes na polinização de orquídeas em orquidários, encontrando-se presentes durante todo ano.

REFERÊNCIAS

[01] ALMEIDA, L.M.; RIBEIRO-COSTA, C.S.; MARINONI, L. Manual de Coletas, Conservação, Montagem e

Identificação de Insetos. Ribeirão Preto: Editora Holos, 1998.

- [02] ARAUJO, S.D.M.; GUIMARÃES, I.F.; ÁLVARES, S.R.; NUNES, B.C.; FARIA, A.P.; LOPES, K.A. Levantamento preliminar da entomofauna no centro de estudos da natureza da universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos, SP. In: Anais XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, São Paulo, 2008.
- [03] BORROR, D.J.; TRIPLEHORN, C.A.; JOHNSON, N.F. Estudo dos insetos. Editora Cengage Learning, 2011.
- [04] BRUSCA, R.C. & BRUSCA, G. J. Invertebrados. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- [05] BUZZI, Z.J. Entomologia Didática. Curitiba: Editora UFPR. 4ª edição, 2002.
- [06] GALLO, D.; NAKANO, O.; SILVEIRA NETO, S.; CARVALHO, R.P.L.; BAPTISTA C; BERTI FILHO, E.; PARRA, J.R.P.; ZUCCHI, R.A.; ALVES, S. B.; VENDORAMIM, J.D.; MARCHINI, L.C.; LOPES, J.R.S.; OMOTO, C. Manual de Entomologia Agrícola. Piracicaba; FEAQL, 2002.
- [07] GRUTZMACHER, A.D.; LINK, D. Levantamento da entomofauna associada a cultivares de batata em duas épocas de cultivo. Pesq. Agropec. Bras., v. 35, n.3, p.653-659, 2000.
- [08] JONES, G. D.; JONES, S. D. The Uses of Pollen and its Implication for Entomology. Neotropical Entomology, v. 30, n.3, p. 341-350, 2001.
- [09] LEITE, G.L.D.; SÁ, V.G.M. Apostila: Taxonomia, Nomenclatura e identificação de espécies. Universidade Federal de Minas Gerais. Instituto de Ciências Agrárias. Montes Claros/MG., 2010.
- [10] LIMA, C.; BORGES, A.C. Indução *in vitro* da germinação de sementes de *Oncidium flexuosum* (Orchidaceae) por fungos micorrízicos rizoctonióides. Rev. Bras. Ciênc. Solo [online], v. 29, n.2, p. 199-206, 2005.
- [11] MARANHÃO, Z.C. Entomologia Geral dos Insetos. Livraria Nobel S/A, 1978. p. 396.
- [12] PEREIRA, M.C.; TORRES, D.P.; GUIMARÃES, F.A.R.; PEREIRA, O.L.; KASUYA, M.C.M. Germinação de sementes e desenvolvimento de protocormos de *Epidendrum secundum* Jacq. (Orchidaceae) em associação com fungos micorrízicos do gênero *Epulorhiza*. Acta Bot. Bras., vol.25, n.3, pp. 534-541, 2011.
- [13] PESSOA, E.; ALVES, M. Flora da Usina São José, Igarassu, Pernambuco: Orchidaceae. *Rodriguésia*, v.62, n.3, p. 341-356, 2012.
- [14] RAMALHO, A.V.; GAGLIANONE, M.C.; OLIVEIRA, M.L. de. Comunidades de abelhas Euglossina (Hymenoptera, Apidae) em fragmentos de Mata Atlântica no Sudeste do Brasil. Rev. Bras. Entomol., v.53, n.1, p. 95-101, 2009.
- [15] RECH, A.R.; ROSA, Y.B.C.J.; ROSA-JUNIOR, E.J. Levantamento e características ecológicas de Orchidaceae e da mata ciliar do rio dourados, Dourados-MS. Rev. Árvore, v.35, n.3, p. 717-724, 2011.
- [16] REICHERT, L.M.M. A importância dos dípteros como visitantes florais: uma revisão de literatura. Tese (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Pelotas, 2010.
- [17] RONCONI, C.C. Curso sobre Cultivo de Orquídeas. Conhecendo para Preservar. A Apostila do Mini-Curso da

- X Semabio – Semana da Biologia – FIO (31/08/2009 – 04/09/2009). Ourinhos – SP, 1009, p. 55.
- [18] ROUBIK, D.W. Deceptive orchids with Meliponini as pollinators. *Plant Syst. Evol.*, n.222, p.271-279, 2000.
- [19] SCHNEIDERS, D.; PESCADOR, R.; BOOZ, M.R.; SUZUKI, R.M. Germinação, crescimento e desenvolvimento *in vitro* de orquídeas (*Cattleya* spp., Orchidaceae). *Rev. Ceres*, v.59, n.2, p. 185-191, 2012.
- [20] VAN DER PIJL, L., e DODSON, C. H. *Orchid Flowers: their Pollination and Evolution*. Miami, USA: University of Miami Press, Coral Gables, 1969.

CONDUTAS DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA EM ODONTOLOGIA: O QUE SABEM OS FUTUROS PROFISSIONAIS?

POLICIES OF RADIOLOGICAL PROTECTION IN DENTISTRY: WHAT DO THE PROFESSIONALS KNOW ABOUT THE FUTURE?

CLÉA ADAS SALIBA **GARBIN**¹, BRUNO **WAKAYAMA**^{2*}, THAÍS JAQUELINE VIEIRA DE **LIMA**³, ARTÊNIO JOSÉ ÍSPER **GARBIN**⁴

1. Professora titular do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Universidade Estadual Paulista – UNESP - Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Brasil; 2. Mestrando do programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da Universidade Estadual Paulista – UNESP - Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Brasil; 3. Doutora pelo programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da Universidade Estadual Paulista – UNESP - Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Brasil; 4. Professor Adjunto do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Universidade Estadual Paulista – UNESP - Faculdade de Odontologia de Araçatuba Brasil.

* Rua José Bonifácio, 1193. Vila Mendonça, Araçatuba, São Paulo, Brasil. CEP: 16015-050. brunowakayama@gmail.com

Recebido em 13/10/2015. Aceito para publicação em 15/12/2015

RESUMO

Objetivou-se avaliar o conhecimento dos formandos em Odontologia sobre medidas de radioproteção na clínica odontológica visto tratar-se de uma profissão em que as tomadas radiográficas são procedimentos rotineiros. Realizou-se um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa, os dados foram coletados através de questionários semiestruturado e auto aplicado. A população do estudo foi constituída por 63 alunos do último ano do curso Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP. Para a análise estatística, foi utilizado o software Epi Info 6., através da distribuição de frequências e percentuais. Verificou-se que grande parte dos alunos não tem conhecimento sobre itens básicos de proteção radiológica, como a distância mínima segura para o operador em relação à fonte de raios-X, o filme radiográfico recomendado para uma menor exposição do paciente à radiação e a técnica mais indicada para evitar erros de posicionamento. A técnica mais utilizada pelos alunos é a bisettriz, demonstrando uma inadequação às exigências atuais. Quanto a proteção para o paciente, o avental plumbífero em associação ao protetor de tireóide foram citados por 61% dos formandos. Embora presente a preocupação quanto à proteção do paciente, existem lacunas no conhecimento dos futuros profissionais quanto às medidas de radioproteção em Odontologia.

PALAVRAS-CHAVE: Exposição Ocupacional. Proteção Radiológica. Manual de Segurança Radiológica.

ABSTRACT

Aimed to evaluate the knowledge of majors in dentistry on procedures of radiation protection in dental practice, because it is a profession in which the radiographs are routine procedures. It conducted a descriptive exploratory study with a quantitative approach data were collected through semi-structured questionnaire self-applied. The study population was constituted of 63 students conclusive undergraduate course in Dentistry, College Dentistry of Araçatuba - UNESP - Brazil. For statistical analysis, the Epi Info 6.4 software was used, through the distribution of frequencies and percentages. Was verified most students did not know what is the minimum safe distance for the operator in relation to the source of X-ray, of lead radiographic film recommended to lower exposure to radiation as well as the most appropriate technique to avoid positioning errors The technique most used by students was the bisector, showing a mismatch to the current demands. As for the means of protection for patients, the lead apron in association with thyroid protectors were cited by 61% of the majors. Although there is concern about the protection of the patient, there are still gaps in knowledge of future health professionals regarding radiation protection measures in dentistry.

KEYWORDS: Occupational exposure; radiation protection; guidelines for radiological safety.

1. INTRODUÇÃO

O uso de radiação X nos procedimentos diagnósticos e intervencionistas em Odontologia tem aumentado consideravelmente nas últimas décadas, verificando-se que

as radiografias intra e extra-buciais, embora de extrema valia no auxílio diagnóstico, têm sido excessivamente utilizadas (TAVANO, 2000; ABSI, 2009).

Sob o ponto de vista dos sentidos humanos, as radiações ionizantes são invisíveis, inodoras, inaudíveis, insípidas e indolores, e, portanto, mais perigosas, já que podem passar despercebidas e causar danos aos indivíduos (TAVANO, 2000). Daí a preocupação em relação às pessoas que trabalham direta e habitualmente com as radiações, pois estarão sujeitas também aos riscos inerentes a essa exposição (YARID, 2013; KIM, 2012; JODAR, 2005).

Desde o uso inicial dos raios-x para diagnóstico, houve um aumento da atenção, por parte de vários órgãos, em torno da quantidade de radiação absorvida (PINHEIRO, 2000), tanto em relação aos riscos biológicos envolvidos, quanto à qualidade desses exames, apontando-se para a necessidade de um conhecimento mais amplo sobre o assunto, o que inclui a avaliação da proteção do profissional e do paciente durante os exames radiográficos (TAVANO, 2000; PINHEIRO, 2000; TIRADO-AMADOR, 2015).

Várias leis e portarias foram elaboradas, com a intenção de diminuir as doses decorrentes de exposições em radiologia diagnóstica (AMERICAN, 2006; BRASIL, 1998; CAPELOZZA, 2009) dentre as quais se destaca a portaria da Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS) nº 453, de 1º de junho de 1998, que estabelece as “Diretrizes de Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico Médico e Odontológico” em todo o Brasil(8). Este regulamento técnico estabelece os requisitos básicos de proteção radiológica em radiodiagnóstico e disciplina a prática com os raios-x para fins de diagnóstico e intervencionista, visando a defesa da saúde dos pacientes, dos profissionais envolvidos e do público em geral (BRASIL, 1998).

Dentre os princípios da proteção radiológica determinados nas diretrizes dessa portaria, podem-se citar mecanismos de atenuação e redução da dose em relação ao paciente. Embora a radiação recebida seja muito pequena para causar danos ao organismo, deve-se sempre fazer o possível para manter a dose total baixa e evitar radiações em áreas desnecessárias. Quanto aos profissionais, como os efeitos da radiação são cumulativos, os mesmos devem se proteger de exposições desnecessárias (BRASIL, 1998; CAPELOZZA, 2009).

O potencial dos efeitos indesejáveis deve estar em equilíbrio com os benefícios obtidos com as radiografias (MARTINEZ BENEYTO, 2007; PUEBLA, 2015), ressaltando-se que todas as exposições a raios X devem estar clinicamente justificadas.

Critérios como seleção de filme para as radiografias intra-buciais, colimação, filtração dos raios-X, equipamentos de proteção para o paciente, uso de posicionadores, proteção do operador, exposição do filme e proces-

samento, controle de infecção, garantia de qualidade e educação continuada dos funcionários com relação aos cuidados com a saúde de quem se expõe a radiações ionizantes são de conhecimento e relevância internacional, adotados mundialmente (GARBIN, 2013) e não deve ser negligenciados pelo profissional.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento dos formandos em Odontologia sobre medidas de radioproteção na clínica odontológica, visto tratar-se de uma profissão em que as tomadas radiográficas são procedimentos rotineiros. Ou seja, trata-se de uma classe profissional altamente sujeita a exposição à radiação ionizante, podendo colocar em risco não só sua própria saúde, como a do paciente, por quem é responsável.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório transversal descritivo, com abordagem quantitativa. Fizeram parte do estudo alunos matriculados no último ano do curso de Odontologia do período integral, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - São Paulo, obedecendo às normas éticas da Resolução 466/2012, promulgada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde - Brasil, pois este foi desenvolvido com a participação de seres humanos. No momento da solicitação da participação do estudo, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido e nesta ocasião foi transmitido os objetivos do estudo, a livre opção em participar do estudo, bem como a garantia do anonimato.

Foram excluídos do estudo aqueles que não estavam presentes na aula no dia da coleta e os que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram coletados por meio de questionário semi-estruturado, auto-aplicado, com perguntas fechadas especialmente elaboradas para pesquisa, cujas questões versavam sobre procedimentos e equipamentos de proteção utilizados no paciente e no profissional durante as tomadas radiográficas em aparelhos de raios-x odontológicos, destacando, entre outras variáveis, questões sobre pacientes gestantes e a periculosidade da radiação X.

Para a análise estatística, foram inseridos e processados os dados pelo software estatístico Epi Info 3.5.2 por meio da distribuição das frequências e porcentagens.

3. DESENVOLVIMENTO

Do total de 66 alunos, 95,5%(63) participaram do estudo, dos quais 57,1% eram do sexo feminino e 42,9% do sexo masculino, apresentando a idade média de 22 anos. Os resultados estão dispostos nos quadros a seguir:

Conhecimento dos alunos quanto às condutas para proteção do profissional e equipe na clínica odontológica e percepção quanto a periculosidade da radiação X

Grande parte dos alunos não soube informar qual a distância mínima segura para o operador em relação à fonte de raios-X e à cabeça do paciente na ausência de anteparo de chumbo. Com relação à conduta profissional mais adequada quando o paciente não consegue manter o filme radiográfico de maneira correta na boca, a maioria acredita que se deve recorrer ao auxílio do acompanhante, enquanto que uma pequena parcela (1,6%) não realizaria a tomada radiográfica. (Quadro 1)

Quanto à percepção sobre o perigo da radiação X, a maioria dos alunos a referenciaram como “muito perigosa”, porém uma considerável parcela dos acadêmicos não soube informar. (Quadro 1)

Quadro 1. Distribuição da frequência absoluta e percentual da percepção dos entrevistados segundo o conhecimento de condutas de proteção ao profissional e equipe e quanto ao perigo da radiação X. Araçatuba, Brasil, 2011.

VARIÁVEIS	RESPOSTAS	N	%
Qual a distância mínima segura para o operador em relação à fonte de raios-X e à cabeça do paciente na ausência de anteparo de chumbo?	Não sabe	32	50,8
	Não existe distância mínima segura	12	19,1
	2,00 metros	9	14,3
	1,90 metros	4	6,3
	1,80 metros	4	6,3
	2,10 metros	2	3,2
Qual a conduta profissional mais adequada, quando o paciente não consegue manter o filme radiográfico de maneira correta na boca?	Deve-se recorrer ao auxílio do acompanhante	47	74,6
	O operador ou outro membro da equipe deve auxiliar o paciente	13	20,6
	Não sabe informar	2	3,2
	Não realizaria a tomada radiográfica	1	1,6
	Muito perigosa	36	57,1
Qual sua percepção sobre o perigo da radiação X?	Não sabe informar	24	38,1
	Pouco perigosa	3	4,8

Conhecimento dos alunos quanto às condutas para proteção do paciente na clínica odontológica

Segundo 49,5% dos alunos, as tomadas radiográficas podem ser realizadas em pacientes gestantes, porém apenas após o terceiro trimestre da gestação; 47,5%

afirmaram que se pode realizar tomadas radiográficas em qualquer período da gestação, mas com proteção adequada e 3% afirmaram que não se pode realizar tomadas radiográficas em gestantes.

Quanto questionados aos meios de proteção que devem ser utilizados para o paciente na clínica odontológica, a grande maioria dos acadêmicos citou o avental de chumbo e o protetor de tireóide, sendo a técnica da bisetritz a mais indicada. Já o tipo de filme que permite uma menor exposição ao paciente à radiação X, grande parte dos alunos não soube responder. (Quadro 2)

O método de processamento radiográfico que deve ser utilizado e que está de acordo com as normas de radioproteção, segundo os alunos entrevistados, é o visual, dentre outros métodos, citados em menor proporção. Nenhum aluno escolheu o processamento automático como o mais adequado. Com relação ao uso de posicionadores, a maioria dos alunos os utiliza durante as tomadas radiográficas. (Quadro 2)

Quadro 2. Distribuição da frequência absoluta e percentual da percepção dos entrevistados segundo o conhecimento de condutas de proteção ao paciente. Araçatuba, Brasil, 2011.

VARIÁVEIS	RESPOSTAS	N	%
Quais são os meios de proteção que devem ser utilizados para o paciente na clínica odontológica?	Avental de chumbo e protetor de tireóide	40	63,5
	Apenas o avental de chumbo	23	36,5
Qual tipo de filme radiográfico deve ser utilizado para uma menor exposição do paciente à radiação X?	Não sabe	24	38,1
	Tipo E(Ekta-speed)	18	28,6
	Tipo D(Ultra-speed)	12	19,0
	Tipo E/F(Insight)	9	14,3
Qual técnica radiográfica é mais indicada para uma menor exposição do paciente à radiação X?	Bissetriz	26	41,3
	Paralelismo	16	25,4
	Interproximais(Bitewings)	15	23,8
	Não sabe	6	9,5
Você utiliza posicionadores durante as tomadas radiográficas?	Sim	41	65,1
	Às vezes	20	31,7
	Não	2	3,2
Qual método de processamento radiográfico é o mais adequado e que está de acordo com as normas de radioproteção?	Método visual	51	81,0
	Não sabe	7	11,1
	Método temperatura-tempo	5	7,9

O tipo de disparador do aparelho de raios-X utilizado na faculdade por 50,8% dos alunos é com retardo, 37,3% preferem sem retardo e 11,9% não souberam informar.

Já com relação a como deve ser o aparelho de raios X do seu consultório, 78% responderam que deve ser com retardo, 13,6% sem retardo e 8,4% não souberam informar.

4. DISCUSSÃO

É inegável e evidente que o avanço da tecnologia aprimorou o diagnóstico em Odontologia. Contudo, evolução tecnológica, conhecimento sobre a manutenção e periculosidade dos equipamentos não progridem na mesma proporção, provocando um descompasso entre os benefícios que a modernização traz para a saúde dos pacientes e os possíveis problemas que envolvem a questão. (SANTOS, 2010)

Martínéz (2009), ao revisar a literatura na busca de elementos de segurança para o consultório odontológico, verificou que nos ambientes onde existem radiações do tipo ionizante, devem se tomar uma série de precauções, dentre elas: a instalação de equipamento de radiografia intra-bucal em um ambiente com tamanho suficiente para permitir que a equipe de saúde bucal mantenha uma distância de pelo menos 2 metros da cabeça do paciente; instalação de equipamento de radiografia extra-bucal em sala específica, atendendo aos mesmos requisitos da radiologia médica; as salas com equipamentos de raios X devem ter o símbolo internacional de radiação ionizante bem visível nas portas de acesso, junto com a inscrição "raios-X", dentre outras exigências e precauções que minimizam os riscos à equipe profissional e ao paciente.

No caso do paciente não ser capaz de manter o filme radiográfico de maneira correta na boca, para 74,6% dos graduandos participantes do presente estudo, a conduta profissional mais adequada é recorrer ao auxílio do acompanhante, diferente de resultados encontrados por ILGÜY *et al.* (2005), JACOBS *et al.* (2004), que relataram que parte dos entrevistados mantinham pessoalmente o filme na boca do paciente ou alguém da equipe o fazia.

De acordo com o artigo 5, §10 (alínea d) da Portaria 453/98, é permitido um acompanhante em caso de atendimento de crianças ou paciente debilitado, porém impõe-se que esse faça uso de avental plumbífero, com pelo menos o equivalente a 0,25mm de chumbo e evite localizar-se na direção do feixe primário de radiação (BRASIL, 1998). Ressalta-se que nenhum indivíduo deve realizar regularmente esta atividade (CAPELOZZA, 2009).

Tendo em vista o exposto na portaria acima citada, observa-se uma correta postura por parte dos futuros cirurgiões-dentistas, porém verificou-se que nenhum entrevistado citou o uso de avental de chumbo para proteção do acompanhante.

Grande parte dos alunos (65,1%) utiliza posicionadores para as tomadas intra-bucais, de acordo com o que é recomendado (AMERICAN, 2006; BRASIL, 1998),

em concordância com os resultados encontrados por Melo e Melo (2008). É preferível o uso de posicionadores acoplados com suporte porta-películas e dispositivos alinhadores do feixe de raios-X para a tomada de qualquer radiografia intra-bucal, pois diminuem os erros da técnica radiográfica, além de expor menos tecido do paciente, pelo aumento da distância foco/filme e menor divergência do feixe (SPRYDES, 2001).

A seleção da técnica adequada a cada situação também é extremamente importante na redução da dose a qual o paciente é exposto, pois uma vez corretamente indicada e realizada, evita novas tomadas radiográficas. Observou-se que 41,3% dos alunos utilizam a técnica bissetriz em seu dia-a-dia na clínica e 25,4% a técnica do paralelismo, assim como nos estudos de Sprydes *et al.* (2001), Castro *et al.* (2013) Mutyabule & Whaites (2002), demonstrando uma inadequação às exigências atuais, visto que a técnica do paralelismo ou cone longo sempre que indicada deve ser utilizada, pois expõe menos tecido do paciente pelo aumento da distância foco/filme e menor divergência do feixe (WATANABE, 2000).

Outro fator que influencia no tempo de exposição e na qualidade da imagem é a sensibilidade do filme radiográfico. Segundo a legislação brasileira vigente (BRASIL, 1998), deve ser usado o receptor de imagem mais sensível que possa fornecer o nível de contraste e detalhe necessários. Embora ainda se encontre no mercado filmes de sensibilidade D, chamados Ultra-Speed, atualmente estão disponíveis filmes de sensibilidade E (Ektaspeed) que reduzem o tempo de exposição em 52%, comparando-se com o de sensibilidade D; como também são comercializadas películas com sensibilidade E/F (Insight), que necessitam de 20% menos tempo de exposição que as de sensibilidade E (BRASIL, 1998; ILGÜY, 2005).

Na presente pesquisa, a maioria dos formandos não sabe qual tipo de filme radiográfico deve ser utilizado para uma menor exposição do paciente à radiação X e 28,6% afirmaram utilizar filmes de sensibilidade E, e apenas 14,3%, de sensibilidade E/F. Resultados semelhantes foram encontrados por Vieira *et al.* (2004), ao verificarem que 25% dos Odontopediatras do Nordeste brasileiro utilizam filmes tipo E, dados inferiores aos encontrados por Melo e Melo (2008), em que 50,5% dos profissionais entrevistados utilizam esse filme, e superiores aos de Goren *et al.* (1989), cujos dados revelaram que apenas 13% dos profissionais de Nova Iorque (Estados Unidos) utilizavam filmes de sensibilidade E.

Quanto à utilização do sistema de acionamento de disparo, a maioria dos alunos prefere utilizar na faculdade o disparo com retardo, e ao serem questionados sobre como deve ser o aparelho de raios X em seu consultório, 78% responderam que deve ser com retardo.

A legislação brasileira atual proíbe o uso de sistema de acionamento de disparo com retardo no aparelho de raios X dos consultórios odontológicos (BRASIL, 1998).

O fato é que, este pode ser acionado involuntariamente, levando a uma exposição desnecessária do paciente e do profissional. Além disso, com o sistema de retardo, há um tempo entre o acionamento do botão e o disparo de raios X, ocasião em que o paciente poderia se mover, não havendo tempo hábil para corrigir sua posição (WATANABE, 2000). Apesar disso, 89% dos aparelhos de raios-X de cirurgiões-dentistas de Marília – São Paulo, Brasil, apresentavam retardo (SILVA, 2005). No Rio de Janeiro, Sprydes18, encontrou um número maior ainda (92%) de aparelhos de raios X com esse sistema de acionamento.

De acordo com o art.5 §12 alínea d da Portaria nº 453 (8), o método tempo/temperatura é o mais indicado para o processamento, sendo proibido qualquer inspeção visual do filme durante os processamentos manuais. Entretanto, 79,7 % dos formandos entrevistados afirmaram que o método de processamento radiográfico mais adequado e que está de acordo com as normas de radioproteção é o visual. Os mesmos resultados foram encontrados por diversos outros autores (MELO, 2008; SPRYDES, 2001).

Quando questionados sobre quais os meios de proteção que devem ser utilizados para o paciente na clínica odontológica, o avental plumbífero em associação ao protetor de tireóide foram citados por 63,5% dos formandos, resultados semelhantes aos de Melo e Melo (2008), Goren *et al.* (1989), Castro *et al.* (2013) e muito superiores aos encontrados por SPYRIDES *et al.* (2001), que não encontraram nenhum protetor de tireóide nos consultórios dos profissionais por eles pesquisados.

O uso de avental de chumbo deve ser usado para todos os pacientes, com o objetivo de proteção das gônadas e evitar a radiação secundária no tecido hematopoiético, no tórax e abdômen, sendo o uso do protetor de tireóide junto com o mesmo, obrigatório durante o exame radiográfico, pois reduz a metade da dose nesta glândula (BRASIL, 1998, CAPELOZZA, 2009). Porém, verificou-se que o avental plumbífero é o principal meio de proteção utilizado por cirurgiões-dentistas, sendo o protetor de tireóide um aparato cuja adesão é bem menor entre os profissionais de saúde.

Um assunto bastante controverso foi abordado entre os futuros profissionais de saúde bucal – o exame radiográfico na gestação. Foram observadas, praticamente duas frentes de pensamentos predominantes – uma que afirma que as tomadas radiográficas podem ser realizadas em pacientes gestantes, porém apenas após o terceiro trimestre da gestação e outra que defende a tese de que pacientes gestantes podem realizar exames radiográficos em qualquer período da gestação, mas com proteção adequada.

Segundo POLETTO (2008) E MOIMAZ (2009) todas as radiografias odontológicas necessárias podem ser feitas durante a gravidez, porém o cirurgião-dentista é moralmente e eticamente obrigado a prover proteção, que deve ser realizada da seguinte maneira: evitar radiografias desnecessárias, proteger o abdome com avental de chumbo, evitar repetições por erro de técnica, evitar ângulos direcionados para o abdome, proteção do colimador, usar filmes rápidos e pequenos tempos de exposição.

Se estas precauções são tomadas, radiografias dentárias podem ser feitas com segurança, mesmo no 1º trimestre de gravidez (SILVA, 2000), visto que a quantidade de radiação usada nas radiografias dentárias é bem abaixo da dose necessária para ocasionar malformações congênitas.

5. CONCLUSÃO

A partir da análise dos resultados encontrados, foi possível verificar que a maioria dos futuros cirurgiões-dentistas não possui conhecimento suficiente sobre as medidas de radioproteção na clínica odontológica nem sobre as normas vigentes quanto às condutas para minimizar a exposição à radiação ionizante.

Embora exista a preocupação quanto à proteção do paciente, verifica-se o desconhecimento quanto às técnicas e aparatos que reduzem o tempo e a dose da exposição, além de melhorar a qualidade da imagem.

Dessa forma, verificou-se a necessidade de uma reestruturação no ensino odontológico em Radiologia com o intuito de preparar profissionais de saúde qualificados para exercer a Odontologia com segurança.

Conclui-se, portanto, que ainda existem lacunas no conhecimento dos futuros profissionais de saúde bucal quanto às medidas de radioproteção em Odontologia, que devem ser esclarecidas através da educação continuada e de capacitações antes e após saírem para o mercado de trabalho, para que não haja a simples mecanização do processo, mas para a conscientização dos riscos e efeitos que a radiação ionizante pode causar.

REFERÊNCIAS

- [1] ABSI, E. G.; DRAGE, N. A.; THOMAS, H. S.; NEWCOMBE, R. G.; NASH E. S.; Continuing dental education in radiation protection: monitoring the outcomes. *Dentomaxillofacial Radiology.*, London, v. 38, n. 3, p. 127-133, 2009.
- [2] AMERICAN DENTAL ASSOCIATION COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS. The use of dental radiographs: update and recommendations. *J Am Dent Assoc.*, New York, v. 137, n.9, p.1304-1312, 2006.
- [3] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 453, de 1 de junho de 1998. Diretrizes de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico. *Diário Oficial da União.*, Brasília-DF, 1998.

- [4] CAPELOZZA, A. L. A.; *et al.* Higiene das radiações: radiologia preventiva. En: Alvares LC, Tavano O. Curso de radiologia em odontologia. São Paulo: Santos; 2009. p.45-54.
- [5] CASTRO, M. A. A.; *et al.* Avaliação da utilização de aparelhos de raios-x em consultórios odontológicos em Belo Horizonte, Brasil. Arq Odontol, Belo Horizonte., v. 49, n. 4, p. 191-197, 2013.
- [6] GARBIN C. A. S.; *et al.* La relación entre la calidad de la enseñanza y la mala práctica odontológica: relato de caso clínico. Rev Cienc Salud., Colombia, v. 11, n. 1, p.121-128, 2013.
- [7] GOREN, A. D.; *et al.* Survey of radiologic practices among dental practitioners. Oral Surg Oral Med Oral Pathol., Chicago, v. 67, n. 4, p. 464-468, 1989.
- [8] ILGÜY, D.; *et al.* Survey of dental radiological practice in Turkey. Dentomaxillofac Radiol., London, v. 34, n. 4, p.222-227, 2005.
- [9] JACOBS, R.; *et al.* Attitude of the Belgian dentist population towards radiation protection. Dentomaxillofacial Radiology., London, v. 33, n. 5, p. 334-339, 2004.
- [10] JODAR, S, *et al.* Manejo de las radiaciones ionizantes en instalaciones dentales españolas: intraorales y panorámicos. Av. Odontostomatol., Madrid, v. 21, n. 1, p. 361-370, 2005.
- [11] KIM, E. K. *et al.* Diagnostic reference levels in intraoral dentalradiography in Korea. Imaging Sci Dent., Korea, v. 42, n. 4, p. 237-242, 2012.
- [12] MARTINEZ BENEYTO, Y.; *et al.* Clinical justification of dental radiology in adult patients: a review of the literature. Med Oral Patol Oral Cir Bucal., Valencia, v. 12, n. 3, p. 244-251, 2007.
- [13] MARTINÉZ, N.L. Consideraciones de seguridad en el diseño de un consultorio odontológico. Acta Odontol Venez., Venezuela, v. 47, n. 3, p. 31-36, 2009.
- [14] MELO, M. F. B.; MELO, S. L. S. Condições de radioproteção dos consultórios odontológicos. Ciênc Saúde Coletiva., Rio de Janeiro, v. 12, Supl. 2, p. 2163-2170, 2008.
- [15] MOIMAZ SAS, NEMRE AS, GARBIN CAS. Odontologia para gestante: guia para o profissional da saúde. Araçatuba: Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social - FOA/UNESP; 2009.
- [16] MUTYABULE, T. K.; WHAITES, E. J. Survey of radiography and radiation protection in general dental practice in Uganda. Dentomaxillofac Radiol., London, v. 31, n. 3, p. 164-169, 2002.
- [17] PINHEIRO, J. C. G.; LINO, A. P. Higiene das radiações e proteção radiológica. Rev Paul Odontol., São Paulo, v. 22, n. 1, p. 30-33, 2000.
- [18] POLETTTO, V. C. Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão da literatura. Stomatol. Rio Grande do Sul, v. 14, n. 26, p. 64-75, 2008.
- [19] PUEBLA, L. F.; TORRES, S. F.; FERNÁNDEZ, V. V.; Efectos biológicos de los Rayo-X en la práctica de Estomatología. Rev haban cienc méd., la Habana, v. 14, n. 3, p. 337-347, 2015.
- [20] SANTOS, R. A.; MIRANDA A.C.; SILVA E. C. As normas de radioproteção e o uso dos equipamentos de proteção individual na concepção dos cirurgiões-dentistas. Ciênc Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 3125-3127, 2010.
- [21] SILVA, F. M.; *et al.* Uso de anestésicos locais em gestantes. ROBRAC., Goias, v. 9, n. 28, p. 48-50, 2000.
- [22] SILVA, P. R. D.; FREITAS, C. F. Estudo epidemiológico da utilização dos métodos de proteção radiológica em consultórios odontológicos no município de Marília – SP. RPG Rev Pos-Grad. São Paulo, v. 12, n. 4, p. 481-486, 2005.
- [23] SPRYDES, K. S.; *et al.* Avaliação do controle de qualidade e proteção radiológica na cidade do Rio de Janeiro. Rev Bras Odontol. Rio de Janeiro, v. 58, n. 5, p.321-323, 2001.
- [24] TAVANO, O. O máximo de segurança na obtenção de radiografias odontológicas com um equipamento de 70kV. Rev ABRO., São Paulo, v. 1, n. 1, p. 35-40, 2000.
- [25] TIRADO-AMADOR, L. R.; GONZÁLEZ-MARTÍNEZ, F. D.; SIR-MENDOZA, F. J. Uso controlado de los rayos X en la práctica odontológica. Rev. Cienc. Salud., Colombia, v. 13, n. 1, p. 99-112, 2015.
- [26] VIEIRA, C. L.; BARATA, J. S. Adoção de medidas de radioproteção pelos odontopediatras do Nordeste brasileiro. JBP Rev Ibero-Am Odontopediatr Odontol Bebê. Curitiba, v. 7, n. 35, p. 79-90, 2004.
- [27] WATANABE, P. C. A.; PARDINI, L. C.; ARITA, E. S.; Discussão das diretrizes de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico. Rev Assoc Paul Cir Dent. São Paulo, v. 54, n. 1, p. 64-72, 2000.
- [28] YARID, S. D.; NASCIMENTO, C. C.; ALVES, G. N.; ALMEIDA, T. Y. L. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas da cidade de Jequié – Bahia. Revista UNINGÁ, Maringá – PR, n.38, p. 41-49 out./dez. 2013.

A IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO PALIATIVISTA NO CURRÍCULO MÉDICO BRASILEIRO: QUANDO O CURAR NÃO É POSSÍVEL

THE IMPORTANCE OF PALLIATIVE CARE TRAINING IN THE BRAZILIAN MEDICAL CURRICULUM: WHEN THE CURE IS NOT POSSIBLE

ALLISON RUAN GATO DE **MORAIS**^{1*}, LETÍCIA FRANCISQUINI DE SOUZA **VIANA**², ALISON PEREIRA DE **CAMARGO**³, FERNANDO DE OLIVEIRA **DUTRA**⁴

1. Acadêmico do 4º ano do Curso de Medicina do Centro Universitário de Maringá – UniCesumar; 2 Acadêmica do 4º ano do Curso de Medicina do Centro Universitário de Maringá – UniCesumar; 3. Acadêmico do 4º ano do Curso de Medicina do Centro Universitário de Maringá – UniCesumar; 4. Graduação em Medicina pela Universidade Cristiana de Bolívia. Tem experiência na área de Medicina e Cirurgia Geral, com ênfase em Cirurgia do Aparelho Digestório, Titular Especialista do Colégio Brasileiro de Cirurgia do Aparelho Digestivo. Docente no curso de Medicina da Faculdade Uningá na disciplina de Saúde II Gastro e Internato em Cirurgia Geral no Hospital Metropolitano de Sarandí. Docente no curso de Medicina do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR) na disciplina de Habilidades Clínicas e Atitudes.

*Rua José Moreno Jr, 674, Edifício TwinTowers, Apto 406, bloco 2, Zona 8, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87050-390. allisongato@hotmail.com

Recebido em 20/08/2015. Aceito para publicação em 23/12/2015

RESUMO

A proposta desta revisão sistemática foi de identificar as concepções dos cuidados paliativos durante a graduação médica. Foram utilizadas as bases de dados Lilacs, Ibecs, Medline, Periódicos Capes e Scielo, sendo selecionados 14 artigos, publicados no período de 2005 a 2015. O tema de cuidados paliativos, apesar de estar em franco desenvolvimento, ainda é pouco abordado durante a graduação e a pós-graduação médica, fazendo com que o estudante se sinta despreparado para introduzir os CP na prática médica. A formação médica prepara o aluno visando o processo de tratamento, reabilitação e cura do doente, distanciando-o dos aspectos sociais, espirituais e psicológicos. Torna-se necessário abordar os cuidados paliativos durante a graduação médica, seja por meio de disciplinas específicas, ou indiretamente através de ligas, cursos e palestras, os quais demonstram ser muito bem aproveitados pelos alunos, já que é comprovado que estes são receptivos a abordagens humanísticas.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos, doente terminal, educação médica, estudantes de medicina, medicina paliativa.

ABSTRACT

The purpose of this systematic review was to identify the conceptions of palliative care during medical school. The databases Lilacs, IBECS Medline, Capes Periodicals and Scielo were used to do the research, and 14 articles published from 2005 to 2015 were selected. The theme palliative care (PC), despite being in full swing, it is still rarely addressed during medical school and postgraduate medical education, making the student feel unprepared to introduce PC when practicing

medicine. Medical training prepares students focusing in the treatment process, rehabilitation and healing of the sick, distancing itself from the social, spiritual and psychological. It is necessary to address PC during medical school, either through specific disciplines, or indirectly through student groups, courses and lectures, since it is proven beneficial for the student, who are receptive to humanistic approaches.

KEYWORDS Palliative care, terminally ill, medical education, medical students, palliative medicine.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Academia Nacional de Cuidados Paliativos, partindo-se da definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), Cuidado Paliativo (CP) é “uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”. Logo, o CP não se baseia em protocolos, mas em princípios. Ele usa uma abordagem multiprofissional, a fim de atender às necessidades do paciente e da família, incluindo o acompanhamento de luto e de melhoria na qualidade de vida, o que pode influenciar positivamente o curso da doença (ANCP, 2009).

O reconhecimento dos CP como uma especialidade médica ocorreu em 1987, sendo caracterizada como um estudo e gestão de pacientes com doença ativa, progressiva e em estágio avançado, que se apresentam por um

prognóstico limitado, cujo enfoque do cuidado é a qualidade de vida do paciente (DOLYLE *et al.*, 2005).

O modelo de cuidados paliativos chegou ao Brasil no início da década de 1980, numa fase em que os brasileiros ainda vivíamos dias finais de uma ditadura com um sistema de saúde que priorizava uma modalidade hospitalocêntrica essencialmente curativa. O ensino de Enfermagem e de Medicina era focado em aspectos biológicos, e os projetos eram predominantemente individuais, com mortes solitárias e desumanas (MORAES; KAIRALLA, 2010).

Atualmente, no Brasil, existem 30 serviços de cuidados paliativos distribuídos em 26 estados e no Distrito Federal, com maior concentração nas capitais. A maioria destes serviços iniciou-se com o objetivo de controlar a dor e, posteriormente, agregados com centros de cuidados paliativos. Estes centros são inseridos em hospitais públicos e instituições clínicas privadas (MIGUEL JÚNIOR, 2007).

Tratando-se do ensino de cuidados paliativos no Brasil, tanto nos cursos de Enfermagem como nos da Medicina, a literatura é limitada. Sabe-se que em algumas escolas este tema é abordado. Por exemplo, na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) há uma disciplina eletiva que é ministrada por médicos e outros profissionais, o que caracteriza um programa multiprofissional (MIGUEL JÚNIOR, 2007).

A Resolução CFM nº 1805/2006 permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal (CFM, 2006).

O Código de Ética Médica aprovada pela resolução nº 1.931/2009 do Conselho Federal de Medicina traz em seu capítulo V, artigo 41: “Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas [...]” (CFM, 2009).

São reconhecidos relatos de profissionais de saúde que não tiveram qualquer formação paliativista durante a graduação médica, tendo estes uma formação predominantemente científica, sem maiores envolvimento com no âmbito psicossocial dos pacientes (BIFULCO; IOCHIDA, 2009). Muitos médicos não recebem treinamento formal em comunicação e outros aspectos essenciais no trato com pacientes terminais, como tratamento da dor ou dar notícias ruins, e com isso não se sentem adequadamente preparados para este cuidado. Por isso, educadores médicos têm notado a crescente necessidade do ensino no cuidado com os pacientes terminais, e estão fazendo tentativas para melhorias do assunto. Existem evidências de que o déficit na educação e treinamento em

cuidados paliativos causam consequências negativas para os médicos e pacientes (PINHEIRO, 2010).

Diante disso, o objetivo desse estudo foi observar o grau de conhecimento sobre cuidados paliativos por estudantes de medicina e médicos e a sua importância tanto no contexto da formação como também na prática médica.

2. MATERIAS E MÉTODOS

Este presente estudo define-se como uma revisão da sistemática da literatura. A busca dos trabalhos foi realizada a partir das bases de dados Lilacs, Ibecs, Medline, Periódicos Capes e Scielo. Para a realização da busca dos trabalhos, foram inicialmente estabelecidos os descritores: “cuidados paliativos”, sendo este um descritor fixo, o qual foi pesquisado conjuntamente com os seguintes descritores “estudantes de medicina”, “educação médica”, “estado terminal”, “atitudes frente à morte”, “doente terminal”, “medicina paliativa” e “cuidados paliativos na terminalidade da vida”. Todos os descritores foram anteriormente consultados ao Decs (Descritores em Ciências da Saúde).

Guiou-se esta revisão a partir da questão: Quais são as características e saberes dos cuidados paliativos importantes na formação e prática médica atual?

Os critérios de inclusão foram artigos com resumo e texto completos disponíveis, de caráter qualitativo ou quantitativo, escritos no idioma português entre os anos de 2005 a 2015. Entre os critérios de exclusão foram propostos trabalhos de dissertação, teses, monografias, editoriais, livros, capítulos de livros, anais de eventos, editoriais, simpósios, críticas e trabalhos publicados anteriormente a 2005 ou que não se adequavam ao contexto proposto por esta revisão.

A busca da literatura foi realizada por três examinadores independentes em bases de dados já pré-estabelecidas. A análise dos trabalhos baseou-se através dos títulos e resumos das obras disponíveis. Os trabalhos encontrados pelos examinadores foram comparados e selecionados ao final a partir das suas leituras integrais. Artigos que não compreendiam aos objetivos desta revisão foram retirados da seleção.

3. RESULTADOS

Foram identificados 792 artigos utilizando os descritores expostos na metodologia. Destes, 14 artigos contemplaram os critérios de busca utilizados, como também se adequavam aos objetivos desta revisão. A maioria dos artigos aborda o nível de conhecimento que os alunos de medicina possuem sobre o tema de Cuidados Paliativos durante a graduação. Já outros trabalhos analisam a experiência que os profissionais de saúde têm sobre a temática bem como a aplicação da mesma na prática médica. Para a análise dos resultados, os artigos foram or-

ganizados no quadro a seguir (Quadro 1) de acordo com ano, periódico, volume e número do periódico de publicação, título do artigo e respectivos autores.

Quadro 1: Relação de artigos selecionados para a revisão sistemática

Ano	Periódico	Volume (número)	Título	Autores
2014	Rev. Bras. Anestesiol.	64 (4)	A estruturação de um serviço de cuidados paliativos no Brasil: relato de experiência.	GARCIA, J.B.S.; RODRIGUES, R.F.; LIMA, S.F.
2013	Ciênc. Saú de Colêti-va	18 (9)	Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea.	SANTOS, M.A.; AOKI, F.C.O.S.; OLIVEIRA-CARDOSO, É.A.
	Ciênc. Saú de Colêti-va	18 (9)	Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia.	SANTOS, L.R.G.; MENEZES, M.P.; GRADVOHL, S.M.O.
	Ciênc. Saú de Colêti-va	18 (9)	O trabalho de cuidar de pacientes terminais com câncer.	KAPPAUN, N.R.C.; GOMEZ, C.M.
2013	Psicol. Arg um.	31 (72)	Doenças terminais, conhecimento essencial para o profissional de saúde.	SILVA, C.G. <i>et al.</i>
	Rev. Bras. Educ. Med.	37 (1)	Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde.	FONSECA, A.; GEOVANINI, F.
2013	Ciênc. Saúde Coletiva	18 (9)	Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva.	SILVA, C. F. <i>et al.</i>
2013	Rev. Bras. Educ. Med.	37 (2)	O estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina.	FIGUEIREDO, M.G.M.C.A.; STANO, R.C.M.T.
	Rev. Bioét.	21 (3)	Ética e cuidados paliativos: o que os médicos sabem sobre o assunto?	BRUGUGNOLLI, I.D.; GONSAGA, R.A.T.; SILVA, E.M.
2012	Rev. Bras. Educ. Med.	36 (1)	Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil.	TOLEDO, A.P.; PRIOLLI, D.G.
2011	Revista Brasileira de Medicina	68 (1)	Ambulatório didático de cuidados paliativos: aprendendo com os nossos pacientes	PINHEIRO, T.R.S.P.; BENEDETTO, M.A.C.; BLASCO, P.G.
2010	O Mundo da Saúde	34 (3)	Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto anos.	PINHEIRO, T.R.S.P.
2009	Rev. Bras. Educ. Med.	33 (1)	A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura.	BIFULCO, V.A.; IOCHIDA, L.C.
2007	Cad. Saúde Pública	23 (9)	Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica	FLORIANI, C.A.; SCHRAMM, F.R.

No estudo de Bifuco e Iochida (2009) constatou-se que a ausência da temática morte na formação acadêmica dos profissionais entrevistados foi sentida em sua totalidade. O profissional da saúde se encontra despreparado para trabalhar com a morte, já que este tem em

sua formação o objetivo da cura. Os cursos de formação de profissionais de saúde carecem de disciplinas que abordem os temas da morte, do luto e do morrer, e, portanto, de disciplinas que conduzam esse profissional, para além do conhecimento técnico-científico adquirido, a desenvolver a sensibilidade necessária para praticar os fundamentos humanitários de sua formação, indispensáveis à percepção e ao lenitivo do sofrimento que vivenciam os pacientes em sua terminalidade.

Pinheiro (2010) avaliando o grau de conhecimento sobre a dor e cuidados paliativos de estudantes de Medicina, evidenciou que cerca de 40% destes estudantes acreditaram terem recebido informação suficiente sobre o manejo de pacientes com dor e 50% disseram possuir informação suficiente sobre o controle de sintomas em pacientes terminais, porém a totalidade dos estudantes referiu que não existe uma disciplina específica de dor em suas faculdades. Observou-se nesse mesmo estudo que a maioria dos alunos não conhece a definição de Cuidados Paliativos da Organização Mundial de Saúde (61%), e não se sente a vontade para comunicar más notícias aos pacientes e familiares. A maioria deles relatou acredita ser necessário aprimorar seu conhecimento para lidar com pacientes terminais. Eles demonstram insegurança em utilizar os conhecimentos adquiridos durante a graduação e acreditam ser benéfico aumentar seu conhecimento sobre dor e cuidados ao paciente terminal o que reforça a idéia de que um ambiente mais específico pode propiciar uma melhor formação técnica.

Para Brugugnolli *et al.* (2013), em relação ao autoconhecimento sobre cuidados paliativos por parte de médicos pertencentes à um corpo clínico de um hospital-escola, foi visto que 47,4% dos entrevistados neste estudo admitiram ter um conhecimento bom e suficiente sobre o tema, contrastando com 7,9% dos entrevistados neste mesmo estudo que afirmavam ter conhecimentos insuficiente sobre o tema. Porém ao serem questionados sobre outras vertentes dos cuidados paliativos, excetuando-se o controle da dor e a proposição de melhor qualidade de vida, apenas 34,2% dos entrevistados responderam que se acompanhasssem um doente em cuidados paliativos proporiam cuidar de sintomas não físicos, ou seja, sociais, espirituais e psicológicos, e somente 6,6% proporiam uma abordagem com a família do doente. A maioria dos entrevistados ligou os cuidados paliativos apenas ao alívio do sofrimento físico e qualidade de vida.

Observou-se em um estudo que o ensino dos cuidados paliativos ainda é precário no Brasil, sendo raras as faculdades que fornecem alguma informação sobre o tema, geralmente fazendo-o em disciplinas eletivas. Uma das soluções apresentadas pelos autores desse estudo foi a discussão sobre o tema através da formação de ligas acadêmicas na área, sendo algo capaz de ajudar a contornar a carência de informação sobre cuidados paliati-

vos nos currículos dos cursos da área da saúde (GARCIA; RODRIGUES; LIMA, 2014).

Em um estudo realizado com residentes de um ambulatório de Cuidados Paliativos, foi observado que grande parte destes acredita que ter conhecimento e habilidades em Cuidados Paliativos é um objetivo muito importante já que muitas vezes o médico de família lida com pacientes terminais e que por não terem recebido nenhum treinamento formal em Cuidados Paliativos ou para o desenvolvimento de habilidades de comunicação, muitos médicos têm dificuldades em comunicar más notícias adequadamente e tratar de temas relacionados à dor, sofrimento e morte. Estes se queixam de que não lhes é ensinado nenhum meio que os auxilie a lidar com os sentimentos que emergem em cenários de cuidados aos pacientes terminais, ao contrário, costumam receber conselhos para não se envolverem e, sim, manterem uma distância confortável de pacientes e familiares (PINHEIRO; BENEDETTO; BLASCO, 2011).

A Faculdade de Medicina de Itajubá (MG) é uma das poucas no Brasil a ter no seu currículo a disciplina de Tanatologia e Cuidados Paliativos, oferecida a alunos de primeiro, segundo e quarto anos. Os princípios e a prática dos Cuidados Paliativos, quando oferecidos aos médicos em formação, têm a possibilidade de complementar o aprendizado da medicina, propiciando aos jovens médicos os melhores recursos de cura, enquanto a cura for possível, e, igualmente, os melhores recursos de cuidado, quando a cura não se efetivar e a morte se fizer anunciar. No caso especial de uma disciplina como Tanatologia e Cuidados Paliativos, desconhecida da grande maioria dos alunos, mais ainda é preciso construir em conjunto e com profundo respeito às dificuldades dos aprendizes. Para os autores tais disciplinas podem ser ajustadas a qualquer conteúdo e a qualquer tipo de formação (FIGUEIREDO; STANO, 2013).

Silva *et al.* (2013) com o objetivo de analisarem as concepções de uma equipe multiprofissional sobre a implementação de cuidados paliativos em uma unidade de terapia intensiva adulta, observaram que o grande obstáculo para o desenvolvimento dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva é o déficit de conhecimento e o despreparo da equipe multiprofissional em indicar uma abordagem paliativa. Alguns dos entrevistados referiram não ter motivação quando cuidam do indivíduo na fase final da vida, tendo em vista que foram formados necessariamente para tratar, reabilitar e curar. Tal modelo de formação acarreta um grande impasse que necessita ser reconhecido pelas instituições formadoras, de forma a alterar o foco da assistência ao cuidado multidimensional.

Em um estudo realizado com 58 coordenadores de 179 cursos de medicina do Brasil, Toletto & Priolli (2012) observaram que a maioria dos entrevistados (79,3%) consideram “muito importante” para a sua instituição que o seu aluno aprenda sobre como prover cui-

dados em pacientes com doença terminal. Estes afirmam que em se tratando dos alunos, grande parte destes são interessados em conhecer os princípios de cuidados ao paciente terminal. Foi relatado neste estudo que as escolas médicas do país abordam os cuidados no fim da vida nos currículos médicos na forma de disciplina com enfoque primário em 35,1% dos casos e com enfoque secundário em 72,4%, ou seja, a maior parte das escolas abordam a temática de forma inespecífica. A maioria das escolas participantes sofreu alguma reforma curricular nos últimos cinco anos (73,7%) e em 53,8% destas o comitê responsável pela mudança curricular não discutiu a questão do ensino dos cuidados no fim da vida dentro do novo currículo.

Para Santos *et al.* (2013), os cursos de medicina não preparam o aluno para enfrentar situações que envolvam a morte e o processo de morrer, mas sim lidar com essa problemática por meio da negação, evitação e racionalização. Quando os estudantes entram em contato com pacientes que estão vivenciando a situação de terminalidade geralmente experimentam ansiedade, angústia e medo.

No estudo de Kappaune Gomez (2013), vários profissionais relataram a ausência de uma formação prévia para atuar com cuidados paliativos. Para estes, a formação acerca dos cuidados paliativos é adquirida durante a própria prestação dos cuidados no contexto da prática, ainda que, haja relatos de profissionais que referiram terem conhecido a filosofia dos cuidados paliativos durante a graduação, a residência, a especialização ou mesmo através de colegas.

A partir do estudo de Silva *et al.* (2013), constatou-se que desde cedo o estudante de medicina é moldado para ver a morte como o seu “maior adversário”, o qual deverá ser sempre combatida e se possível vencida. Esta ideia pode fazer com que o médico se torne reticente para lidar com pacientes enfermos e em fase de terminalidade, já que esta é considerada por ele sinal de falta de competência ou de fracasso. Concluiu-se também, que no processo de doença terminal não só a família e o paciente experimentam uma desestabilidade emocional, mas também toda a equipe médica envolvida.

Para Floriani & Schramm (2007) a inserção de cuidados paliativos no sistema de saúde de países em desenvolvimento tem sido um grande desafio devido à dificuldade de priorizá-los por parte dos governos. Há poucos cursos e insuficiente formação nesta área na graduação e na pós-graduação médica, em que há muito a ser realizado em termos de pesquisa, ensino, organização de serviços, formação de recursos humanos, e desenvolvimento de programas de educação continuada. A atualização da equipe sobre as recentes descobertas em cuidados paliativos e o acesso aos especialistas nesta área são prerrogativas fundamentais para quem trabalha em cuidados paliativos, pois importantes atribuições e competências técnicas e humanas são exigidas de quem

assiste a uma pessoa com doença avançada e em fase terminal.

Fonseca & Geovanini (2013), ao entrevistarem 17 participantes, compostos por estudantes de medicina e pós-graduando em geriatria, observaram que nenhum destes citou a definição de cuidados paliativos da Organização Mundial de Saúde durante a pesquisa. Neste estudo, parte dos presentes relataram terem adquirido conhecimentos sobre cuidados paliativos durante a graduação, sendo apontado o médico ou o psicólogo como profissionais-chave deste contato com a disciplina.

Em seu estudo, Santos *et al.* (2013), evidenciaram que, apesar de todos os participantes da pesquisa terem o tema ortotanásia abordado durante a graduação, poucos conseguiram definir do que se tratava a palavra. Entre os acadêmicos de medicina questionados, embora estes soubessem definir ortotanásia, nenhum citou ou associou esta prática com cuidados paliativos, configurando desconhecimento conceitual deste último termo. A respeito de quem deveria estar envolvido no processo da ortotanásia, não houve diferenças significativas entre os pesquisados, sendo apontado por estes a família como importante personagem deste processo. A diferença se deu no fato de que enquanto para os alunos de medicina e enfermagem a participação da família deveria estar associada à decisão do corpo clínico, para os alunos de psicologia o paciente apareceu como o autor da decisão

4. DISCUSSÃO

A postura médica frente ao atendimento de pacientes em cuidados paliativos particulariza-se devido à assistência, dada pela equipe profissional, que na maioria das vezes são para pessoas que estão gravemente abaladas pelo avanço da doença ou quando esta já assumiu o controle sobre a vida de tais pacientes. É a partir desses cenários que se podem observar a oposição entre os objetivos inerentes a estes profissionais, ao tratarem a morte como um adversário a ser vencido, e a realidade fatídica desses pacientes. Esta concepção dos profissionais em relação à prática médica relaciona-se com o processo de formação dos mesmos, quando estes afirmam serem formados para tratar, reabilitar e curar seus pacientes (BIFUCO; IOCHIDA, 2009; SILVA *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2013).

Observa-se, então, que a promoção de cuidados paliativos necessita de uma visão mais abrangente no que se refere à prestação de assistência aos pacientes por parte dos médicos, porém é visto que estes, em grande parte das vezes, adquirem uma atitude paliativista durante a própria prestação dos cuidados no contexto da prática ou através de outros profissionais como médicos e psicólogos quando há a presença da disciplina durante a graduação (FONSECA; GEOVANINI, 2013; KAPPAUN; GOMES, 2013). Tal contexto demonstra-se problemático ao passo que para Floriani & Schramm (2007)

o desenvolvimento de programas educação continuada aliada a formação de competências técnicas e humanas devem ser exigidas daqueles que assistem a uma pessoa com doença avançada e em fase terminal. Porém, tais programas de educação dificilmente estão disponíveis, devido à existência de poucos cursos e insuficiente formação nesta área na graduação e na pós-graduação médica.

Embora em alguns estudos os profissionais refirmem apresentar conhecimentos suficientes para tratar de pacientes em cuidados paliativos, apenas alguns desses conseguem relacionar tais cuidados com os aspectos sociais, espirituais e psicológicos dos pacientes, logo para estes, os cuidados paliativos seriam relacionados essencialmente ao alívio do sofrimento físico e qualidade de vida (BRUGUGNOLLI; GONSAGA; SILVA, 2013). Pode-se associar isto a falta de um treinamento formal e desenvolvimento de habilidades de comunicação, seja, por exemplo, durante o momento de comunicar más notícias adequadamente e tratar de temas relacionados à dor, sofrimento e morte dos pacientes (PINHEIRO, 2010; BENEDETTO; BLASCO, 2011).

Essa deficiência formativa dos profissionais médicos em se tratando de cuidados paliativos pode ser verificada sucintamente no trabalho de Santos *et al.* (2013), onde os participantes da pesquisa não conseguiam associar o conceito de ortotanásia com os cuidados paliativos, demonstrando a ausência de uma mínima abordagem para o tema na graduação médica. Entretanto, é visto que em alguns aspectos há alguma formação para os cuidados paliativos durante a graduação, mesmo que seja na instrução dos graduandos para tratarem de sintomas físicos dos pacientes, como a dor, a qual no estudo de Pinheiro (2010) parte dos questionados na pesquisa acreditaram terem recebido informação suficiente sobre o manejo de pacientes com dor e 50% disseram possuir informação suficiente sobre o controle de sintomas em pacientes terminais.

Percebe-se até então o despreparo dos profissionais médicos para assistirem pacientes nos cuidados paliativos. Parte deste despreparo relaciona-se ao conflituoso trabalho com a morte, a qual, constantemente, é presente no cotidiano desses profissionais, sendo que pouco ou quase nada, sobre formas de enfrentar situações que envolvam a morte e o processo de morrer, é ensinado durante a graduação, promovendo os sentimentos de negação, evitação e racionalização frente a situações de terminalidade dos pacientes (SANTOS; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO, 2013). Bifuco & Iochida (2009) associam isto à carência de disciplinas que abordam os temas da morte, do luto e do morrer na graduação, impedindo o desenvolvimento necessário de fundamentos humanitários na formação, sendo estes, para os autores, indispensáveis na construção do perfil profissional desses médicos.

Demonstra-se importante reconhecer o processo de humanização dos profissionais médicos, devendo ser abordado tal processo desde à graduação. Ainda que a relação médico-paciente apresente-se de fundamental importância nos cuidados paliativos, é conferida igual importância as famílias dos pacientes, devido a estas, frequentemente, estarem aliadas ao processo de decisão do corpo clínico sobre as condutas apropriadas para o familiar adoecido, pois, no processo de doença não só a família e o paciente experimentam uma desestabilidade emocional, mas também toda a equipe médica envolvida (SANTOS; MENEZES; GRADVOHL, 2013; SILVA *et al.*, 2013).

Percebe-se que o ensino dos cuidados paliativos é encarado de forma positiva tanto pelos graduandos quanto pelos provedores do ensino médico, já que estes consideram importante que os alunos aprendam sobre como prover cuidados em pacientes com doença terminal (TOLEDO; PRIOLLI, 2012). Alguns estudos demonstraram características importantes sobre tais saberes durante a graduação. Para Garcia *et al.* (2014) a discussão sobre o tema através da formação de ligas acadêmicas na área poderia ajudar a contornar a carência de informação sobre os cuidados paliativos nos currículos dos cursos da área da saúde. Entretanto, para Figueiredo & Stano (2013), ainda é preciso construir tais conhecimentos em conjunto e com profundo respeito às dificuldades dos aprendizes.

5. CONCLUSÃO

Os profissionais médicos ao prestarem serviços em cuidados paliativos se deparam com uma realidade diferente daquela a qual estes foram instruídos durante sua formação acadêmica. Se durante esta, tais profissionais aprenderam a tratar, reabilitar e curar seus pacientes, naquela terço, na maioria das vezes, como objetivo somente o alívio dos sintomas e melhora da qualidade de vida de seus pacientes, sendo a cura algo muitas vezes inalcançável.

Os cuidados paliativos, apesar de estarem em franco desenvolvimento, ainda são pouco abordados durante a graduação médica, fazendo com que o estudante se demonstre despreparado para introduzi-los em sua prática médica. Isto pode ser observado em muitos estudos, quando os acadêmicos, dificilmente, demonstram conhecer a definição dos cuidados paliativos. Entre os profissionais, essa defasagem de conhecimentos, tanto conceitual quando prático, é refletido no momento em que estes apesar de não apresentarem conhecimentos adequados sobre os cuidados, conseguem tratar dos sintomas físicos e se perdem perante o paciente e família ao tentarem ajudar em outros aspectos, como os psíquicos, espirituais e sociais.

Torna-se necessário abordar os cuidados paliativos durante a graduação médica, seja por meio de disciplinas

específicas, ou indiretamente através de ligas, cursos e palestras, os quais demonstram ser muito bem aproveitados pelos alunos, já que é comprovado que estes são receptivos a abordagens humanísticas.

REFERÊNCIAS

- [01] ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 340 p. Disponível em: <<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>>. Acesso em: 3 de agosto de 2015.
- [02] BIFULCO, V.A.; IOCHIDA, L.C. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. Rev. Bras. Educ. Med., Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p.92-100, jan./mar. 2009.
- [03] BRUGUGNOLLI, I.D.; GONSAGA, R.A.T.; SILVA, E. M. Ética e cuidados paliativos: o que os médicos sabem sobre o assunto? Rev. Bioét., Brasília, DF, v. 21, n. 3, p.477-85, set./dez. 2013.
- [04] CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1805/2006, de 9 de janeiro de 2006. Brasília, DF: CFM, 2006. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 3 ago. 2015.
- [05] CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1931, de 17 de janeiro de 2009. Código de Ética Médica. 6. ed. Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>>. Acesso em: 4 ago. 2015.
- [06] DOYLE, D. *et al.* Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3 ed. New York: Oxford University Press, 2005. 1280 p.
- [07] FIGUEIREDO, M.G.M.C.A.; STANO, R.C.M.T. O estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. Rev. Bras. Educ. Med., Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p.298-307, 2013.
- [08] FLORIANI, C.A.; SCHRAMM, F.R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p.2072-2080, set. 2007.
- [09] FONSECA, A.; GEOVANINI, F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. Rev. Bras. Educ. Med., Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p.120-125, 2013.
- [10] GARCIA, J.B.S.; RODRIGUES, R.F.; LIMA, S. F. A estruturação de um serviço de cuidados paliativos no Brasil: relato de experiência. Rev. Bras. Anestesiol., Rio de Janeiro, v. 64, n. 4, p.286-291, jul. 2014. Disponível em: <<http://api.elsevier.com/content/article/PII:S0034709413000664?httpAccept=text/xml>>. Acesso em: 17 ago. 2015.
- [11] KAPPAUN, N.R.C.; GOMEZ, C.M. O trabalho de cuidar de pacientes terminais com câncer. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p.2549-2557, set. 2013.
- [12] MIGUEL JÚNIOR, A. Cuidados paliativos: ensino e educação. Medicina Geriátrica, 2007. Disponível em: <<http://www.medicinageriatria.com.br/2007/04/08/cuid>>

- ados-paliativos-ensino-e-educacao/>. Acessoem: 3 ago. 2015.
- [13] MORAES, S.A.F.; KAIRALLA, M.C. Assessing knowledge of medical undergraduate students on palliative care in end-stage disease patients. *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 2, p.162-167, abr./jun. 2010.
- [14] PINHEIRO, T.R.S.P.; BENEDETTO, M.A.C.; BLASCO, P. G. Ambulatório didático de cuidados paliativos: aprendendo com os nossos pacientes. *Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo, v. 68, n. 1, p.19-25, abr. 2011.
- [15] PINHEIRO, T.R.S.P. Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto anos. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 3, p.320-326, 2010.
- [16] SANTOS, L.R.G.; MENEZES, M.P.; GRADVOHL, S.M.O. Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p.2645-2651, set. 2013.
- [17] SANTOS, M.A.; AOKI, F.C.O.S.; OLIVEIRA-CARDOSO, É.A. Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p.2625-2634, set. 2013.
- [18] SILVA, C.F.; SOUZA, D.M.; PEDREIRA, L.C.; SANTOS, M.R.; FAUSTINO, T.N. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p.2597-2604, set. 2013.
- [19] SILVA, C.G.; COTA, L.I.; VIEIRA, R.O.; ARRAZÃO, V.D.; CYRINO, L.A.R. Doenças terminais, conhecimento essencial para o profissional da saúde. *Psicol. Argum.*, Curitiba, v. 31, n. 72, p.137-144, jan. 2013.
- [20] TOLEDO, A.P.; PRIOLLI, D.G. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p.109-117, jan./mar. 2012.

Relato de Caso

RESOLUÇÃO DE PERFURAÇÃO RADICULAR EM TERÇO CERVICAL APÓS 12 ANOS DA OCORRÊNCIA DA IATROGÊNIA: RELATO DE CASO

DRILLING RESOLUTION ROOT IN THIRD CERVICAL AFTER 12 YEARS OF OCCURRENCE OF IATROGENIC: CASE REPORT

EDLENE MOREIRA **BENEDITO**¹, MARCIA ESMERALDA BIS FRANZONI **ARRUDA**², HELIO KATSUIA **ONODA**³, CARLA THAIS ROSADA **PERUCHI**^{4*}

1. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Faculdade Ingá- Uningá; 2. Especialista em Endodontia USP-Bauru. Mestre em Ciências da Saúde - UEM. Doutoranda em Endodontia- Universidade Estácio de Sá- RJ. Professora na disciplina de Endodontia da Faculdade Ingá. Paraná; 3. Especialista em Endodontia pela FUNORTE/SOEBRÁS. Especialista em Pacientes com Necessidades Especiais Pela São Leopoldo Mandic/Campinas. Mestre em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro Oeste pela FAMED/UFMS. Professor Colaborador da disciplina de Endodontia e Pacientes com Necessidades Especiais da UFMS; 4. Especialista em Endodontia e Mestre em Odontologia Integrada pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), Professora na disciplina de Endodontia da Faculdade Ingá. Paraná.

* Avenida Silvio Alves, 967, Jardim Pioneiro, Paiçandu, Paraná, Brasil. CEP: 87140-000. carlaperuchi@gmail.com

Recebido em 10/09/2015. Aceito para publicação em 17/11/2015

RESUMO

Perfurações radiculares são aberturas artificiais que resultam na comunicação da cavidade pulpar com os tecidos periodontais, que podem ser causadas por iatrogênias, processo de reabsorção ou carie. O sucesso no tratamento vai depender do tamanho, local e tempo que houve a perfuração. Na atualidade o material mais utilizado para o selamento de perfurações tem sido o MTA (Agregado de Trióxido Mineral) por ser biocompatível e permitir a formação de cimento oferecendo condições para organização dos tecidos de suporte dentário. Relata-se nesse caso clínico a resolução de um caso de perfuração de um elemento dental no terço cervical acontecido a 12 anos atrás. O tratamento inicial foi a remoção da gutta-percha que se encontrava no periodonto, selamento da perfuração com MTA e posterior obtenção do conduto radicular.

PALAVRAS-CHAVE: Perfuração endodôntica, iatrogênica, endodontia, agregado trióxido mineral (MTA).

ABSTRACT

Perforations are artificial root openings, which result in the communication of the pulp cavity with the periodontal tissues that can be caused by iatrogenic, reabsorption process or caries. Successful treatment will depend on the size, localization and time that there was drilling. Nowadays the most common material used for the sealing of perforations has been the MTA (Mineral trioxide aggregate), it is biocompatible and allow cementum formation providing conditions for organization of tooth supporting tissues. It is reported that case clinical resolution of a drilling event of a dental element at the cervical third occurred 12 years ago. Initial treatment was the removal of gutta-percha that was in the periodontium, perforation sealing with MTA and subsequent filling of the root canal.

KEYWORDS: Endodontic drilling, iatrogeny, endodontics, mineral trioxide aggregate (MTA).

1. INTRODUÇÃO

O tratamento endodôntico consiste no selamento tridimensional do canal radicular, com o objetivo de restabelecer a normalidade dos tecidos dentais (COHEN & BURNS, 2000). Para um sucesso no tratamento o profissional tem que possuir um correto conhecimento da anatomia dental interna e suas variações, técnica operatória, materiais utilizados e saber realizar um diagnóstico exato (FUKUNAGA *et al.*, 2007; MAMED NETO *et al.*, 2012).

A perfuração radicular pode ocorrer por processos patológicos (reabsorção ou carie) ou iatrogenias que resulta em uma abertura artificial na raiz dental promovendo uma comunicação da cavidade pulpar com tecido periodontal e osso alveolar (ALVES *et al.*, 2005). As perfurações de causa iatrogênica geralmente estão relacionadas com a negligência e imperícia do cirurgião-dentista (MARTOS *et al.*, 1999; MACHADO *et al.*, 1997). Essas perfurações podem complicar o resultado do tratamento endodôntico, especialmente quando se estabelece infecção bacteriana, podendo levar a perda do elemento dental⁷. Cerca de 9,6% dos casos de insucessos nos tratamentos endodônticos são por perfurações radiculares (TANOMARU *et al.*, 2002).

O sucesso no selamento da perfuração vai depender do local onde ocorreu a perfuração, o tempo que esta com esta abertura e o material utilizado para o fechamento (ESTRELA & ESTRELA, 2002). O material tem que possuir biocompatibilidade, selamento marginal

adequado, ser não cancerígeno, não tóxico, induzir osteogênese e cementogênese. Tem que ser de fácil manipulação e inserção (JUÁREZ BROON *et al.*, 2006).

Alguns dos materiais que historicamente foram utilizados para finalidade de selar esta perfuração são: o óxido de zinco, superEBA, amálgama de prata, cavit, ionômero de vidro, hidróxido de cálcio e MTA (Agregado Mineral Trióxido) (LEE *et al.*, 1993).

O MTA é o material que possui boas características químicas (SHAHI *et al.*, 2006), físicas (BORGES *et al.*, 2011; CAMILLERI, 2007) e biológicas¹⁵ para o selamento de perfurações. O MTA é um material semelhante ao cimento Portland comum, do tipo 1, com maior grau de fineza e presença de óxido de bismuto como agente radiopacificador (COHEN & BURNS, 2000; MARIA *et al.*, 2006). Sua apresentação é um pó branco ou cinza de trióxido de cálcio, aluminato de cálcio, silicato tricálcico hidrofílico e alguns outros óxidos (MARIA *et al.*, 2006). O veículo que geralmente é utilizado para formar uma pasta é a água destilada (ESTRELA *et al.*, 2000).

2. RELATO DE CASO

A Paciente V. C., 74 anos, gênero masculino, procurou atendimento odontológico na clínica da Faculdade Ingá com queixa principal de dor e inchaço na região anterior do palato. Ao realizar o exame clínico, constatou-se abscesso crônico (Figura 1), confirmado pela presença e rastreamento da fístula (Figura 2). O dente ainda apresentava bolsa periodontal de 11mm na face palatina do elemento 11, sem mobilidade, percussão vertical e horizontal negativo e sensibilidade ao frio positivo. O exame radiográfico inicial indicou a tentativa de tratamento endodôntico anterior sem sucesso devido à perfuração na face mesial, a nível cervical do elemento 11 e presença de guta-perchas no periodonto (Figura 3). O acesso coronário não atingiu a câmara pulpar, fato esse que explica a vitalidade do elemento dental. Ainda na anamnese, o paciente relatou que o tratamento fora realizado há 12 anos atrás.



Figura 1. Edema na região anterior do palato.

Foi proposto ao paciente uma intervenção não cirúrgica, com a remoção da guta-percha do periodonto via perfuração radicular e tratamento endodôntico do dente 11. Sendo assim, foi realizado a remoção do material restaurador à base de compósito fotopolimerizável com uma broca 1014 haste longa (KG Sorensen) em alta rotação. Após a localização da iatrogenia, o dente foi imediatamente isolado com lençol de borracha. O material obturador endodôntico foi inicialmente removido com uma lima Hedström #60 (Dentsply Maillefer, Tulsa, EUA). A tomada radiográfica para confirmar se todo material obturador havia sido removido, mostrou um fragmento de guta-percha que se despreendeu do restante e permaneceu isolado no periodonto do paciente (Figura 4).



Figura 2. Rastreamento de fístula.



Figura 3. Radiografia inicial. No detalhe observa-se perfuração mesial a nível cervical e cones de guta-percha inseridos no periodonto.

Para sua remoção, uma lima K File #15 (Dentsply Maillefer, Tulsa, EUA) foi torcida em forma de anzol na sua ponta com a intenção de “pescar” esse fragmento e após insistentes tentativas alcançou-se o sucesso, removendo agora todo o fator etiológico do abscesso (Figura

5). A hemorragia foi controlada com irrigação meticulosa de hipoclorito de sódio 1%. Uma curetagem para remoção do tecido inflamatório foi realizada e em seguida uma porção de pó de hidróxido de cálcio P.A. (Biodinâmica®) foi inserido para promover a hemostasia e auxiliar na desinfecção local. A perfuração foi selada com MTA Angelus de cor branca (Angelus, Paraná, Brasil) na proporção de 3:1 pó/líquido (Figura 6).



Figura 4. Remoção parcial da guta percha. A: mostrando remoção com uso de lima tipo Hedstroem; B: Fragmentos removidos; C: Radiografia evidenciando permanência de fragmento (detalhe).

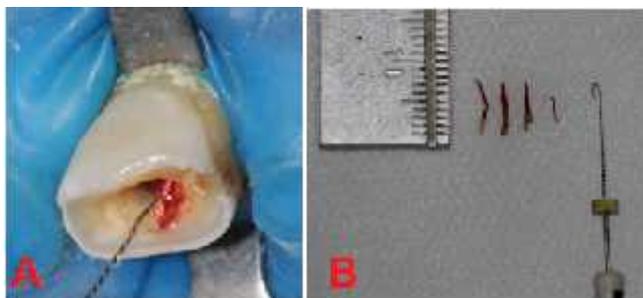


Figura 5. Remoção do fragmento de guta remanescente. A: Lima tipo #10 em forma de anzol; B: Fragmentos removidos.



Figura 6. A: Perfuração selada com MTA (aspecto clínico); B: evidência do selamento com RX periapical.

Nesta etapa, o MTA foi depositado com aplicador próprio de MTA (Angelus, Paraná, Brasil) e uma bolinha de algodão úmida foi interposta entre o material restaurador provisório Coltosol (Coltene®) com o intuito de auxiliar na solidificação do cimento reparador. Decorridos 7 dias, o paciente foi novamente atendido sem sinais e sintomas. O material restaurador provisório e a bolinha de algodão foram removidos e a dureza do MTA foi cuidadosamente testado com uma sonda Rhein (S.S. White, Rio de Janeiro, Brasil). Nesse dia foi localizado e acessado a câmara pulpar corretamente com uma broca

1011haste longa (KG Sorensen). O comprimento de trabalho foi determinado com Mini Root ZX (Morita, Kyoto, Japão) e o preparo biomecânico com limas Reciproc R25 (VDW, Munique, Alemanha) e hipoclorito de sódio 2,5%. O canal foi obturado com pontas de guta-percha e cimento AH Plus (Dentsply Maillefer, Tulsa, EUA). Após 30 dias não se observou nenhuma rejeição do selamento com cimento MTA e a bolsa periodontal regrediu para 5mm (Figura 7).



Figura 7. Radiografia digital final após 30 dias.

3. DISCUSSÃO

A perfuração radicular pode ocorrer por processos patológicos (reabsorção ou carie) ou iatrogênicas durante o acesso ou instrumentação do canal radicular (ALVES *et al.*, 2005).

Para um selamento de perfuração é importante o sucesso do reparo radicular e periapical, por isso o agente selador deve satisfazer as propriedades físico, químico, e biológica que permitam ou induzam o reparo e a deposição de tecido mineralizado (LEONARDO *et al.*, 2003). O Sucesso no tratamento depende de vários fatores, como a localização da perfuração, tempo de ocorrência, tamanho da abertura, material utilizado, contaminação da área e habilidade do profissional (IBARROLA *et al.*, 2008; YILDIRIM *et al.*, 2006; GONDIM JUNIOR *et al.*, 1999).

No relato apresentado, foi utilizado anteriormente a inserção do MTA, o pó de hidróxido de cálcio para obtermos uma desinfecção do local, hemostasia e prevenir a invaginação de tecido de granulação (ESTRELA *et al.*, 2009; PERINI *et al.*, 2011). O hidróxido de cálcio por ser uma base forte, estimula o processo de reparo e promove a desinfecção do local, mas tem a desvantagem de ser um material solúvel na presença de fluidos teciduais, por tanto no selamento de perfurações não resulta na formação de barreira de tecido mineralizado (ESTRELA *et al.*, 2009; PERINI *et al.*, 2011; ESTRELA, 2009). O material de escolha para o tratamento foi o MTA devido a localização da perfuração que se encontrava na região

cervical, um local de difícil controle de umidade (SLUYK *et al.*, 1998), promovendo um meio adequado para que aconteça a adaptação e expansão de presa sobre as paredes da perfuração (RUIZ *et al.*, 2006).

Os estudos mostram que para obter sucesso com o prognóstico é ideal que a perfuração seja selada imediatamente após o ocorrido, para que não haja contaminação bacteriana (SIANI, 1977; TORABINEJAD *et al.*, 1995), neste caso a perfuração foi selada após 12(doze) anos do ocorrido, e apesar da lesão ter permanecido durante período extenso, o que não nos proporcionaria um bom prognóstico do caso, juntamente com a idade avançada do paciente. Após o correto tratamento endodôntico com instrumentação manual, bem como também o selamento da perfuração utilizando o material adequado e conduta correta no processo de correção, obteve-se um resultado satisfatório com a regressão de lesão, além de ausência total de sinais e sintomas do processo inflamatório. Promovendo uma recuperação dos tecidos perirradiculares com neoformação de tecidos saudáveis, que foram perdidos devido a presença do cone de guta percha diretamente em contato com os tecidos perirradiculares não mineralizados, onde esse material não demonstrou biocompatibilidade alterando a estrutura morfofisiológica do local e gerou um processo inflamatório resultando na presença de lesão inflamatória. Que evoluiu para um processo crônico, resultando em uma fistula e que resultou na procura do paciente para atendimento com intuito de que fosse sanada sua moléstia.

O MTA tem apresentado bons resultados no tratamento de perfurações intraósseas, se tornando o material de primeira escolha, graças ao seu bom vedamento e biocompatibilidade (TORABINEJAD *et al.*, 1999), possuindo propriedades estimuladoras de metabolismo ósseo reparador (FAVIERI *et al.*, 2008).

4. CONCLUSÃO

Foi possível concluir que, após a aplicação clínica do MTA no caso apresentado, mostrou-se eficaz, confirmando ser um bom material obturador de perfuração radicular, principalmente se tratando de perfurações ocorridas no terço cervical. Fica evidente a possibilidade de reparo de um elemento perfurado a nível cervical, mesmo após ter decorrido o tempo de 12 anos. Após um mês foi possível observar que o dente tratado continuou na cavidade bucal exercendo sua função mastigatória e estética.

REFERÊNCIAS

- [01] Cohen S; Burns RC. Caminhos da polpa. 7ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- [02] Fukunaga D; et al. Utilização do agregado de trióxido mineral (mta) no tratamento das perfurações radiculares: relato caso clínico. Revista de Odontologia da Universi-

dade Cidade de São Paulo. v. 19, n. 3, p. 347-353, set/dez 2007.

- [03] Mamed Neto I; Magnabosco KSF; Pereira CM; Faitaroni LA; Estrela CRA; et al. Utilização de cimento a base de MTA no tratamento de perfuração radicular: relato de caso clínico. Rev Odontol Bras Central. 2012; 21 (59).
- [04] Alves DF, Gomes FB, Sayão SM, Mourato AP. Tratamento clínico cirúrgico de perfuração do canal radicular com MTA - caso clínico. International Journal of Dentistry. 2005; 4(1):1-6.
- [05] Martos J; Silveira LFM. Relação do assoalho da câmara pulpar com o limite amelo-cementário e a furcação. J Bras Odont Clin. 1999;15:63-66.
- [06] Machado MEL; Fernandes KPS. Tratamento de perfurações de furca. J Bras Odontol Clin. 1997; 1:49-54.
- [07] Clauder T; Shin S. Repair of perforations with MTA: clinical applications and mechanisms of action. Endodontic Topics 2009; 15: 32-55.
- [08] Tanomaru Filho M; Faleiros FCB; Tanomaru JMC. Capacidade seladora de materiais utilizados em perfurações radiculares laterais. Rev UNIMEP. 2002; 14 (1): 40-3.
- [09] Estrela C; Estrela CRA. O hidróxido de cálcio é a única medicação intracanal para combater a infecção endodôntica? In: Cardoso RJA, Gonçalves EAN. Endodontia e trauma. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 239-66.
- [10] Juárez Broon N; Bramante CM; Assis GF; Bortoluzzi EA; Bernardinelli N; Moraes IG; et al. Healing of root perforations treated with mineral trioxide aggregate (MTA) and Portland cement. J Appl Oral Sci. 2006; 14(5):305-11.
- [11] Lee SJ; Monsef M; Torabinejad M. Sealing ability of a mineral trioxide aggregate for repair of lateral root perforations. J Endod. 1993; 19 (11): 541-4
- [12] Shahi S; Rahimi S; Lotfi M; Yavari HR; Gaderian AR. A comparative study of the biocompatibility of three root-end filling materials in rat connective tissue. J Endod. 2006; 32 (8): 776-80.
- [13] Borges AH; Pedro FLM; Segundo AS; Miranda CES; Pecora JD; et al. Radiopacity evaluation of Portland and MTA based cements by digital radiographic system. J Appl Oral Sci 2011; 19 (3): 228-32.
- [14] Camilleri J. Hydration mechanisms of mineral trioxide aggregate. Int Endod J. 2007; 40 (6): 462-70.
- [15] Torabinejad M; Watson TF; Pitt Ford TR. Sealing ability of a mineral trioxide aggregate when used as a root end filling material. J Endod. 1993; 19 (12): 591-5.
- [16] Maria, G., Gabriela, C., Amariei, C. (2006). Advantages of ProRoot MTA in treating periapical lesions. Clinical cases. OHDMBSC 5(4)
- [17] Estrela C; Bammann LL; Estrela CRA; Silva RS; Pécora JD. Antimicrobial and chemical study of MTA, Portland cement, calcium hydroxide paste, Sealapex and Dycal. Braz Dent J. 2000; 11 (1):
- [18] Leonardo MR, Salgado AAM, Silva LAB, Tanomaru Filho M. Apical and periapical repair of dogs' teeth with periapical lesions after endodontic treatment with different root canal sealers. Pesqui Odontol Bras. 2003;17: 69-74.
- [19] Ibarrola, J.L.; Biggs, S.G.; Beeson, T.J. Repair of a Large Furcation Perforation: A Four-Year Follow-Up. Journal of Endodontics, v. 34, n. 5, p. 617-619, may 2008.
- [20] Yildirim, G.; Dalci, K. Treatment of lateral root perforation with mineral trioxide aggregate: a case report. Oral

- Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology and Endodontics, v. 102, n. 5, p. 55-58, november 2006.
- [21] Gondim Junior, E. et al. Tratamento de perfuração em furca de Molar inferior com o uso de Microscópio odontológico: Apresentação de um caso clínico. Revista da Faculdade de Odontologia de Lins, v. 11, n. 2, p. 31-35, jan/jun 1999.
- [22] Estrela C, Bammann LL, Estrela CRA, Silva RS, Pécora JD. Antimicrobial and chemical study of MTA, Portland cement, calcium hydroxide paste, Sealapex and Dycal. Braz Dent J. 2000; 11 (1): 3-9
- [23] Perini MFM, Pedro FLM; Semenoff Segundo A, Semenoff TADV, Volpato LER, Silva TC, Cruz Filho AM, Borges AH. Análise in vitro da capacidade antimicrobiana do hidróxido de cálcio, MTA Bio e de diferentes composições de cimentos Portland. Braz Oral Res. 2011; 25 (S1): 87.
- [24] Estrela, C. Endodontic science. São Paulo: Artes Médicas Dentistry; 2009. 1223p.
- [25] Sluyk SR, Moon PC, Hartwell GR. Evaluation of setting properties and retention characteristics of mineral trioxide aggregate when used as a furcation perforation repair material. J Endod. 1998;24(11):768-71.
- [26] Ruiz PA, Souza AHF, Amorim RFB, Carvalho RA. Agregado de trióxido mineral (MTA): uma nova perspectiva em endodontia. Rev Bras Odontol. 2003;60(1):33-5.
- [27] Sinai IH. Endodontic perforations: their prognosis and treatment. J Am Dent Assoc. 1977;95(1):90-5.
- [28] Torabinejad M, Rastegar AF, Kettering JD, Pitt Ford TR. Bacterial leakage of mineral trioxide aggregate as a root end filling material. J Endod. 1995;21(3):109-12.
- [29] Torabinejad M, Chivian N. Clinical applications of mineral trioxide aggregate. J Endod 1999;3:197-205.
- [30] Favieri A, Campos LC, Burity VH, Cecilia MS, Abad EC. Use of biomaterials in periradicular surgery: a case report. J Endod. 2008;34:490-4.

Revisões da Literatura

OS EFEITOS DA RADIOFREQUÊNCIA NO TRATAMENTO DE FIBRO EDEMA GELÓIDE

THE EFFECTS OF RADIOFREQUENCY ON FIBRO EDEMA GELOID TREATMENT

BRUNA CAROBREZ^{1*}, MICHELLE CARDOSO MACHADO DOS SANTOS²

1. Acadêmica do Curso de Bacharel em Fisioterapia da Unicesumar; 2. Docente do Curso de Fisioterapia da Unicesumar

* Av. Cristovão Colombo, nº 954, ap01, Centro, Marialva, Paraná, Brasil - CEP. 86.990-000. brunacarobrez@hotmail.com

Recebido em 25/05/2015. Aceito para publicação em 10/11/2015

RESUMO

O objetivo deste estudo é discutir os efeitos da radiofrequência no fibro edema gelóide, quanto aparência estética da pele e na redução de medidas. Para isso será selecionado artigos nos últimos anos, a partir do banco de dados da Scielo e Bireme, nas fontes Medline e Lilacs, através do uso os seguintes descritores fibro edema gelóide, fisioterapia, dermatofuncional. Nos resultados observamos que todos os artigos selecionados apresentaram a mesma finalidade de analisar a radiofrequência em técnicas não invasivas de forma isolada ou não. Os resultados deste estudo foram positivos, entretanto, necessita de mais estudos para definir qual a melhor forma de aplicação e seus parâmetros. Conclui-se que a radiofrequência apresenta efeitos esperados no tratamento de FEG e melhora da flacidez e diminuição da circunferência de abdômen e coxa.

PALAVRAS-CHAVE: Fibro edema gelóide; fisioterapia; dermatofuncional.

ABSTRACT

The objective of this study is to talk about the effects of radiofrequency on gynoid hydrolipodystrophy (FEG) as for the skin aesthetic appearance and on reduction of measurements. For this it will be sorted out the last years' articles, beginning with Scielo and Bireme data base, Medline and Lilacs sources, through the use of the following keywords: gynoid hydrolipodystrophy, physiotherapy, dermatofunctional. In the results it was observed that all the selected articles showed the same purpose that was to analyze the radiofrequency in non-invasive techniques in an isolated or not isolated way. The results of this study were positive, however, further studies are needed for the definition of the best way of application and its parameters. It was concluded that radiofrequency shows promising effects on the treatment of FEG and improvement of flabbiness as well as reduction of both abdominal circumference and thigh.

KEYWORDS: Fiber edema geloid; physiotherapy; dermatofunctional.

1. INTRODUÇÃO

O fibro edema gelóide (FEG), também conhecida como celulite, é um problema que atinge mais de 95% das

mulheres, caracteriza-se pelo aparecimento de ondulações irregulares da pele, geralmente localizada nas coxas, glúteos e abdômen, decorrentes de fatores genéticos, idade, sexo, problemas hormonais, psicossomático, gravidez, tabagismo e sobre peso (BORGES, 2010).

O FEG é uma afecção bastante incidente na população como um todo, sendo o gênero feminino o mais acometido, tendo uma prevalência entre 85% e 98% em todas as raças. Essa prevalência é demonstrada após o marco da puberdade (AVRAM, 2004).

Esse problema geralmente aparece nas áreas em que a gordura está sob a influência do estrógeno, como coxas, quadril e glúteos, mas em algumas mulheres pode ser encontrados também em mamas, abdome, braços e nuca. A obesidade não é condição necessária para a existência da FEG, apesar de ser encontrada em qualquer área em que tem excesso de tecido adiposo (AFONSO *et al.*, 2010).

A FEG causa a degeneração do tecido adiposo, fazendo alterações da matriz intersticial, diminuindo a irrigação sanguínea e tem o aumento da célula de gordura, podendo evoluir para fibrose cicatricial (KEDE, 2004). Ela pode provocar problemas álgicos nas zonas acometidas e atrapalhar o dia a dia da vida do indivíduo como fazer uma caminhada, uma corrida, subir ou descer escadas, entre outras atividades físicas (BORGES, 2010).

O aspecto de "casca de laranja" que poderia ser um sinal patognomônico da doença, aparece na fase do endurecimento do interstício e das fibras colágenas (KEDE, 2004).

Na fisiopatologia da FEG ocorrem estágios evolutivos, começando pela alteração do esfíncter arteriolar pré-capilar que conduz a modificação da permeabilidade cápilovenular e ectasia capilar, evoluindo com o aparecimento do edema que dificulta as trocas metabólicas e desencadeia uma resposta conjuntiva, com consequência hiperplasia e hipertrofia do invólucro reticular. Depois as fibras se agregam em fibras colágenas e se distribuem em arranjos capsulares em torno de grupos de adipócitos, ocorrendo por último esclerose das traves conjuntivas e

formação de macronódulos, pela confluência de muitos micronódulos (SANTOS *et al.*, 2011).

O FEG, além de ser desagradável aos olhos do ponto de vista estético, ocasionando problemas de ordem psicossocial, originados pela cobrança dos padrões estéticos dos dias atuais, pode, ainda, acarretar problemas álgicos nas zonas acometidos, perdas funcionais. Portanto, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, o indivíduo só é saudável quando possui um equilíbrio biopsicossocial, então o FEG já pode ser considerado um problema de saúde (MEYER *et al.*, 2005).

Um dos tratamentos para FEG é a radiofrequência que atua por conversão, utilizando a aplicação de uma radiação eletromagnética de comprimento de onda hectométrica aumentando a temperatura dos tecidos transformando em calor (BORGES, 2010).

Este aumento da temperatura diminui a densidade do colágeno e aumenta a distensibilidade. Promove também um aumento da nutrição dos tecidos e diminuição da derme e levemente da hipoderme, diminui a fibrose dos septos interlobulares e o tamanho das células de gorduras, melhorando então a irrigação sanguínea e a absorção do edema local, situação muito favorável para o tratamento da FEG (BORGES, 2010).

A radiofrequência produz calor pela ação de uma corrente elétrica entre dois dipolos. Ela funciona produzindo aquecimento dérmico e vasodilatação. A vasodilatação leva à drenagem linfática no tecido gorduroso e à hiperemia. Essa associação dos mecanismos proporciona melhora da aparência da pele (BRAVO *et al.*, 2013).

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo constitui-se de uma revisão da literatura, realizada entre abril e junho de 2015, no qual se realizou uma consulta a livros e periódicos presentes na Biblioteca da Unicesumar – campus de Maringá/PR e por artigos científicos selecionados através de busca no banco de dados do Scielo e da Bireme, a partir das fontes Medline e Lilacs.

A busca nos bancos de dados foi realizada utilizando às terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde criados pela Biblioteca Virtual em Saúde desenvolvido a partir do Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine, que permite o uso da terminologia comum em português, inglês e espanhol. As palavras-chave utilizadas na busca foram fibro edema gelóide, fisioterapia, dermato-funcional. Os critérios de inclusão para os estudos encontrados foram a abordagem terapêutica do emprego da radiofrequência no tratamento de FEG. Foram excluídos estudos que relatavam o emprego de outras modalidades de tratamento, que não a radiofrequência. A seguir, buscou-se estudar e compreender os principais benefícios que essa técnica pode trazer no tratamento de FEG.

3. DISCUSSÃO

A maioria dos tratamentos de FEG não apresenta resultados objetivos e/ou apresenta resultados espaçados no tempo. De modo recente, têm sido lançadas tecnologias baseadas na radiofrequência e na combinação de duas fontes de energia (luz e radiofrequência) a fim de fortalecer os tecidos gordurosos da derme mais profundamente (MANUSKIATTI *et al.*, 2009).

A técnica inovadora do sistema radiofrequência Tri-Pollar combina, num dispositivo, os sistemas radiofrequência monopolar e bipolar, produzindo uma energia calorífica homogênea e profunda. Os fluxos de corrente de radiofrequência que circulam entre três pólos (eletrodos) aquecem em simultâneo as camadas superficiais e profundas da pele. A intensidade da corrente que circula entre os três pólos transmite uma densidade de alta potência sobre a área a tratar, em seguida, de baixo consumo, proporcionando resultados clínicos de longo prazo após várias sessões de tratamento, sem causar desconforto (MANUSKIATTI *et al.*, 2009).

A radiofrequência é empregada no tratamento de FEG e tem como mecanismo o aquecimento da camada da pele chamada derme e do tecido subcutâneo. A radiofrequência é empregada para o estímulo de colágeno além da contração dos septos de gordura (FILIPPO, JÚNIOR, 2012).

A radiofrequência multipolar é realizada com três ou mais eletrodos. A passagem de elétrons acontece nos dois sentidos, comportando-se um pólo ora como positivo, ora como negativo. Jamais um elétron partira de um pólo e chegara a dois outros, deste modo tem comportamento bipolar. Ocorre então, intensa alternância de polaridade e de paridade, sendo que a corrente elétrica sempre muda de local de saída e ponto de chegada. Isso faz com que a energia entregue a superfície da pele seja homogênea e bem distribuída. Esse tipo de tecnologia tem ação concomitante dérmica e epidérmica (FILIPPO, JÚNIOR, 2012).

A FEG é classificada em graus, com base nos aspectos clínicos e suas principais fases evolutivas. Grau I não há alteração da sensibilidade à dor, só é possível ver por meio da contração muscular ou compressão do tecido entre os dedos. Grau II é possível ver sem a compressão dos tecidos, nesta fase há palidez, diminuição da elasticidade da pele e baixa temperatura. Grau III é visível em qualquer posição do indivíduo, tendo aspecto de saco de nozes, são palpáveis pequenas granulações em níveis profundos, nesta fase há dor a palpação. Grau IV tem aderências nos níveis profundos e têm as mesmas características do grau III, com nódulos maiores, dolorosos e visíveis, com aparência fortemente ondulada (BORGES, 2010).

As principais teorias que esperam explicar a fisiopatologia da FEG incluem as alterações vasculares, arqui-

tetura da pele, fatores inflamatórios e alteração dos septos do tecido conjuntivo (COSTA *et al.*, 2012).

Acredita-se que a ação seja causada a partir do dano na vasculatura dérmica, em resposta à alteração dos esfíncteres das arteríolas pré-capilares nas áreas afetadas, associado ao depósito de glucosaminoglicanos nas paredes dos capilares dérmicos e dentro da substância básica entre as redes de colágeno e elastina. Essas alterações induziriam ao aumento da permeabilidade capilovenular e à retenção exagerada de líquidos no interior da derme, entre os adipócitos e entre os septos lobulares. Ocorreria então pela propriedade hidrofílica dos glucosaminoglicanos, aumentando a pressão intersticial. O edema produzido gera mudanças celulares e acaba numa compressão vascular e ectasia de vasos, além de diminuição do retorno venoso com hipóxia do tecido, levando a espessamento dos septos fibrosos no tecido adiposo superficial e derme profunda, causando o aspecto “casca de laranja” da FEG (BRAVO *et al.*, 2013).

A radiofrequência, no tratamento de FEG, trabalha através de dois principais mecanismos de ação produzindo aquecimento dérmico e vasodilatação. A injúria térmica ativa a cascata inflamatória e estimula a síntese de colágeno pelos fibroblastos, solicitando espessamento da derme. A vasodilatação leva à hiperemia e à drenagem linfática no tecido adiposo. A agregação dos mecanismos agindo na derme e no subcutâneo proporciona melhora do aspecto da pele (BRAVO *et al.*, 2013).

Foram encontrados 4 artigos nas bases de dados consultadas que versavam sobre a utilização da radiofrequência no tratamento de FEG, segundo os critérios de inclusão.

Segundo Filippo & Júnior (2012), os resultados encontrados mostram que a técnica de radiofrequência é segura, eficaz, sendo bem tolerada, tratando-se de um método corporal não invasivo. Em particular os autores crêem que os pacientes ideais para esse tipo de técnica são aqueles com gordura localizada e FEG, e não os que querem emagrecer. Esse procedimento também seria bem aplicado para pacientes não aconselhados para o procedimento cirúrgico. Ainda nos casos em que não houve perda de peso, a diminuição da circunferência abdominal foi significativa.

O indicante de satisfação dos pacientes com os efeitos se mostrou bem positivo.

Em outro estudo Bravo *et al.* (2013), na avaliação da morfologia e flacidez da região glútea das pacientes, pelo meio da comparação das fotos antes e 30 dias após as quatro sessões da aplicação da técnica de radiofrequência, com base na escala foto numérica, foram capazes de identificar corretamente as fotos pré-tratamento versus foto pós-tratamento em 100% dos casos. Com relação à flacidez, consideraram melhora a partir de um ponto na escala usada em todas as oito pacientes.

Manuskiattie *et al.* (2009), evidenciaram que a tec-

nologia radiofrequência apresenta efeitos satisfatórios na redução da circunferência do abdômen e da coxa e uma melhora do aspecto da FEG. Os autores confirmam que o aquecimento dos tecidos pela energia radiofrequência isolado ou pela combinação com fontes de luz eficaz e seguro na redução da circunferência e tratamento de FEG.

Segundo Bock & Noronha (2013), constatou-se que a finalidade térmica produzidas pela radiofrequência no tecido subcutâneo não só geram contração das fibras colágenas, ativando os fibroblastos e gerando novas fibras de colágeno, como também gera a contração das fibras elásticas, levando a fabricação de neoeLASTOGÊNESE. Sendo assim, a remodelagem do tecido, pode melhorar rugas e linhas de expressão, flacidez tissular e a elasticidade da pele.

4. CONCLUSÃO

Embora o pequeno número de artigos publicados e escolhidos no intervalo de tempo estipulado pelo estudo, os artigos estudados apresentaram efeitos esperançosos na utilização da radiofrequência em tratamento de FEG. Também apresentaram resultados promissores no tratamento de flacidez e diminuição da circunferência de abdômen e coxa. Assim, todos os artigos selecionados obtiveram melhora do aspecto estético após o tratamento com radiofrequência, sendo utilizados de forma isolada ou associada a outro recurso.

REFERÊNCIAS

- [01] AFONSO, J.P.J.M. Celulite: artigo de revisão. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, São Paulo, vol. 2, n. 3, p. 214-219, jul./set. 2010.
- [02] AVRAM, M.M. Cellulite: a review of its physiology and treatment. Journal of Cosmetic Laser Therapy, v.6, n.4, p.181-185, 2004.
- [03] BOCK, V., NORONHA, A.F., Estimulação da neocolágeno através da radiofrequência. Revista eletrônica Saúde e Ciência, v. III, n. 2, 2013.
- [04] BORGES, Fábio dos Santos, Dermato funcional: Modalidades Terapêuticas nas Disfunções Estéticas. 2ed. São Paulo: Phorte, 2010. p.678.
- [05] COSTA, A., ROMANILLI, T. A. C., PEGAS, P. E. S., MARTINS, C. F. A., FIDELIS, M. C., MAREGA, F. R., *et al.* Lipodistrofiaginoide e terapêutica clínica: análise crítica das publicações científicas disponíveis. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, São Paulo, vol. 4, núm. 1. p. 64-75, 2012.
- [06] KEDE, M. P. V., SABATOVICH, O., Dermatologia estética. São Paulo: Atheneu, 2004.
- [07] MEYER, P.F. *et al.* Desenvolvimento e Aplicação de um Protocolo de Avaliação Fisioterapêutica em Pacientes com Fibro Edema Gelóide. Fisioterapia em Movimento, Curitiba, v.18, n.1, p.75-83, 2005.

- [08] PIRES, V. A.; ARRIEIRO, A. N.; XAVIER, M. Fibroedema gelóide: Etiopatogenia, avaliação e aspectos relevantes – Uma revisão de literatura. In: Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, 13., e Encontro Latino Americano de Pós-Graduação, 9., 2009. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/RE_0950_1392_01.pdf>
- [09] SANTOS, I. M. N. S. R., SARRUF, F. D., *et al.* Hidrolipodistrofiaginoide: aspectos gerais e metodologia de avaliação da eficácia. Arquivos Brasileiros de Ciência, São Paulo, p.85-94, 2011.
- [10] SOUZA, F. B. B., ALMEIDA I. M. C., SOUZA, M. R. L., MARTINEZ, T. C. Tratamento da lipodistrofiaginoide com radiofrequência unipolar: avaliação clínica, laboratorial e ultrassonográfica. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, Rio de Janeiro, vol. 5, n. 2, P.138-144, abr./jun. 2013.

FORÇA MUSCULAR E SARCOPENIA NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: UM ESTUDO DE REVISÃO

MUSCLE STRENGTH AND SARCOPENIA IN AGING PROCESS: A REVIEW STUDY

DANILO FRANCISCO DA SILVA **MARÇAL**^{1*}, SÔNIA MARIA MARQUES GOMES **BERTOLINI**², EDUARDO GAUZE **ALEXANDRINO**³, JOSELENE GOMES **MADEIRAS**⁴, JULIANA MARIA DE **OLIVEIRA**⁵, CLAUDIANA MARCELA SISTE **CHARAL**⁶

1. Educador Físico, Mestrando em Promoção da Saúde do UniCesumar- Linha de Pesquisa: Envelhecimento Ativo. Pesquisador Capes; 2. Fisioterapeuta, Doutora em Ciências Morfofuncionais/USP. Coordenadora do Mestrado em Promoção da Saúde da UniCesumar; 3. Educador Físico, Mestrando em Promoção da Saúde do UniCesumar - Linha de Pesquisa: Envelhecimento Ativo. Pesquisador Capes; 4. Fisioterapeuta, Mestranda em Promoção da Saúde do UniCesumar- Linha de Pesquisa: Envelhecimento Ativo. Pesquisadora Capes; 5. Nutricionista, Mestranda em Promoção da Saúde do UniCesumar- Linha de Pesquisa: Envelhecimento Ativo. Pesquisadora Capes; 6. Educadora Física, Mestranda em Promoção da Saúde do UniCesumar- Linha de Pesquisa: Envelhecimento Ativo.

* Rua Manoel de Macedo, nº 31, apt. 101, Bairro Zona 07, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87020-240. dani洛夫sm@msn.com

Recebido em 06/08/2015. Aceito para publicação em 13/11/2015

RESUMO

O objetivo do estudo é verificar aspectos relacionados à força muscular e à sarcopenia durante o processo de envelhecimento. Caracteriza-se como revisão bibliográfica, realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), no PubMed e em livros textos relacionados ao tema. Os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS - utilizados foram: Idoso, Envelhecimento, Força muscular, Sarcopenia e Exercício, em português e inglês. Foram selecionados artigos publicados no período de 2006 a 2015. A revisão literária evidenciou os aspectos fisiológicos do envelhecimento muscular, a força muscular e as diferenças entre gênero e idade, a sarcopenia no processo de envelhecimento e os benefícios do treinamento de força para os idosos. O processo de envelhecimento acarreta degeneração da força muscular, sobretudo em idosos mais velhos e do sexo feminino. No entanto, o exercício resistido é capaz de retardar os efeitos deletérios da sarcopenia. O treinamento de força para idosos está fortemente relacionado a maior autonomia, independência, melhora nas atividades da vida diária e da qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, Sarcopenia, Exercício.

ABSTRACT

The aim of the study is to assess aspects related to muscular strength and sarcopenia in the aging process. It is characterized as literature review conducted in the databases Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed and textbooks related to the topic. Descriptors in Health Sciences - DeCS - were: Elderly, Aging, Muscle strength, Sarcopenia and Exercise, in Portuguese and English. Articles were selected published between 2006 to 2015. The literature review showed the physiological aspects of aging muscle, muscle strength and the differences between gender and age, sarcopenia in the aging process and benefits of strength training for seniors. The aging

process causes degeneration of muscle strength, especially in older and elderly women. However, resistance exercise can delay the deleterious effects of sarcopenia. Strength training for seniors is strongly related to greater autonomy, independence, improvement in activities of daily living and quality of life.

KEYWORDS Elderly, Sarcopenia, Exercise.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano traz consigo alguns processos degenerativos considerados normais. Dentre eles pode-se citar o envelhecimento psicossocial e o envelhecimento biológico (orgânico), que envolve prejuízos no sistema respiratório, motor, cardíaco, nervoso e musculoesquelético (FECHINI; TROMPIERI, 2012).

Aspectos fisiológicos da degeneração da massa e força muscular são multifatoriais. Em princípio ocorre diminuição progressiva da atividade neuronal, em seguida da capacidade de geração de força intrínseca e, posteriormente, da massa muscular. Há diminuição da síntese proteica e da reconstrução muscular. Ocorre também, acúmulo de gordura nas fibras musculares o que acelera o processo de degeneração (MANINI; CLARK, 2012).

O efeito da idade na adaptação da força pode estar relacionado ao sexo, à duração do treinamento, aos grupos musculares examinados e à faixa etária. Embora a resposta à hipertrofia seja reduzida em idosos, ocorre aumento na qualidade muscular (performance muscular) de maneira similar entre homens idosos e jovens, porém, essa performance muscular pode ser maior em mulheres jovens do que em idosas (ACSM, 2009).

Durante o envelhecimento e o processo de senescên-

cia ocorre perda funcional e anatômica do sistema muscular. Esse processo é conhecido como sarcopenia. De acordo com *The European Working Group on Sarcopenia in Older People* (EXGSOP, 2010) deve-se utilizar três critérios para diagnosticar a sarcopenia: baixa massa muscular; baixa força muscular e baixo desempenho físico.

O treinamento de força mantém a autonomia e independência do idoso e propicia menor risco de quedas, maior segurança para realizar as atividades da vida diária e auxilia na manutenção de uma vida mais ativa do idoso na sociedade (SOCCOL; PINTO, 2009).

Mulheres idosas e obesas foram divididas em quatro grupos: o primeiro participaria de uma intervenção com treinamento resistido (TR), o segundo com restrição calórica (RC), o terceiro com ambos (TR+RC) e o quarto foi elegido como grupo controle (C). Os resultados indicaram que o TR tiveram maiores efeitos sobre as capacidades físicas, do que os demais grupos, quando comparados ao grupo controle. Pode-se pressupor, por meio desses achados, que o TR, sem restrição calórica, pode ser uma abordagem simples e benéfica para ajudar prevenir a quedas e auxiliar na autonomia e independência de mulheres idosas e obesas (BOUCHARD *et al.*, 2009).

O efeito do treinamento de força também está associado à capacidade cognitiva de idosos. Existe uma relação entre a perda da força muscular e o risco de demência e doença de Alzheimer. Entretanto, o aumento da força muscular, decorrente do treinamento resistido está associado positivamente à memória e às funções cognitivas (LACHMAN *et al.*, 2006).

Com base nesse contexto, o presente estudo tem o objetivo verificar aspectos relacionados à força muscular e à sarcopenia durante o processo de envelhecimento. Será dada ênfase nos aspectos fisiológicos, nas diferenças entre gênero e idade, na sarcopenia e nos benefícios do treinamento de força.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica que levanta e reúne informações sobre força muscular e sarcopenia durante o processo de envelhecimento, bem como os benefícios dos treinamento de força para idosos. O levantamento foi realizado nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), no PubMed e em livros textos relacionados ao tema.

Coleta de dados

Os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS - utilizados foram: Idosos, Envelhecimento, Força muscular, Sarcopenia e Exercícios Físicos, em português e inglês.

A seleção do material foi feita por meio da análise e leitura dos títulos e resumos das publicações. Na sequência os artigos e livros que se enquadravam no objetivo da pesquisa foram lidos integralmente. Os dados, resultados e conclusões úteis relacionados ao assunto proposto foram anotados e transcritos, respeitando as normatizações e direitos dos autores. No intuito de delimitar o número de dados, foram selecionados estudos realizados e/ou publicados no período compreendido entre 2006 e 2015.

3. DESENVOLVIMENTO

A Para melhor entendimento esta sessão será fragmentada em quatro partes, que abordarão: Aspectos fisiológicos do envelhecimento muscular; Força muscular: diferenças entre gênero e idade; Sarcopenia no processo de envelhecimento e Benefícios do treinamento de força para os idosos.

Aspectos fisiológicos do envelhecimento muscular

Os aspectos fisiológicos da perda de força muscular são multifatoriais e surgem a partir do prejuízo de ativação de neurônios, diminuição da capacidade de geração de força intrínseca e, posteriormente, perda de massa muscular, além da diminuição da síntese proteica, de reconstrução muscular e infiltração de adipócitos nas fibras musculares, representando uma vulnerabilidade fisiológica relacionada à idade (MANINI; CLARK, 2012; CRUZ *et al.*, 2010).

A perda substancial de massa corporal magra (isenta de gordura) acompanha o processo de envelhecimento. Isso ocorre, em grande parte, devido ao sedentarismo que acompanha o indivíduo durante o passar da idade. Quando o músculo não é utilizado com regularidade, perde a funcionalidade, o que pode resultar em atrofia e perda de força. (COSTILL *et al.*, 2013).

Segundo Silva *et al.* (2006) o decréscimo no número de fibras musculares é a principal causa de sarcopenia, embora a atrofia da fibra, particularmente do tipo II, também esteja envolvida. Com o passar dos anos, as fibras de contração rápida ou do tipo II diminuem em número e volume e as fibras de contração lenta, ou do tipo I, também diminuem, mas em menor proporção. Esse fato pode explicar porque o indivíduo idoso apresenta uma velocidade diminuída em seus movimentos.

Os fatores metabólicos e fisiológicos, como a diminuição da atividade de enzimas glicolíticas, a diminuição da produção e secreção hormonal e o aumento da quantidade de tecido não contrátil, como o conjuntivo e o adiposo aliados ao decréscimo do número de fibras musculares, atrofia das fibras, diminuição do número de unidades motoras e sedentarismo depreciam a função muscular e, conseqüentemente, a qualidade de vida do idoso (LACOURT; MARINI, 2006).

O processo de envelhecimento leva a alterações não só na arquitetura e formato muscular como redução do ângulo de penação, comprimento do fascículo muscular, espessura muscular, e, posteriormente, da área de seção transversa anatômica e fisiológica. Mas também, reduz a funcionalidade e qualidade muscular, com diminuição da força, resistência e potência. Entretanto, muitas dessas modificações podem, em parte, ser retardadas e, até mesmo melhoradas, com o treinamento resistido (BAPTISTA; VAZ, 2009).

Durante a menopausa ocorre diminuição da produção e secreção hormonal. A Terapia de reposição hormonal (TRH) tem demonstrado efeitos benéficos sobre os processos degenerativos dessa fase. Mulheres menopausadas com e sem TRH foram submetidas ao treinamento resistido e aeróbico, durante dez semanas. Os resultados mostraram que o treinamento foi eficiente para melhoria dos indicadores de força, porém, não foi encontrada diferenças significativas para os componentes de composição corporal (BARGANHA *et al.*, 2008).

Força muscular: diferenças entre gênero e idade

Ocorre perda de força de cerca de 15% por década entre os 60 e 70 anos e de 30% depois desse período, essa perda parece ser maior nos membros inferiores que nos membros superiores (CAMPOS, 2011).

Corroborando com esses achados, mulheres idosas de diferentes grupos etários (60-64, 65-69, 70-74 anos) apresentaram força muscular semelhante, poder e controle postural ($p > 0,05$). No entanto, estes valores foram inferiores ao do grupo de jovens (18-30 anos) ($p < 0,05$), como esperado (GOMES *et al.*, 2015).

Idosos de Palhoça-SC apresentaram força de preensão manual abaixo da esperada para a faixa etária, em ambos os sexos. Sendo a força de preensão manual maior dos homens do que das mulheres. Os idosos com osteoporose apresentaram a força diminuída. Entretanto, a prática de atividade física, o diabetes e a hipertensão arterial sistêmica não influenciaram a força de preensão manual (BELMONTE *et al.*, 2014).

Resultados semelhantes foram observados por Rodrigues *et al.* (2013) em idosos residentes da área rural da Bahia. Idosos mais jovens apresentaram força de membros superiores, tanto estática quanto dinâmica, superior aos idosos longevos. Contudo, a associação só foi estatisticamente significativa na avaliação da força estática ($p = 0,04$). Em relação ao gênero, os escores de força dos homens foram superiores ao das mulheres tanto no teste de preensão palmar ($p = 0,001$), quanto no teste de Flexão de braço em 30 seg ($p = 0,019$).

Foi verificada diminuição da diferença de força muscular de idosos em relação aos jovens, após período de treinamento resistido. Indivíduos jovens apresentaram, inicialmente, um pico de torque 59% maior que os ido-

sos saudáveis e, após a intervenção de seis meses de treinamento resistido, essa diferença diminuiu para 38% (MELOV *et al.*, 2007). Em relação às mulheres idosas, observou-se como fatores preditivos para pior desempenho nas atividades da vida diária: baixa força muscular, baixa renda e sedentarismo (RIBEIRO; NERI, 2012).

O efeito da idade na adaptação da força pode estar relacionado ao sexo, duração do treinamento ou grupos musculares examinados. Embora a resposta à hipertrofia seja reduzida em idosos, ocorre um aumento na qualidade muscular (performance muscular) de maneira similar entre homens idosos e jovens, porém, pode ser maior em mulheres jovens do que em idosas (ACSM, 2009).

Pícolli *et al.* (2011) utilizaram diferentes métodos de avaliação de força em indivíduos, estratificados em grupos de diferentes idades, G1 (11 a 18 anos), G2 (20 a 26 anos), G3 (45 a 60 anos) e G4 (66 a 82 anos). Verificou-se que a diminuição da força muscular torna-se evidente a partir da sexta década de vida, e que tal diminuição apresenta variações entre os músculos do abdômen, membros superiores e inferiores.

Mulheres jovens e idosas obtiveram ganho de força significativo, depois de intervenção de curto prazo de exercício resistido isométrico, tanto nos membros treinados como nos membros não treinados. O aumento da força muscular nos membros não treinados sugere a capacidade de adaptação neuromuscular em idosas, que pode ser utilizado em casos de imobilidade do membro ou da redução unilateral (EHSANI *et al.*, 2014).

Em mulheres pós-menopáusicas, uma composição corporal mais otimizada (incluindo o menor adiposidade e de massa magra maior) e maiores níveis de atividade física estão associados ao melhor desempenho da função física na meia-idade (WARD-RITACCO, 2014).

Em relação aos fatores associados à redução da força de preensão manual em idosos, Lenardt *et al.* (2014) apontam que este declínio possui prevalência moderada (25,5%), com predomínio do sexo feminino (19,1%), da faixa etária de 80 a 89 anos (18,5%) e de baixa escolaridade (15,9%). A associação entre diminuição da força de preensão manual e as variáveis idade e índice de massa corporal mostrou significância estatística.

A prevalência de sarcopenia varia entre diversas populações e de acordo com sexo, idade e modo de vida. Com base em resultados de estudos anteriores, a sarcopenia está presente entre 5% e 13% em indivíduos com idade entre 60 – 70 anos e entre 11% e 50% em indivíduos com 80 anos ou mais (LANDI *et al.*, 2011).

Sarcopenia no processo de envelhecimento

A sarcopenia pode ser definida como uma síndrome caracterizada pela perda progressiva e generalizada da massa e força muscular com o avanço da idade cronológica (NARICI; MAFFULLI, 2010).

De acordo com *The European Working Group on-*

Sarcopenia in Older People (EXGSOP, 2010) recomenda utilizar três critérios para diagnosticar a sarcopenia: baixa massa muscular; baixa força muscular e baixo desempenho físico.

A massa muscular pode ser mensurada por diversos métodos diferentes. Dentre eles, pode-se destacar técnicas de imagem corporal, como: tomografia computadorizada (CT- scan), imagens de ressonância magnética (MRI) e absorciometria de raio x de dupla energia (DEXA). Estimativas para a concentração de potássio em tecido magro, a análise de bioimpedância elétrica (BIA) e medidas antropométrica, também são, frequentemente utilizadas (EXGSOP, 2010).

O mesmo grupo ainda apresentou diferentes métodos para medir a força muscular. Dentre eles o teste apreensão manual, extensão e flexão de joelho pico de fluxo expiratório. Além disso o desempenho físico pode ser medido através do teste *Usual Gait Speed*, o *Timed-get-up-and-go test* e o *Stair climb power test*.

Vários estudos estão utilizando estes critérios de diagnóstico de sarcopenia, validado por EXGSOP (2010). Patel *et al.* (2013) encontraram uma prevalência de sarcopenia de 4,6% em homens e 7,9% em mulheres, com uma média de idade de 67 anos, no Reino Unido. No Japão, Akune *et al.* (2013), em uma amostra de idosos (idade média de 75 anos) verificaram uma prevalência geral de sarcopenia em 13,8% e 12,4%, em homens e mulheres, respectivamente.

A sarcopenia representa a maior causa de incapacidade e do aumento dos custos de saúde para pessoas mais velhas. É muito comum, porém de difícil diagnóstico. Assim como outras síndromes geriátricas, a sarcopenia é passível de tratamento. Promissores tipos de tratamentos estão sobre investigação. Entre eles pode-se citar a atividade física, as terapias nutricionais e andrógenas, além de estratégias comportamentais e farmacológicas (FIELDING *et al.*, 2011).

Com o processo de envelhecimento ocorre perda gradativa de força e massa muscular e com isso a população idosa estará mais susceptível a traumas e quedas. Com o aumento da população idosa há uma preocupação em minimizar os riscos de traumas, seja de ordem física ou para proporcionar a saúde mental (BRANDÃO; SIQUEIRA, 2014).

Os autores supra citados definem a força muscular como a capacidade do músculo esquelético de gerar tensão, enquanto a potência é o resultado do produto da força x velocidade.

Alguns fatores que influenciam a redução da força e potência muscular durante o envelhecimento são: Alterações musculoesqueléticas relacionadas ao envelhecimento; Acúmulo de doenças crônicas; Os medicamentos utilizados pelo acúmulo de doenças; Alterações do sistema nervoso; Alterações na secreção hormonal; Estado Nutricional e Atrofia muscular

(CAMPOS, 2011).

Entretanto, a perda de massa muscular acontece até mesmo durante o envelhecimento saudável, portanto a sarcopenia deve ser considerada doença somente quando induzir à inaptidão funcional (MAIOR, 2008).

Freitas *et al.* (2015) em estudo de revisão relacionando os termos “sarcopenia”, “estado nutricional” e “idosos” verificaram que na maioria das pesquisas havia maior prevalência de sarcopenia em homens idosos e institucionalizados. A sarcopenia apresentava menor prevalência em idosos envolvidos em atividades físicas de lazer por 1 hora ou mais por dia. Além disso, observou-se associação inversa com o IMC: os idosos com maior IMC mostraram um menor risco de sarcopenia em relação àqueles com IMC inferior.

A prática de atividades físicas pode ser capaz de manter ou, em muitos casos, minimizar os efeitos deletérios do envelhecimento como: a redução da musculatura por perda de fibras musculares e conseqüentemente perda da força e massa muscular, conhecida como sarcopenia (OLIVEIRA, 2013).

Benefícios do treinamento de força para os Idosos

O treinamento de força em idosos traz maior independência e autonomia, para que realizem suas atividades diárias sem a preocupação de riscos de quedas ou outras complicações. Atualmente, sabe-se que os exercícios com pesos não são apenas os mais eficientes para aumentar a massa muscular, massa óssea e força muscular. Eles melhoram, também, a coordenação diminuindo a incidência de quedas. Outro argumento importante, que justifica o uso de exercícios com pesos no treinamento com idosos, é a sua segurança (BRANDÃO; SIQUEIRA, 2014).

Idosas pré-frágeis, submetidas a dez semanas de treinamento, com 75% da resistência máxima, três vezes/semana, não apresentaram ganho de força muscular significativo. No entanto, após o programa de treinamento, houve melhora da potência muscular e do desempenho funcional (LUSTOSA *et al.*, 2011).

Outro estudo constatou que o treinamento de força, durante seis meses, promoveu aumento de força muscular em idosas. Foram utilizados dois métodos de avaliação de força. Ambos os métodos verificaram ganho de força, entretanto a magnitude desses ganhos varia significativamente em função do método de avaliação utilizado (LIMA, 2012).

É comprovado por pesquisas científicas que os exercícios resistidos tem papel fundamental no tratamento da Síndrome da Fragilidade. Essa síndrome é caracterizada pelo surgimento da sarcopenia, disfunção neuroendócrina e imunológica em idosos (CÂMARA, 2012).

Idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's), de São Caetano do Sul – SP,

normalmente passam grande parte do tempo com comportamentos sedentários. A prática de atividade física não é estimulada. Esses idosos apresentaram piores resultados nos testes de força muscular e, consequentemente, piores resultados nas avaliações física e funcional (LIMA *et al.*, 2014).

Recomenda-se que idosos incluam programas de exercícios de intensidade moderada, que trabalhem equilíbrio, resistência e exercícios de força, realizados em horário regular, no mínimo, três vezes por semana (LANDI *et al.*, 2011).

Idosas com idade entre 70 e 85 anos que participaram de uma intervenção com exercícios físicos, durante o período de quatro anos, apresentaram desempenho da força muscular de membros inferiores e superiores significativamente maiores. Isso demonstra que a atividade física orientada e regular mantém e/ou melhoram o desempenho da força, mesmo em idade avançada (GUIMARÃES *et al.*, 2013).

Um estudo mais recente sobre programa para prevenção de quedas em idosos que contemplava treinamento de força e de equilíbrio, durante doze semanas, mostrou melhora significativa na força e resistência muscular, bem como, no equilíbrio e nos aspectos psicológicos após a intervenção (JEON *et al.*, 2014).

4. CONCLUSÃO

Por meio da presente pesquisa concluiu-se que há perda da força, massa e resistência muscular, bem como, do desempenho físico durante o processo de senescência. Essas perdas caracterizam a síndrome geriátrica conhecida como sarcopenia. O processo de envelhecimento acarreta degeneração da força muscular, sobretudo em idosos mais velhos e do sexo feminino. No entanto, o exercício resistido é capaz de retardar os efeitos deletérios do envelhecimento sobre o sistema musculoesquelético. O treinamento de força para idosos está fortemente relacionado a maior autonomia, independência, melhora nas atividades da vida diária e da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- [01] Siqueira A.C.S.M. (American College of Sports Medicine). American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc*, v.41, n.7, p.1510-1530. 2009.
- [02] AKUNE T, *et al.* Exercise habits during middle age are associated with lower prevalence of sarcopenia: the ROAD study. *Osteoporos Int*. v.25, n.3, p.1081-1088, 2013.
- [03] BAPTISTA, R.R.; VAZ, M.A. Arquitetura muscular e envelhecimento: adaptação funcional e aspectos clínicos; revisão da literatura. *Fisioter Pesq*, v.16, n.4, p.368-373, 2009.
- [04] BARGANHA, V. *et al.* Força muscular e composição corporal de mulheres na pós-menopausa: efeitos do treinamento concorrente. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v.13, n. 2, p 102-109, 2008.
- [05] BELMONTE, Luana Meneguini *et al.* Força de preensão manual de idosos participantes de grupos de convivência. *Rev. Bras Promo. Saúde*, v. 27, n.1, p. 85-91, 2014.
- [06] BOUCHARD, D.R. *et al.* Impact of resistance training with or without caloric restriction on physical capacity in obese older women. *Menopause*, v. 16, n. 1, p. 66-72, 2009.
- [07] BRANDÃO, S.D.M; SIQUEIRA, T.D.A. Aspectos Fisiológicos do Envelhecimento e a Eficácia do Treinamento do Força em Idosos. *Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia*.v 2, n. 5, p. 65-78. 2014.
- [08] CÂMARA, L.C.; BASTOS, C C.; VOLPE, E.F.T. Exercício resistido em idosos frágeis: uma revisão da literatura. *Fisioter. Mov.*, v. 25, n. 2, p. 435-443. 2012 .
- [09] CAMPOS, M.A. Musculação: diabéticos, osteoporóticos, idosos, crianças, obesos. Rio de Janeiro: 5ª Ed: Sprint. 2011.
- [10] COSTILL, D.L.; KENNEDY, L.W.; WILMORE, J.H. *Fisiologia do Esporte e do Exercício*. Rio de Janeiro: 5ª Ed: Manole. 2013.
- [11] CRUZ, J.A.J. *et al.* Sarcopenia: consenso europeo sobre sudefinición y diagnóstico. *Age Ageing*. v.39, n.4, p.412-423, 2010.
- [12] EHSANI, F; NODEHI-MOGHADAM, A; GHANDALI, H; AHMADIZADE, Z; The comparison of cross-education effect in young and elderly females from unilateral training of the elbow flexors. *Med J Islam Repub Iran*, v. 28, n.138, p.01-06. 2014.
- [13] EWGSOP (The European Working Group on Sarcopenia in Older People). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, v.39, p. 412-423.2010.
- [14] FECHINI, B.R.A; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*, v.1, n.7, p. 107-132, 2012.
- [15] FIELDING, R.A, *et al.* Sarcopenia: an undiagnosed condition in older adults. Current consensus definition: prevalence, etiology, and consequences. International working group on sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc*. v.12, p.249-256, 2011.
- [16] FREITAS, et. al. Sarcopenia e estado nutricional de idosos: uma revisão da literatura. *Arq. Ciênc. Saúde*, v.22, n.1, p. 09-13, 2015.
- [17] GOMES, M.M; REIS, J.G; CARVALHO, R.L; TANAKA, E.H; HYPOLITO, M.A; ABREU, D.C.C. Analysis of postural control and muscular performance in young and elderly women in different age groups. *Braz J Phys Ther*, v.19, n.1, p.1-9, 2015.
- [18] GUIMARÃES, A.V; LOPES, M.A; FREITAS, C.R; BENEDETTI, T.B. Estudo longitudinal da força em idosas praticantes de atividade física com 70 anos e mais. *Estud. Interdiscipl. Envelhec.*, v. 18, n. 1, p. 77 - 88, 2013.
- [19] JEON, M.Y.; JEONG, H.; PETROFSKY, J.; LEE, H; YIM, J. Effects of a Randomized Controlled Recurrent Fall Prevention Program on Risk Factors for Falls in

- Frail Elderly Living at Home in Rural Communities. *Medical Science Monitor*, v.20, p. 2283-2291, 2014.
- [20] LACHMAN, M.E.; NEUPERT, S.D.; BERTRAND, R.; JETTE, A.M. The effects of strength training on memory in older adults. *J Aging and Phy Act*, v.14, v.1, p.59-73, 2006.
- [21] LACOURT, M.X; MARINI, L.L. Decréscimo da função muscular decorrente do envelhecimento e a influência na qualidade de vida do idoso: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v. 3, n. 1, p.114-121, 2006.
- [22] LANDI F, *et al.* Prevalence and Risk Factors of Sarcopenia Among Nursing Home Older Residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, v.67, n.8, p.48-55, 2011.
- [23] LENARDT, M.H. Fatores associados à diminuição de força de preensão manual em idosos longevos. *Rev Esc Enferm USP*, v. 48, n.6, p. 1006-1012, 2014.
- [24] LIMA, J. *et.al.* Sedentary Behavior and muscle strenght in elderly residents of institutions for the aged, *Journal of Aging & Inovation*, v.3, n.3, p. 28-38, 2014.
- [25] LIMA, R.M. *et. al.* Efeitos do treinamento resistido sobre a força muscular de idosas: uma comparação entre métodos. *Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.*, v. 14, n. 4, p. 409-418, 2012.
- [26] LUSTOSA, L. P. *et al.* Efeito de um programa de resistência muscular na capacidade funcional e na força muscular dos extensores do joelho em idosas pré-frágeis da comunidade: ensaio clínico aleatorizado do tipo crossover. *Rev. Bras. Fisioter.* v.15, n.4, p.318-324, 2011.
- [27] MAIOR, A.S. *Fisiologia dos Exercícios Resistidos*. São Paulo: Phorte. 2008.
- [28] MANINI, T.M; CLARK, B.C. Dynapenia and aging: an update. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* v.67A, n.1, p.28-40, 2012.
- [29] MELOV, S.*et. al.* Resistance exercise reverses aging in human skeletal muscle. *PLoS One*, v.2, n 5, p. 01-09, e465. 2007.
- [30] NARICI, M.V; MAFFULLI, N. Sarcopenia: characteristics, mechanisms and functional significance. *Br Med Bull*, v.95, p.139-159, 2010.
- [31] OLIVEIRA, A.C.K. Efeito do envelhecimento e da prática regular de exercícios físicos sobre componentes neuromusculares em mulheres idosas. 2013. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
- [32] PATEL HP, *et al.* Prevalence of sarcopenia in community-dwelling older people in the UK using the European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) definition: findings from the Hertfordshire Cohort Study (HCS). *Age Ageing*. v.42, n.3, p.378-384, 2013.
- [33] PÍCOLI, T.S; FIGUEIREDO, L.L; PATRIZZI, L.J. Sarcopenia e envelhecimento. *FisioterMov*, v.24, n.3, p.455-462, 2011.
- [34] RIBEIRO, L.H.R. NERI, A.L. Exercícios físicos, força muscular e atividades de vida diária em mulheres idosas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n.8, p. 2169-2180, 2012.
- [35] RODRIGUES, W.K.M; ROCHA, S.V; BARROS, N.A; SANTOS, C.A. Fatores associados ao declínio da força muscular em membros superiores entre idosos residentes em áreas rurais. *Arquivo de Ciências do Esporte*, v.1, n.1, p.14-20, 2013.
- [36] SILVA, T.A.A; FRISOLI, A. JR. PINHEIRO, M.M; SZEJNFELD, V.L. Sarcopenia associada ao envelhecimento: aspectos etiológicos e opções terapêuticas. *Rev Bras Reumatol*, v. 46, n.6, p.391-397, 2006.
- [37] SOCCOL, C.P; PINTO, Avaliação da força em idosos praticantes de musculação do Centro de Convivência Padre Firmo. *Conexão Line*, n. 4, p. 81-94, 2009.
- [38] WARD-RITACCO, C.L. *et. al.* Adiposity, physical activity, and muscle quality are independently related to physical function performance in middle-aged postmenopausal women. *Menopause*, v.21, n.10, p.1114-1121, 2014.

EXCIPIENTES COMUMENTE UTILIZADOS EM CÁPSULAS E NOVAS PERSPECTIVAS

EXCIPIENTS COMMONLY USED IN CAPSULES AND NEW PERSPECTIVES

PATRÍCIA VERRI FRAGA¹, GEYSE FREITAS^{2*}

1. Acadêmica do Curso de Farmácia da Faculdade INGÁ; 2.Orientadora. Especialista em Farmácia Magistral com ênfase em cosmetologia. Docente no curso de Farmácia da Faculdade INGÁ.

* Avenida XV de Novembro, 190, Centro, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87013-230. prof.geysefreitas@uninga.edu.br

Recebido em 10/09/2015. Aceito para publicação em 17/09/2015

RESUMO

Excipientes são substâncias adicionadas às formulações farmacêuticas e têm a função de garantir a estabilidade e as propriedades dos medicamentos além de melhorarem as características organolépticas e conseqüentemente, a aceitação dos medicamentos pelos pacientes. Diferentes estudos vêm demonstrando que os excipientes não estão isentos do risco de causar reações adversas. A escolha dos excipientes depende de vários fatores: as características e propriedades do fármaco veiculado, a dose, o tamanho da cápsula a ser utilizada e o custo do excipiente, a solubilidade, o tamanho e forma de partículas do fármaco. O excipiente é considerado um produto inerte em termos de atividade biológica, no entanto, podem influenciar as propriedades de enchimento, estabilidade e liberação do fármaco. Para garantir a homogeneidade de conteúdo, os pós que incluem fármaco e porção inerte (excipientes) devem assegurar uma mistura de pó uniforme. São necessários cuidados extras durante o processo de mistura dos pós, pois, a falta de homogeneidade pode resultar em graves conseqüências terapêuticas. Para o sucesso de uma encapsulação são necessários que o fármaco e os excipientes utilizados sejam compatíveis entre si para gerar um produto estável, eficaz, atraente, fácil de administrar e seguro. Alguns fármacos apresentam características particulares físico-químicas e de compatibilidade, e neste caso, devem ser selecionados excipientes adequados aos mesmos.

PALAVRAS-CHAVE: Excipientes, capsulas, manipulação.

ABSTRACT

Excipients are substances added to pharmaceutical formulations and are meant to ensure the stability and drug properties as well as improves them, the organoleptic characteristics and thus the acceptance of drugs by patients. Different studies have shown that the excipients are not exempt from risk to cause adverse reactions. The choice of excipients depends on several factors: the characteristics and properties of the conveyed drug, the dose, the size of the capsule being used and the cost of the

excipient, solubility, size and shape of the drug particles. The excipient is considered an inert product in terms of biological activity, however, may influence the filling properties, stability, and drug release. To ensure homogeneity content, including post drug and inert portion (excipients) must provide a uniform powdered mixture. They are necessary extra care during the post mixing process, therefore, the lack of uniformity can result in serious therapeutic consequences. For a successful encapsulation it is necessary that the drug and the excipients used are compatible with each other to generate a stable, effective, attractive product easy to administer and secure. Some drugs have specific chemical-physical characteristics and compatibility, and in this case, the excipients must be selected accordingly.

KEYWORDS: Excipients, capsules, manipulation.

1. INTRODUÇÃO

O excipiente farmacêutico era visto como um simples adjuvante e veículo, química e farmacologicamente inerte eram considerados substâncias capazes de facilitar a administração e proteger o fármaco. Já nos dias atuais, são considerados como constituintes essenciais, que garantem o desempenho do medicamento e otimizam a obtenção do efeito terapêutico. A qualidade dos medicamentos não depende somente do princípio ativo e dos processos de preparação, mas também do desempenho dos excipientes, uma vez que os mesmos são capazes de modificar a liberação e/ou a estabilidade das substâncias ativas, e assim sua biodisponibilidade, por isso não podem ser considerados aditivos inertes relataram CHAN (2005), VIÇOSA (2003).

É necessário tomar um cuidado todo especial no processo de mistura dos pós, pois, a falta de homogeneidade pode resultar em graves conseqüências terapêuticas afirmou ALLEN Jr *et al.* (2005).

Os fármacos encapsulados poucas vezes são administrados isoladamente, geralmente vêm acompanhados de excipientes. Excipientes farmacêuticos constituem

elementos de elevado destaque na formulação dos medicamentos, uma vez que, exercem efetivo papel na garantia de obtenção da forma farmacêutica adequada ao uso e ao efeito terapêutico desejado, regendo e influenciando de maneira significativa o princípio ativo contido no medicamento segundo AULTON *et al.* (2005).

De acordo com ANSEL *et al.* (2000) o fármaco e os excipientes utilizados na encapsulação devem ser compatíveis entre si para gerar produto estável, eficaz, atracente, fácil de administrar e seguro. Alguns fármacos apresentam características particulares físico-químicas e de compatibilidade, e neste caso, devem-se selecionar excipientes adequados aos mesmos.

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de literatura sobre os variados tipos de excipientes utilizados na farmácia de manipulação.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Para alcançar os objetivos propostos, realizou-se levantamento bibliográfico com artigos nacionais e internacionais e sites como da ANVISA refere-se às publicações dos últimos dez anos, com o intuito de realizar uma análise sobre os excipientes comumente utilizados em cápsulas.

3. DESENVOLVIMENTO

Cápsulas e suas variações

As cápsulas são formas farmacêuticas sólidas nas quais uma ou mais substâncias medicinais e/ou inertes são acondicionadas em um pequeno receptáculo, em geral preparado à base de gelatina. Na maioria dos casos são destinados a uso de via oral (V.O). Dependendo da formulação, a cápsula de gelatina pode ser dura ou mole afirmou ALLEN *et al.* (2007).

Normalmente são formadas de gelatinas, mais também podem ser de amido, celulose, polissacarídeo entre outros. As cápsulas duras são formadas por dois invólucros que são duas seções cilíndricas pré-fabricadas, sendo o corpo e tampa com as extremidades arredondadas, que se encaixam, geralmente de gelatina, mas podem ser de outros materiais como refere BRASIL (2010).

As capsulas duras são preenchidas com princípios ativos e excipientes na forma sólida, já as cápsulas moles é preenchido por conteúdos líquidos ou semissólidos, mas podem ser preenchidas também com pós e outros sólidos secos. Durante a manipulação, o corpo e a tampa são separados, o “corpo é preenchido com o pó e, então, a tampa é recolocada” BRASIL (2010), BENETTI (2010).

Escolha do excipiente

A escolha do excipiente deve atender as seguintes funções: “permitir uma correta liberação, garantindo dessa forma melhor estabilidade na preparação durante

todo o prazo de validade, proporcionando uma cápsula mais uniforme de acordo com seu peso e Teor de acordo com PALUDETT (2010), PINHEIRO (2008).

No geral os excipientes são conceituados como substâncias auxiliares diretamente envolvidas na composição das diversas formulações farmacêuticas. Excipientes farmacêuticos constituem elementos de elevado destaque na formulação dos medicamentos, uma vez que, exercem efetivo papel na garantia de obtenção da forma farmacêutica adequada ao uso e ao efeito terapêutico desejado citou-se SOUZA *et al.* (2009).

Os excipientes também são conhecidos como ingredientes inativos que não apresentam poder terapêutico, usados para assegurar a estabilidade e as propriedades físico-químicas e organolépticas dos produtos farmacêuticos para uso interno. Os excipientes de medicamentos podem ser: aromatizantes (flavorizantes) conservantes, corantes, emulsificantes, antioxidantes, adoçantes (edulcorantes), espessantes e estabilizantes. As reações adversas são raras, pois, a maioria dos excipientes é utilizado em baixas concentrações, porém, eles podem desencadear efeitos indesejáveis. Na prática clínica, comumente essas reações são atribuídas de forma equivocada ao princípio ativo do medicamento segundo BALBANI *et al.* (2006).

Caso ocorra a incorporação de um excipiente inadequado a estabilidade química do fármaco pode ser reduzida refere-se (FERREIRA; ADAMI 1999).

Tipos de Excipientes

Diluentes

Fornecem o volume necessário para a formulação, possibilitando preparar comprimidos com peso conveniente FERREIRA (2002). Diferentes substâncias têm sido empregadas como diluentes e a escolha destes é fundamental para a estabilidade dos fármacos. O uso da lactose que é o diluente mais empregado na indústria farmacêutica, visto que, além do baixo custo e das suas propriedades redutoras, tem poder aglutinante originando comprimidos de bom aspecto. Além deste excipiente, podemos citar o amido, a celulose microcristalina e o uso de alguns sais inorgânicos, com destaque para o fosfato de cálcio SOARES (1999), FERREIRA (2006).

Aglutinantes

São adicionados na forma de pó ou em solução, durante a granulação por via úmida ou para facilitar a produção de comprimidos coesos por compressão direta. Um bom aglutinante deve não somente ter boas propriedades ligantes, mas também ser de fácil manuseio para produção em escala LIMA (1996).

Os aglutinantes tradicionais como açúcares ou biopolímeros naturais têm sido substituídos por polímeros sintéticos, os quais oferecem melhor qualidade farmacotécnica e microbiológica. Os mais comuns usados na

indústria farmacêutica são de origem sintética, como a povidona e diferentes derivados da celulose como a metilcelulose, carboximetilcelulose sódica, etilcelulose, entre outros KARSA (1995).

Tensoativos (agentes molhantes)

São utilizados para aumentar a molhabilidade dos pós insolúveis em água, inclusive os fármacos. Através da diminuição da tensão superficial pó/água, contribui para um aumento da solubilidade aquosa de vários fármacos aumentando assim o contato do fármaco com o meio. Exemplos: lauril sulfato de sódio, e polissorbato 80 de acordo com LIRA (2004).

Desintegrantes

Esses excipientes são utilizados para acelerar a dissolução ou desintegração das cápsulas em água ou nos líquidos do organismo, são necessárias que as cápsulas se desagreguem rapidamente para se permitir uma ação desejada, só assim é possível verificar a atividade terapêutica. Devido à sua propriedade de desintegração, o amido é o mais utilizado. Porém, se observa o crescente uso dos chamados superdesintegrantes. Eles são assim denominados, pois possuem grande poder de desintegração com a utilização de pequenas quantidades (entre 0,5 e 5%); todavia sua eficiência depende do método de fabricação e/ou características físico-químicas da formulação FERRERO *et al.* (1997).

Conservantes

Os parabenos (metilparabeno e propilparabeno) são utilizados pela indústria farmacêutica, alimentícia e de cosméticos desde a década de 1920. Os parabenos são antimicrobiano de largo espectro, hidrossolúveis, insípidos, incolores e inodoros. Com tais características, são largamente empregados na formulação de fármacos. As concentrações de parabenos nos medicamentos são variáveis, porém dificilmente excedem 1% SONI *et al.* (2001).

São parcialmente metabolizados a ácido para-hidroxibenzóico, cuja estrutura química é similar à do ácido acetilsalicílico. Embora sejam incomuns as reações anafiláticas aos parabenos, urticária e angioedema podem ser desencadeados em indivíduos com intolerância aos salicilatos. Os mesmos sintomas podem ocorrer pelo uso de outros conservantes, como o ácido benzóico e seus sais (benzoatos de sódio, potássio e cálcio) SONI *et al.* (2001).

Os conservantes à base de sais de enxofre (cálcio, potássio e metabissulfitos de sódio) podem se dizer, que já foram apontados como causadores de urticária crônica e rinite persistente (perene) ASERO (2002).

Corantes

Os corantes podem ser considerados orgânicos ou

inorgânicos, artificiais ou naturais. São exemplos de inorgânicos: dióxido de titânio e óxidos de ferro. Os corantes naturais são derivados de plantas ou animais. Os corantes artificiais são sintetizados em laboratório de acordo com LUCAS *et al.* (2001).

O vermelho carmim é um exemplo de corante natural, é derivado do ácido carmínico, extraído de corpos secos das fêmeas do inseto *Dactylopius coccus* (cochonilha). Asma ocupacional e alergia alimentar já foram desencadeadas pelo carmim, cujo mecanismo fisiopatológico é mediado por IgE segundo CHUNG *et al.* (2001).

Dentre os corantes artificiais encontramos: os corantes azo - amarelo tartrazina, amarelo crepúsculo, Bordeaux S e Ponceau 4R. Em inúmeros medicamentos, cosméticos e alimentos podem ser encontrados o amarelo tartrazina BALBANI *et al.* (2006).

A hipersensibilidade a tartazina ocorre em 0,6 a 2,9% da população. As manifestações clínicas mais comuns são a: urticária, broncoespasmo e rinite. Apesar da baixa incidência da sensibilidade à tartrazina na população geralmente os fabricantes são obrigados por lei a destacar uma advertência na bula e na embalagem dos medicamentos que contêm o corante BRASIL (2002).

Adoçantes (edulcorantes)

A indústria farmacêutica usa os edulcorantes como excipientes, um dos mais utilizados é a sacarose (açúcar), seus substitutos artificiais (sacarina sódica, ciclamato de sódio e aspartame) e o sorbitol SASAKI *et al.* (2002).

A sacarose pode agir como conservante e antioxidante, tem baixo custo e não deixa gosto residual, além de melhorar a viscosidade dos medicamentos líquidos. Suas desvantagens são: a cristalização durante a estocagem do medicamento - o que pode entupir a tampa do frasco - e a restrição ao uso por pacientes diabéticos SILVA (1994).

Desde a década de 70 nos Estados Unidos não se usa mais o ciclamato por determinação da "Food and Drug Administration", esse edulcorante pode causar fotossensibilização, eczema e dermatites. Possuem um grande potencial carcinogênico em animais de laboratório embora não tenha sido comprovada a relação entre o uso de ciclamato e o aparecimento de câncer em seres humanos HINO *et al.* (2000).

Lactose

A lactose é extraída do leite de vaca por coagulação e filtração da espuma do leite com separação de suas proteínas e tem como função estabilizar as preparações farmacêuticas. Este processo é aparentemente muito eficaz e a presença da lactose em medicamentos não é considerada uma contra-indicação ao seu consumo por pacientes com alergia a proteína do leite de vaca (OLIVEIRA

PG; Storpirtis S 2007), NOWAK-Wegrzyn (2004).

A lactose é um açúcar amplamente utilizado como edulcorante, estabilizante ou para completar o conteúdo final de medicações. Classicamente há relatos de diarreia, flatulência, dor abdominal e mal-estar em pacientes com deficiência de lactase TSURUTA D (2005).

Amido

Com o objetivo de melhorar a compressibilidade e o escoamento do pó a sua formulação foi alterada, uma vez que a amilose é caracterizada como amorfo e a amilopectina a parte cristalina da estrutura. As propriedades desse excipiente foram melhoradas pelos fabricantes por meio de modificações físicas e químicas do produto natural por meio de pré-gelatinizações (total e parcial) e reticulação de acordo com PIFFERI G (2003). Podem ser encontrados no mercado o Starcho 1500 (amido parcialmente pré-gelatinizado - 20%), Lycatabo PGS (completamente pré-gelatinizado) e Pregeflo-CHO (alta porcentagem de amilopectina) (In-Pharma Technologist 2010).

Além do amido, está se buscando novos excipientes para comprimidos em proteínas do milho. As proteínas *zein*, biopolímeros naturais, ingredientes alimentícios já reconhecidos como seguros apresentam perfil potencias como sistema de liberação de princípios ativos (GEORGET, 2008).

Aromatizantes (flavorizantes)

São usados para melhorar o sabor dos medicamentos. Os aromatizantes são colocados na preparação das formulas e não necessitam de especificações dos mesmos nas bulas, normalmente são segredos industriais. Os flavorizantes podem ser naturais (óleos essenciais extraídos de plantas e sabores naturais de frutas) ou artificiais (alcoóis aromáticos, aldeídos, bálsamos, fenóis, terpenos, etc.) BALBANI *et al.* (2006).

Celulomax

Os excipientes Celulomax[®] são a base de celulose microcristalina modificada, desenvolvida tecnologicamente para cápsulas. Não causa nenhum tipo de interação, o que assegura biodisponibilidade e efeito farmacológico. A ausência de lactose na composição dos excipientes Celulomax[®] contribui para pacientes diabéticos ou com problemas fermentativos com formação de gases, desencadeados por carboidratos. São excipientes multiuso, pois são simples, confiáveis e de alta funcionalidade. Possuem validade estendida e apresentam controle microbiológico laudado vindo de fábrica e isso proporciona maior confiabilidade do produto para a Farmácia Magistral AMIDON *et al.* (1995).

Existem vários tipos de excipientes Celulomax[®]: Celulomax E[®], Celulomax SL[®], Celulomax HG[®] e Celulomax LM[®]. No caso de serem escolhidos para o

uso os tipos: Celulomax E[®] ou SL[®] a farmácia pode adotar excipiente em quantidade suficiente contanto que o excipiente seja pelo menos a mesma dose do(s) ativo(s) da formulação; Para o Celulomax HG[®] a proporção deve ser de uma parte de ativo para uma parte do Celulomax HG[®]. Já o Celulomax LM[®] pode ser adotado como excipiente quantidade suficiente para que pelo menos 50% do volume da cápsula seja preenchido pelo mesmo. Manipular somente em cápsulas de tamanho igual ou maior que a cápsula 1 segundo a (ANVISA, 2007).

4. CONCLUSÃO

Com base na revisão literária proposta, pôde ser verificada que segundo Chan e Viçosa, existem inúmeros tipos de excipientes disponíveis no mercado farmacêutico, os mesmos já não podem ser considerados inertes uma vez que são capazes de influenciar a velocidade e/ou a extensão da absorção de um fármaco,

Foram verificados através da literatura consultada que existem tipos diferenciados de excipientes e que estes podem agir de maneira diferente dependendo da proposta de ação do fármaco ou da finalidade terapêutica almejada pelo prescritor, a tecnologia farmacêutica possibilitou a inovação dos excipientes farmacêuticos.

Dessa forma, o mercado magistral que já é bastante amplo, abre uma discussão sobre a variedade dos excipientes e propõe soluções diferenciadas para cada classe farmacológica, no entanto, obviamente, mais estudos sobre o tema devem continuar sendo feitos com o objetivo de viabilizar cada vez mais o acesso às farmácias magistrais a possibilidade de manipular medicamentos mais eficazes e competitivos.

Finalmente, esta revisão destacou a variabilidade dos excipientes que são conceituados como substâncias auxiliares diretamente envolvidas na composição das diversas formulações farmacêuticas. Os excipientes farmacêuticos constituem elementos de elevado destaque na formulação dos medicamentos, uma vez que, exercem efetivo papel na garantia da obtenção da forma farmacêutica adequada ao uso e ao efeito terapêutico desejado. Anteriormente considerados inertes, sabendo se que os excipientes não exercem ação terapêutica ou biológica na forma farmacêutica, hoje eles são vistos como capazes de influenciar a velocidade e/ou a extensão da absorção de um fármaco.

REFERÊNCIAS

- [1] AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007. Legislação. Visalegis. Determina o Regulamento Técnico sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficinas para Uso Humano em farmácias e seus Anexos. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2007/rdc/67_081007

- rdc.htm. Acesso em 28 de julho de 2015.
- [2] ALLEN Jr., L. V.; Popovich, N. G.; Ansel, H. C. *Ansel's Pharmaceutical Dosage Forms and Drug Delivery Systems*. 8th edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. Chapter 7, p.204- 226.
- [3] ALLEN Jr L. V., N. G. Popovich, H. C. Ansel, *Formas farmacêuticas e sistema de liberação de fármacos*, 6 edição, São Paulo: Premier, 2007.
- [4] AMIDON, GL.; LENNERNAS, H.; SHAH, V.P.; CRISON, J.R. A theoretical basis for a biopharmaceutic drug classification: the correlation of in vitro drug product dissolution and in vivo bioavailability. *Pharm. Res.*, New 453-476.
- [5] ANSEL, Howard C; POPOVICH, Nicholas G; ALLEN, Loyd V. *Farmacotécnica: Formas Farmacêuticas & Sistemas de Liberação de Fármacos*. 6 ed. Premier, 2000.
- [6] ASERO R. Multiple intolerance to food additives. *J Allergy ClinImmunol* 2002;110:531-2.
- [7] AULTON, Michael E. *Delineamento de formas farmacêuticas*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.p.256-262 e 453-476.
- [8] BALBANI, A.P.S; STELZER, L.B; MONTOVANI, J.C. Excipientes de medicamentos e as informações da bula. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. São Paulo, v. 72, nº 6, 2006.
- [9] BENETTI, V.M. Comparação entre dois métodos manuais de obtenção de cápsulas rígidas de gelatina. 2010. 42 f.
- [10] Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Farmácia, Universidade do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2010.
- [11] BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Farmacopeia Brasileira*, volume 1. Brasília: Anvisa, 2010, 524 p.
- [12] BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RE nº 572, 05/04/2002. Disponível em URL: <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/>.
- [13] CHAN. L.W, P. W. S. Heng, Drug substance and excipient characterization. In: D.M. Parikh, *Handbook of Pharmaceutical Granulation Technology*, 2 edição, Boca Raston: Taylor & Francis Group, 79-107, 2005.
- [14] CHUNG K, Baker Jr. JR, Baldwin JL, Chou A. Identification of carmine allergens among three carmine allergy patients. *Allergy* 2001;56:73- 77.
- [15] FERREIRA, A. O; ADAMI, A.M; *Incompatibilidades químicas na Farmácia Magistral*. Rev.: RACINE. 1999.
- [16] FERREIRA A, O, *Guia prático da farmácia magistral*. 2 edição, Juiz de Fora: Oesp Gráfica S.A, 845 p, 2002
- [17] FERREIRA A.O, *Excipientes e adjuvantes farmacotécnicos*, São Paulo, 2006 [17] LIMA Neto A, *Determinação das características de intumescimento de adjuvantes*. Dissertação de Mestrado, UFRGS, Porto Alegre-RS, 1996.
- [18] GEORGET DMR. A study on maize proteins as a potential new tablet excipient. *Eur. J. Pharm. Biopharm.*, 69 (2): 718- 726, 2008.
- [19] HINO H, Kasai S, Hattori N, Kenjo. A case of allergic urticaria caused by erythritol. *J Dermatol* 2000;27:163-5.
- [20] In-Pharma Technologist. Excipients market benefitting from pharma's woes. 07 September 2005. Disponível em: <<http://www.in-pharmatechnologist.com/Materials-Formulation/Excipients-market-benefitting-from-pharmas-woes>> Acesso em: 18 mar. 2010.
- [21] KARSA D. R, R. A. Stephenson, *Excipients and delivery systems for pharmaceutical formulations*. Cambridge: The Royal of Chemistry, 1-34, 1995.
- [22] LIMA Neto A, *Determinação das características de intumescimento de adjuvantes*. Dissertação de Mestrado, UFRGS, Porto Alegre-RS, 1996.
- [23] LIRA L. M, *Avaliação de sistemas nanoparticulados baseados em bentonita sódica purificada como incrementadores de dissolução em comprimidos preparados por granulação úmida e compressão direta*, Dissertação de Mestrado UFRJ, Rio de Janeiro-RJ, 2004.
- [24] LUCAS CD, Hallagan JB, Taylor SL. The role of natural color additives in food allergy. *Adv Food Nutr Res* 2001; 43:195-216.
- [25] NOWAK-Wegrzyn A, Shapiro GG, Beyer K, Bardina L, Sampson HA. Contamination of dry powder inhalers for asthma with milk proteins containing lactose. *J Allergy ClinImmunol*. 2004; 113:558-60.
- [26] SASAKI YF, Kawaguchi S, Kamaya A, Ohshita M, Kabasawa K, Iwama K et al. The comet assay with 8 mouse organs: results with 39 currently used food additives. *Mutation Res* 2002;519:103-19.
- [27] SILVA SMB, Santos CF. Medicamentos pediátricos e risco de cárie - uma revisão. *RevFacOdont Bauru* 1994;2:15-21.
- [28] SOARES L. A. L, P. R. Petrovick, *Física da Compressão*. Caderno de Farmácia, (15), 65-79, 1999.
- [29] TSURUTA D, Sowa j, Kobayashi H, Ishii M. Fixed food eruption caused by lactose identified after oral administration of four unrelated drugs. *J Am AcadDermatol*. 2005; 52: 370-371.
- [30] OLIVEIRA PG, Storpirtis S. Toxicidade de excipientes: carência de informação nas bulas de medicamentos disponíveis no mercado brasileiro. *RevBrasCiêncFarm* 2007; 35 (supl. 1):71.
- [31] PIFFERI G & Restani P. The safety of pharmaceutical excipients. *II Farmaco*, 58 (8): 541-550, 2003.

O DISCURSO DE IDOSOS ASILADOS SOBRE A VIVÊNCIA EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

UNDERSTANDING THE DISCOURSE OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY ABOUT LIVING INSTITUTION OF LONG TERM: A LITERATURE REVIEW

LUCIANE MICHELE SANTANA^{1*}, CARLA MONTEIRO²

1. Aluna do Curso de Psicologia da UNINGÁ; 2. Professora Ms. do Curso de Graduação de Psicologia da UNINGÁ.

* Rua Tico-Tico, nº 274, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87070-430. santanamichele@hotmail.com

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

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo compreender o discurso de idosos asilados em Instituições de Longa Permanência (ILP), através de uma revisão bibliográfica. Para isso, considerou-se artigos referentes ao tema, que tratavam especificamente de descrições de vivências emocionais. A pesquisa foi realizada através metodologia sistemática. Para a coleta de dados foram selecionados livros e artigos científicos entre o período de 2004 a 2012, em bibliotecas Universitárias desta cidade e consulta em base de dados virtual. Os resultados da revisão apontam que a maioria dos casos estudados revelam idosos que se encontram asilados por falta de suporte familiar. Isto ocorre por diferentes motivos, dentre eles os mais citados foram: a falta de tempo para cuidar do idoso, situação financeira incompatível. Houveram casos em que o próprio idoso resolveu optar pela institucionalização. Diante desses resultados, foi possível verificar que os sentimentos mais apresentados nos relatos foram: sensação de abandono pelos familiares, sentimento de “fardo” para a família diante as suas debilidades; sensação de acolhimento e gratidão pela disposição dos cuidadores da instituição. Sobre o discurso dos idosos asilados, entendemos que estes não consideram, em sua totalidade, a ILP como um fator negativo. Tendo em vista que, para muitos dos idosos, é da Instituição que procede todo cuidado básico relacionado à sobrevivência.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, institucionalização, família.

ABSTRACT

This article aims to understand the speech of elderly asylum seekers in long-stay Institutions (ILP), through a bibliographical review. To this end, articles relating to the topic that dealt specifically with descriptions of emotional experiences. The survey was conducted through systematic methodology. For data collection were selected books and scientific articles between the period

from 2004 to 2012, in this city and university libraries in virtual database query. The results of the review show that the majority of cases studied show seniors who are asylum seekers by lack of family support. This occurs for different reasons; among them the most cited were: the lack of time to take care of the elderly, financial situation incompatible. There have been cases in which elderly himself decided to opt for institutionalization. On those results, we were able to verify that the feelings presented in the accounts were feeling abandoned by families, feeling of burden for the family on their weaknesses; feeling of welcome and gratitude for the provision of carers. On the discourse of the elderly asylum, we understand that these do not consider, in its entirety, the ILP as a negative factor. Considering that, for many of the elderly, is the institution that carries out all basic survival-related care.

KEYWORDS: Elderly, institutionalization, family.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil a população idosa aumentou consideravelmente nas últimas décadas, pesquisa realizada pelo IBGE em 2012 contabilizou 26,1 milhões de pessoas com idade superior a 60 anos, estima-se que em 2025 o número de pessoas idosas será de aproximadamente 32 milhões de pessoas, um aumento de 15% em relação as pesquisas anteriores. Isso se deve ao declínio da taxa de natalidade e ao aumento da expectativa de vida do idoso, ou seja, está diminuindo o número do nascimento de crianças e aumento o número de pessoas idosas (BRASIL, 2003). Apesar dos avanços em relação aos cuidados voltados ao idoso, ainda são poucas as Políticas Públicas que abrangem a otimização da qualidade de vida e saúde da população idosa. Nos países subdesenvolvidos esse fato é ainda mais preocupante isso porque a Política Pú-

blica voltada para o atendimento ao idoso ainda são muito precárias, “os desafios frente a essa realidade são maiores, sobretudo nos países em desenvolvimento como o Brasil, que não dispõem de recursos sociais para o atendimento dessa parcela da população” (MARIN, *et al.*, 2012, p. 148). Nesse sentido o presente artigo preocupa-se em realizar uma revisão bibliográfica com o objetivo de estudar o discurso do idoso institucionalizado, verificando qual a sua impressão frente à institucionalização, a fim de sugerir intervenções psicossociais que possam auxiliar na melhora da qualidade de vida do idoso residente em casa de repouso.

O envelhecimento já é considerado algo delicado pelo próprio obstáculo do envelhecer, que pode ser agravado pelo isolamento familiar e social, falta de assistência à saúde física e mental, além, pela situação financeira precária, entre outros. Outro fato importante que acaba por contribuir para o aumento dessa lista, é o envelhecimento com dependência. Nas últimas décadas o mundo vem passando por diversas modificações, tecnológicas, inserção da mulher no mundo do trabalho, os arranjos familiares se modificaram, a família não demanda de tempo para o cuidado com o idoso e suas especificidades.

No decorrer da vida o idoso precisa lidar com diversas perdas, a mais notável é a perda da saúde e da subjetividade, tornando-se cada vez mais propenso à dependência de terceiros. É cada vez mais frequente em nossa sociedade moderna a falta de tempo para as relações interpessoais, isso também pode ser verificado nas relações entre o idoso e sua família. O novo modelo familiar, onde a mulher tem a necessidade de conquistar seu espaço no mundo do trabalho, não contempla a presença daqueles que necessitam de cuidados, pelo declínio da saúde física e mental, pois esses demandam de tempo e custo financeiro (ARGIMON, 2009).

Neste sentido, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPs) pode ser uma alternativa. Trata-se de um local que abriga pessoas desamparadas, podendo ou não ter remuneração financeira embutida nesses cuidados. Atualmente, “existe cerca de 19 mil idosos em ILPs, mas o número pode ser maior se levarmos em conta que muitas delas não estão cadastradas e funcionam na clandestinidade” (MARIN, *et al.*, 2012, p. 148). Embora para alguns pareça algo inovador, as Instituições de Longa Permanência têm uma longa trajetória, o primeiro asilo foi fundado pelo Papa Pelágio II (520-590). As casas de longa permanência obrigam idosos com idade a partir de 60 anos, oferecem serviços psicológicos, enfermagem, fisioterapia, odontologia. Muitas famílias optam por internar o idoso nas Instituições de Longa Permanência por falta de recursos financeiros, espaço físico adequado, tempo para se dedicarem aos mesmos, nesse momento buscam por instituições que possam oferecer abrigo e cuidados especiais aos entes da melhor

forma possível.

Apesar das Instituições de Longa Permanência ser um local propício para oferecer cuidados físicos, atendendo a incapacidade de cada um, o idoso fica afastado do seu convívio social e familiar, esses favoreciam o exercício do físico e da mente, embora haja inúmeras circunstâncias que envolvem seu bem-estar, essas podem ser consideradas os maiores agravantes na sua qualidade de vida podendo o idoso se desmotivar para a vida. Com o isolamento é obrigado a conviver com pessoas com diferentes patologias, para se afastar desse público acaba preferindo o isolamento, muitas vezes acabam se deprimindo pela falta de atividade social e autonomia, perdendo as esperanças de voltar ao ambiente familiar, gerando prejuízos à sua qualidade de vida (MARIN, *et al.*, 2012).

O ambiente familiar sempre será o melhor local para o idoso residir, pois está em convívio com pessoas que fazem parte da sua trajetória de vida, sentindo-se capaz, com autonomia para tomar decisões sobre a sua vida. Manter contato social ainda é a melhor forma de manter a saúde, especialmente na velhice momento em que o idoso necessita de atenção, estímulos e um ambiente favorável para manter a saúde de modo geral (NERI, 2004).

Não é aconselhável que se faça uso aleatório das Instituições de Longa Permanência, pois o melhor lugar para residirem ainda é no âmbito familiar, mas caso não haja outra opção e o idoso esteja de acordo com a decisão, as casas de repouso devem ser escolhidas com muito rigor, levando em consideração a escolha do idoso. Pensando no bem-estar do idoso institucionalizado é essencial que se realize pesquisas que alcançassem esse público, identificando suas demandas para que sejam realizadas intervenções que visem a melhora da qualidade de vida dos residentes em casa de repouso.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica sistemática, com abordagem qualitativa, pois permite que possam ser analisados e discutidos os materiais já publicados sobre o tema. Gil (2006, p. 44) aponta que, “a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Quanto a revisão sistemática, Sampaio e Mancine (2007) afirmam que, “uma revisão sistemática, assim como outros tipos de estudo de revisão, é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema”. Segundo Martins e Bicudo (1989, p.23) a pesquisa qualitativa “[...] busca uma compreensão particular de fenômenos [...] este tipo de pesquisa procura introduzir um rigor, diferente da precisão numérica”. Para a coleta de dados foram pesquisados artigos e livros brasileiros referentes a idosos residentes em Instituição de Longa Permanência em um período

entre o ano de 2004 a 2012. As seleções dos artigos foram realizadas através da pesquisa das palavras-chave: idoso, família, institucionalização, intervenções psicossociais. A técnica utilizada para a realização da pesquisa bibliográfica foi a leitura sobre a temática, com o objetivo de identificar e selecionar os materiais necessários para a realização da pesquisa. Para a realização da pesquisa foram utilizados 12 artigos e 05 livros, apresentados na referência. Por fim, os conteúdos que melhor atendiam a demanda do estudo foram analisados, organizados e agrupados conforme os temas, para serem discutidas posteriormente.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Envelhecimento

Considera-se idoso o sujeito que possui idade igual ou superior a 60 anos, trata-se de uma ação natural do desenvolvimento humano, é um período marcado por significativas transformações, podendo afetar a capacidade cognitiva, funcional e social, tornando-o suscetível a necessitar de cuidados externos (SOUZA, *et al.*, 2011). No que tange as funções cognitivas, ainda não se pode confirmar a prevalência do declínio acentuado em todos os idosos. A era contemporânea caracteriza-se por diversas transformações, históricas, econômicas, e sociais, as quais deixam um legado importante para a humanidade, “e um dos fenômenos sociais que mais tem se destacado e demarcado seu espaço é o aumento acelerado da população de idosos [...]” (NETO, 2004, p.75).

Goldstein (1999 *apud* PEREIRA, 2005, p. 13) afirma que “de 1970 até hoje o peso da população idosa sobre a população total passou de 3% para 8%, e esse percentual deve dobrar nos próximos vinte anos”. Segundo o Estatuto do Idoso (2003) “para o ano de 2025 o Brasil ocupará o 6º lugar mundial em população idosa, com 15% de sua população – aproximadamente 32 milhões de pessoas – tendo 60 anos ou mais” (BRASIL, 2010).

Com relação a velhice, Argimon (2009, p.25) afirmam que, “é uma etapa da vida na qual, em decorrência de mais idade biológica, ocorrem modificações biopsicossociais que podem afetar a relação da pessoa com o seu meio”. Neri explica que “pode ocorrer, neste processo, a diminuição gradativa da probabilidade de sobrevivência e é seguido por modificações na aparência, no comportamento e nos papéis sociais” (1995 *apud* Torres, *et al.*, 2009, p. 218).

Com a crescente população idosa, as transformações familiares e o isolamento social são cada vez mais comuns como consequência desse acréscimo, a prevalência de idosos com depressão, pela diminuição da qualidade de aprendizagem, lentidão no processamento das informações, comprometimento da memória visual e auditiva (ARGIMON, 2009). Além dos aspectos citados, podemos acrescentar outras características importantes para

entender o processo do envelhecimento, tais como; antipatia diante de conceitos novos, fadiga, apego, diminuição da afetividade e irritabilidade, podendo justificar a diminuição dos cuidados com o ancião por parte dos familiares. Enquanto algumas funções são negativas, outras sofrem um processo de transformação, como por exemplo; aumento da qualidade de adaptação frente a mudanças funcionais, como também da espiritualidade, objetividade, fidelidade, aprendizagem, etc. (VARGAS, 1992).

O declínio de saúde do idoso, as perdas acumuladas durante toda sua vivência, o abandono familiar e o isolamento social pode ser um disparador das doenças físicas e psíquicas (LAFIN, 2009, p.21). Para que o idoso tenha sua capacidade física e psicologia otimizada é preciso que receba estímulos externos, ou seja, que realize atividades que possam influenciar positivamente no seu cotidiano. “[...] O equilíbrio psicológico do idoso depende de dois fatores principais: capacidade de adaptação e aceitação da realidade que o cerca, e perfeito funcionamento cerebral” (Vargas, 1992, p.19). Nesse aspecto nota-se a importância da família e das relações sociais, o idoso que convive em meio ambiente saudável tem sua sobrevivência aumentada.

Família

Frente às debilidades causadas pelo o avanço da idade o idoso nem sempre é compreendido pela família, podendo haver falta de paciência e exclusão do mesmo do âmbito familiar. Devido à falta de saúde física e mental, chega um momento em que o idoso não pode mais viver sozinho, necessitando da ajuda de outras pessoas para auxiliá-lo. Com relação à dependência Miranda *et al.* (2012, p. 5) afirma que, “[...] esses indivíduos demandam cuidados e responsabilidade que implicam disponibilidade de tempo de seus familiares, normalmente seus principais cuidadores”. O Estatuto do Idoso, Lei de nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, estabelece no Art.3º que é dever de todos, família, sociedade e Poder Público garantir condições dignas de sobrevivência ao idoso, favorecendo “à vida, a saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 2003, p. 3).

As relações entre idosos e familiares podem ser prejudicadas pela vida moderna, a procura por oportunidade de emprego pode levar ao distanciamento entre ambos. A mulher, por exercer o papel de mãe, esposa e doméstica muitas vezes fica com a função de cuidadora dos mais vulneráveis (LAFIN, 2009). “Cabe salientar que o papel de prestar cuidados ao idoso, seja para a família ou para alguém contratado por ela, é considerado uma tarefa pesada, com ônus financeiro, físico e emocional, que pode gerar conflitos e estresse para quem a executa”

(ARGIMON, 2009, p.25).

O novo núcleo familiar não comporta espaço para aqueles que necessitam de cuidados, a falta de tempo, pelas múltiplas tarefas, leva a exclusão do idoso, ele passa a ser visto como um peso a ser suportado por todos (LAFIN, 2009). Diante essa nova realidade social, muitas famílias optam por institucionalizar o idoso em asilos, são muitos os motivos que levam os familiares a internação do idoso, dentre eles encontram-se em destaque os motivos financeiros, sobrecarga, falta de disponibilidade de tempo e espaço para dar a assistência necessária ao idoso (KANSO 2004 *apud* MARIN, *et al.*, 2012).

Instituições de longa permanência para idosos (ILPI)

Podemos intitular como instituição aquela que tem tendência à exclusão do mundo externo, simbolizado pela barreira social, com diversas regras e proibições, também podem ser nomeadas por instituições totais (GOFFMAN, 2010). O surgimento das ILPI não é um fenômeno recente, no ano de 520 o Papa Pelágio II ofereceu sua residência como espaços para repouso e cuidados aos idosos. “No Brasil Colônia, o Conde de Resende defendeu que soldados velhos mereciam uma velhice digna e “descansada” (FARO, 2010, p. 252). “Em 1794, no Rio de Janeiro, começou então a funcionar a Casa dos Inválidos, não como ação de caridade, mas como reconhecimento àqueles que prestaram serviço à pátria, para que tivessem uma velhice tranquila” (FARO, *et al.*, 2010, p. 252). Esses locais não ofereciam um ambiente fértil para o idoso, já que eram tratados como indigentes.

Quando não existiam instituições específicas para idosos, estes eram abrigados em asilos de mendicidade, junto com outros pobres, doentes mentais, crianças abandonadas, desempregados (FARO, *et al.*, 2010, p. 253). No fim da Segunda Grande Guerra Mundial se intensificaram por todo o mundo movimentos de contestação do modelo asilar predominante. Esses movimentos tinham como meta acabar com os métodos de tratamento existentes, pois esses tinham caráter coercivo e violento, ou seja, não ofereciam tratamento dignos aos residentes (SALES & DIMENSTEIN, 2009). A partir da implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) houve grande mudança no modo de pensar o tratamento aos idosos. “Trata-se de unidades de atendimento em saúde que oferecem aos seus usuários um programa de cuidados intensivos, elaborado por uma equipe multidisciplinar” (SALES & DIMENSTEIN, 2009, p.278).

No Brasil ainda não dispõe de um levantamento nacional concreto sobre as instituições para idosos. Ao investigar programas para idosos no Brasil, o sociólogo francês Hôte, em 1984, “estimou que houvesse nesse ano entre 0,6% e 1,3% de pessoas idosas em instituições” (FARO, *et al.*, 2010, p. 253). A partir do novo modelo de

instituição, pensada para favorecer o bem-estar do indivíduo, as Instituições de Longa Permanência passam a ter o intuito de abrigar e cuidar de pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade, considerados incapazes de cuidar de si mesmas, oferecendo tratamento digno a todos os idosos que nela se encontra (GOFFMAN, 2010). “Nas instituições asilares, os idosos são individualizados e possuem uma dieta individual e adequada, com atividade reativas, entretanto, seu custo é muito elevado” (RIBEIRO, *et al.*, 2006, p. 7).

Infelizmente nem todas as casas de repouso, principalmente na rede pública, ainda estão vinculadas ao antigo modelo das instituições totais, pois “não possui um número de profissionais qualificados para a prestação de serviços, a dieta oferecida muitas vezes não é correta, não há espaços como pátios [...] para a realização de atividades recreativas [...]” (RIBEIRO, *et al.*, 2006, p.7). Baremlitt (2002, p. 25) afirma que, “o processo de institucionalização prejudica a identidade dos internados, passam a não gerenciar a sua própria vida, participam de um sistema burocrático com ordens, regras e horários pré-determinados”.

No dizer de Andrade (*apud* MARTINS, 2005, p. 3) “pelo seu isolamento social, inatividade física e processos psicológicos subentende-se que quanto maior o tempo de institucionalização, maior a debilidade do idoso”. Souza *et al.* (2011, p. 169) afirma que “ao ter oportunidade de ser acolhida por uma ILPI, a pessoa vê-se num misto de por um lado, segurança, e por outro lado, saudades dos familiares, quando estes lhe são afetuosos, pela história de vida de respeito e gratidão”. Apesar de não oferecer a assistência à saúde adequada para o idoso, para muitos a ILPI é a única opção de moradia, como afirma CARDOSO (2009, p.13) “a institucionalização do idoso em uma ILPI é também uma alternativa para situações de saúde, como: necessidade de reabilitação, estágios terminais de doenças, ausência temporária dos cuidados e nível de dependência muito elevado”.

Psicologia e velhice

A prática psicologia voltada para as Instituições de Longa Permanência para Idosos tem por objetivo identificar e intervir nos fatores que prejudicam no desenvolvimento biopsicossocial, levando em consideração o envelhecimento e suas especificidades, assim como as razões para o distanciamento das relações sociais. Os profissionais da psicologia que atuam na área do envelhecimento, especialmente em Instituição de Longa Permanência, tratam, além dos aspectos psicológicos em torno do envelhecimento, das suas significações e vivências trabalham na tentativa de garantir o seu direito à cidadania e resgate do seu valor social, garantindo que o mesmo seja respeitado em sua plenitude e ajudando a trabalhar seus conflitos internos e adaptação à nova realidade (BRITO, 2011, p. 7).

A presença de um psicólogo na instituição asilar é importante, pois “a partir do momento que conseguirmos infiltrar essa imagem positiva de ser idoso, ao próprio idoso, consequentemente ele irá se sentir menos isolado pela sociedade” (BRITO, 2010, p.5). Envelhecer com saúde física e mental é um dos maiores desafios na atualidade, principalmente no que tange aos idosos que se encontram em Instituições de Longa Permanência, pois o fato de estarem residindo nesses locais longe do convívio familiar já é um fator agravante para uma boa qualidade de vida. A psicologia oferece tratamento aos residentes em casas de repouso, levando em consideração a subjetividade de cada um em especial, trabalhando para o aumento da sua capacidade física e mental, também trabalha auxiliando os trabalhadores da instituição no seu trabalho diário. Quando o idoso consegue lidar com suas aflições e aceitar o envelhecimento de forma saudável, consegue reagir frente as adversidades impostas por a sociedade e solucionar seus problemas internos (BRITO, 2010, p.5).

As principais atuações dos psicólogos especializados em serviços a idosos são: avaliação psicológica, intervenção psicológica, repassar informações e aconselhamento aos familiares, psicoterapias individuais ou em grupos, reabilitação cognitiva dos idosos, acolhimento, assessoria a instituição, planejamento e execução de programas de promoção em saúde na comunidade e em promoção social para idosos, apoio psicológico a profissionais que os auxiliam e participação em grupos multiprofissionais (CARDOZO, 2009). Além das funções citadas acima, o profissional, pode ajudar a melhorar o espaço físico onde o idoso reside para esse seja melhor acolhedor, contribuindo para o bem-estar do mesmo estimulando sua autoestima. Outra contribuição muito relevante da psicologia para idosos é a “oferta de treinamentos para aprimorar habilidades profissionais e apoio psicológico a profissionais que trabalham com idosos, assessoria no planejamento e na avaliação de serviços” (CARDOZO, 2009, p. 17).

O psicólogo também atua nas Instituições de Longa Permanência para Idosos realizando algumas intervenções para favorecer o bem-estar afetivo-emocional do idoso, são elas; atividades artesanais em grupos, onde o foco é não somente as atividades em si, mas a escuta grupal e a troca de informações a respeito das histórias de vida, grupos de oração, escuta individualizada, ler e elaborar mensagens, pois nelas podem conter informações relevantes a respeito da vida dele, que muitas vezes não pode ser adquirida através da fala, o mesmo vale para as ilustrações/desenhos, fotografias, realizar passeios, atividade física, estimulação cognitiva, através dos jogos, atividades de relaxamento, música e dança, entre outras (CARDOZO, 2009).

Análise da literatura

Durante a análise da literatura, foi possível verificar a predominância do discurso dos idosos apontando como razão principal da institucionalização a falta de tempo dos familiares para os cuidados com os mesmos. Nota-se também a preferência do idoso em residir com a família. Vejamos no livro “Idoso Asilados: Um estudo gerontológico” (CORTELLETTI *et al.*, 2004) os discursos de alguns idosos confirmando esse fato:

“Eu morava com uma filha. Ela está trabalhando. Aquela não tem tempo nem para comer, ela é esganada por dinheiro. É muito trabalhadeira. Ela me colocou aqui sem eu querer. [...] eu não queria vir, mas ela insistiu. Vem me visitar muito pouco. Ela só trabalha, está sempre ocupada” (A. B. B., 90 anos).

“Quando amputei a perna, as minhas duas filhas, a segunda e a menor, não quiseram que eu ficasse na colônia. Fui morar com elas, [...], mas depois eu não pude mais me movimentar, e as duas tinham que trabalhar. [...] Aí me trouxeram aqui (casa asilar). [...] Às vezes vêm me buscar, nos dias dos pais, e fazer visitas” (A. P., 69 anos).

Outros idosos residem nas instituições por vontade própria, por diversos fatores, entre eles a falta de cuidado e sensação de abandono dos familiares, isso se confirma nos artigos “Representações do idoso asilado sobre os cuidados da família” (SOUZA *et al.*, 2011) e “Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados” (MARIN, *et al.*, 2012);

“Eu quis vim pra cá. Minha filha tava no Japão, não ligava mais pra mim” (F, 73 anos)

“Não quero ir na casa de ninguém para não incomodar. [...] Eu não queria ir com nenhum deles (sobrinho, irmão) eu queria vir para cá” (D.A., 73 anos).

“[...] Eu vim pra aqui numa situação péssima [...] parente não me acolheu. [...] Eu piorei, eu me queixo que eu piorei mais por falta de higiene da casa que eu tava com minhas irmãs[...]. Posso dizer que estou muito melhor do que na casa da família minha, porque a família não me liga, não me cuidou” (Sofrê).

A Instituição de Longa Permanência pode ser a única alternativa de moradia para alguns idosos, nelas encontram cuidados que não obtiveram no ambiente familiar. Apesar de ser um local que não pode substituir a casa e nem o afeto dos familiares, muitos se referem ao local como satisfatório, tendo como referência os cuidados oferecidos pela instituição.

“Eu me dou bem aqui, porque sou bem tratado, num sou melhor que os outros, mas também num sô tratado pior do quase todos os outros” “ (M. 75 anos).

“Eu gosto de ficar aqui [...]. Tomo remédio cedo, á noite e meio dia” (F. 73 anos).

“Estou mais aqui, porque eu fiquei doente, cuidaram de mim, viram tudo que eu tinha [...]” (F. 62 anos).

Existem diferentes discursos sobre a vivência do

idoso na Instituição de Longa Permanência. Dentre eles, prevalece a ideia de a escolha pela institucionalização não é a primeira opção dos idosos. O discurso dos idosos aqui considerado é coerente com o Estatuto do Idoso, quando este afirma que a responsabilidade é da família, em primeiro lugar, garantir assistência à saúde, moradia, lazer, entre outros, ao idoso. O papel dos diferentes profissionais que atuam na ILP deve ser voltado para garantir o bem-estar dos asilados. Realizando intervenções que priorize o acolhimento, fortalecimento de vínculos, trabalhando as relações humanas. A realização de práticas grupais ou individuais são essenciais para desenvolver diferentes habilidades do idoso, resgatando a sua autonomia, sua humanidade e singularidade. Dentre as ações podemos citar atividades ao ar livre, como: jardinagem, jogos grupais e individuais. Outras atividades possíveis são grupos de crochê, pintura, confeitaria, relaxamento, entre outras. São intervenções que objetivam as trocas de experiências entre os internos, para que possam expressar suas vivências.

4. CONCLUSÃO

Apesar de ser um assunto pouco explorado, a institucionalização do idoso é um tema que demanda de muita atenção. Pois, para alguns a institucionalização pode ser geradora de sofrimento e declínio da saúde física e mental. Estudar o idoso institucionalizado vai além das suas características físicas inerentes ao processo de envelhecimento, trata-se a levar em consideração os aspectos intrínsecos, aqueles que não podem ser vistos apenas através de observações. Ao passo em que a família procura uma casa de repouso, como alternativa de potencializar os cuidados com familiar idoso, está privando o mesmo do convívio social. O idoso quando institucionalizado precisa aprender a lidar com as novas regras impostas pela instituição, justamente em um momento da vida em que há tantas adversidades e perdas subjetivas e de saúde.

Quando não encontram seu lugar no âmbito familiar, a Instituição de Longa Permanência para Idosos ainda é a melhor alternativa de residência substitutiva, por oferecerem um local de abrigo e cuidados com a saúde física e mental. Apesar dos avanços, as instituições ainda possuem suas intervenções ligadas ao modelo de instituição total, oferecendo tratamentos paliativos ao invés de preventivo. Isso dificulta a adaptação do idoso ao novo cenário, pois não são acolhidos, mas considerados apenas como mais um residente, sem receber tratamento individualizado que otimize a sua capacidade funcional e mental. Por outro lado, mesmo que paulatinamente, estão sendo implantados tratamentos humanizados através da inclusão de profissionais capacitados para lidar com esse público, pensando na subjetividade de cada integrante e responsáveis pela instituição, que abrange desde os residentes até os membros da equipe de cuidadores.

Cabe salientar a importância da família nesse processo, já que o estudo identificou como uma das principais queixas a falta de tempo e o abandono dos familiares, o que confirma para o idoso a situação de isolamento.

Nessa perspectiva, os profissionais da área da psicologia, em conjunto com os demais profissionais da área da saúde, podem contribuir criando estratégias de atuação voltadas para a realidade do idoso, oferecendo apoio para possa falar de suas vivências e conflitos. A partir de então elaborar intervenções que priorize as relações humanas, com foco na socialização e ampliação da qualidade de vida do idoso, tais como; atendimento individual e grupal, atividades de artesanato, confeitaria, jardinagem, relaxamento, atividades físicas e passeios ao meio urbano, para que os idosos possam compartilhar suas experiências entre eles e não fiquem restritos apenas ao espaço físico oferecido pela instituição, sentindo-se pertencentes a sociedade, mesmo estando residindo em uma instituição de abrigo.

REFERÊNCIAS

- [1] ARGIMON, I. *et al.* Convivendo com o familiar idoso. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.
- [2] BAREMBLITT, G. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari. 2002. cap. 2, p. 5-33.
- [3] BRASIL. Estatuto do Idoso. Diário Oficial da União, 3 de out. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003.
- [4] BRITTO, M. A. A família multigeracional e seus personagens. Educ. Soc., Campinas, v. 31, n. 111, p. 435-458, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v31n111/v31n111a08.pdf>>. Acesso em 19 nov. 2014.
- [5] BRITO, S. J.; DOURADO, A. M. C. FACO, G. M. V. Resgate de Identidade e Perspectivas em Idosos Asilares: uma proposta interventiva. Araçatuba. 2011. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/resgate-de-identidade-e-perspectivas-em-idosos-asilares/79763/>>. Acesso em: 12 maio. 2014.
- [6] CARDOSO, P. J. As atuações do psicólogo em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Itajaí, SP, 2009. Disponível em: <<http://siaibib01.univali.br/pdf/Jessica%20Pereira%20Cardozo.pdf>>. Acesso em: 22 mai 2014.
- [7] CORTELLETTI, A. I; CASARA, B. M; HERÉDIA, M.B.V. Educ/Edipucrs, 2004, p. 133.
- [8] FARO, M.C.A. ARAÚJO, O. L. C. SOUZA, A. L. Trajetória das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. Mancussi e Faro, p. 250-262. Revista Eletrônica: História da Enfermagem, São Paulo, v. 1. nº. 2, 2010, Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here_pesquisaano.htm>. Acesso em: 23 maio 2014.
- [9] GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 2010.
- [10] GIL, A. C. [1946]. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- [11] SAMPAIO, R.F. MANCINE, N.C. Estudos de Revisão Sistemática: Um Guia para Síntese Crítica da Evidência

- Científica. Rev. bras. fisioter. 2007;11(1):83-9. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552007000100013>>. Acesso em: 09 fev. 2015.
- [12]GOLDSTEIN, L.L. A produção científica brasileira na área da gerontologia. Revista Online Bibliografia Prof. Joel Martins. pg. 1-9. 1999. Disponível em:< <http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env17.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2015.
- [13]KANSO, S *et al.* As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. Caxambu- MG, 2010. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/tema_7/abep2010_2515.pdf>. Acesso em 11 jan. 2014.
- [14]LAFIN, F, H. S. Convivendo com o familiar idoso: As relações familiares e os idosos. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009. cap. 1, p. 19-24.
- [15]MARIN, M. J. S., MIRANDA, F. A., FABBRI, D., TINELLI, L. P., & STORNILOLO, L. V. (2012). Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados. Revista Brasileira Geriatria Gerontologia, 15(1), 147-154. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n1/16.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2014.
- [16]MARTINS, J. BICUDO, M.A.V. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Centauro, 2005.
- [17]MIRANDA, M. L. J.; GODELI, S. C. R. Música, atividade física e bem-estar psicológico em idosos. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, Brasília, vol. 11, nº 4, p. 87-94, 2003. Disponível em: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/532/556>>. Acesso em 15 jan. 2014.
- [18]NERI, L. A. Contribuições da psicologia ao estudo e à intervenção no campo da velhice. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano. Passo Fund., p. 69-80. 2004. Disponível em: <<file:///C:/Users/admin/Downloads/46-270-1-PB.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- [19]NETTO, M. L.F. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. Pensar a prática, 2004, p. 75-84. Disponível em: <<file:///C:/Users/Luciane/Downloads/67-384-1-PB.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2015.
- [20]RIBEIRO, C. *et al.* Idosos e Família: asilo ou casa. Portal dos Psicólogos. Portal dos Psicólogos. 2006. Disponível em:< <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0281.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2014.
- [21]SALES, F. L. L. A.; DIMENSTEIN, M. Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: práticas em desconstrução? Revista Psicologia em Estudo. Maringá, v. 14, n. 2, p. 277-285, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n2/v14n2a07.pdf>>. Acesso em: 20 maio. 2014.
- [22]SOUZA, M. D.; ROSA, D. O. S.; D' SOUZA, M. M.. Representações do Idoso Asilado sobre os Cuidados da Família. Revista Temática Kairós Gerontologia, São Paulo, vol. 14, n. 3, p. 167-183, 2011. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/6498/4711>>. Acesso em 16 abr. 2014.
- [23]VARGAS, S. H. A depressão no idoso: fundamentos. São Paulo: BYK, 1992. Parte1, cap. 1, p. 15-28.

DO MODELO ASILAR À CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE EM CONSONÂNCIA COM O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

THE ASYLUM MODEL TO THE CENTER FOR INTEGRAL HEALTH IN LINE WITH THE MOVEMENT OF THE BRAZILIAN PSYCHIATRIC REFORM

DENISE CRISTINA DOS SANTOS^{1*}, ADILSON LOPES CARDOSO²

1. Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Marechal Rondon (FMR/UNINOVE) São Manuel-SP. Enfermeira no Cais Cantídio de Moura Campos e no CAPS AD Renascer - Botucatu/SP. Aluna do curso de Especialização em Saúde Mental na UNINGÁ (Universidade de Ensino Superior Ingá LTDA); 2 Orientador, Mestre em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia pela UNESP - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Botucatu/SP.

Avenida Jose Italo Bacchi, s/n , Jd Aeroporto, Botucatu, São Paulo, Brasil .CEP 18606-851. cantidio-capsad@saude.sp.gov.br

Recebido em 25/09/2014. Aceito para publicação em 02/12/2015

RESUMO

O presente trabalho visa resgatar a trajetória histórica do movimento da reforma psiquiátrica no período compreendido entre 1959 até a promulgação da Lei 10.216/2001, bem como correlacionar este período aos processos de transformação ocorridos no Hospital Psiquiátrico Prof. Cantídio de Moura Campos, desde sua implantação até o ano de 2007. Através de artigos e publicações que abordassem a reforma psiquiátrica e dados secundários (série histórica) catalogados e arquivados pelos gestores da referida instituição, foi possível observar que os movimentos da luta pela reforma psiquiátrica foram determinantes para os acontecimentos e mudanças ocorridas na série histórica da instituição. Desse modo, fica evidente que os avanços no processo de desospitalização e desinstitucionalização promovidos a partir da Reforma Psiquiátrica têm sido acompanhados de impasses e desafios, e que tais desafios fizeram e fazem parte do modelo de assistência que queremos para os sujeitos em sofrimento mental e situações de crise.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma psiquiátrica, dispositivo institucional, saúde mental.

ABSTRACT

This study reviews the historical trajectory of psychiatric reform in the period from 1959 until the promulgation of the Law 10.216/2001 and correlate this period for transformation processes occurring in the Psychiatric Hospital Prof. Cantídio de Moura Campos, from its inception until 2007. Through articles and publications that addressed the psychiatric reform and secondary data (time series) cataloged and archived by the managers of this institution, it was observed that the movements of struggle for psychiatric reform were instrumental in the events and changes in the historical series of the institution. Thus, it is evident that advances in the process of deinstitution-

alization and institutionalization promoted from psychiatric reform has been accompanied by challenges and dilemmas, and that such challenges were, and are part of the model of care we want for individuals in mental distress and situations crisis.

KEYWORDS: Psychiatric reform, institutional arrangements, mental health

1. INTRODUÇÃO

O hospital se constitui como os lócus para a produção de uma verdade objetiva sobre o corpo doente. No século XVIII, o hospital se organizou como instrumento e lócus médico e a loucura ganhou valor de doença mental. O louco deveria ser conduzido à verdade, à razão, por meio do encontro com o médico, personagem a quem cabia levar o louco de volta a realidade através do internamento. Apenas no final do século XIX surgem novas concepções sobre a doença mental, que passa a ser observados sob uma nova ótica e não mais como uma “forma de erro, uma desordem que se manifestava pelas maneiras de agir, sentir e pela vontade e liberdade do homem” (YASUI, 2010).

No Brasil, o marco histórico da assistência psiquiátrica ocorreu no ano de 1852, com a inauguração do Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro. Na virada do século, a reforma psiquiátrica passou a se orientar pela crítica a insuficiência do asilo, produzindo, por exemplo, o modelo das colônias agrícolas e, segundo alguns autores (Devera & Costa-Rosa, 2007; Silva & Silva, 2006), neste período proliferavam por todo país este modelo de tratamento para doentes mentais, objetivando “tratar e reeducar pelo trabalho, em um ambiente calmo e regado”. Porém, os serviços criados, a princípio, para trata-

mento daqueles reconhecidos como doentes mentais incharam com o recolhimento de toda gama de excluídos (órfãos, mendigos, prostitutas, etc.), para os quais não havia quaisquer outras estruturas fora do Hospício

Nas décadas de 40 e 50 ocorre o fenômeno de crescimento dos hospitais psiquiátricos. Em 1941, havia 62 hospitais, sendo 23 públicos e 39 privados que representavam cerca de 20% dos leitos psiquiátricos. Na década de 60, dos leitos psiquiátricos hospitalares disponíveis, 70% eram privados, o que apontava para existência de uma verdadeira indústria da loucura no país. (CERQUEIRA, 2001). Fato este que desperta o interesse da imprensa escrita e falada, bem como o interesse de vários seguimentos da sociedade que iniciam discussões sobre este modelo de tratamento excludente e centrado na internação.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho trata-se de um compilamento de artigos e publicações que abordam o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil a partir de um determinado período, atrelando dados secundários (série histórica documentado) catalogados e arquivados pelos gestores do Centro de Atenção Integral à Saúde “Professor Cantídio de Moura Campos”.

3. DISCUSSÃO

A reforma e a ruptura do modelo excludente

Dentre os momentos históricos vivenciados no Brasil com a chamada Reforma Psiquiátrica, o período compreendido a partir de 1959 foi escolhido para compor este artigo, visto que pretendemos realizar um recorte histórico dos fatos ocorridos a partir do referido ano e correlacioná-los com a história do Hospital Psiquiátrico Prof. Cantídio de Moura Campos (H.P.P.C.M.C). A *grosso modo*, e pensando na lógica da construção do referido hospital, foi importante retomar parte da história da constituição do modelo hospitalar/asilar adotada no Brasil, pois foi neste contexto, que em oito de julho de 1959 deu-se o anúncio da construção do Hospital Psiquiátrico em Botucatu, o que segundo a matéria seria o maior no gênero de toda América do Sul, pois em seu ambicioso projeto constava a proposta de 1200 leitos para atendimento em regime de internação para portadores de transtorno mental agudo, inclusive com patologias clínicas associadas. Foi o único hospital psiquiátrico construído para este fim. Todos os demais foram reaproveitados de Unidades para tratamento de Tuberculose/Hanseníase. Em março de 1969, devido a problemas técnicos (falta de equipamentos e materiais, RH inexistente e com impossibilidade de contratação, etc.) o planejamento de leitos passa para 600, com capacidade operacional de 250.

A década de 1960, no Brasil e no mundo, foi marca-

da por manifestações generalizadas contra a massificação subjetiva inerente ao modelo manicomial e deram início aos primeiros movimentos para uma Reforma Psiquiátrica Brasileira. Neste momento, muitos profissionais entraram num processo de repensar as suas atividades terapêuticas. Nesse contexto, surgem reflexões na segunda metade da década de 1970 que conduzem irremediavelmente a um processo histórico de formulação crítica e prática com o objetivo de questionar e elaborar propostas de transformação do modelo asilar, julgando inadmissíveis a exclusão, a cronificação e a violência do modelo hospitalocêntrico. (ALMEIDA & ESCOREL, 2001).

É mesmo diante deste movimento que levanta a bandeira da importância de não somente melhorar ou humanizar os asilos, mas romper com esse modelo, em cinco de julho de 1969, é inaugurado o Hospital Psiquiátrico Prof. Cantídio de Moura Campos, com o objetivo de ser referência para atendimento em regime de triagem e internação de pacientes acometidos por transtornos mentais agudos, de ambos os sexos, com total de 250 leitos.

Recapitulando através de um rescaldo do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil é imprescindível citar que:

“(...) mesmo diante do recrudescimento da ditadura militar no final dos anos 60 e até praticamente o início dos 80, em 1970 realiza-se em São Paulo o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria em conjunto com a Associação Psiquiátrica Latino-Americana, onde destaca-se a ênfase na criação de um organismo normativo de âmbito nacional com liderança efetiva e também reafirma-se o objetivo de criação de uma rede de serviços extra-hospitalares. Em 1972 ocorrem simultaneamente o II Congresso Brasileiro de Psiquiatria e a III Reunião de Ministros da Saúde em Santiago do Chile, com a presença do representante brasileiro. A partir daí ficou firmado um “Acordo para a execução de um programa de Saúde Mental no Brasil”, válido até 1974. Em 1973 aprova-se o Manual para Assistência Psiquiátrica do Ministério da Assistência Social, que serve de base para a Portaria do Ministério da Saúde, de 1974. Esses documentos guardam estreita relação com os princípios da Psiquiatria Preventivo-Comunitária americana. Esses avanços de reformulação do modelo hospitalocêntrico sofrem, entretanto, já em 1975, uma inflexão importante. Outro bastidor importante da luta, nesses tempos, é o Congresso Nacional, onde é votada a lei 6.229, que privilegia, outra vez, também no discurso oficial, o Hospital Psiquiátrico e seu modelo de tratamento. Entretanto, tal lei, devido às resistências que provocou, em 1978 ainda não havia sido regulamentada. Por outro lado, há uma série de documentos indicando que, nesse meio tempo, o grupo de profissionais que havia estado à frente da luta pelas trans-

formações até 1973, não se dá por vencido. Mudando claramente, a partir daí sua estratégia de ação, avaliam que o Estado de São Paulo, por uma série de características e circunstâncias é o local mais adequado para o desencadeamento de uma reação em cadeia no território nacional, com os mesmos objetivos anteriores: transformar as práticas e a política de Saúde Mental com base no Modelo Comunitário. Os documentos são inequívocos mostrando que ainda em 1973 ocorrem vários encontros regionais dos profissionais do setor da Saúde Mental, comandados a partir de São Paulo. (DEVERA & COSTA-ROSA, 2007, p. 65).

Conforme descreve Luchmann e Rodrigues (2007), na segunda metade da década de 70, no contexto do combate ao Estado autoritário, emergem as críticas a ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo central. Esta fase também foi marcada pela criação, em 1978, do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que combinava um discurso humanitário e reivindicações trabalhistas e muito contribuiu em suas denúncias contra a “indústria da loucura”, condenada como dispendiosa e cronificadora.

Diante do cenário explanado e impulsionado pelas críticas institucionais e experiências mundiais de progressivo desmonte das estruturas manicomiais, em 1976, o H.P.C.M. C tem seu número de leitos ampliados (em torno de 360 leitos) com a chegada dos primeiros casos de pacientes crônicos, vindos transferidos dos Hospitais de Franco Rocha, Pinel, Água Funda e de Vila Mariana, agregando mais uma missão para a Unidade, pois estes pacientes futuramente irão compor a população de moradores deste hospital.

Segundo Tenório (2002), para além do amadurecimento da crítica ao modelo privatista/asilar, a década de 1980 foi marcada também por três processos importantes para a consolidação das características atuais do movimento da reforma: a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental.

No ano de 1987, ocorrem dois eventos marcantes para o Movimento da reforma Psiquiátrica Brasileira. A I Conferência Nacional de Saúde Mental e posterior o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, que se configurou como campo de forças que possibilitou a criação do "Movimento da Luta Antimanicomial". Tais eventos representam o fim da trajetória sanitarista, de transformar apenas o sistema de saúde, e o início de uma trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura. É a chamada desinstitucionalização (TENORIO, 2002).

Anteriormente a estes eventos, em 1985, a ala denominada de Sala de Triagem para internação dentro H.P.C.M.C. passou a contar com a participação de mais técnicos (Psicólogos, Enfermeiros, Assistentes Sociais e Terapeutas Ocupacionais), ganhando assim um caráter ambulatorial e dando origem a constituição de equipe multiprofissional, configurando o início da construção de um programa interdisciplinar, abarcando assim os desejos e anseios da nova forma de pensar em no cuidado em saúde mental.

Com o avanço das discussões e o fato dos próprios usuários dos serviços em saúde mental, colocarem em xeque as "intervenções terapêuticas" às quais é submetido, o movimento da luta antimanicomial produz, assim, forças fundamentais que transformam não só a imagem que se tem dos usuários, mas também os próprios saberes e práticas daqueles que trabalham com os mesmos. (SILVA & SILVA, 2006).

Como repercussão das discussões no campo político, mudanças dentro do HPCMC se fazem necessárias, e em 1986 tem-se a implantação do programa de atendimento ao paciente alcoolista (desintoxicação, internação e acompanhamento ambulatorial). Em meados de 1987 ocorre a redução de 60 leitos, bem como a reforma de uma ala da Unidade Feminina para atendimento de pacientes portadores de transtorno mentais agudos associados à sorologia positiva para HIV. Iniciam-se também as discussões sobre Lares Abrigados.

Antes de abordarmos outros momentos históricos é necessário mencionar duas experiências práticas fundamentais, por seu pioneirismo e por sua importância revolucionária. Em 1987 foi criado, em São Paulo, o “Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS)”, ainda como instância intermediária entre o Hospital Psiquiátrico e o Ambulatório de Saúde Mental. Devem-se ao CAPS os significantes que nomeiam pós década de 80, o ideário e as práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico: Atenção Psicossocial. Em 1989 iniciou-se na cidade de Santos, também no Estado de São Paulo, a gestão municipal que poria em prática, durante os anos seguintes, uma experiência no campo da Saúde Mental absolutamente inédita no Brasil. Inspirados na Psiquiatria Democrática Italiana, principalmente na meta da desinstitucionalização, e na experiência de Trieste, que aboliu o Hospital Psiquiátrico, os gestores municipais fecharam o hospital psiquiátrico do município e implantaram em seu lugar uma rede integrada de instituições, das quais os “Núcleos de Apoio Psicossocial” (NAPS) eram os eixos principais. Tais como o “CAPS”, serviram de inspiração e paradigma para muitas das transformações que vêm se processando no país (Devera e Costa-Rosa, pg.69 citando Nicácio, 1994).

Em 1989, após 11 anos da Lei italiana, surgiu no Brasil o projeto de Lei nº 3657/89, que trata da "Lei da

Reforma Psiquiátrica". Uma ressalva importante diante deste projeto de lei, é que o mesmo deixa claro que não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais existentes, mas sim de inventar novos dispositivos e novas formas de cuidar. Segundo Tenório (2002), substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial é a tarefa da reforma psiquiátrica. Para o período que estamos tratando no momento, em 1988 é criado no H.P.C.M. C o 1º Lar Abrigado – Feminino.

Em 1992, na "II Conferência Nacional de Saúde Mental", foi declarado um dever "efetuar a desinstitucionalização de todas as instituições com características manicomial". Nesse momento, foi aprovada a criação de uma "Rede de Atenção Integral em Saúde Mental" em substituição ao Hospital Psiquiátrico. E os avanços também se dão na estrutura de funcionamento do HPCMC, pois em 1991, após reestruturação das propostas de atendimento, o serviço de Triagem para internação foi incorporado ao Ambulatório Regional de Especialidades, saindo da área hospitalar e as internações passaram a ter novo fluxograma, ou seja, não aconteciam mais diretamente no hospital. Passaram a ocorrer, preferencialmente, através do Pronto Socorro da Faculdade de Medicina – UNESP, além do Núcleo de Gestão Assistencial (NGA-5) pertencente ao município de Avaré e o NGA-11 pertencente à região de Botucatu.

Nesta ocasião também foi realizada uma divisão empírica de todos os pacientes, separando os que foram considerados moradores dos casos agudos e estes, em dois grupos: dependentes químicos e psicóticos agudos, mantendo a divisão por sexo. No final de 1998, nova mudança foi realizada, desta vez com enfoque voltado para questão da cronicidade da patologia, independente do sexo, colocando moradores em um bloco, organizados de acordo com o nível de independência nos cuidados de vida diária e prática; o outro bloco ficou para uso da unidade de internação de pacientes psicóticos agudos e um terceiro para unidade de desintoxicação química. Ainda dentro do mesmo período, foi criado o 2º Lar Abrigado, desta vez, masculino. Paralelamente a todas estas mudanças de cunho estrutural, foi também reformulado, extraoficialmente o organograma vigente, consolidando uma nova lógica no planejamento e operacionalização dos trabalhos, contribuindo para a viabilização do novo Projeto Terapêutico. Trazendo implícita uma lógica oposta, desfazendo da departamentalização por categoria profissional e implantando as coordenações por programas de atendimento, dentro da visão de multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade.

A década de 1990 viu amadurecer e consolidar-se os processos que compõem hoje o cenário da reforma psiquiátrica brasileiro. Em 1994 a clientela de pacientes crônicos asilares do HPCMC ocupava 61% dos leitos

oferecidos, 57% com faixa etária entre 18 e 44 anos e a média de permanência (dias de internação) dos casos com transtorno mental agudo: 64% até 30 dias.

No ano de 1995 constituiu-se um grupo de estudos com objetivo de repensar a Reestruturação do Modelo Assistencial do HPCMC – compreensão e definição consensual do reconhecimento de que caberia ao próprio Hospital a implantação de alguns serviços extra-hospitalares.

Finalmente, em 06 de abril de 2001, ocorreu a aprovação da Lei Federal nº 10.216, que ficou conhecida como lei da reforma psiquiátrica brasileira, que estabeleceu uma diretriz não asilar para o financiamento público e o ordenamento jurídico da assistência psiquiátrica no País. (BRASIL, 2004).

Um ano antes da aprovação da Lei da reforma Psiquiátrica, o HPCMC implantou um novo dispositivo extra-hospitalar, o Centro de Atenção Psicossocial II (Espaço Vivo), o que contribuiu para a redução do número de leitos (restando ainda 180 leitos para internação).

Não devemos concluir este artigo sem antes abordar, mesmo que sucintamente as Portarias Ministeriais que norteiam e regulam os dispositivos extra-hospitalares. Para Amarante (1995), as portarias ministeriais podem ser consideradas tanto como tentativas a serviço de pôr em prática as diretrizes do discurso instituinte da Reforma, quanto como ações a serviço do discurso instituído, caso em que legalizam normatizando, burocratizando e assepsando o instituinte. Compreendemos a Reforma Psiquiátrica como um processo histórico de transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais, portanto, marcado por tensões, desafios e conflitos. Por isso consideramos essas tentativas de neutralizar o instituinte, não como aberração, mas como uma característica da luta pela hegemonia, que se trava entre os interesses contraditórios do campo da Saúde. Por se tratar, no caso das portarias ministeriais, de concessões táticas do executivo às reivindicações dos trabalhadores e da sociedade, a práxis que elas designam acaba sofrendo efeitos marcantes da inércia do instituído.

Atentando-se para as portarias que subsidiaram a implantação de serviços extra-hospitalares e que marcam progressivamente os momentos de mudança por possibilitaram o credenciamento de serviços desta natureza (PM 224/92, a PM 106/2000 e a PM 336/2002), o HPCMC, buscando sempre uma melhor e maior resolutividade na assistência decide implantar também a Oficina Terapêutica "Estação Girassol" e novamente reduz a quantidade de leitos disponíveis para internação, passando a 160 leitos: readequação a Portaria MS 52/2004. Neste momento, também faz o cadastramento de mais quatro Serviços de Residência Terapêutica.

Além destas novas possibilidades de tratamento, em 2007 constitui-se o CAPS ad "Renascer" e ocorre tam-

bém o cadastramento de mais três Serviços de Residência Terapêutica.

Para além do que já foi dito, é de suma importância referir que em 23 de julho de 2008, através do decreto nº 53.269, o Hospital Psiquiátrico "Professor Cantídio de Moura Campos", tem sua nomenclatura alterada para Centro de Atenção Integral à Saúde "Professor Cantídio de Moura Campos", tendo por finalidades: "(...) participar do processo de transformação da assistência psiquiátrica, rompendo com a lógica manicomial; (...) promovendo a desinstitucionalização do paciente.

4. CONCLUSÃO

A reforma psiquiátrica é a tentativa de dar ao problema da loucura uma outra resposta social, não asilar: evitar a internação como destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário, agenciar o problema social da loucura de modo a permitir ao louco manter-se, como se diz, na sociedade.

Contudo, o processo da reforma psiquiátrica não acaba com a criação da Lei Federal, pois a vontade de retomar a lógica manicomial está sempre presente. Portanto devemos nos atentar para novos espaços de tratamentos, onde o Estado financia instituições particulares e/ou tenta resolver com ações "policialescas" o que deveria ser tratado como problema de saúde.

É preciso que o movimento da Reforma Psiquiátrica se espalhe por todo o tecido social com a implicação de vários setores da sociedade e que seja resignificado cotidianamente em prol de um modelo de assistência que queremos para os sujeitos em sofrimento mental e situações de crise, sem que sejamos utópicos e alienados, considerando todas as dificuldades em "construir des-construindo" técnicas de lidar com a loucura.

REFERÊNCIAS

- [01] ALMEIDA, P.F.de; ESCOREL, S. Da avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p.35-47, maio/ago. 2001.
- [02] AMARANTE, P. (org.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, SDE/ENSP, 1995.
- [03] BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde*. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- [04] CERQUEIRA, L. *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984. In: TUNDIS, S.A. & COSTA, N.R. org. (2001). *Cidadania e Loucura - Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Ed Vozes, 7ª. ed.
- [05] DECRETO nº 53.269 de 23 de Julho de 2008 - Altera a denominação do Hospital Psiquiátrico "Professor Cantídio de Moura Campos", da Coordenadoria de Serviços de Saúde, da Secretaria da Saúde, para Centro de Atenção Integral à Saúde "Professor Cantídio de Moura Campos". Disponível em: www.legislacao.sp.gov.br/legislacao/dg280202.nsf/.../53.269.doc. Acesso em 17/09/2013
- [06] DEVERA D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 2007.
- [07] LUCHMANN, L.H.H. RODRIGUES, J. O movimento Antimanicomial no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(2): 399-407 2007.
- [08] NICÁCIO, F. (1994). O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura. Dissertação de mestrado não publicada, PUC-SP. São Paulo.
- [09] PONTE, C. F. da. Médicos, psicanalistas e loucos: uma contribuição à história da psicanálise no Brasil. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 205 p.
- [10] SILVA, A. S. T. da; SILVA, R. N. da. A emergência do acompanhamento terapêutico e as políticas de saúde mental. *Psicol. Cienc. Prof.*, Brasília, v.26, n., June 2006.
- [11] TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: historia e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol.9(1): 25-59, jan-abr. 2002.
- [12] YASUI, S. *RUPTURAS E ENCONTROS: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 192 p.

TOXICOMANIA E O USO SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS SEGUNDO A PSICANÁLISE NA CONTEMPORANEIDADE

ADDICTION AND PSYCHOACTIVE USE SUBSTANCES ACCORDING TO PSYCHOANALYSIS IN CONTEMPORARY

CAMILA VOLPINI OLIVER DE ANDRADE^{1*}, FRANCIELLE GONZALES CORREIA GOMES²

1. Acadêmica do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Ingá-Uningá; 2. Mestrado em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo, Professor da Faculdade Ingá, Brasil.

*Rua Elpídio Francisco costa, 82, Conjunto Requião, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87047-428. camila.volpini@bol.com.br

Recebido em 01/09/2015. Aceito para publicação em 08/12/2015

RESUMO

O presente trabalho tem como tema a toxicomania e o uso de substâncias psicoativas, segundo a Psicanálise na contemporaneidade. Desta forma, a pesquisa busca apontar o que foi produzido em obras literárias de cunho psicanalítico sobre a toxicomania. Através do levantamento de trabalhos literários, em livros e artigos científicos, produzidos sobre o tema nos últimos anos. Discorre sobre características da toxicomania, buscando a resposta sobre o que a psicanálise Freud-laciana produziu enquanto literatura sobre a toxicomania na contemporaneidade. A toxicomania em nossa sociedade contemporânea geralmente é considerada como a relação exclusiva que o sujeito tem com a droga e as reações químicas existentes nesta relação, de modo que o tratamento na maioria das vezes é direcionado a remoção do tóxico do corpo, o que muitas vezes é uma intervenção malsucedida. A psicanálise traz a luz um paradigma diferente do biologismo, um olhar sobre a relação do sujeito com o tóxico, este que remonta as primeiras relações do indivíduo com o Outro materno. Na literatura psicanalítica atual, a toxicomania é considerada a busca desesperada do indivíduo pelo seu resgate enquanto sujeito, assim como uma medida paliativa que visa atenuar a angústia e o sofrimento.

PALAVRAS-CHAVE: Toxicomania, uso de drogas, psicanálise.

ABSTRACT

This work has as its theme to addiction and substance abuse, according to psychoanalysis in contemporary times. Thus, the research seeks to point out what was produced in literary works of psychoanalytic slant on drug addiction. Through the survey of literary works, in books and scientific papers produced on the subject in recent years. Talks about drug addiction characteristics, searching for answers about what psychoanalysis Freud-Lacan produced as literature on drug addiction in contemporary times. Drug abuse in our contemporary society

is generally regarded as the exclusive relationship that the subject has with the drug and existing chemical reactions in this relationship, so that the treatment most often is directed removal of toxic of body, which often It is unsuccessful intervention. Psychoanalysis brings forth a different paradigm of biologism, a look at the subject's relationship with the toxic, this goes back to the first relationship of the individual with the Other maternal. In the current psychoanalytic literature, drug addiction is considered the desperate individual's search for his rescue as a subject, as a stopgap measure designed to reduce the distress and suffering.

KEYWORDS: Addiction, drug use, psychoanalysis.

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como objetivo apontar o que foi produzido enquanto literatura psicanalítica sobre a toxicomania e o uso de substâncias psicoativas na contemporaneidade. Elencando trabalhos literários produzidos sobre o tema nos últimos anos, bem como enumerar algumas reações e características do uso de substâncias psicoativas, discorrer sobre as características da toxicomania, através do método de pesquisa bibliográfica e buscar a resposta sobre o que a psicanálise Freud-laciana produziu enquanto literatura sobre a toxicomania na contemporaneidade.

O site da UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2014), escritório da ONU sobre drogas e crimes, traz o relatório de 2014 em que aponta que, 5 % da população mundial ou 243 Mi. usaram drogas ilícitas em 2012, e o uso de drogas de modo problemático somam uma parcela mundial de 27 Mi. de pessoas, ou seja, 1 em cada 200 possuem problemas sérios com drogas.

Uma pesquisa realizada pela Confederação Nacional dos Municípios (CNM) (2010) no caderno: Pesquisa sobre a situação do crack nos Municípios brasileiros de

2010 aponta que das 3.950 cidades pesquisadas 98 % destas apresentam problemas com o alto índices de usuários de crack e apenas 8, 34 % possuem políticas públicas destinadas ao enfrentamento do mesmo.

Segundo o jornal G1 do site Globo.com (online) (2013) em relação ao uso do crack nas capitais, apontam que 370 mil pessoas fazem uso da droga regularmente há pelo menos 6 meses, estes dados são referentes a 2013.

Frente a tais dados o estudo sobre a substância psicoativa e a toxicomania se faz pertinente, já que muitos brasileiros são acometidos pelo uso da droga. Portanto, espera-se que a pesquisa possa vir nos esclarecer quanto à toxicomania, a estudantes e profissionais que desejam possuir mais informações sobre o tema a partir de um olhar psicanalítico.

Segundo Le Poulichet (1996), a toxicomania é considerada como uma tentativa de cura subjetiva, ou seja, a tentativa de resgate da posição de sujeito, e o abandono da posição de objeto, que outrora foi colocado pela mãe.

Portanto, a partir da perspectiva psicanalítica, pretende-se que a pesquisa possa vir a auxiliar no tratamento da toxicomania, na medida em que busca compreender o toxicômano e a sua relação pulsional com a droga, relação esta descrita por Le Poulichet (1996) como a sensação de morte subjetiva que o sujeito sente em relação a ocupar o lugar do objeto ideal para a mãe, pois, “a autocronia toxicomaníaca se organiza diante do perigo e na vertigem de tornar-se incessantemente o bem do Outro, e de desaparecer [...]” (UNODC, 2014). Deste modo, possibilita um olhar diferente sobre aquele que geralmente é visto no tratamento do usuário de entorpecentes com características de autodestruição levando seu vínculo com a droga apenas no campo da dependência química.

O trabalho é composto pelos seguintes tópicos: O primeiro, aborda etimologia do termo toxicomania, o segundo refere-se ao levantamento toxicomania na psicanálise e o uso de substâncias psicoativas, em seguida é realizado o debate quanto a toxicomania segundo a psicanálise Freud-Lacanianana, em que é abordado a literatura clássica do tema e o levantamento de artigos científicos pertinentes.

A curiosidade me impulsionou a pesquisar e ler mais sobre o assunto da toxicomania, guiando-me pelos dizeres teorizadas pela psicanalista Angela Valore, através das leituras realizadas, busquei pelas palavras chave toxicomania, uso de drogas, psicanálise, em meio eletrônico, tais como os bancos de dados Scielo e Google acadêmico datados a partir do ano 2000, realizei a leitura de alguns textos de que falam sobre a toxicomania, como Freud, Lacan e Le Poulichet.

A coleta de dados foi feita a partir das produções literárias elencadas de fontes eletrônicas, algumas revistas de psicologia de universidades conceituadas do país, que

abordam o tema de modo aprofundado e segundo a visão da psicanálise. Tais publicações são datadas a partir do ano 2000, com mais detalhes das fontes nas referências bibliográficas do trabalho. Para a realização da pesquisa foram utilizadas as palavras chave: Toxicomania, Uso de drogas, Psicanálise, o que possibilitou a coleta das informações do tema desejado.

Desse modo, há de forma despreziosa, o desejo que o presente trabalho possa vir a ser utilizado a estudos posteriores, relacionado ao tema, proporcionando o debate quanto o aspecto da drogadição na atualidade, que muitas vezes é pautado no aspecto social e coletivo e deixa de lado a subjetividade do indivíduo, assim abrindo margens para demais temas a serem estudados dentro da ótica da psicanálise.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa, é considerada como bibliográfica pois conforme nos sugere Lakatos & Marconi (2003) “A pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico etc”.

Isto é, há a utilização de materiais disponíveis publicamente em livros, revistas indexadas, e materiais eletrônicos, que se referem ao assunto abordado, ou seja, a toxicomania e o uso de substâncias psicoativas segundo a perspectiva teórica psicanalítica na contemporaneidade.

Busca-se com a pesquisa a resolução do seguinte questionamento: Que foi produzido enquanto literatura psicanalítica sobre a toxicomania e o uso de substâncias psicoativas?

Para a realização da pesquisa e a resposta a tal questionamento foram utilizados textos clássicos sobre o tema e artigos científicos produzidos a partir de 2000, os livros utilizados foram: Freud, Le Poulichet, Lacan, Melman, Lipovetsky, entre outros

Quando se filtra a pesquisa utilizando os termos Toxicomania, Psicanálise e Uso de Drogas o Google acadêmico disponibilizou 1.520 resultados, dentre estes foram selecionados 12 artigos para a confecção do trabalho. Desta forma, há um grande aparato de matérias que falam e debatem sobre a toxicomania e a psicanálise.

3. DISCUSSÃO

Etimologia do termo “toxicomania”

O vocábulo *toxicomania*, é composto pelo prefixo Tóxico, termo antigo que é definido por Didreot e D’Alembert (1765/1967, apud BENTO 2006)⁷ da seguinte forma, “toxicum” que vem do latim, que diz respeito a um, “Veneno que os Citas e alguns povos bárbaros esfregavam na ponta de suas flechas”. Historiadores afirmam que a ferida causada pelo To-

xicum dos Citas era mortal e irreversível. Obviamente o tóxico no qual se aborda aqui possui formas e funções diferentes na vida de um sujeito, assim podemos equiparar o que é tóxico como veneno.

Segundo Santiago (2001, apud, GIANESI, 2005) a terminologia toxicomania foi apropriada pela psiquiatria no início do século XIX, relacionado à atos maníacos, estudos na época chegaram a conclusão de que os atos maníacos tinham relação com a dependência de substâncias psicoativas, a autora pontua:

O termo toxicomania advém do discurso proferido pela psiquiatria, que em meados do século XIX passa a considerá-lo isoladamente como categoria clínica específica, relacionada à inclinação impulsiva e aos atos maníacos. O conhecimento médico emergente na época propôs-se a decifrar o fenômeno, e o que surgiu como resultante de tal processo foi o início da elaboração de critérios diagnósticos, que passaram a descrever a relação de dependência que determinado indivíduo estabelece com uma ou mais substâncias psicoativas. Os diferentes tipos de drogas também mereceram uma minuciosa descrição de seus efeitos químicos, cujo poder de causar dependência muitas vezes apareceu explicitado.

Assim, entender que a junção de tóxico, como aquilo que invade o organismo e o destrói, e a mania termo cunhado por Pinel no século XVIII, para designar comportamentos diferentes do comum, culmina na totalidade terminológica *toxicomania*, isto é, o tóxico que leva a atos e comportamentos destoantes.

A toxicomania na psicanálise e o uso de substâncias psicoativas

Em um primeiro momento é fundamental a diferenciação entre o que é do campo da toxicomania e o que é pertinente ao uso de substâncias psicoativas, o título do tópico já sugere que a toxicomania não está necessariamente relacionada ao uso de substâncias que agem no sistema nervoso central levando a mudanças de comportamento, ela envolve aspectos subjetivos que aludem as relações primordiais do sujeito.

Freud (1930) em o “Mal-estar na civilização” faz menção à toxicomania considerando-a como um recurso, uma medida paliativa que atenua o sofrimento, e prolongue a sensação de felicidade, e afaste a todo custo a dor. Seria para ele um meio grosseiro, mas eficaz de enfrentar as preocupações da vida cotidiana, pois relega-se a satisfação e busca do convívio em sociedade salientando que,

Tal como nos foi imposta, a vida resulta demasiado pesada, nos fazendo deparar-nos com sofrimentos, decepções, empreendimentos impossíveis. Para poder suportá-la, não podemos prescindir de paliativos. Existem três tipos: os entretenimentos intensos, que fazem a nossa miséria parecer menor; as satisfações substitutivas, que a reduzem; e os narcóticos, que nos tornam insensíveis a ela. Qualquer um desses remédios acaba sendo indispensável.

Então, intoxicar-se é uma defesa em relação ao mal-estar ocasionada pela não satisfação das pulsões, uma forma de alívio do sofrimento. E acrescenta quanto ao uso de substâncias tóxicas: “quando presentes no sangue ou tecidos, provocam em nós, diretamente, sensações prazerosas, alterando tanto também as condições que dirigem nossa sensibilidade, que nos tornamos incapazes de receber impulsos desagradáveis” Freud (1930).

Lipovetsky (2004) concorda e explana que os tempos atuais são considerados como tempos dos tóxicos, tempos que nossa sociedade busca a satisfação imediata das necessidades, a busca do prazer é algo incontrolável, há o imperativo e o clamor social de que o sujeito apenas goze. Este autor, concorda ainda, que a base de tal gozo, devido a nosso meio de produção, é voltada ao consumismo, seja ele de objetos de consumo, drogas ou modelo de vida.

A distinção evidente relaciona as funções que são desempenhadas pelas drogas nas mais diversas formas de consumo de substâncias psicoativas, tem íntima relação com questões que envolvem o laço social. Isso ocorre, porque, em nosso contexto social, de modo de produção capitalismo regida pelo consumo, alguns autores reconhecem que as drogas, considerando tanto lícitas como ilícitas, podem vir a nutrir uma nova forma de laço social (Pereira, 2011).

Segundo tal associativa, Melman (1992) considera a toxicomania com um sintoma social, já que em nossa sociedade na atualidade cada vez mais nos imposto a satisfação a todo custo, e os sujeitos em uma tentativa desesperada de alívio de sofrimento buscam o consumo de objetos imaginários que atenuam este sofrimento, o uso de substâncias psicoativa assegurariam ao toxicômano, portanto, o princípio do prazer em que a droga só permite a menor tensão possível.

Brecha *et al.* (2013) concordam e pontuam que,

Em resposta às angústias, regidos pelo hedonismo, atravessados pelo imediatismo e orientados por um modo de construção subjetiva pautado no consumo, os indivíduos buscam o prazer a qualquer custo: não apenas porque ele torna-se um bem que pode ser adquirido, como porque ele aplaca a angústia. Se este objeto além de tudo ainda possuir o potencial de transtornar e afetar o funcionamento do sistema nervoso central, como algumas drogas o fazem, o potencial de compulsão e devastação emocional apresenta-se quase como epidêmico.

O que apenas traz para nossa contemporaneidade a questão da toxicomania, embora já se tenha passado quase um século sobre o que Freud propôs sobre a toxicomania, em nossa atualidade ainda é recorrente, já que a dor da existência, e o gozo a todo custo, precisa, para o toxicômano ser atenuada de alguma forma.

É importante destacar que há nítida diferença entre a toxicomania e dependência química de substâncias psicoativas, a segunda sendo apenas um recorte, a nível biológico do uso da droga, enquanto que a toxicomania, tem íntima relação com os aspectos psíquicos do sujeito, em que, é o objeto (droga) escolhido pelo sujeito para o gozo do qual não há deslizamento metonímico¹, ou seja, não há troca de objeto, a droga é o único objeto para satisfação não permitindo assim, substitutos (RIBEIRO, 2003).

A psicanálise concorda que nem toda forma de consumo de drogas deve ser considerado na condição mórbida para a qual se criou uma gama de denominações, tais como drogadição, dependência, vício ou toxicomania (PACHECO, 2005). Desta forma, considera que “é preciso diferenciar os simples usos de estupefacientes de um imperativo de tratamento do organismo por um tóxico, quando este se torna o único meio de

¹ Deslizamento metonímico, segundo Lacan (1969), é considerado como a capacidade do sujeito em realizar a troca de objetos para sua satisfação. O que não ocorre na toxicomania, ou seja, não há a troca de objeto para a satisfação subjetiva.

conservar, a cada dia, um corpo ao abrigo de uma dor intolerável” (KAUFMANN, 1996).

Neste sentido, o autor estabelece uma diferenciação entre o que é da ordem da toxicomania e o que é a via da dependência química, expondo que na atualidade as mais diversas modalidades de uso de drogas representa algo complexo, que vai desde aquele que faz uso esporádico de bebidas alcoólicas, até os que fazem uso desenfreado de substâncias pesadas, tais como, heroína, Crack e cocaína, apontando que estas formas de uso de substâncias, muitas vezes retratam nossas relações intersubjetivas.

Em contexto de atendimento ao usuário de droga, há uma classificação que diferencia os usuários de acordo com a frequência do uso. Estes são classificados entre “recreativos” ou “moderados” e os “dependentes”.

Ribeiro (2003) assina-la que, há quem acredite que usar drogas de modo recreativo, não é, por si só, patológico, mas no momento em que traz prejuízos à saúde e ao equilíbrio psíquico e comportamental é considerada perigosa, mas não é uma doença. No caso da dependência, esta sim, seria patológica, pois aprisiona o usuário a uma relação que o deixa sem condições de desejar outra coisa senão a própria droga, interferindo assim na vida social e psíquica do indivíduo.

Desta forma, a toxicomania é caracterizada pela relação de uso intensivo e único com a droga, neste sentido Serretti (2012) assinala que,

A toxicomania é uma relação intensa e exclusiva, na qual, do ponto de vista econômico, o uso de drogas já se tenha estabelecido também como uma função psíquica, [...] o importante na toxicomania é a posição que o sujeito se coloca diante da substância, a relação exclusiva que acaba por levar a uma fixação pulsional [...].

Portanto, há dificuldades neste consenso entre a relação do uso moderado a dependência, bem como nas estratégias de tratamento do dependente químico devido a propostas de tratamento diferentes e divergentes entre si, que geralmente focam sua atenção na química e não na relação que o sujeito estabelece com a droga, desconsiderando assim, as relações subjetivas iniciais.

Lacan (1976), considera a toxicomania como um meio encontrado pelo sujeito para romper com o gozo fálico, pois não ser sujeito é ser objeto, e gera angústia. Logo o uso da droga seria uma forma de romper com esta posição de ser apenas objeto. Segundo tal pressuposto, Le Poulichet (1996) enfatiza que nos casos de toxicomania, o sujeito busca o gozo (CNM, 2010) perdido das primeiras relações, e ao mesmo tempo busca romper com o gozo fálico (G1, 2013). Destacando que,

O caráter transgressor das toxicomanias mostra notadamente em que medida é necessário para esses sujeitos afirmar um desejo próprio, sob forma de aspiração do negativo, a fim de resistir a sujeição ao “bem” de um padrão maternal. Esse Outro que, em nome do “bem” do filho, exige do seu corpo coisas enigmáticas para este, o confronto com a ameaça de ser invadido ou incestuosamente instrumentalizado.

Ribeiro (2003) considera que a intercalação entre o gozo e a falta que é vivenciada pelo toxicômano não é apenas sofrida é também uma encenação do desejo, porém este preso em uma montagem perversa² que leva a anulação de ser agente

da própria subjetividade. Ou seja, um estado de objetualização que a mãe o coloca, o reduzindo a posição de objeto, considerada angustiante, já que significaria sua morte enquanto sujeito.

Em outras palavras, Ribeiro (2011) afirma que,

[...] toxicomania, este fenômeno caracteriza-se fundamentalmente por um rompimento com o gozo fálico [...] esse rompimento se dá porque o gozo fálico gera angústia, devido ao fato de ser oriundo da castração - a operação que se caracteriza pela entrada do sujeito na Lei simbólica e que barra o acesso ao gozo pleno, só possível antes da entrada do humano no mundo da linguagem [...] neste sentido a toxicomania é entendida como uma tentativa de romper com o gozo fálico e, portanto, com a operação de castração.

Logo, uma determinada substância psicoativa, viria a ser a busca por este gozo de ocupar um lugar privilegiado e ao mesmo tempo uma tentativa de ser sujeito, pois, a droga é passível de controle, ou seja, ele é ativo no processo, ele quem determina o momento do uso e o momento da abstinência, ela fornece a ele a possibilidade do intervalo entre as demandas que não possuiu inicialmente com a relação materna. “a autocronia toxicomânica se organiza diante do perigo e na vertigem de tornar-se incessantemente o bem do Outro, e de desaparecer [...]” (LE POULICHET, 1996).

Assim, o pavor em desaparecer enquanto sujeito impele o indivíduo a buscar meios de afastar este “demônio” de ser engolido pelo Outro materno, através da operação *farmakon* descrita como, um meio de buscar resistir a invasão materna, é a tentativa de colocar um limite no gozo do Outro, na busca por manter a integridade subjetiva, “[...] uma forma de resistir a uma invasão de um fluxo de tipo materno, na tentativa de produzir uma orda que possa fechar algo do corpo e ‘tapar os orifícios’ para essa invasão” (Calligaris, 1986).

É como se o toxicômano não encontrasse um outro objeto que pudesse lhe dar aquela satisfação primeva das primeiras relações, e busca neste único objeto a satisfação pulsional, ao mesmo tempo remontando o processo de alienação e separação, tentando assim garantir que a falta não lhe falte (LE POULICHET, 1996).

A autora destaca que o uso da droga seria uma tentativa de alívio da dor narcísica e aliviar a angústia de ser absorvido pelo Outro, uma medida de amenizar uma dor subjetiva insuportável ao toxicômano, isto é, o *Farmakon* é considerado como remédio de um sofrimento tido como “insuportável”.

Em toxicomania a operação de *Farmakon*, segundo explana Conte (2003) significa que,

[...] há uma exclusão do Outro e a interrupção dos recortes pulsionais. Ela permite a constituição de um “novo corpo” como “máquina”, frente ao qual seu operador é o toxicômano que detém um saber, que não é suposto, mas real, sobre como abastecê-lo para que esta operação cumpra a função de interpor algo entre ele e o Outro.

Quando há o consumo de droga o indivíduo padece entre duas posições, o remédio e o veneno sendo um a continuidade do outro, a posição entre o que é benéfico subjetivamente e o que é maléfico organicamente, mas que o impele a buscar mais, provavelmente, pois a dor da incompletude e a angústia de ser absorvido pelo Outro prevaleça.

Remédio e veneno são as duas faces que constituem o princípio do *farmakon*. Princípio este encontrado em qualquer uso de drogas. Apesar de o princípio do *farmakon* es-

² Por montagem podemos entender a reunião de partes de modo que possam funcionar e cumprir um fim utilitário. Considerando que a perversão é efeito do laço do sujeito com o Outro, onde o primeiro torna-se instrumento para o segundo². No caso citado, o toxicômano, em suas relações primordiais é colocado como

objeto, na maior parte das vezes, na relação materna.

tar presente no uso de drogas, a operação *farmakon* é própria das toxicomanias. É nas toxicomanias que o tóxico constitui um sintoma que permite ao sujeito escapar de uma dor para ele insuportável: a dor da diferença Torossian (2006).

Portanto, tóxico é aquilo que impregna, que não solta, nos casos em que o filho é tomado com objeto, e apenas isso, pela sua mãe, um intervalo insuficiente entre uma demanda e outra, é tóxica, o sujeito em uma tentativa desesperada de não morrer enquanto sujeito, busca a droga, esta sim, ele tem o controle, e pode garantir que se marque a falta, a delimite, algo que em suas primeiras relações não ficou bem demarcado, assim como é tóxico sua relação única e exclusiva com a droga, “[...] atos toxicomaníacos como derradeiros procedimentos de autoconservação, ou como tentativas de cura”⁴. Entretanto, cura pelo mal.

Nesta circunstância, Berlinck (2012) assinala que a toxicomania pode ser entendida, a partir de uma dependência de um veneno, o tóxico, em uma tentativa de envenenar-se constantemente. Porém, é importante salientar que tanto para Freud quanto para Le Poulichet (1996), a segunda a partir de uma leitura Lacaniana, o mal perpetrado pelo toxicômano a si mesmo, é uma tentativa algumas vezes bem sucedida de alívio de um sofrimento, se para Freud (1930) o sujeito busca a droga como uma medida paliativa que visa atenuar o sofrimento imposto pela vida em sociedade, para Le Poulichet (1996), o indivíduo busca desesperadamente seu resgate enquanto sujeito, o que para ambos é um meio de escapar da angústia e do sofrimento.

A esse respeito, Conte (2003) faz um recorte e estabelece um relato de *Farmakon* e *Toxikon*, em que o *Toxikon* assume-se como *Farmakon* na busca em atenuar a dor do toxicômano, neste ponto as teorias Freudianas e a teoria de linha Lacaniana convergem, isto é, se para Freud a droga é uma medida paliativa grosseira, o uso do tóxico como remédio é também um meio, digamos, paliativo, tanto para alívio da dor de existir, quanto para o sofrimento esmagador de desaparecer enquanto sujeito. Desta forma, mais do que um contraponto nas teorias relacionadas a toxicomania dentro da abordagem psicanalítica, há uma complementação entre ambas, uma corrobora a outra no que tange o uso de substâncias psicoativas em que o objetivo primordial da toxicomania é atenuar o sofrimento psíquico.

4. CONCLUSÃO

Na atualidade há um número assustador de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, entretanto, é importante frisar que nem todos que usam de tais artifícios para a fuga da realidade, descrita por Freud, pode ser considerado toxicômano. Com o levantamento da pesquisa foi possível notar tal diferenciação, alguns autores, principalmente segundo os pressupostos Lacanianos defendem a toxicomania como um meio de defesa, uma passagem ao ato na tentativa de romper com o gozo fálico, nota-se, que provavelmente, que os toxicômanos, segundo esta vertente psicanalítica, buscam uma fuga de ser objeto de suas mães, embora seja reconfortante ocupar aquele lugar idealizado isso acarretaria como a destruição do sujeito a nível imaginário.

Freud, pai da psicanálise, pouco falou sobre as toxicomanias, fez menção apenas em seu famoso texto “Mal-estar nas Civilizações”, em que considera o uso de drogas como um recurso de alívio da dor de existir, ou seja, as exigências sociais são tão esmagadoras ao sujeito que somente através do uso de um meio paliativo, um “anestésico” o indivíduo seria capaz de aliviar seus impulsos e desejos.

Os pressupostos Lacanianos, descritos por Le Poulichet, Ribeiro e Conte nos levam a crer que a toxicomania é correlata a tentar escapar de uma invasão materna assustadora, sendo assim uma tentativa e busca pela vida e não autodestruição, não é raro nos depararmos com o discurso de que o usuário de drogas se autodestrói, mas com a pesquisa é possível notar o oposto, o toxicômano busca resguardar sua vida, já que a intrusão materna o reduziria a objeto de sua satisfação, e levaria a morte subjetiva.

Confrontando assim com aquilo que sabidamente encontramos na atualidade não diverge em nada daquilo que Lacan e Freud citaram sobre a toxicomania, grosso modo, se pensarmos em uma sociedade exigente, que muitas vezes nos limita pulsionalmente, e que nos impele a um consumo, conforme defende Melman e Lipovetsky, uma sociedade que muitas vezes viver pode vir a se tornar um fardo, e que substancialmente a única saída escolhida pelo toxicômano é subvertida, uma saída que pouco ou em nada colabora a sua saúde e leva muitas vezes a morte, o que me leva ao questionamento: porque, para algumas pessoas, o uso de drogas até a morte é a saída? Seria a dor de existir, e o medo de ser destruído como sujeito, somado com o desconforto em enfrentamento das leis sociais tão insuportável para alguns, que se findar é a única alternativa? Acredito que estabelecer uma resposta única seja impossível, já que o ser humano é complexo e sua realidade psíquica é única.

REFERÊNCIAS

- [01] UNODC- United Nations Office on Drugs and Crime. Escritório da ONU (Organização das Nações Unidas) sobre drogas e crimes (online). Relatório Mundial sobre Drogas, 2014. Disponível em: <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html>>. Acesso em: 27 Abr. 2015.
- [02] Confederação Nacional dos Municípios (CNM) Caderno: Pesquisa sobre a situação do crack nos Municípios brasileiros. Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.cnm.org.br/sites/5700/5770/14122010_Mapeamento_do_Crack_nos_municipios_brasil_geral.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2014.
- [03] Jornal G1-globo.com(online). Manchete: Brasil tem 370 mil usuários regulares de crack nas capitais, aponta Fiocruz por Luna D'Alama, Rafaela Céo e Isabella Formiga matéria apresentada dia 19 setembro de 2013.
- [04] Le Poulichet S. O tempo na psicanálise. Traduzido por Lucy Magalhães, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

- [05] Roudinesco E, Plon M. Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- [06] Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1993.
- [07] Bento VES, Tóxico e adicção comparados a paixão e toxicomania: etimologia e psicanálise. Revista: Psicologia USP. Vol. 17, n. 1, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642006001000011&script=sci_arttext> Acesso em: 16 mar. 2014.
- [08] Gianesi APL, A toxicomania e o sujeito na psicanálise. Revista: Psyquê. Vol.09, n. 05, São Paulo, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-11382005000100010&script=sci_arttext> . Acesso em: 16 mar. 2014.
- [09] Freud S.[1930] O mal-estar na civilização. In Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 1º ed. vol. 21, p. 67-148. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- [10] Lipovetsky G. Os tempos hipermodernos. 2. ed. São Paulo: Barcarolla, 2004.
- [11] Pereira S. O uso e o abuso de drogas na adolescência”, in CIRINO, O. & MEDEIROS, R. (Orgs.) Álcool e outras drogas: impasses, escolhas e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.
- [12] Melman C. Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar. São Paulo: Escuta, 1992.
- [13] Brecha MGS, Lopez NP, Postigo VMC. Voracidade e sofrimento psíquico na adicção: considerações sobre compulsão, hedonismo e imediatismo no contemporâneo. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/v_congresso/p_69_-_marilia_gabriela_da_silva_brecha,_nilcea_p_lopes_e_vanuza_m_c_postigo.pdf>. Acesso em: 08 de Jun. 2015.
- [14] Ribeiro EM. A toxicomania e os paradoxos da liberdade. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA), n. 24, Porto alegre, 2003. Disponível em: <<http://www.appoa.com.br/download/revista24.pdf?Appoa=15d31762f6e37a0c7b15f27e34d31981>>. Acesso em: 10 Mar. 2015.
- [15] Lacan J. O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1969.
- [16] Pacheco RAF. Drogas: Um mal-estar na cultura contemporânea. Psicanálise e Universidade: Revista do Núcleo de Pesquisas Psicanalíticas e do Núcleo de Pesquisa Psicanálise e Sociedade da PUC/SP, n.9-10. São Paulo: Educ, 2005. Disponível em<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=365393&indexSearch=ID>> Acesso em: 16 Ago. 2015.
- [17] Kaufmann P. Dicionário enciclopédico de Psicanálise. Rio de Janeiro:Jorge Zahar, 1996.
- [18] Serretti MAT. Toxicomania: um estudo psicanalítico. Revista: Mosaico: estudos em psicologia, vol. 5, nº 1, p. 46-60, 2012. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/mosaico/index.php/mosaico/article/view/106>>. Acesso em: 15 Ago. 2014.
- [19] Ribeiro CT. Usuário ou Toxicômano? Um estudo psicanalítico sobre duas formas possíveis de relação com as drogas na contemporaneidade. Revista: Estudos e pesquisa em psicologia, vol. 11, n. 2, p. 633-647, ISSN 1808-4281, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v11n2/artigos/pdf/v11n2a17.pdf>> Acesso em: 17 mar. 2014.
- [20] LEITE, M. P. S. A teoria dos Gozos em Lacan. Antropos Moderno, 2005. Disponível em: <http://antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id_articulo=750>. Acesso em: 13 Ago. 2015.
- [21] Dor J. Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- [22] Calligaris C. Perversão: Um laço social? Salvador: Cooperativa Cultural Jacques Lacan, 1986.
- [23] Conte M. Necessidade – demanda – Desejo: os tempos lógicos na direção do tratamento nas toxicomanias. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (AP-POA), n. 24, Porto alegre, 2003. Disponível em: <<http://www.appoa.com.br/download/revista24.pdf?Appoa=15d31762f6e37a0c7b15f27e34d31981>>. Acesso em: 10 Mar. 2015.
- [24] Torossian SD. Escrita e histórias de toxicomanias. Revista: UNISC (Universidade de Santa cruz do sul) ISSN-1982-2014, Santa Cruz do sul, 2006. Disponível em:<<http://online.unisc.br/seer/index.php/signo/article/view/442/295>> acesso em: 28 Mai. 2014.
- [25] Berlinck MT. Atendimento Psicológico das toxicomanias. São Paulo: Zagodoni, 2012.

LUTO INFANTIL: A VIVÊNCIA DIANTE DA PERDA DE UM DOS PAIS

CHILDREN'S GRIEF: EXPERIENCING THE LOSS OF A PARENT

JOSILAINE COSTA LEANDRO¹, PATRÍCIA MARIA LIMA DE FREITAS^{2*}

1. Acadêmica do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Ingá-Uningá; 2. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina, Docente do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Ingá.

* Rua Novo Horizonte, 529, centro, Paranapoema, Paraná, Brasil, CEP. 87680-000. josilaineleandro@hotmail.com

Recebido em 09/09/2015. Aceito para publicação em 17/12/2015

RESUMO

O processo do luto sempre será considerado como algo conflituoso e traumático na vida de grande parte dos seres humanos. Segue-se, portanto, que falar sobre esse tema é difícil para a maioria das pessoas por causa do incômodo que invariavelmente causa, pois vem acompanhado sempre da lembrança de um momento angustiante. Quando se trata de crianças, esse processo se torna ainda mais traumático, já que se leva em consideração o fato de que o filho ou a filha se encontra em um processo de desenvolvimento cognitivo, emocional e psíquico, época em que, mais que nunca, precisa dos pais para garantir sua sobrevivência. Diante disso, este trabalho se propôs a entender, mediante o estudo das teorias já existentes, ou seja, mediante uma pesquisa bibliográfica, como ocorre o processo de luto na infância. O objetivo é entender de que modo a criança vivencia o luto diante da perda de um dos pais, buscando compreender os processos que podem facilitar a elaboração psicológica saudável dessa perda geralmente tão desorganizadora na existência humana, principalmente na infância.

PALAVRAS-CHAVE: Morte, luto, luto infantil.

ABSTRACT

The grieving process will always be considered a conflicting and traumatic issue in most people's life. It is understandable, therefore, that talking about this topic is tough for the majority of people due to the pain that it invariably causes, once it comes along with a distressing reminder. When it comes to children, this process may be even more traumatic, since it takes into account the fact that the son or daughter is in a process of emotional cognitive development, when the parent's presence is important more than ever in order to ensure its survival. Confronted with this, this academic work proposes to investigate, by studying existing theories (bibliographical research), how the grieving process affects a child's development. The objective is to understand how the child experiences grief when losing a parent, seeking to clarify the processes that can facilitate a healthy psychological elaboration of that kind of loss, usually so disruptive in human existence, especially in childhood.

KEYWORDS: Death, mourning, children's grief.

1. INTRODUÇÃO

A morte é um tema tratado como um tabu por grande

parte das pessoas, pois sempre há certo desconforto quando se fala nesse assunto. Sobre isso, Elias (2001) pontua que existem construções sociais diante do tema da morte, talvez por esse motivo o tema luto ainda seja visto por muitas pessoas com certo receio.

Dessa forma, lidar com o luto é sempre um desafio para aqueles que passam por esse processo e, quando se trata de crianças que vivenciam tal experiência, pode ser ainda mais difícil. Como se sabe, se esse já é um estado de desorganização psíquica para um adulto, quando se refere à criança pode, então, ser mais desorganizador, já que os infantes se encontram ainda em um processo de desenvolvimento psíquico e emocional. Diante disso, o presente trabalho tem por objetivo principal compreender o processo de luto infantil diante da perda de um dos genitores. Para tanto, começa-se por evidenciar como ocorre o processo de luto para a criança, identificando processos que podem contribuir para a elaboração do luto.

Este trabalho deve ser tomado como de natureza predominantemente qualitativa. Consultando Severino (2007) sobre a tipologia das pesquisas científicas, lá se encontra que uma pesquisa é qualitativa quando se destaca por salientar elementos epistemológicos, não levando como principal consideração outros tipos de questões metodológicas.

Diante disso, foi então realizada uma busca bibliográfica, procurando-se livros e artigos científicos enfocando esse sobre o assunto escolhido, o que confere com pesquisa bibliográfica segundo Gil (2002). Assim, de acordo com o autor, esse tipo de pesquisa permite ao investigador apropriar-se de uma gama de fenômenos mais ampla que alguns outros tipos de pesquisa. Por fim, este trabalho foi feito com base em teorias já existentes, teorias essas que especificamente abordam a compreensão do processo de luto infantil. Além disso, realizou-se uma busca de referencial de literatura na Base de Dados Scielo, utilizando palavras-chave no idioma português, sendo elas: "luto", "luto infantil", "morte", "a criança

diante da morte” e “luto para a criança”.

O presente estudo foi realizado com base nas teorias de autores da abordagem psicanalítica, abordando o seguinte problema de pesquisa: *De que forma a criança vivencia o processo de luto diante da morte de um dos genitores?*

As autoras Franco & Mazorra (2007) abordaram importantes trabalhos a respeito do processo de luto infantil. De acordo com elas, a morte de um dos pais é uma das experiências mais impressionantes na vida de uma criança. Assim, “[...] com os pais, morre também a ilusão narcísica da onipotência infantil em um momento em que ela é necessária como fonte de segurança”. Dessa forma, “[...] com a morte de um genitor, a criança perde o mundo que conhecia. Aquele em que o genitor podia afastar-se e ao qual retornava. Agora seu mundo está enlutado: torna-se difícil lidar com toda a gama de sentimentos que parecem invadi-la com o desmoronamento da família” (FRANCO & MAZORRA, 2007, p. 504).

Deste modo, a partir de trabalhos como os de Franco & Mazorra (2007), surgiu o interesse em aprofundar os estudos neste campo, buscando explicações bibliográficas a respeito de como ocorre à elaboração do luto por parte da criança.

Para tanto, o presente trabalho foi pensado para ser composto por duas partes. A primeira parte se envolve com a discussão teórica que aborda o tema do luto, sendo essa parte dividida em dois momentos. Assim, num primeiro momento será abordada uma visão ampla sobre o luto, bem como seu conceito de acordo com alguns autores. O segundo momento traz o conceito de luto especificamente na infância, no qual fica destacado como o luto é visto pela criança, como ela lida com tal situação, bem como os fatores que podem contribuir no processo de elaboração.

A segunda parte que compõe o trabalho refere-se à conclusão, na qual serão evidenciadas as considerações feitas após a revisão bibliográfica.

Cabe ainda destacar que a importância deste trabalho se dá as contribuições que poderá oferecer às pessoas diante de um tema que é sempre visto com certo receio, muitas vezes por consequência da falta de informação sobre o assunto. Assim, entender o processo de luto na infância e as formas que poderão contribuir na elaboração é fundamental para aqueles que passam ou passaram por esse processo.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O levantamento de dados foi realizado por meio da pesquisa bibliográfica, na qual foi possível encontrar, na literatura existente, materiais sobre o tema abordado, isto é, luto na infância. Para tanto, foram utilizados livros, artigos científicos disponíveis em bancos de dados como Scielo, revistas eletrônicas, bem como dissertações de

mestrado.

Diante disso, Gil (2002) aponta que esse tipo de pesquisa é constituído a partir de livros e artigos científicos, permitindo assim que o autor se aproprie de uma gama de fenômenos mais ampla do que qualquer outro tipo de pesquisa. Assim, vale acrescentar que este trabalho foi elaborado com base em teorias já existentes, tendo como um de seus objetivos fornecer ao leitor os principais estudos elencados sobre o tema proposto.

3. DISCUSSÃO

Morte e luto

O luto pela perda de uma pessoa amada é a experiência mais universal e, ao mesmo tempo, mais desorganizadora e assustadora que vive o ser humano. O sentido dado à vida é repensado, as relações são refeitas a partir de uma avaliação de seu significado, a identidade pessoal se transforma. Nada mais é como costumava ser. E ainda assim há vida no luto, há esperança de transformação, de recomeço. Porque há um tempo de chegar e um tempo de partir, a vida é feita de pequenos e grandes lutos, através dos quais, o ser humano se dá conta de sua condição de ser mortal.

FRANCO *et al.* (2007)

Freud (1917) fez importantes considerações a respeito do luto. Segundo esse pensador, o luto consiste numa forma como uma pessoa reage diante da perda de alguém com quem se possuía laços afetivos: “Nunca nos ocorre considerar o luto como um estado patológico, nem encaminhá-lo para tratamento médico, embora ele acarrete graves desvios da conduta normal da vida. Confiamos que será superado depois de algum tempo e consideramos inadequado e até mesmo prejudicial perturbá-lo” (FREUD, 1917, p. 47).

Conforme afirma Freud (1917), o luto exerce um trabalho no qual se tem a realidade de que o objeto amado deixou de existir e desta forma a libido não mais poderá ser depositada nele. Tal fato não é aceito facilmente pelo homem, pois não é simples para ele depositar essa libido em outro objeto de amor. Além disso, esse processo ocorre de forma gradual. Desse modo, “Uma a uma, as lembranças e expectativas pelas quais a libido se ligava ao objeto são focalizados e superinvestidas, e nelas se realiza o desligamento da libido” (FREUD, 1917, p. 49).

Então, do ponto de vista freudiano, quando ocorre o luto normal, o indivíduo é capaz de elaborar a perda daquele objeto de amor e, durante esse processo, absorve igualmente as energias do ego. O luto, assim, consiste em um processo normal de se perder um objeto amado, perda a partir da qual a libido não poderá mais ser depositada no mesmo objeto e então esse objeto terá de ser substituído por outro.

Kübler-Ross (1998) também faz algumas considerações a respeito do luto. Segundo a autora, quando vol-

tamos ao tempo e estudamos culturas e povos antigos, podemos perceber que o tema da morte sempre foi evitado pelos seres humanos. Do ponto de vista psiquiátrico, ao se tratar de nossa própria morte, nunca seremos capazes de aceitar que ela seja possível, pois, para o inconsciente, este é um fato que jamais ocorrerá. Dessa forma, a morte somente aconteceria se tivesse alguma relação com acontecimentos malignos ou ainda como um castigo.

Outra autora que realizou estudos sobre o luto foi Kovács (1992), dizendo que a morte sempre nos traz recordações, já que se trata de uma das mais dolorosas perdas. No caso da figura materna, a separação temporária ou definitiva sempre causará algum tipo de angústia. Assim, quando se trata da morte de pessoas com as quais estão estabelecidos os nossos vínculos mais próximos, ou seja, de pai, de mãe, de filho, de irmão, de amigos, entre outros, provavelmente alguém terá uma história a relatar. “A morte do outro se configura com a vivência da morte em vida. É a possibilidade de experiência da morte que não é a própria, mas vivida como se uma parte nossa morresse, uma parte ligada ao outro pelos vínculos estabelecidos” (KOVÁCS, 1992, p. 153).

Nesse sentido, ainda segundo a autora, a morte se relaciona diretamente com o rompimento de vínculos. A pessoa que vivencia essa perda retrata a morte como sendo um pedaço de si que lhe fora retirado. O sentimento de perda de um ente querido é extremamente forte, sendo quase remota a possibilidade de encontrar alguém que nunca tenha passado por tal situação dolorosa.

Sobre o sentimento relacionado à morte do outro, Kovács (1992, p. 154) diz:

Ver a perda como fatalidade, ocultar os sentimentos, eliminar a dor, apontar o crescimento possível diante dela, podem ser formas de negar o sentimento que a morte provoca para não sofrer. A expressão de sentimentos nessas ocasiões é fundamental para o desenvolvimento do processo de luto.

Kovács (1992, p. 160) destaca ainda que o modo como a pessoa enlutada se relaciona com o morto influenciará o processo do luto, pois “[...] relacionamentos carregados de hostilidade, ressentimento e mágoa são mais difíceis de serem elaborados”, ou seja, quando o relacionamento com o ente querido é tido como conturbado, a vivência do luto tende a ser mais difícil de ser bem elaborada. Sobre isso, Bee (1997) considera que é inevitável não sofrer diante da perda de uma pessoa com quem se tem algum tipo de vínculo e que o fracasso em vivenciar este sofrimento revela que o indivíduo não passou de forma “adequada” pelo processo do luto.

Os que manifestam sua dor, que “se permitem ao luto”, estão se comportando de uma forma saudável. Aquelas pessoas que não evidenciam imediatamente o sofrimento após uma perda costuma ser aqueles que ainda se mostram deprimidos vários anos após, ao passo que

aqueles que evidenciam um mínimo de sofrimento imediatamente não mostram sinais de problemas posteriores. (BOWLBY E SANDERS 1989 apud BEE, 1997, p. 602).

Cabe pensar, contudo, de acordo com Elias (2001), que o jogo existencial do ser humano, onde a vida e morte se fazem parceiras inseparáveis, é um problema dos vivos e apenas dos vivos humanos, pois, embora compartilhem o nascimento, a doença, a juventude, a maturidade, a velhice e a morte com os animais, apenas os seres humanos, dentre todos os seres vivos, sabem que morrerão.

Diante do exposto acima, foi possível compreender como ocorre o processo do luto e o quanto ele pode ser doloroso e capaz de deixar marcas definitivas em todos os seres humanos diante da perda de uma pessoa com a qual se têm importantes laços afetivos.

Desse modo, após compreendermos o processo do luto de uma forma mais ampla, seguem considerações a respeito de como esse processo acontece na infância.

A criança e o luto

De acordo com Torres (2012), apesar de os estudos sobre o tema da morte terem aumentado nas últimas décadas, é possível perceber que o assunto ainda é pouco abordado no campo da psicologia. Além disso, quando se trata de crianças diante da morte paterna ou materna, percebe-se que há menos pesquisas ainda nesse campo. Sendo assim, pretende-se a seguir abordar os principais estudos realizados pelo campo da psicologia a respeito deste tema. Deste modo, Bee (1997) é uma autora que realiza importantes estudos sobre o significado da morte para a criança.

Assim, segundo essa autora, para as crianças o significado da morte pode ser revertido pela oração, por magia ou pensamento em sua fantasia, fazendo-as sentirem que, mesmo após a morte, é possível ter sensações ou respirar. Além disso, a criança pode encarar a morte como uma punição por ser “mau”. Apenas a partir da idade pré-escolar, conhecida por Piaget como início das operações concretas, que a maioria das crianças parece compreender a morte de forma mais próxima à realidade.

Gauderer (1987 apud ANTON & FAVERO, 2010) também faz considerações sobre esse tema. Suas considerações dizem que crianças com idade anterior a cinco anos acreditam que a morte seja um acontecimento reversível, pois não possuem noção da realidade ou do conceito de morte. Nesses casos, o indicado é tentar explicar, de forma clara, dando exemplos mais concretos possíveis e que de preferência já tenha feito parte de sua vivência, como, por exemplo, um animal de estimação que morreu. Ainda segundo este autor, evitar contar a verdade pode causar consequências, ou seja, abalar a capacidade de estabelecer laço de confiança com a cri-

ança.

É a partir dos oito anos que a criança passa a entender a morte como algo irreversível. É importante entender que, independentemente da idade, deve-se sempre informar a criança sobre o ocorrido, usando uma linguagem adequada para a idade (GAUDERER, 1987 apud ANTON e FAVERO, 2010).

A respeito disso, Torres (1996 apud ANTON & FAVERO, 2010. p. 03) diz que “[...] o diálogo com a criança sobre a morte deve levar em conta sua capacidade compreensiva, de acordo com o período do desenvolvimento, pois dependendo da fase, a criança não compreende a definição de morte da mesma forma que um adulto”.

Sendo assim, no que se refere ao significado da morte para a criança, Kovács (1992) explica que a forma como a criança vivencia o processo do luto é influenciada pela maneira como esse mesmo processo acontece com os adultos, podendo estar relacionado também com as informações que a criança possui a esse respeito. Assim como o adulto, a criança também passa pela fase de negação da morte do outro, isso nela causando a fantasia de que é responsável por essa morte, o que, por vezes, faz com que a criança comece a emitir sintomas parecidos com os da pessoa que morreu.

Sobre isso, Torres (2012) considera que existe uma forte semelhança entre o luto vivenciado pelo adulto e o luto vivenciado pela criança, ou seja, nas duas fases da vida, o modo de reagir a esse processo é bastante peculiar, tanto para um quanto para outro.

A autora acrescenta que há uma separação entre o luto sadio e o luto patológico, ressaltando que o que diferencia os dois não se trata apenas dos sintomas apresentados pela criança, mas também da intensidade com que eles ocorrem. Para tanto, Grollman (1967 apud TORRES, 2012) diz que o luto patológico é observado quando há uma negação prolongada da realidade e quando há uma persistência de distúrbios somáticos, de culpa, de apatia crescente e de insistência de reações hostis em relação aos outros. Desse modo, de acordo com Torres (2012), é muito importante observar não só o comportamento evidenciado pela criança, mas também por quanto tempo esse comportamento persiste.

Após feitas considerações sobre o sentido da morte para a criança, trata-se agora do impacto da morte de um dos pais na vida de uma criança. Desse modo, Torres (2012, p. 126) ressalta que “[...] a maior crise na vida de uma criança é sem dúvida aquela provocada pela morte de um dos pais, pois, a partir daí o mundo nunca mais será o mesmo lugar seguro de antes.” Diante disso, a perda de um dos pais resulta na criança a passagem por aspectos, como: permanecer na fantasia ligada ao progenitor morto; investir a libido em atividades; temer amar outras pessoas; e, por fim, aceitar a perda e encontrar outra pessoa para amar, sendo este último o indício de

que o processo de luto ocorreu de maneira normal. Todavia, quanto esse processo normal não ocorre, é provável que no futuro ocasionem relacionamentos prejudicados pela busca inconsciente de um relacionamento parecido com o que teve com o progenitor morto.

Sobre isso, Torres (2012, p. 126) diz que:

A perda da mãe, por exemplo, no caso do menino mais velho, se percebida como uma rejeição poderá mais tarde levá-lo a romper antecipadamente os relacionamentos com a figura feminina, na tentativa de evitar que as mulheres possam fazer com ele o mesmo que sua mãe fez. Já a morte do pai, e, portanto, a perda de um modelo, poderá trazer dificuldades na construção de sua autoimagem e na conquista de sua identidade.

De acordo com a autora, a maneira como irá se desenvolver o processo do luto na criança é influenciado, além de outros fatores já mencionados, pelo que lhe é dito, como é dito, como o genitor sobrevivente reage, e como espera que a criança reaja. Vale, portanto, acrescentar que o modo como a criança vivencia o processo de luto depende também do auxílio que o pai sobrevivente poderá fornecer diante da situação da perda. Além disso, o comportamento desse pai influenciará na maneira como a criança elabora o processo do luto.

Franco e Mazorra (2007) também fazem importantes estudos sobre o luto infantil. Com seus estudos, elas constataram que a morte de um dos pais é uma das experiências mais impressionantes na vida de uma criança, ou seja, “[...] diante da ausência irreversível de um vínculo provedor de sustentação, a criança se depara com profundos sentimentos de desamparo e impotência” (FRANCO E MAZORRA, 2007, p. 504). Todos esses sentimentos vivenciados pela criança são resultado de uma insegurança que prevalece diante da perda de seu objeto de amor.

Diante disso, as autoras destacam um estudo feito por Torres (1999) e que aponta que apenas após a aquisição de um pensamento cognitivo concreto a criança é capaz de compreender a irreversibilidade da morte. Sendo assim, a autora pontua que a ausência dessa capacidade cognitiva em compreender a morte como um fato irreversível dificulta o processo de elaboração da perda.

Dessa forma, a criança encontra dificuldades para elaborar a perda de um objeto de amor, isto é, ela ainda é dependente desse objeto, pois ainda está vivenciando seu processo de desenvolvimento psíquico, bem como ainda necessita do outro que possa garantir sua sobrevivência física e seu desenvolvimento emocional (SCALOZUB, 1998 apud FRANCO & MAZORRA, 2007).

Em função de sua maior dificuldade cognitiva e emocional para significar a perda, a elaboração do luto vivido pela criança é processada ao longo da estruturação psíquica, em distintos momentos de sua vida, à medida que ela vai podendo significar o que viveu. O luto pode ser reativado, também, ao longo da vida, ao encontrar

ressonância com conflitos do futuro desenvolvimento. (FRANCO & MAZORRA, 2007, p. 505).

Assim, a criança se encontra em um processo de estruturação da personalidade, portanto cabe dizer que possui um modo próprio de elaboração do luto, ou seja, em alguns aspectos, a criança vivencia o luto de forma diferente do modo adulto. Sendo assim, ela é capaz de elaborar o luto, porém ela o faz com suas características peculiares.

As autoras ressaltam que a forma de elaboração do luto por parte da criança também está relacionada com fatores externos, como, por exemplo, relação com a pessoa perdida, circunstância em que a perda ocorreu, informação recebida pela criança, tipo de morte, estressores e mudanças no cotidiano da criança. Assim, a elaboração do luto na criança “[...] está em estreita relação com a possibilidade de elaboração do genitor sobrevivente e do restante da família” (FRANCO & MAZORRA, 2007, p. 505).

Sobre isso, Torres (2012) fez algumas considerações que podem contribuir no enfrentamento do processo do luto infantil, sendo elas: promover a comunicação aberta e segura dentro da família, informando a criança sobre o que aconteceu; garantir que terão o tempo necessário para elaborar o luto, e que terão um ouvinte compreensivo toda vez que expressarem saudade, tristeza, culpa e raiva; e, finalmente, no caso da morte de um dos pais, assegurar-lhes que continuarão tendo proteção, pois não é incomum que a criança tenha medo de perder o pai sobrevivente e de que a morte venha buscá-la também. Desse modo, “[...] esta garantia de segurança será facilitada quando a criança tiver tido um relacionamento seguro com os pais antes da perda” (TORRES, 2012, p. 127).

A autora destaca ainda que é importante, diante dessas medidas por ela descritas, considerar se as curiosidades da criança com relação à morte tiveram os devidos esclarecimentos com a família antes da perda do/a pai/mãe acontecer. Assim, se tais curiosidades foram bem atendidas em tempo hábil, então será mais fácil para a família dar a notícia da morte. Por outro lado, quando há um silêncio com relação a essas curiosidades, isso pode levar a criança a reprimir seus sentimentos diante da notícia da morte. Além disso, reprimir sentimentos poderá repercutir em distúrbios de comportamento e, ainda, uma dificuldade em lidar com conflitos, tanto externos, como internos. Diante disso, “[...] a perda na infância pode tornar a pessoa mais vulnerável e mais propensa a distúrbios afetivos” (TORRES, 2012, p. 131). Entretanto, nem todas as pessoas que passaram pela perda de um dos pais na infância tornaram-se adultos com conflitos afetivos, o que, mais uma vez, remete à importância da necessidade de um adulto que possa oferecer um suporte adequado para que a criança possa elaborar o luto da forma mais saudável possível. Sobre

isso, Fujisaka (2009) também faz algumas considerações que contribuem no entendimento do processo do luto infantil.

Segundo essa pensadora, um fato importante a ser observado diante do luto na infância é quanto à falta de reação emocional por parte da criança diante da morte de um dos genitores. Se ocorrer essa falta de reação, isso pode estar ligado ao fato de ter havido pouca informação oferecida à criança ou, em outros casos, a informação pode ter sido realizada, porém não foi permitido que a criança expressasse seus sentimentos e suas emoções. Além disso, essa deficiência nas informações oferecidas à criança só tem a concorrer para um processo não saudável da elaboração do luto.

O adulto em geral, não só adota a atitude de negar a explicação sobre a morte, como também tenta, muitas vezes, afastá-la “magicamente”. Com esse procedimento, procura minimizar o significado que a morte pode ter como uma força ativa no desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança. Entretanto, essa negação ou este silêncio em torno da morte em nada ajudam no desenvolvimento da criança. Ao contrário, quando se tenta manter esta atitude geral de negação, o crescimento da criança é prejudicado. (TORRES, apud FERREIRA; SILVA; OLIVEIRA; CARVALHO; 2011, p. 6).

Diante disso, Fujisaka (2009) diz que é extremamente importante que a criança possa contar com o apoio dos adultos mais próximos, e que estes tenham uma comunicação aberta com ela, fornecendo segurança para que ela seja capaz de expressar suas emoções. Além disso, a autora acrescenta que é importante que a criança participe dos rituais que envolvem o luto, isto é, o velório e o enterro.

Sobre isso, a psicóloga Luciana Mazorra do Instituto Quatro Estações, fundado em 1998 por psicólogos da PUC/SP, em um de seus textos a respeito do luto infantil, pontua sobre como ajudar a criança a lidar com a morte. De acordo com a autora, a informação sobre a morte deve ser dada por uma pessoa próxima, que se permita expressar suas próprias emoções, bem como possa explicar tudo o que ocorrerá após o velório e o funeral.

Desse modo, a autora resalta que é importante esclarecer todas as dúvidas da criança, levando em consideração sua capacidade cognitiva em entender, pois devem ser evitadas possíveis fantasias de que o falecido poderá “voltar” ou que a criança se sinta culpada pela morte.

Dessa forma, é relevante elencar o fato de o adulto próximo mostre suas emoções diante da morte, ou seja, é preciso que os adultos se expressem para que a criança se sinta à vontade para fazer o mesmo, pois este é um fator considerável na elaboração do luto. Além disso, ainda que a criança seja incapaz de compreender o que está acontecendo, é necessário compartilhar as emoções

com ela, pois, mesmo que sentimentos de tristeza predominem naquele momento, a criança precisa se sentir amada (MAZORRA, INSTITUTO QUATRO ESTACÕES).

Sobre isso, Walsh e McGoldrick (1998 apud FUJISAKA, 2009, p. 45) afirmam que “A criança precisa de uma atenção especial neste momento de sua vida e que o trauma da perda não é o mais marcante, mas sim a falta que a pessoa perdida fará em sua vida”. Assim, para Fujisaka (2009), as dificuldades a serem enfrentadas pela criança após a perda de um dos pais serão influenciadas pela maneira como o pai sobrevivente e a família irão lidar com a situação.

Dessa forma, o processo de luto não é algo que transcorra em um curto período de tempo, bem como não acontece de maneira fácil, pois requer uma elaboração complexa, causadora de sofrimento, pois “[...] desvincular-se de quem se ama é muito doloroso” (FERREIRA; SILVA; OLIVEIRA; CARVALHO; 2011, p. 7).

A partir dos estudos elaborados por Franco e Mazorra (2007) foi possível observar que, dentre todas as emoções vivenciadas pela criança diante da perda de um dos genitores, o sentimento de desamparo, aparentemente, é aquele que predomina diante de tal situação. Além disso, gera na criança um sentimento ameaçador de sua sobrevivência física e emocional. Diante disso, as autoras acrescentam que esses sentimentos se tornam ainda mais graves, pois,

Além de perder um dos genitores perde também a situação familiar anterior, pois a família necessita reorganizar-se após a perda de um de seus membros. Além disso, o genitor sobrevivente ou responsável, em razão do vínculo com o falecido, está também muito mobilizado com a morte, o que acarreta uma dupla perda para a criança e uma maior sensação de desamparo. (FRANCO & MAZORRA, 2007, p. 508).

As autoras concluem, diante da situação de luto vivenciada pela criança, que a possibilidade de elaboração por ela está interligada com a elaboração do luto que a família está passando, já que a criança está inserida nesse quadro de desorganização familiar causado pela morte. Assim, entende-se que, para se trabalhar com a elaboração do luto infantil, é preciso também intervir junto à família.

Assim como Franco e Mazorra (2007), Ferreira; Silva; Oliveira & Carvalho (2011) consideram que a dificuldade da criança em elaborar o luto está também relacionada com as circunstâncias em que ocorreu a morte, a reestruturação familiar e o que foi dito a respeito da morte. Além disso, esses autores ressaltam que é através da elaboração do luto que ocorrerá a reorganização psíquica e afetiva após a perda. Sendo assim, cada criança possui um modo subjetivo para vivenciar esse processo.

Por fim, é importante destacar, diante deste processo do luto infantil, que cada criança reage de um modo, por

isso se faz necessário levar sempre em consideração o vínculo com o genitor, o que foi lhe informado sobre a morte, as características do desenvolvimento cognitivo e emocional. Dito isso, sabe-se que a morte é algo natural e faz parte do ciclo vital, mas não é sentida de tal forma, pois existem maneiras peculiares de se lidar com esse evento, além de possuir características distintas em cada fase do desenvolvimento humano, como no caso das crianças.

4. CONCLUSÃO

O processo do luto sempre será algo difícil para os que passam pela perda de um objeto amado. Para a maioria das pessoas, a morte de alguém que se ama será sempre a morte de uma parte de nós mesmos, pois, de acordo com os estudos realizados por autores como Kovács (1992), é essa a sensação que se tem diante de tal acontecimento.

Sendo assim, foi possível perceber que a morte de alguém com quem se tem importantes laços afetivos é um dos acontecimentos que mais desorganiza o psíquico de um ser humano. Na visão de Freud, entre as principais dificuldades diante da morte do outro, aceitar a realidade da perda de seu objeto de amor, no qual não poderá mais fazer investimentos libidinais, e ainda se deparar com a situação de ter que depositar essa libido em outro objeto, se coloca como as mais difíceis tarefas a serem aceitas. Todavia, apesar das dificuldades, trata-se um processo que, na maioria das vezes, pode ser superado pouco a pouco.

Quanto ao objetivo desta pesquisa de entender como a criança vivencia o processo do luto, foi possível entender, com os dados e as informações obtidos, que cada criança lida e elabora a perda de diversas formas. Algumas se calam, outras manifestam sua dor, outras questionam o sentido da morte antes de expressar qualquer tipo de emoção. Além disso, de acordo com estudos elaborados por Anton & Favero (2010), a idade da criança influenciará na maneira como ela vê a morte, pois algumas delas ainda não conseguem entender a morte como algo irreversível. Sendo assim, é de grande importância dialogar com a criança sobre esse tema, bem como esclarecer as dúvidas pertinentes à faixa etária em que ela se encontra.

Foi possível concluir também que esse processo do luto é bastante conflituoso e traumático para a criança, pois ela ainda se encontra em estágio humano de desenvolvimento cognitivo e emocional. Sendo assim, perder esse genitor, que até então era considerado sua fonte de segurança e proteção, traz para a criança intensos sentimentos, entre eles o de culpa, de raiva, de abandono e ainda de negação da perda, pois um relacionamento entre pais e filhos sempre envolve todos esses sentimentos conflitantes. Vale acrescentar que, diante dessa negação por parte da criança, é preciso observar sua temporali-

dade, pois, em alguns casos, esse luto pode estar sendo vivenciado de forma patológica, isto é, devem ser observados não somente os comportamentos expostos pela criança, mas também há quanto tempo eles estão persistindo.

Assim, é preciso enfatizar que a perda dos pais, de qualquer um deles, sempre se configura como uma das maiores crises da vida da criança, pois os pais são aqueles que irão garantir a sua sobrevivência, tanto física quanto emocional e psíquica. Sendo assim, perder um desses pais seria, provavelmente, perder essa garantia existencial, ou seja, é muito difícil para a criança aceitar a perda de um objeto de amor do qual ela ainda depende para sua sobrevivência.

Diante disso, é essencial para a criança que ela possa contar com um adulto capaz de dar a ela a certeza de que não está só e de que a sua existência não está ameaçada. O genitor vivo deve favorecer um ambiente em que a criança possa expressar seus sentimentos, no qual ela também sinta a segurança de que é amada. Para tanto, é de grande valia que o genitor vivo mostre seus sofrimentos para a criança, não escondendo seu sofrimento diante da morte, para que também ela se sinta confortável em demonstrar o que sente. Estudos feitos por Franco & Mazorra (2007) apontam que a elaboração do luto por parte da criança irá depender também da maneira como o adulto próximo vivencia tal processo. Por isso, é importante frisar que o genitor sobrevivente mostre a sua dor, expresse o seu luto, para que a criança partilhe essa dor e sentir-se à vontade para fazer o mesmo.

O que se espera, então, é que esse trabalho de pesquisa tenha trazido informações e discussões pertinentes ao luto infantil quando da morte de um dos genitores. Assim os leitores saberão agora, caso se defrontem com essa realidade, entender como a criança vivencia o processo de luto diante da perda de um dos pais e, além disso, identificar os fatores que podem dificultar a aceitação da perda do objeto de amor, e ainda os processos facilitadores da melhor elaboração psicológica do luto. Desse modo, vale destacar a importância de um adulto que possa assegurar que a criança não se sinta abandonada, respeitando sempre sua capacidade de elaboração psíquica.

REFERÊNCIAS

- Curso de Psicologia – Faculdades Integradas de Ourinhos. 2011.
- [05] FREUD, S. Luto e melancolia. In: _____. *Sigmund Freud Obras Completas. Vol. 12.* Tradução de Marilene Carone. São Paulo: Cosac Naify, 2011. (Trabalho original publicado em 1917).
- [06] FRANCO, M.H.P e MAZORRA, L. Criança e luto: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor. *Estudos de psicologia. (Campinas)* [online]. 2007, vol. 24, n. 4, pp. 503-511. [acesso em 18/03/2015] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2007000400009&script=ci_abstract&tlng=pt.
- [07] FUJISAKA, A.P. Vivência de luto em adultos que perderam a mãe na infância. São Paulo, 2009. [Acesso em: 24/03/2015]. Disponível em: [file:///C:/Users/Downloads/Mestrado_Fujisaka%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Downloads/Mestrado_Fujisaka%20(2).pdf)
- [08] GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª. ed. São Paulo, Atlas, 2002.
- [09] KÜBLER-ROSS. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos, e aos seus próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- [10] KOVÁCS, M.J. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
- [11] TORRES, W.C. A criança diante da morte: desafios. 4ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- [12] TORRES, W.C. A criança diante da morte: desafios. 4ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.
- [13] MAZORRA, L. Como Ajudar a criança a lidar com o luto. Quatro Estações – Instituto de Psicologia. [s.d]. [acesso em: 13/6/2015]. Disponível em: http://www.4estacoes.com/pdf/como_ajud_crianca.pdf.
- [14] SEVERINO, A. J. Metodologia do trabalho científico. 23ª. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2007.
- [01] ANTON, M.C e FAVERO, E. Morte repentina de genitores e luto infantil: uma revisão da literatura em periódicos científicos. [Acesso em 20/5/2014]. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/viewArticle/16992>.
- [02] BEE, H. O ciclo vital. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- [03] ELIAS, N. A solidão dos moribundos seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- [04] FERREIRA, J. B. A.; SILVA, S. A.; OLIVEIRA, P. A.; CARVALHO, E. L. L. Perda e luto na infância: o desvenculo e suas consequências na formação do psiquismo.

**NORMAS DE PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS
REVISTA UNINGÁ**

- 01) Desde **01/07/2013**, a Revista **UNINGÁ** (**ISSN impresso: 1807-5053, ISSN online: 2318-0579**) passou a adotar o formato *Open Access Journal* (Revista Científica de Acesso Aberto), que garante que o acesso aos artigos publicados seja irrestrito e gratuito. Os autores não terão nenhum custo financeiro para submissão e a subsequente análise do manuscrito pelo corpo editorial do periódico. Entretanto, caso um manuscrito seja aceito para publicação, o autor responsável (autor de correspondência) poderá confirmar o interesse pela publicação realizando o pagamento da taxa de publicação, no valor de R\$ 180,00 (cento e oitenta reais) – valor atualizado em 01/01/2015.
- 02) Os Trabalhos submetidos para publicação na Revista UNINGÁ devem ser originais ou divulgados previamente de forma restrita. Serão aceitos para publicação artigos originais, ensaios, relatos de pesquisas e investigações científicas, revisões de literatura, relatos de casos clínicos e descrições de técnicas, entre outros. O periódico é dividido em três sessões: Artigos Originais, Revisões de Literatura e Relatos de Caso. Desta forma, o(s) autor(es) deve indicar em qual sessão melhor se encaixa o artigo a ser publicado.
- 03) Apresentar o texto de, no máximo, 12 páginas, digitado em Word 8.0, ou posterior, em papel tamanho A4, com espaçamento simples, sem espaços ociosos entre os parágrafos, fonte Times New Roman, tamanho 12. As margens devem ter 3 cm à esquerda e à direita e 2 cm acima e abaixo. O texto deverá estar justificado à página.
- 04) **TÍTULO** (em português e inglês) Deverá estar em negrito e centralizado no topo da primeira página.
- 05) **NOME DO(S) AUTOR(ES)**: O(s) Autor(es) deverá(ão) se identificar logo abaixo do Título, em folha avulsa, com o nome digitado em CAIXA ALTA e justificado à direita da página. A seguir, deve constar a identificação do(s) autor(es), como titulação e instituição a que pertence/representa. Exemplos:
JOÃO CARLOS DA SILVA. Aluno do curso de graduação em Biomedicina da UNINGÁ.
JOSIANE MEDEIROS DE MELLO. Professora Doutora do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM).
DANIELLE MOINHOS. Mestre em Odontopediatria pela FOB-USP, Professora do Curso de Odontologia da UNINGÁ.

Deverão constar, ainda, os dados de contato completos do autor responsável pela correspondência (endereço contendo: rua, bairro, cep, cidade, estado e país, e e-mail).

Além disso, os autores devem indicar as fontes de financiamento da pesquisa (agências de fomento, empresas, etc.), quando aplicável.

- 06) Logo abaixo do TÍTULO, no corpo do artigo, deverá ser digitada a palavra RESUMO, alinhado à esquerda, em negrito, Na linha seguinte, deverá ser apresentado um breve resumo do Artigo, com, no máximo, 200 palavras, seguido de 3 a 5 Palavras-chave ou Descritores. O resumo deve ressaltar as seguintes informações: objetivos, métodos, resultados e conclusões, composto de uma seqüência de frases simplificadas (concisas), afirmativas, sem apresentação de itens enumerados com tópicos. Deverá ser escrito utilizando-se um parágrafo único. Devem ser evitados símbolos que não sejam comumente utilizados, fórmulas, equações, diagramas, etc. Deverá também constar o ABSTRACT e Key-words, com os mesmos critérios. Para seleção dos descritores de assunto (Palavras-chave e Key-words), o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) deverá ser consultado (<http://decs.bvs.br>).
- 07) Abaixo do Abstract, a palavra INTRODUÇÃO, centralizada e negrito, devendo ser abordados o Referencial Teórico pesquisado para a elaboração do artigo, seguido dos objetivos.
- 08) Em seguida, fazer constar: MATERIAL E MÉTODOS, centralizado e negrito, seguido dos seguintes itens, também centralizados e em negrito: RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO e REFERÊNCIAS. No caso de revisões de literatura e relatos de casos clínicos, alguns desses tópicos podem ser eliminados, com exceção dos tópicos DISCUSSÃO, CONCLUSÃO e REFERÊNCIAS. Os manuscritos de revisão da literatura necessitam constar o item MATERIAL E MÉTODOS, indicando como o levantamento bibliográfico foi realizado.
- 09) As citações, referências, nomeação de tabelas, gráficos e figuras devem obedecer às normas da ABNT. As referências devem aparecer em ordem alfabética, contendo somente as obras citadas no texto e não devem ser numeradas, digitadas em letra Times New Roman, tamanho 10. Eis alguns exemplos já configurados de acordo com as Normas da ABNT:

Exemplos de citação direta no texto:

Um autor:

Prado (1999) afirmou que...

Dois autores:

Goodman e Gilman (2006) relataram que...

Três autores:

Gluskin, Brown e Buchanan (2001) estudaram...

Mais que três autores:

Hata et al. (2002) demonstraram que...

Exemplos do formato da citação indireta no texto:

Um autor:

(FERREIRA, 2000)

Dois autores:

(THOMPSON; DUMMER, 1997)

Três autores:

(GRIFFITHS; THOMPSON; DUMMER, 2000)

Mais que três autores:

(FREITAS et al., 2007)

Referência de Livro com um autor:

SOUZA, A.M.C. **Paralisia cerebral**: aspectos práticos. 2. ed. São Paulo: Mennon Edições Científicas, 1998.

Referência de Livro com até três autores:

MATHERSON, R.J.; PRIMOSCH, R.E. **Fundamentals of pediatric dentistry**. 3. ed. Chicago: Quintessence Books, 1995.

Referência de Livro com mais de três autores:

SAKAI, E. et al. **Nova visão em Ortodontia e Ortopedia Facial**. São Paulo: Ed. Santos, 2001.

Referência de Capítulo de Livro:

SOUZA, A.M.C. Prognóstico funcional da paralisia cerebral. In: FERRARETO, I.; SOUZA, A.M. **Paralisia cerebral**: aspectos práticos. 2. ed. São Paulo: Mennon Edições Científicas, 1998.

Referência de Artigo de Periódico (ou Revista Científica):

LIMA, A.A.S. et al. Tratamento das ulcerações traumáticas bucais causadas por aparelhos ortodônticos. **Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial**, v.10, n.5, p.30-6, 2005.

Referência de matéria extraída de Jornal:

BUENO, W. Uma história índia. **O Estado do Paraná**, Curitiba, p.2, 30 jul. 2000.

Referência de Artigo de Anais de Eventos (Congressos, Encontros, etc.):

CANONICE, B.C.F. **O texto dos formandos de Letras: um estudo sobre a coesão e a coerência.** In: CONGRESSO NACIONAL DE LINGÜÍSTICA E FILOLOGIA. Rio de Janeiro: UERJ, 2000, p. 78-94.

Referência de Dissertação de Mestrado, Teses de Doutorado e outros trabalhos acadêmicos:

GAZOLA, V.A.F.G. **Estudo comparativo dos efeitos da suplementação com L-carnitina e DL-carnitina na toxicidade a amônia e metabolismo hepático:** Estudos *in vivo*, em perfusão de fígado *in situ* e em hepatócitos isolados. Maringá, 1999. 66f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá.

Referência de texto extraído da Internet:

PITTA, G.B.B. **Preservação da veia safena magna na cirurgia das varizes tronculares primárias.** Disponível em: <http://www.lava.med.br/lava/preservacao_safena_magna.htm>. Acesso em 9 de junho de 2004.

Referência de texto extraído de CD-ROM:

CARNEIRO, F.G. **Numerais em esfero-cristais.** In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA, p.49, Belo Horizonte, Ed. UFGM, 1997. 1 CD-ROM.

10) Se houver Gráficos, Diagramas e Figuras, recomenda-se que os mesmos sejam em preto e branco e escala de cinza (imagens coloridas serão analisadas em sua relevância para publicação). Se apresentar Tabelas, o título das mesmas deverá aparecer em cima, com numeração progressiva, indicando, logo abaixo, a fonte da pesquisa (se houver); se apresentar Figuras e Gráficos, o título deverá aparecer embaixo, com legendas (se houver) à direita, em tamanho 10. Em caso de imagens digitalizadas, as mesmas devem ser enviadas em CD-ROM, digitalizadas com um mínimo de 300 dpi, nos formatos.TIF ou .JPG e com alta resolução.

11) COMITÊ DE ÉTICA

10.1 Todos os trabalhos que envolvam estudos com seres humanos, incluindo-se órgão e/ou tecidos isoladamente, bem como prontuários clínicos ou resultados de exames clínicos, deverão estar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos, devendo ter o consentimento por escrito do paciente e terem sido aprovados por um Comitê de Ética em Pesquisa. Caso requisitado, o autor do artigo deverá enviar cópia da aprovação da pesquisa por este Comitê.

- 10.2 No material ilustrativo, o paciente não deve ser identificado e não devem aparecer nomes ou iniciais. Caso contrário, o autor do artigo deve enviar cópia da autorização do paciente/responsável para publicação.
- Obs: Caso, por algum motivo, os itens 10.1 e 10.2 não possam ser cumpridos, o autor deve enviar carta ao Editor da Revista justificando o fato, sendo que será avaliado e ficará aos autores a total responsabilidade pelas implicações éticas.
- 12) Em casos de Ensaios Clínicos, exige-se o registro dos estudos de Ensaios Clínicos em base de dados conforme recomendação aos editores da LILACS e SCIELO disponível em:
<http://espacio.bvsalud.org/boletim.php?articleId=05100440200730>. O nome da base de dados, sigla e/ou número do Ensaio Clínico deverão ser colocados ao final do resumo do artigo.
- 13) Os Trabalhos apresentados serão submetidos à avaliação do Conselho Editorial e de consultores *ad hoc*, sendo a avaliação realizada pelos pares. Após o recebimento do texto, ele é avaliado pelo Editor do periódico e encaminhado a dois membros selecionados do Conselho Editorial. Esses consultores recebem os textos de forma a preservar os nomes dos autores e também dos responsáveis pelo processo de avaliação. Após o recebimento do parecer dos dois consultores, o Editor encaminhará o parecer final aos autores. Dois pareceres desfavoráveis à publicação do artigo dado pelos consultores implicam automaticamente na recusa do artigo pela Revista e devolução aos autores, com as devidas considerações fornecidas pelos consultores. Quando necessário, são solicitadas alterações e revisões aos autores. Ao Conselho Editorial reserva-se o direito de aceitar, sugerir alterações ou recusar os trabalhos encaminhados à publicação.
- 14) A REVISTA UNINGÁ, ao receber os artigos, não assume o compromisso de publicá-los.
- 15) Os conceitos emitidos nos textos serão de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Conselho Editorial.
- 16) Juntamente com o artigo, os autores deverão encaminhar um formulário de submissão de artigo, que se encontra disponível no site www.uninga.br, link 'Revista Científica', devidamente preenchido e assinado por todos os autores do artigo. No caso de conflito de interesse, os autores deverão especificá-lo.

- 17) Os textos para publicação deverão ser encaminhados preferencialmente por e-mail, para a coordenação da REVISTA UNINGÁ, ou pelo correio:

REVISTA UNINGÁ

e-mail: mastereditora@mastereditora.com.br

A submissão pode ser feita eletronicamente pelo site www.mastereditora.com.br após o cadastro do autor

UNINGÁ – Unidade de Ensino Superior Ingá Ltda.
Rodovia PR 317, 6114, CEP 87035-510 – Maringá – Paraná – Brasil.

REVISTA UNINGÁ - Formulário de Submissão de Artigo

Título do Artigo: _____

Transferência de Direitos: Os autores transferem todos os direitos, título e interesse nos direitos autorais do artigo citado acima para a REVISTA UNINGÁ, em caso de publicação. Isto se aplica a todas as traduções do mesmo, e apresentações preliminares, sob quaisquer meios de divulgação, do trabalho aceito e ainda não publicado. Os autores garantem que o artigo é original, não infringe qualquer direito autoral ou de propriedade de terceiros, não está em consideração para publicação em nenhum outro periódico e não foi publicado previamente. Os autores assumem por a responsabilidade pelo conteúdo completo da versão final que foi submetida.

Procedimentos experimentais em animais e em seres humanos: Os autores estão cientes de que a REVISTA UNINGÁ exige que todas as pesquisas que envolvam animais e/ou seres humanos, consideradas para publicação, deverão estar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos, devendo ter o consentimento por escrito do paciente e terem sido aprovados por um Comitê de Ética em Pesquisa. Todos os experimentos com seres humanos e/ou animais devem vir acompanhados de descrição, no texto do artigo, que o estudo foi aprovado pelos respectivos órgãos que gerenciam a Ética em Pesquisa nas instituições de origem.

Conflito de interesse: Os autores declaram que todas as suas afiliações corporativas ou institucionais e todas as fontes de apoio financeiro ao trabalho estão devidamente reconhecidas, e certificam que não há nenhum interesse comercial ou associativo que represente conflito de interesse relacionado ao trabalho submetido. Caso haja interesse comercial na publicação do artigo, os autores concordam em inserir essa informação juntamente com o artigo a ser publicado.

Data:

Autor:

Assinatura: _____

Autor:

Assinatura: _____

Autor:

Assinatura: _____

Autor:

Assinatura: _____

Endereço do autor responsável pela correspondência:

Logradouro: _____

Cidade/Estado: _____ Cep: _____

Fone: _____ Fax: _____

e-mail: _____

Este documento deverá ser encaminhado para a REVISTA UNINGÁ, quando solicitado, no formato PDF, após datado e assinado por todos os autores.

Para envio utilize o e-mail: mastereditora@mastereditora.com.br