



HEALTH & SOCIETY

ISSN: 2763-5724
Vol. 02 - n 02 - ano 2022



Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA



HEALTH & SOCIETY

ISSN: 2763-5724

Vol. 02 - n 02 - ano 2022

Filipe Lins dos Santos
Presidente e Editor Sênior da Periodicojs

CNPJ: 39.865.437/0001-23

Rua Josias Lopes Braga, n. 437, Bancários, João Pessoa - PB - Brasil

website: www.periodicojs.com.br

instagram: [@periodicojs](https://www.instagram.com/periodicojs)



Periodicojs
EDITORA ACADEMICA

Editorial



The mission of the Health and Society (H&S) is to produce relevant academic content that allows the deepening of discussions involving the theme of health and society. The purpose of H&S is to stimulate debate and interdisciplinary scientific production, in order to inform society and produce new knowledge. The target audience of our journal are post-doctoral students, doctors, master's students and post-graduate students. Thus, authors must have a cited title or pursue a postgraduate course. In addition, H&S will accept co-authored participation.

The H&S submission policy will receive scientific articles with a minimum of 5,000 and a maximum of 8,000 words and critical reviews with a minimum of 5 and a maximum of 8 pages. The receipt of the works will occur mainly with the opening of the Call for Papers, in which the papers will be distributed in 5 (five) annual publications between the months of April, May, July, September and December. Our evaluation policy is designed to follow the criteria of novelty, reasoned discussion and covered with revealing theoretical and practical value. The journal will give preference to receiving articles with empirical research, not rejecting other methodological approaches. All papers must deal with interdisciplinary analyzes that involve themes of varied approach and that generate an academic and social reflection. In this



way, the articles will be analyzed for merit (in which it will be discussed whether the work fits H & S's proposals) and formatting (which corresponds to an assessment of English or Spanish).

The analysis time of each work will be around one month after the deposit on our website due to the opening of the publication notice. The process of evaluating the article in the journal occurs initially when submitting articles without mentioning the author (s) and / or co-author (s) at any time during the electronic submission phase. The data is cited only for the system that hides the name (s) of the author (s) or co-author (s) from the evaluators, in order to render the evaluation impartial. The editor's choice is made by the editor according to the training area in the undergraduate and graduate courses of the evaluating professor with the theme to be addressed by the author (s) and / or co-author (s) of the article evaluated. After the evaluation, without mentioning the name (s) of the author (s) and / or co-author (s), a letter of acceptance, acceptance with alteration or rejection of the article is sent by the evaluator. sent depending on the opinion of the evaluator.

The next step is the elaboration of the letter by the editor with the respective opinion of the evaluator (a) for the author (s) and / or co-author (s). Finally, if the article is accepted or accepted with suggestions for changes, the author (s) and / or co-author (s) are informed of the respective deadlines and addition of their data (s), as well as the academic qualification. The journal offers immediate and free access to its content, following the principle that the free availability of scientific knowledge to the public provides greater worldwide democratization of knowledge. Indexing system, databases and directories The system



automatically generates some indexing or metadata (such as magazine title, date, URL, etc.). Metadata, or data on data, is a set of terms that describe the document or data of the Edition, thus being able to use comparative indexing terms for the same purpose. In addition, in order to generate greater credibility to the authors' works, the registration of each article is generated through the generation of a DOI (Digital Object Identifier) in order to authenticate the administrative base of digital content, assisting in the localization and accessing materials on the web and facilitating document authentication

Summary



SUICIDE AND THE MEANING OF LIFE IN THE PERSPECTIVE OF LOGOTHERAPY

10

ZIKA VIRUS AN EPIDEMIOLOGICAL PROFILE: BIBLIOGRAPHIC REVIEW

63

POPULATION KNOWLEDGE ABOUT THE FAMILY HEALTH PROGRAM IN THE MUNICIPALITY OF IGARASSU

87

ACUPUNCTURE AND ITS HEALTH BENEFITS

105

5

SPEECH THERAPY IN THE ORAL STIMULATION OF PRE-TERM NEWBORN: EXPERIENCE REPORT

138

ASSOCIATION OF INTELLECTUAL DEFICIT, ENDOCRI-



HEALTH & SOCIETY

NE-METABOLIC DISORDERS AND DISORDERS OF MOR-
PHOGENESIS AND TOOTH ERUPTION: CASE REPORT

156

LIP REJUVENATION WITH HYALURONIC ACID: CASE
REPORT

166

ASSOCIATED THERAPIES FOR ACNE SCARS ATTEN-
TION: A LITERATURE REVIEW

177

RHINOMODELATION WITH HYALURONIC ACID: CASE
REPORT

198

WORKER'S MENTAL HEALTH: STRESS LEVEL AND
MEANINGS OF MENTAL HEALTH BY WORKERS IN A
CHILDREN'S INSTITUTIONAL CARE

210

HALITOSIS ASSESSMENT IN PATIENTS WITH ORTHO-
DONTIC APPLIANCE AND THEIR ASSOCIATION WITH
BULLYING



240

MINIMALLY INVASIVE SOLUTIONS FOR THE TREAT-
MENT OF WHITE SPOTTS BY FLUOROSE - CLINICAL
CASE

262

MECHANICAL SUBMENTAL LIPOSUCTION

285

BOTULINUM TOXIN FOR CORRECTION OF GINGIVAL
SMILE

297

DIABETES: A LITERATURE REVIEW

311

EARLY DIAGNOSIS OF CLIMATE IN PRIMARY HEALTH
CARE

327

GOOD NURSING PRACTICES IN ASSISTANCE TO PA-
TIENTS WITH CHEST DRAINAGE

341



SUICÍDIO E O SENTIDO DA VIDA NA PERSPECTIVA DA LOGOTERAPIA

SUICIDE AND THE MEANING OF LIFE IN THE PERSPECTIVE OF LOGOTHERAPY

Ellen Carolinne Madureiro De Freitas ¹

Resumo: A sociedade do século XXI é marcada pelo sentimento de praticidade e de imediatismo, tendo como consequência relações sociais cada vez mais passageiras e, muitas vezes, enfraquecidas. Diante deste cenário, o presente estudo buscou compreender os principais fatores que levam o ser humano a desenvolver um vazio existencial e a perder o sentido da vida, chegando ao ponto de cometer um ato tão abrupto contra si mesmo, como o suicídio. Este trabalho se atentou, também, para a investigação acerca do tema da morte e como este é percebido e encarado pela sociedade atual. Tais questões foram abordadas à luz da Logoterapia, a teoria da Psicoterapia do Sentido da vida, através de uma pesquisa bibliográfica. Diante disto, o trabalho discorre ao longo dos capítulos, onde o primeiro capítulo destacou alguns aspectos socioculturais de uma sociedade que nega a finitude da vida, percebendo o suicídio como um ato abominável e desprezível. O capítulo seguinte abordou os aspectos da Logoterapia, que percebe a necessidade de se encontrar um sentido que impulse o

1 Psicologia



sujeito a querer viver. E, por fim, o terceiro capítulo promoveu a análise do impacto do vazio existencial e a busca por um sentido na formação da vida do sujeito, com base nas teorias e reflexões do psicólogo e criador da Logoterapia, Viktor Emil Frankl. Com esta revisão bibliográfica foi possível investigar e compreender os aspectos do sofrimento psíquico que resultam em um vazio existencial, por ser considerado um fator de grande relevância para a perda do sentido da vida, o que desencadeia a ideação suicida ou, até mesmo, o ato consumado. O presente trabalho promoveu e incentivou a reflexão e a desconstrução do preconceito da nossa sociedade acerca do tema sobre a finitude da vida e o suicídio.

Palavras-chave: Suicídio. Sentido da vida. Logoterapia.

Abstract: The society of the 21st century is marked by a feeling of practicality and immediacy, resulting in increasingly fleeting and often weakened social relations. In view of this scenario, the present study sought to understand the main factors that lead the human being to develop an existential emptiness and to lose the meaning of life, reaching the point of committing an act as abrupt against himself, as suicide. This work was also used for the investigation on the theme of death and how it is perceived and seen by today's society. Such questions were addressed in the light of Logotherapy, the theory of Life Sense Psychotherapy, through a bibliographic research. In view of this, the work is done throughout the chapters, where the first chapter highlighted some sociocultural aspects of



a society that denies the finitude of life, perceiving suicide as an abominable and despicable act. The next chapter addressed the aspects of Logotherapy, which perceives the need to find a meaning that encourages the subject to want to live. Finally, the third chapter promoted the analysis of the impact of existential emptiness and the search for a meaning in the formation of the subject's life, based on the theories and reflections of the psychologist and creator of logotherapy, Viktor Emil Frankl. With this literature review it was possible to investigate and understand the aspects of psychic suffering that result in an existential emptiness, because it is considered a factor of great relevance for the loss of the meaning of life, which triggers suicidal ideation or even the consummate act. The present work promoted and encouraged

the reflection and deconstruction of the prejudice of our society on the theme about the finitude of life and suicide.

Keywords: Suicide. Meaning of life. Logotherapy.

INTRODUÇÃO

O advento da tecnologia tornou cada vez mais evidente uma sociedade marcada por um sentimento de praticidade e de imediatismo, com relações passageiras e, muitas vezes, enfraquecidas. A modernidade traz a sensação de uma vida instantânea com múltiplas possibilidades, que podem ser realizadas de forma imediata. Assim, a sociedade influencia muito na maneira como nos comportamos em todos os âmbitos de nossas vidas (BAUMAN, 2001).



A busca de um sentido na vida é o que nos direciona e nos impulsiona a almejar viver. Segundo Frankl (1987), o indivíduo é um ser único em sua existência, e o sentido da vida varia de um momento para outro, dependendo da situação no decorrer de sua vida. Frankl acredita que há uma exigência que nos obriga a ter a responsabilidade de responder às questões da vida e tais respostas são singulares e subjetivas, não podendo ser definidas de forma genérica.

Sabe-se que nos dias atuais, os índices referentes aos casos de suicídio veem crescendo, sendo esta uma das principais causas de morte entre jovens na faixa etária de 15 a 29 anos, no ano de 2016. Segundo dados da OMS (Organização Mundial de Saúde), cerca de 800 mil pessoas morrem vítimas de suicídio todos os anos, e há um número mais

elevado de casos de pessoas que tentam cometer suicídio (OMS, 2018).

Trata-se de um problema de saúde pública e ocorre em países de rendas baixa, média e alta. Cada suicídio é uma tragédia que afeta as famílias, comunidades e países, deixando efeitos duradouros na vida das pessoas (OMS, 2018).

Acredita-se que este tema é de grande relevância e pertinente porque estamos inseridos em uma sociedade movida por crenças, valores e preconceitos e que, por muitas vezes, o tabu em relação a alguns valores podem ser o fator que desencadeia um vazio existencial nos indivíduos, levando-o a perder o sentido que o motiva a viver e cometendo o ato suicida como uma tentativa de fuga deste vazio interior e sofrimento psíquico ou, até mesmo, como uma forma de encontrar



algum sentido (FRANKL, 1987).

Com isto, a busca por um sentido na vida pode ser um fator singular no sofrimento psíquico e vazio existencial de um indivíduo e o fato de não encontrar este sentido pode ser o principal fator que o leve a cometer o suicídio.

Em decorrência disto, o principal objetivo deste estudo é compreender o porquê de o sujeito vivenciar um vazio existencial e, conseqüentemente, perder o sentido que o impulsiona a continuar a viver, chegando ao ponto extremo de tirar a própria vida.

Tendo como base este objetivo, o trabalho traz aspectos para facilitar a compreensão do enfoque do vazio existencial e da necessidade constante da busca de um sentido na vida, à luz da teoria de Viktor Frankl, e de investigar os aspectos socioculturais que contribuem para os te-

mas da morte e do suicídio.

A partir desta percepção, foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica exploratória, acerca dos temas suicídio, a busca de um sentido na vida em contrapartida ao vazio existencial, além de trazer aspectos sociais referentes à visão da sociedade diante do tema morte.

Com isto, o presente trabalho abrange três capítulos, onde o primeiro traz um paralelo entre a perspectiva da sociedade diante da finitude da vida e como ela encara o ato do suicídio, visto que há uma certa repulsa ao tema sobre morte na sociedade, apesar de fazer parte do ciclo da vida. Em seguida, o capítulo perpassa pelos pormenores da teoria de Viktor Frankl, discutindo seus pontos principais, visando dialogar sobre a principal preocupação da Logoterapia que é a compreensão da existência humana, a partir da



necessidade de encontrar um sentido motivador que impulsiona o indivíduo a querer viver. E, por fim, o estudo traz no terceiro capítulo a relação entre a busca de sentido e o vazio existencial que é caracterizado pela falta deste sentido, o que pode desencadear dor e sofrimento psíquico para o sujeito.

O TABU DA MORTE E A REPULSA AO SUICÍDIO

A morte permeia por aspectos socioculturais, além de questões religiosas e éticas. É um fato irrefutável, pois todos os seres vivos morrem, por fazer parte do ciclo da vida. Com isso, a vida e a morte são duas faces inseparáveis da existência humana, mediadas pelas situações de finitudes (SCHRAMM, 2002).

Os estudos de Ariès (2003) acerca da história da mor-

te segundo a cultura ocidental, apontam que até o século XVIII a morte não era percebida com temor, pois ela era exaltada e dramatizada. No fim do século XVIII, a morte passa a ser considerada uma ruptura no cotidiano das famílias, começando a ser percebida como algo temido. Só a partir do século XIX que a morte passa a ser vista como uma ameaça, devido as grandes transformações sociais e culturais.

Há na sociedade do século XXI a percepção da morte como tabu, já que a finitude da vida nos comprova o quanto somos impotentes e frágeis, mesmo com o advento da tecnologia e as descobertas na área da Medicina (KOVACS, 2003).

Segundo Schramm (2002, p.18), existem dificuldades em encarar a morte por não a experienciamos diretamente, uma vez que é quase impossível



pensar na própria morte, pois

a morte enquanto tal é praticamente impensável e quando, por alguma razão de força maior, ela se impõe à consciência e à elaboração, isso só se dá com muito sofrimento, em situações de vulnerabilidade e através das experiências sofridas do desamparo, que de fato são experiências dos seres humanos vivos que vivenciam a precariedade da condição humana mas não a morte. Esta impossibilidade provavelmente explica o porquê as sociedades contemporâneas têm cada vez mais dificuldades em pensar a questão da morte e do morrer em seus aspectos de processo e em suas múltiplas significações, e isso apesar da sociedade contemporânea ter-se tornado uma so-

cidade do risco, na qual se multiplicam as ocasiões de experimentar a vulnerabilidade e enfrentar a morte em situações violentas de vários tipos.

Segundo Kübler-Ross (1985, p.14), os povos percebem a morte como sendo uma ação má, um acontecimento medonho. Esta repulsa à morte sempre esteve presente na cultura de povos antigos, devido à não aceitação do inconsciente da própria morte, por ser “inconcebível imaginar um fim real para nossa vida na terra e, se a vida tiver um fim, este será sempre atribuído a uma intervenção maligna fora de nosso alcance”. Assim, o sujeito reconhece a morte do outro, mas não concebe sua própria finitude.

Os sentimentos pela perda de um ente querido geram um certo desconforto e por isto o in-



divíduo vivencia o luto de forma tão dolorosa. Sentimentos como aflição, vergonha e culpa não se distanciam da raiva e da fúria. Experimentar tais sentimentos é motivo de vergonha, uma vez que o ser humano não admite a ideia de sentir raiva em relação ao falecido. Em consequência disto, tende-se a disfarçar ou reprimir estes sentimentos, que se manifestam, inconscientemente, em um período de pesar ou se revelam de maneiras mais agressivas (KÜBLER-ROSS, 2008).

Segundo Rocha, Fonseca e Sales (2019, p.41), tendo como base um documentário produzido pelo Laboratório de estudos sobre a morte, da Universidade de São Paulo – USP, chamado Falando de Morte (1997), as fases de desenvolvimento humano pode ser um fator para o distanciamento acerca do tema morte, em que

a criança não fala de morte porque este é um tema abstrato para ela. No entanto, caberia o adulto que convive com ela informar sobre o assunto. Em contrapartida o adulto não fala de morte com criança, essencialmente porque isto não lhe foi estimulado e depois pelo receio que possa despertar medo e aterrorizá-la. Quando alguém próximo morre, oculta a informação dos pequenos e até mesmo os privam dos rituais fúnebres de despedida, por acreditar erroneamente que esta é uma forma de protegê-los do sofrimento. Quando na verdade, a criança percebe todo o movimento que ocorre ao seu redor. Já os jovens adolescentes também não conversam sobre a morte. Porém, pa-



radoxalmente vivem esta fase sem receios, com onipotência, pois prevalece a representação arquetípica do herói e desta forma a morte é desafiada instintivamente a quase todo momento. Na fase adulta, nem pensar em falar! Os adultos se encontram atarefados demais, envolvidos com suas atividades cotidianas como prover o lar, estudos, busca pelo reconhecimento profissional e cuidados com os filhos. Com tantas atribuições e responsabilidades, não há tempo para pensar na morte. Na velhice, também não se fala para não constranger quem está ao lado. Desta maneira a cultura de não falar de morte vai sendo fomentada e se perpetuando de geração para geração.

A resistência em se dialogar sobre este assunto se fortaleceu a partir da morte interdita, em que a pessoa não era mais velada em sua casa próximo aos que amava, mas tudo passa a ser institucionalizado, atribuindo um aspecto solitário ao momento da morte. Este distanciamento pode levar a um luto mal elaborado (KÜBLER-ROSS, 1985).

Com a incorporação tecnológica à medicina, algumas doenças terminais conseguiram ser estabilizadas e pacientes mantidos artificialmente prolongando, assim, seu tempo de vida. Entretanto, este ato da medicina coloca em questão a consciência da legitimidade moral da cultura a respeito da autonomia do paciente e também a questão da relativização da “tarefa médica de fazer todo o possível, mesmo contra os desejos do paciente, para impedir ou postergar a mor-



te” (SCHRAMM, 2002, p.19).

Segundo Kovács (2003), há na maioria dos hospitais uma posição paternalista, baseada no princípio da beneficência de se fazer o bem e evitar o sofrimento adicional e, com isso, a equipe age de forma unilateral acreditando saber o que é o melhor, ignorando o desejo real do paciente que está acometido pela doença.

Kübler-Ross (1985), discursa sobre a negação da equipe médica diante da possibilidade de não poder prolongar uma vida. Por muitas vezes, a necessidade de salvar a vida incondicionalmente, sem levar em consideração o desejo do paciente, é resultado da repulsa inconsciente, enquanto ser humano, da incapacidade, da fragilidade e da falta de onipotência e da mortalidade diante da finitude da vida.

O SUICÍDIO

Diante do cenário de uma sociedade que nega a finitude da vida, o desejo de morrer é um ato abominável. O suicídio é uma das causas de morte de maior índice no mundo. Segundo Baggio, Palazzo e Aerts (2009), o suicídio é um desejo consciente de morrer, porém este “morrer” refere-se a uma fuga do sofrimento.

O suicídio é uma das principais causas de morte na sociedade, caracterizando-se então, como um problema mundial de saúde pública. Segundo dados da OMS – Organização Mundial da Saúde, a cada ano, cerca de 800 mil pessoas cometem suicídio. Esta é uma realidade em países de rendas baixa, média e alta. Em 2016, a OMS apresentou um índice de 79% de suicídios entre países de rendas baixa e média (OMS, 2018).



Segundo dados do Ministério da Saúde, a partir de uma pesquisa acerca dos registros de casos de suicídio no país, percebe-se que a maioria dos casos ocorrem nas regiões Sudeste, totalizando 49% da população, e maior parte das tentativas de suicídio por intoxicação exógena ocorre entre mulheres, o que corrobora com a literatura que aponta que as mulheres apresentam maior índice de tentativas de suicídio do que os homens em todo o mundo (BRASIL, 2019).

Ao que se refere aos índices de óbitos por suicídio, entre 2007 e 2016, foram registrados mais óbitos no público masculino do que no feminino. Segundo dados do Ministério da Saúde, “o risco de suicídio no sexo masculino (8,6/100 mil) foi, aproximadamente, quatro vezes maior do que no feminino (2,3/100 mil)”. Neste mesmo período “foram re-

gistrados 106.374 óbitos por suicídio no Brasil, com taxa geral padronizada de mortalidade de 5,3/100 mil hab., variando de 5,1 em 2007 a 5,5 em 2016” (BRASIL, 2019, p. 4).

Segundo as pesquisas de Steiner (2016), há uma correlação entre os aspectos sociais, como religião e cultura, e a situação conjugal ou condição socioeconômica do indivíduo. Em suma, os resultados apontam que os homens se matam mais que mulheres. Os mais velhos mais do que os jovens. Os solteiros mais do que os casados. Os casados sem filhos mais do que os casados com filhos. Os que residem em metrópoles mais do que os que moram em províncias. Os mais ricos cometem suicídio mais do que os mais pobres. Os protestantes mais do que os católicos. Já as mulheres casadas se matam mais do que as solteiras, devido à pou-



ca liberdade que experienciam na vida conjugal. Com isso, há fatores importantes no estilo de vida e na relação social de cada sujeito que podem desencadear um processo de vazio existencial e uma desmotivação pela vida.

O sociólogo Émile Durkheim desenvolveu estudos acerca do tema, definindo-o como um ato individual e complexo com características da sociedade que o produz. Durkheim compreende o suicídio como “todo caso de morte que resulta direto e indiretamente, de um ato positivo ou negativo, executado pela própria vítima e que ela sabia que deveria produzir esse resultado” (DURKHEIM, 1973, p. 11).

Diante desta definição, pode-se refletir sobre o que vem a ser um ato suicida, visto que o suicídio está para além das questões culturais. A partir da defi-

nição de Durkheim, os atos gloriosos e heroicos como o capitão que se nega abandonar o navio quando naufraga ou, até mesmo, um samurai que opta pela morte por se considerar desonrado, deve ser percebido como um ato suicida e, não apenas, os atos que são considerados resultados de fracassos, como os amantes desesperados ou os banqueiros arruinados (VARES, 2017).

O peso e a carga da existência humana são outro fator para a tentativa de compreender o suicídio. As autoras partem da teoria de que o ser humano é lançado ao mundo sem ter conhecimento prévio e controle das situações, cabendo a ele a apropriação de sua própria existência. A partir disto, o suicídio é percebido como uma forma de ter controle da existência, chegando a uma experiência de ser o que não se quer ser, quando não consegue



sustentar essa carga. A inautenticidade traz sofrimento ao sujeito, que percebe a morte como algo mais atrativo do que a vida (DUTRA; ROEHE, 2013).

Dutra e Rosa ressaltam que “no desespero que surge desse contexto psicossocial, a morte surge como saída do sofrimento. A morte é a alternativa para calar a dor. A morte pode ser a alternativa para a solidão existencial que dilacera a vida” (DUTRA; ROSA, 2001, p. 102). Por não ter a habilidade de lidar com a dor e o sofrimento, os indivíduos tendem a querer solucionar os problemas, eliminando-os, ainda que com sua própria morte (ROCHA; BORIS; MOREIRA, 2012).

O suicídio é um processo de sofrimento psíquico e apresenta sinais. A primeira manifestação se dá na presença de ideias suicidas, seguidas de tentativas de suicídio, podendo vir a

ser um ato consumado. De fato, há pequenos atos de autoagressão que não são considerados atos suicidas, mas que são importantes para a compreensão das tentativas de suicídio, por demonstrarem um significativo desinteresse pela vida. Muitas vezes estes atos passam quase despercebidos no cotidiano das pessoas, porém podem representar sinais de alerta sobre o real estado emocional do sujeito e deve ser considerada como uma possível tentativa de suicídio. Assim, ter o cuidado e a atenção a esses sinais pode ser bastante útil em uma escuta facilitadora da compreensão da angústia e de uma possível falta de vontade de viver (ROCHA; BORIS; MOREIRA, 2012).

Tendo como referência o pensamento fenomenológico e humanista, o homem não pode ser compreendido a partir do dualismo homem-mundo, mas em



sua totalidade e como este fenômeno ocorre no mundo, pois ambos são fenômenos imbricados e mutuamente constituídos (ROCHA; BORIS; MOREIRA, 2012).

Este pensamento fenomenológico é de grande valia para abranger o fenômeno do suicídio, uma vez que este compreende a mútua constituição com o universo diversificado da experiência vivida, considerando todos os aspectos constituintes, superando o olhar diagnosticador que reduz o suicídio a um sintoma de alguma patologia (MOREIRA, 2017).

Segundo os apontamentos,

o pensamento dialético deve partir como pensamento de situação, localizado no mundo, eliminando aquilo que não é verdadeiro na existência pré-reflexiva e supe-

rando a dicotomia individual versus social. Uma dialética circular permite uma constante revisão epistemológica, uma vez que todo e qualquer conhecimento está sempre aberto à experiência de mundo que o homem possa vivenciar. A partir deste referencial, fica evidente a necessidade de uma revisão das chamadas psicopatologias, apoiada em uma postura crítica sobre sua organização e interesses. Tal revisão desenvolvida por Moreira e Sloan (2002) propõe uma psicopatologia compreendida de forma não dicotomizada, ou seja, que privilegie o caráter mundano da experiência vivida. Para tanto, ela não pode ser individualista e sua compreensão deve resgatar as dimensões cultural,



histórica e biológica do fenômeno psicopatológico [...] não se restringir a determinada sintomatologia, mas trabalhar com a compreensão da experiência psicopatológica, evidenciando o seu caráter de sofrimento, presente em tal condição, que existe para além do adoecimento propriamente dito (MOREIRA; SLOAN, 2002, p. 132 apud ROCHA; BORIS; MOREIRA, 2012, p. 73).

Diante desta discussão, faz-se necessário compreender que o suicídio é um ato complexo, não podendo ser considerado como um caso de psicose ou um mero reflexo de uma desordem social, assim como ser reduzido a um ato simplista ligado a um determinado acontecimento. Uma vez que o suicídio é um processo,

que pode ter iniciado na infância, embora alguns acontecimentos podem ser considerados fatores desencadeantes à ideação suicida ou, até mesmo, o ato consumado (KOVACS, 1992).

Por este motivo é importante ressaltar que, em momentos de desesperança ou desanimação diante de determinadas situações na vida, todos podemos ter algum tipo de ideação suicida, porém até que se concretize este ato, há uma série de variáveis em jogo que devem ser consideradas (KOVACS, 1992).

No contexto das relações sociais, a forma como a família ampara o parente que está em sofrimento é um fator de grande importância no processo de ideação suicida. De acordo com pesquisas, a família tende a diminuir o sofrimento do indivíduo e que, muitas vezes, associa à loucura, buscando refúgio na



prática religiosa e, em alguns casos, nos hospitais psiquiátricos. Esta atitude agrava o quadro de sofrimento do suicida, gerando um maior desconforto, um desamparo, um sofrimento psíquico e um sentimento de culpa, devido às questões e condenações religiosas, e de isolamento. Em alguns casos, por recorrerem à internação em hospitais psiquiátricos, os pacientes desenvolvem algum tipo de alucinação auditiva acompanhado de sintomas persecutórios (ROCHA; BORIS; MOREIRA, 2012).

Em suma, o suicídio é um processo complexo e deve ser analisado de forma cautelosa, pois é resultante de diversos eventos e fatores sociais, culturais, biológicos e psicológicos, sendo ainda um grande desafio para a compreensão (CASSORLA, 1998).

Apesar das considera-

ções epidemiológicas, há nas tentativas suicida uma singularidade que se dá de formas diferentes para cada pessoa, marcando uma subjetividade no processo de suicídio, levando em consideração a ação vivida em um contexto sociocultural (ROCHA; BORIS; MOREIRA, 2012).

TIPOS DE SUICÍDIO

É sabido que Durkheim, em sua obra “O Suicídio”, desenvolveu uma classificação, com o intuito de facilitar a compreensão de seus motivos básicos, visto que se assemelham. Segundo Moura e Reis (2019), o suicídio pode ser classificado em suicídio egoísta, suicídio altruísta, suicídio anômico e suicídio fatalista.

Os desejos e interesses coletivos da sociedade integram as ações e pensamentos individuais. Conforme as sociedades evo-



luem, os sujeitos passam cada vez mais a dependerem de si mesmo, sem um sentimento de pertencimento de grupo, caracterizando um individualismo excessivo e uma integração social fragilizada. O suicídio egoísta pode resultar desta baixa integração social, uma vez que o indivíduo pode sentir-se só, sem razão para viver e encontra na morte uma solução para finalizar seu sofrimento (VARES, 2017).

Contudo, quando se é presente uma forte integração social, o indivíduo se identifica com os desejos e interesses da coletividade, de forma que seu ego não mais lhe pertença, passando a agir por meio de imperativos sociais interiorizados. As crenças e os aspectos culturais podem estar tão enraizados na identidade do indivíduo que, em nome destes valores culturais ou devido a uma perda de estima

pública, pode desencadear no sujeito um ato suicida como um ato heroico, caracterizando o que Durkheim chamou de suicídio altruísta (VARES, 2017).

Uma sociedade com um sistema de regulação enfraquecido pode gerar o desequilíbrio daqueles que a ela pertencem, por não terem consciência de seus limites. Em momentos de crises, ou até mesmo em momentos de prosperidade, uma sociedade sem normas reguladoras é incapaz de limitar os desejos individuais de seus membros, desencadeando um desregramento moral. O suicídio anômico é o terceiro tipo de suicídio e é compreendido como resultado desta ausência de normas sociais (VARES, 2017).

Como destaca o autor,

Seja em momentos de prosperidade ou de recessão repentinas, a ruptura do



equilíbrio entre os indivíduos beneficiados por uma mobilidade ascendente, por um lado, e a ausência de uma força moral delineada, por outro, podem levá-los a uma confusão acerca dos meios mais adequados à satisfação de seus desejos. Posto isto, Durkheim depreende toda uma argumentação acerca do coeficiente de preservação exercido pela pobreza. Alega que os habitantes dos países mais pobres estão acostumados a renunciar aos bens materiais, visto não alimentarem grandes expectativas financeiras. Já nos países onde a possibilidade de fazer riqueza aumenta, são frequentes as frustrações entre as pessoas mais ricas (VARES, 2017, p. 27).

Já o quarto tipo, suicídio fatalista, refere-se ao ato suicida desencadeado pela regulação excessiva sobre os desejos individuais, gerando um desinteresse pela vida social, uma vez que a inflexibilidade das normas morais pode gerar um desconforto nos indivíduos, perdendo a motivação de continuar a viver. Este tipo de suicídio não costuma ser comum na sociedade atual (VARES, 2017).

Contudo, cada tipo de suicídio tem uma relação com aspectos psicológicos ou morfológicos. O suicídio anômico costuma ser resultado de uma decepção pelo estilo de vida moderna, já o suicídio egoísta ocorre devido o estado de apatia e a não vinculação à vida social. O suicídio altruísta é motivado pela energia e pela paixão a um valor de força maior, como as crenças e culturas e o suicídio fatalista



é produto de um sufocamento gerado pela tensão dos desejos e valores sociais internalizados (STEINER, 2016).

O suicídio na teoria de Durkheim pode ser descrito como fenômenos individuais, com causas eminentemente sociais. Vale salientar que os tipos de suicídio destacados pelo sociólogo Durkheim apresentam uma influência social, o que corrobora com o pensamento de Dutra e Roehe (2013) quando apontam o contexto social como um fator inibidor do modo de ser do sujeito, e essa privação pode desencadear uma experiência suicida.

Contudo, é perceptível que a finitude da vida é uma questão delicada na nossa sociedade e ainda há uma repulsa em relação ao ato suicida, muitas vezes, encarado como um ato abominável, devido à falta de compreensão e os fatores históricos e culturais

que permeiam a nossa sociedade.

Partindo da tentativa de obter uma maior compreensão dos aspectos do ser humano e da finitude da vida, será abordado, neste trabalho, o tema do suicídio a partir da perspectiva da Logoterapia, teoria fundada pelo psiquiatra austríaco Viktor Emil Frankl.

A LOGOTERAPIA DE VIKTOR FRANKL

A Psicoterapia do Sentido da Vida, também chamada Logoterapia, criada pelo psiquiatra austríaco Viktor Emil Frankl, é considerada a Terceira Escola Vienense de Psicoterapia, sendo precedida pela Psicanálise de Sigmund Freud e a Psicologia Individual de Alfred Adler (PEREIRA, 2013).

Apesar de apresentar diferenças em relação as demais



teorias, Frankl aceitou ser considerado por alguns autores como sendo uma psicologia humanista ou uma psiquiatria existencial. Ainda que, diferente das demais teorias, a Logoterapia compreende que sempre há sentido na vida e que este sentido se encontra no mundo afora, necessitando ser descoberto. Já para algumas teorias existencialistas, a vida carece de sentido para ser suportada, com isso, o indivíduo necessita inventar um sentido para continuar vivendo (KROEFF, 2011).

Vale salientar que existem diferenças entre a Logoterapia e as teorias tradicionais, já que Frankl não desconsidera a importância dos instintos definidos por Freud nem mesmo a responsabilidade dos laços sociais como é compreendida por Adler, mas acrescenta a necessidade de trazer à consciência o sentido e os valores, uma vez que com-

preendida tal necessidade, cria-se uma liberdade com diversas possibilidades, podendo ser concretizadas ou não, e o sujeito se percebe como o responsável por suas escolhas. Isto ocorre devido ao processo de poder-ser denominado por Frankl (KROEFF, 2011).

A principal preocupação da Logoterapia é auxiliar o sujeito na busca por sentido e na conscientização plena de que possui responsabilidades nas suas próprias escolhas ao longo de sua vida. Este sentido é um processo subjetivo, intransferível e é considerado a principal força motivadora do ser humano. É denominado como uma vontade de sentido que se assemelha ao princípio do prazer da Psicologia freudiana e a busca de superioridade da Psicologia adleriana (FRANKL, 1987).

Acerca do sentido da



vida, Frankl destaca que,

O sentido não é moldado pela mente, mas a mente pelo sentido. Em vez de criar um sentido, a mente tem de submeter-se a ele, uma vez encontrado (...) o sentido da vida é uma realidade ontológica e não uma criação cultural. O sentido da vida simplesmente existe: trata-se apenas de encontra-lo. Universal no seu valor e individual no seu conteúdo, o sentido da vida é encontrado mediante uma investigação do paciente e do terapeuta em busca de resposta à questão sobre o que somente o paciente, e absolutamente mais ninguém, pode fazer. Para Frankl, nenhum homem inventa o sentido da vida: cada um é cercado e impelido pelo sentido da própria vida. O

sentido não pode ser dado ou criado, mas deve ser encontrado. E mais, o sentido não só deve ser achado, como ele pode ser achado. “E nessa busca o homem é orientado pela consciência. Em uma palavra, a consciência é o órgão do sentido, é a capacidade de descobrir o sentido único e irreprodutível que esconde em cada situação” (FANKL, 1978, p.19 apud MOREIRA; HOLANDA, 2010, p. 347).

Independente das tradições, o sentido da vida sempre existirá por se tratar de uma realidade ontológica, subjetiva e intransferível. Moreira e Holanda (2010), concluem que não estamos em busca da felicidade em si, mas de uma razão para sermos felizes.

Contudo, a Logoterapia



se aproxima do processo analítico, visto que conscientiza o paciente sobre o logos oculto de sua existência. Porém, quando a Logoterapia traz conteúdos para a consciência do paciente, ela se preocupa também com realidades existenciais, diferente da Psicanálise que irá abordar conteúdos inconscientes e fatos instintivos do indivíduo (FRANKL, 1987).

O mal-estar psicológico do homem pós-moderno é diagnosticado por Frankl como uma frustração existencial, o que aproxima o problema psicológico do sujeito à concepção niilista com dramáticas consequências para a saúde física, psíquica e espiritual do homem moderno. Frankl traz, não muito comum, a reflexão de que o aspecto espiritual do sujeito é um fator positivo no processo de cura das neuroses, pois, embora desnecessária para uma vida com sentido, a religião

é capaz de fortalecer a existência humana em diversos aspectos, com um sentido de totalidade (CARRARA, 2016).

De acordo com Moreira e Holanda (2010), a Logoterapia é uma escola psicológica de caráter multifacetado e tem como principal característica a experiência imediata, baseada na motivação do homem para a liberdade e para a busca do sentido da vida, reconhecendo a existência e importância do aspecto espiritual do homem. Os autores ressaltam que a teoria frankliana se origina do espiritual, diferentemente da teoria existencial que está voltada para a o espiritual.

A partir desta concepção, é fundamental compreender a Logoterapia, como uma teoria que percebe o homem em sua totalidade, composto pelos aspectos biológicos, psicológicos e espirituais. Frankl acredita que



o inconsciente é composto por conteúdos instintivos e, também, por elementos espirituais, o que permite ao ser humano a responsabilidade e a liberdade de tomar suas próprias decisões, sendo cada vez mais congruente (NASCIMENTO; CALDAS, 2020).

Pois para Scheler (2003, p. 10-11),

O espírito caracteriza-se aí fundamentalmente pelo ato de transcendência em relação à vida [...] O homem é o ente espiritual por excelência justamente porque pode tomar a totalidade dos entes como objeto de conhecimento, porque pode idear o ente como um todo. Ele é marcado, sim, por uma dimensão vital que compartilha com os animais. No entanto, é apenas com o ato de ideação [transcendência para a espiritualidade]

que ele se descobre radicalmente como o ente que é... Homem e espírito copertencem, assim, desde o princípio [...] A essência espiritual do homem faz com que ele habite o âmbito sagrado da transcendência e se veja incessantemente ligado ao divino.

É favorável o entendimento de que o homem é capaz de transcender à espiritualidade, não podendo negar a ela, já que o sentido de sua existência é dado pelos valores, que são atemporais e mutáveis (NASCIMENTO; CALDAS, 2020).

De acordo com Lima Neto (2012), para provocar o distanciamento do caráter religioso do conceito de espiritualidade, Frankl utilizou o termo dimensão noética para aproximá-la dos fenômenos humanos, levando em



consideração que o homem pode se orientar pelos valores e encontrar sentido.

Este distanciamento da espiritualidade e da religião traz à Logoterapia a compreensão do aspecto espiritual do homem como uma dimensão antropológica e ontológica que está para além da regulação das instituições religiosas (NASCIMENTO; CALDAS, 2020).

Diante disto, o conceito de homem é baseado por três pilares: a liberdade da vontade, que refere-se à liberdade interna frente aos aspectos biopsicossociais; a vontade de sentido, uma vez que o homem é motivado por essa vontade nas realidades humanas e o sentido da vida, que se encontra no mundo e precisa ser encontrado pelo próprio sujeito (NASCIMENTO; CALDAS, 2020).

Tais pilares são explica-

dos por Frankl, respectivamente, no trecho a seguir,

No primeiro, o ser humano é visto como alguém livre e responsável. Reconhece as contingências da vida, mas entende que ainda assim é possível escolher como agir. No segundo, é a motivação genuína do ser humano, um anseio primordial, que emerge na puberdade. O terceiro, corresponde à visão filosófica da análise da existência. Uma compreensão no sentido incondicional da vida que se expressa na capacidade de suportar a incapacidade de compreender racionalmente o fato de que a vida tem um sentido incondicional (FRANKL, 2007, p. 31-32).

A partir deste trecho em



destaque, compreende-se que Viktor Frankl refere-se à vontade de sentido como sendo um esforço básico do homem de encontrar propósitos em sua vida. Assim, a falta de sentido e o vazio existencial traz ao homem um sentimento de frustração (FRANKL, 2016).

Kroeff (2011, p.70) destaca ainda que com esta transcendência, o indivíduo é capaz de resistir ao pandeterminismo e realizar sua liberdade, “tendo como motivação primária e básica o desejo de encontrar sentidos, os quais são alcançados pela realização de valores”.

O ser humano é capaz de viver e morrer por seus ideais, por este motivo Frankl ressalta a importância dos valores nas escolhas do sujeito. Se tais valores forem violados, a vontade de sentido pode sofrer frustrações existenciais, o que pode resultar

em neuroses, denominadas por Frankl como neuroses noogênicas, que surgem a partir de problemas existenciais (FRANKL, 1987).

No entanto, a frustração existencial não é patológica, pois certa dose de conflito e sofrimento é considerada normal e sadia, não configurando, necessariamente, uma doença mental. Assim, “a preocupação ou mesmo o desespero da pessoa sobre se sua vida vale a pena ser vivida é uma angústia existencial, mas de forma alguma uma doença mental” (FRANKL, 1987, p.48).

A Logoterapia trabalha a partir de duas características inerentes ao ser humano acerca da busca de sentido. A autotranscendência, que consiste na busca de um sentido que se encontra no mundo afora e necessita ser descoberto pelo indivíduo, e o auto distanciamento, que se refere à



capacidade do ser humano de se distanciar das situações para a tomada de decisão (FRANKL, 1987).

Tendo em vista estas características, a Logoterapia desenvolveu a técnica de intenção paradoxal. Trata-se de uma técnica que age amplamente na capacidade do sujeito de se distanciar de si, fazendo com que o paciente deseje o que mais teme, se afastando de sua própria neurose. A intenção paradoxal se baseia “no fato duplo de que o medo produz aquilo de que temos medo e de que a intenção excessiva impossibilita o que desejamos” (FRANKL, 1987, p.56).

Há, com isso, uma interação denominada por Frankl como noodinâmica, que consiste em uma “dinâmica existencial num campo polarizado de tensão, onde um polo está representado por um sentido a ser cumprido

e o outro polo, pela pessoa que deve cumprir” (FRANKL, 1987, p.49).

Com isso, Frankl traça uma crítica à concepção de saúde mental resultante de um ideal de equilíbrio homeostático, uma vez que há a necessidade de uma tensão para a existência humana. A noodinâmica é a tensão existencial que se estabelece entre o homem e o sentido, o ser e o dever-ser. E há nesta tensão a liberdade, a qual se permite fazer escolhas (ROEHE, 2005).

Frankl reflete que o ser humano necessita de um objetivo que valha a pena, uma tarefa escolhida livremente e, não, um estado livre de tensões. Ele precisa de um campo de tensões que o impulsione a encontrar o sentido (FRANKL, 1985).

Conclui-se então que o processo de busca de sentido é gerador de uma tensão interior



que é pré-requisito indispensável à saúde mental. Esta tensão é necessária para que se cumpra a vontade de sentido latente do indivíduo (FRANKL, 1987).

O SENTIDO DA MORTE

Como abordado anteriormente, o ser humano no decorrer da História, apresentou diversas atitudes e percepções perante a morte, que é um fenômeno que faz parte da existência humana. A morte, para Heidegger, é a possibilidade da impossibilidade absoluta da presença. Trata-se de um fenômeno de caráter irreversível, irremissível e insuperável, sendo considerado uma certeza na vida, porém não se sabe ao certo quando irá acontecer, gerando no sujeito um sentimento de angústia. Heidegger aponta que a morte “é na disposição da angústia que o estar-

-lançado na morte se desentranha para a pré-sença de modo mais originário e penetrante” (HEIDEGGER, 1990, p. 33).

Já de acordo com Kovács (1992), a morte está associada ao medo de morrer, de sofrer e da impotência, do receio do que vem após a morte, do julgamento divino, da extinção e do desconhecido.

Por sua vez, na percepção de Frankl (1991), a morte seria um dos aspectos que poderia retirar o sentido da vida. A imprevisibilidade da morte confere um caráter de urgência ao tempo do qual dispomos. Com isso, a finitude da vida traz ao ser humano o senso de responsabilidade e isso dá a vida um sentido, já que a morte torna a existência humana única e irreversível.

Independente da duração de uma existência, ela possui sentido e o sujeito deve buscar



um significado ao se deparar com a transitoriedade da vida. Contudo, a finitude é que dá sentido à vida, já que o passado é a dimensão mais segura do ser humano, por possuir os valores realizados na existência deste, deixando a transitoriedade para a perenidade e traz para o sujeito a responsabilidade de suas escolhas (FRANKL, 1994).

Em outras palavras, a finitude dá um sentido para a vida, despertando no ser humano o senso de responsabilidade, visto que a morte faz com que a vida seja única e impossível de ser revertida (FRANKL, 1994).

O fato de não se ter a certeza do momento da morte e a finitude da vida, o ser humano, nos dias atuais, procura acelerar o ritmo da vida, com a alta produtividade nos aspectos pessoais, sociais e econômicos. A finitude da vida gera um sentimento de

medo e ansiedade nos indivíduos (AQUINO et al., 2010).

Brandão (2005), aponta que o medo se diferencia da ansiedade, pois trata-se de uma reação a uma ameaça conhecida, em que o sujeito tende a fugir ou evitar o perigo. Já a ansiedade é uma resposta a situações desconhecidas, em que temos conhecimento de como agir diante da situação de perigo.

Destarte, não é possível separar a morte da vida, uma vez que a morte é uma fase inevitável do ciclo da vida. O sentido da morte pode trazer a pergunta pelo sentido da vida, visto que a transitoriedade da existência humana poderia afastar a vida de um sentido (FRANKL, 1990).

Para Frankl, o conceito de eternidade refere-se a uma realidade simultânea em relação ao presente, passado e futuro. Com isso, a finitude e a temporalidade



referem-se àquilo que constitui o seu sentido, já que as potencialidades são transferidas das possibilidades para a realidade do passado (FRANKL, 1990).

Com isto, segundo Aquino et al. (2014, p. 309),

a responsabilidade humana encontra-se no “otimismo do futuro”, nas escolhas e possibilidades do futuro e no “otimismo do passado”, ou seja, transforma as possibilidades em realidade, abrigando-as no passado, visto que tudo é efêmero, porque passa da inutilidade do futuro para o passado, no qual tudo vai percorrendo do futuro para o passado, do vazio do futuro para a existência do passado. O que acontece com a morte é o fato de que tudo o que se viveu fixa-se no ser passado e nada mais

será modificado, perdendo-se as possibilidades do vir a ser. É nesse sentido que se entende o passado do homem como o seu verdadeiro futuro, como a dimensão mais segura do ser, visto que nada mais daquilo poderá ser eliminado ou modificado. Desse modo, o ser humano vai se construindo e se modelando, em alguns momentos experienciando vivências, em outros momentos sofrendo. Portanto, o homem deve seguir sua vida no tempo apesar da sua finitude, que delimita o seu projeto existencial.

Contudo, segundo o pensamento de Frankl (1994), a transitoriedade é de grande importância para a existência humana, pois a partir disto, se



constrói a responsabilidade das escolhas do ser humano. Isto porque tudo depende da nossa percepção diante das situações e como nos conscientizamos das possibilidades que são essencialmente transitórias.

O SENTIDO DO SOFRIMENTO E SUA ACEITAÇÃO

O sofrimento é inerente ao ser humano e traz à vida sentido em diferentes graus de intensidade. O fator determinante diante de uma situação de sofrimento é como o indivíduo irá se comportar, tomando a posição de entregar-se passivamente ou assumir ativamente a luta por algo ou alguém. Diante disto, compreende-se que há um sentido por trás de todo sofrimento e, além do sofrimento, a necessidade, o destino e a morte são componentes da vida, por serem condições

inevitáveis, carece de uma aceitação e sentido para que se possa viver (MOREIRA; HOLANDA, 2010).

Ademais, o sentido do sofrimento na maioria das vezes é evidenciado de forma tardia e restritiva, atuando como uma forma de aprendizado. Segundo Lukas, “donde se depreende que algum fato realmente doloroso em sua vida bem pode ter tido, a partir de uma visão mais tardia, um sentido que naquela ocasião não lhes era patente” (LUKAS, 1989, p. 198).

É compreensível que a teoria de Frankl (1987, p.52), não tenha como fundamento principal a preocupação de obter prazer ou evitar a dor e, sim, a necessidade de “ver um sentido em sua vida. Esta é a razão por que o ser humano está pronto até a sofrer, sob a condição, é claro, de que o sofrimento tenha um sentido”,



visto que o sofrimento faz parte da vida, sendo assim, “o sentido da vida é um sentido incondicional, por incluir até o sentido potencial do sofrimento inevitável”.

A felicidade, para a Logoterapia, está associada à vontade de sentido, uma vez que, ao se encontrar uma razão para ser feliz, a felicidade surge de forma automática como efeito colateral. Frankl compreende que a busca patológica por uma felicidade incondicional é um princípio autoanulativo, uma vez que quanto mais se persegue a ideia acabada de felicidade, prazer ou sucesso, em detrimento da realização de sentido, mais distancia-se do objetivo de obter felicidade (PEREIRA, 2007).

Contudo, Frankl acredita que não se deve buscar a felicidade, pois quando se encontra um motivo para ela, esta decorre espontaneamente, assim, além de

gerar felicidade, ter um sentido torna o sujeito apto para o sofrimento (AQUINO et al., 2010).

É válido destacar que o sentimento de falta de sentido não está, necessariamente, vinculado a patologias, porém este sentimento pode causar uma reação patológica, como a depressão. Para Frankl,

Não é necessário dizer que nem todo caso de depressão pode ser atribuído a um sentimento de falta de sentido. Tampouco o suicídio - a que a depressão às vezes leva a pessoa - sempre é resultado de um vazio existencial. Contudo, mesmo que todo e qualquer caso de suicídio não tenha sido levado a cabo por causa de um sentimento de falta de sentido, é bem possível que o impulso de tirar a vida tivesse sido su-



perado se a pessoa tivesse estado consciente de algum sentido e propósito pelos quais valesse a pena viver (FRANKL, 1987, p.63).

É sabido que, em uma situação de dor psíquica ou de sofrimento, a escuta ativa pode ser primordial no acolhimento a um indivíduo que apresenta ideação suicida, uma vez que o suicídio é um ato de pedido de ajuda e tem a finalidade de solucionar seu sofrimento, mesmo que por meio da própria morte. A tentativa de suicídio é um pedido de socorro realizado no momento em que não encontra sentido em sua vida e que a frustração e o vazio existencial se tornam insuportáveis (TORO et al., 2013).

Vale destacar que a percepção de encontrar um sentido para quê viver se encontra de for-

ma restrita em um quadro de depressão, seja uma depressão originária do psíquico, do biológico ou por questões existenciais. Por este motivo, não ter a certeza da existência de um sentido pode ser fundamental no estabelecimento e na manutenção de um quadro depressivo (AQUINO; DARÁ; SIMEÃO, 2016).

Tendo em vista uma depressão que se origina a partir de questões existenciais, os sintomas depressivos podem se manifestar em situações em que há uma maior dificuldade interna em perceber sentido no campo perceptivo do sujeito, ou mesmo, quando a vida é avaliada sem um conteúdo significativo para o mesmo (AQUINO; DARÁ; SIMEÃO, 2016).

A partir disto, o sofrimento, na visão da Logoterapia, só pode ser compreendido quando associado à perda de sentido,



logo se torna um gerador da falta de sentido, que traz ao sujeito um sentimento de infelicidade, o que gera um sentimento de desespero. No entanto, esta condição de infelicidade se fundamenta na falta de sentido que resulta em sofrimento. Esta relação foi observada por Frankl através do conceito de tríade trágica, que perpassa por três aspectos da existência humana, responsável por gerar a perda de sentido (FRANKL, 2015).

Na concepção da Logoterapia, há nas emoções humanas profunda sabedoria, uma vez que tanto o luto quanto o arrependimento têm um sentido na história interior do sujeito. Segundo Frankl (2003), o sofrimento vivenciado em processo de luto é importante pois desenvolve um sentido e a força de fazer com que aquilo que já não existe continue existindo.

De acordo com a percepção de Rodrigues (1991), se o sujeito buscar intencionalmente um sentido apesar da ameaça de destruição, o sofrimento passa a ser percebido como um enfrentamento intencional e não mais como uma situação inconsciente, ou seja, o sofrimento possui um sentido inerente.

O autor aponta que há na adversidade um sentido que motivá-lo a mudar e crescer, desafiando a sua dimensão espiritual na sua capacidade mais profunda de autotranscendência. Crescimento este que só pode se realizar se o paciente aceitar sua culpa, aceitas as adversidades e as consequências de seus atos errôneos (RODRIGUES, 1991, p.167).

A liberdade espiritual do sujeito lhe dá a oportunidade



de até no último instante de sua vida ter um sentido pleno. Se a vida tem um sentido, logo também há sentido no sofrimento (MOREIRA; HOLANDA, 2010).

Ainda que pareça difícil a situação de sofrimento, ou mesmo a dificuldade de compreender racionalmente seu sentido, a fé e o sentimento de amor pode auxiliar neste processo de ressignificação, em que o aspecto espiritual do homem pode ser capaz de encontrar recursos para a superação deste sofrimento (MOREIRA; HOLANDA, 2010).

Ademais, quando o sujeito assume uma atitude de aceitação de seu sofrimento, e compreende sua responsabilidade e a irreversibilidade da situação factual, ele consegue experimentar a liberdade existencial para encontrar um sentido real para sua existência (MOREIRA; HOLANDA, 2010).

O VAZIO EXISTENCIAL E O SENTIDO DA VIDA

No decorrer da História, o homem buscou compreender sua existência e dar sentido a sua vida, tentando compreender o porquê de pertencer ao mundo. A falta de um sentido na vida do ser humano acarreta um vazio existencial, que é fator gerador de frustração (SILVA; SILVA, 2014).

O cenário da humanidade do século XXI se percebe com uma certa autonomia sobre suas próprias escolhas e, cada vez mais, vai se distanciando das tradições e crenças internalizadas pela sociedade. Esta autonomia e liberdade de escolha torna o homem mais inseguro, pois a responsabilidade e consequência de suas escolhas refletem



na sua vida e na vida do outro (FRANKL, 1987).

Ainda assim, trata-se de uma liberdade condicionada, como aponta Marques, ao discursar sobre a teoria de Sartre,

essa liberdade é condicionada, pois é limitada pela sociedade e suas regras, às quais devemos nos “submeter”. E é devido a “essa” “submissão”, que em determinados momentos da vida, o homem entra em conflito com o meio social, em que vive, isto é, ao vivermos em sociedade deparamo-nos com fatos sociais com os quais devemos conviver, para vivermos em comunidade (SARTRE, 1987 apud MARQUES, 1998, p.78).

As mudanças sofridas no decorrer da História, produ-

ziram um homem dono de uma liberdade e, para Frankl (1987), isto se deu devido à perda dos instintos animais do homem, tornando-o um ser cada vez mais humano e mais autêntico. Esta perda faz com o que o homem se sinta mais inseguro em suas ações e se depare com uma diversidade de possibilidades em sua vida, uma vez que,

as tradições, que serviam de apoio para seu comportamento, atualmente vêm diminuindo com grande rapidez. Nenhum instinto lhe diz o que deve fazer e não há tradição que lhe diga o que ele deveria fazer; às vezes ele não sabe sequer o que deseja fazer. Em vez disso, ele deseja fazer o que os outros fazem (conformismo), ou ele faz o que outras pessoas querem que ele faça (totalitarismo) (FRANKL,



1987, p. 61).

O homem é um ser livre, porém responsável por seus atos e escolhas. É parte de um contexto histórico e exerce sua liberdade e se responsabiliza por ela, e está cada vez mais sem uma tradição ou crença que o direcione. O que gera um sentimento de angústia, pois está condenado a uma liberdade e, ao negá-la, nega a si mesmo enquanto indivíduo (CRUZ, et al., 2020).

De acordo com Moreira e Holanda (2010), o contexto histórico é marcado pelo grande desenvolvimento da ciência, da consciência e do conhecimento. Os novos acontecimentos proporcionam à humanidade a consciência da liberdade, no entanto, a humanidade não possui a consciência de responsabilidade diante desta liberdade existencial.

Destarte, parece assus-

tador a ideia de que a liberdade traz consigo a responsabilidade de todas as escolhas, sendo assim responsável por cada ato e as consequências que pode gerar ao outro, e, devido ao sentimento de diversas possibilidades, as decisões tomadas podem ser para toda a vida (MOREIRA; HOLANDA, 2010).

Isto origina uma constante busca por um sentido na vida que é dado por uma tensão existencial entre o “ser” e “dever-ser”. A ausência desta tensão produz um vazio existencial, que é derivado de uma perda dupla: a perda dos instintos animais e a perda, gradativa, das tradições. Com isso, a humanidade se encontra entre dois extremos da angústia e do tédio, e por não saber o que deseja fazer, acaba manifestando um vazio existencial (FRANKL, 1987).

Frankl (1987), em sua



obra *Em busca de sentido: Um psicólogo no Campo de Concentração*, discursa sobre o vazio existencial que, por vezes é experienciado por todo ser humano, em momentos singelos como, por exemplo, a “neurose dominical” que, traz uma espécie de depressão assim que a rotina da semana desacelera e resta-nos apenas a falta de conteúdo de nossas vidas. O vazio existencial é fruto do tédio e pode ser mascarado pela vontade de poder ou pela vontade de prazer.

Segundo Medeiros (2019), o sentido da vida é o termo que descreve uma crença, uma ideia que baseia uma razão ou um motivo pelo qual viver. Ter um sentido na vida é fundamental para existência humana, principalmente no enfrentamento a situações difíceis.

De acordo com o pensamento de Frankl (1991), o ho-

mem só se torna ele mesmo em sua completude, quando fica absorvido pela dedicação a uma tarefa, esquecendo de si mesmo em nome de uma causa ou por amor.

O sentido da vida é, assim, algo subjetivo a cada ser humano, diferindo de pessoa para pessoa e de momento para momento. Frankl (2011), ressalta que tal sentido assume uma urgência para satisfazer a vontade de sentido. O importante não é definir o sentido da vida, mas o que motiva uma pessoa em um aqui e agora.

Isto é compreensível porque a vida nos apresenta diversas situações e diversas questões, muitas vezes, sem uma resposta precisa e, a cada momento da vida, o sujeito pensa e age de formas diferentes, pois somos seres mutáveis, de acordo com a teoria do devir de Heráclito, em que “não é possível entrar duas



vezes no mesmo rio”, pois, por sermos mutáveis, não seremos mais os mesmos assim como as águas deste rio não serão mais as mesmas (REALE, 1993 apud MARTINS, 2007, p. 60).

Frankl traz o conceito de niilismo no que se refere ao relativismo entre sentido e valores, já que as coisas relativas apenas provam, documentam e testemunham aquilo que as condicionou. Então, o sentido e o valor das coisas são atribuídos no momento em que são assumidos em nome de algo mais elevado, por amor, em um sacrifício. Assim, de forma paradoxal, as coisas tem valor para serem sacrificadas, pois “o que sacrifica dá ao sacrifício sentido, valor, preço. Dar sentido quer dizer entregar-se. Não é o que eu guardo comigo que retém valor; é o que eu sacrifico que adquire valor” (FRANKL, 1978, p. 263).

Diante desta reflexão, o que deprime as pessoas não é a perda de um emprego, por exemplo, mas a sensação de falta de sentido decorrente disto. O pesar não é devido ao ônus financeiro, mas às pressões psíquicas sofridas, diante desta situação. Ainda assim, em qualquer situação, o homem é capaz de ressignificar, mesmo que no último momento de sua vida e mesmo que diante da tríade trágica – a dor, a culpa e a morte. (FRANKL, 1990).

Conforme destaca Xausa (2003, p. 84), apenas o ser humano tem a capacidade de admitir uma atitude diante de uma situação de sofrimento, pois “a resposta sobre o sentido do trágico é encontrada na atitude mesma que elegemos ante uma situação que se nos apresenta tragicamente.”

Isto porque existe uma liberdade última que está presen-



te no mais íntimo do ser e que faz com que o indivíduo possa escolher uma atitude alternativa diante das condições apresentadas. Esta liberdade última permanece por toda a vida do indivíduo, possibilitando-o a encontrar um sentido em sua vida até no momento de sua morte. Assim, mesmo diante de dificuldades que possam privar o sujeito da liberdade e da dignidade, há ainda uma liberdade interior que o impulsiona a escolher como vai perceber e agir, a partir da situação (FANKL, 1987).

O sentimento de falta de sentido pode ser um fator significativo para a decisão de cometer suicídio. De acordo com Dutra e Rosa (2001), a falta de autenticidade na vida acarreta escolhas existenciais inadequadas, já que a inautenticidade traz uma realidade incompatível com o eu real, levando a pessoa a uma existên-

cia marcada pelo fracasso, baixa autoestima, irrealização e infelicidade, o que ocasiona uma incapacidade de amar e ser amado.

Segundo o autor, o sujeito procura, então, sair do vazio e preencher o vácuo que a falta de sentido e o vazio existencial provocam, para que se estabeleça sua autenticidade, ainda que seja através de um desconhecido que o ajudará neste sofrimento, ou em um ato de violência extrema contra si próprio, como o ato ou as tentativas suicida (DUTRA; ROSA, 2001).

Diante disto, compreende-se que todas as vidas são importantes, todas possuem um sentido, não só as existências belas, mas também as que são repletas de dor e sofrimento, pois há no interior do ser humano uma liberdade que o impulsiona para a vida, para encontrar um sentido e ressignificar a situação que vi-



vencia (FRANKL, 1987).

A BUSCA PELO SENTIDO DA VIDA

De acordo com a teoria da Logoterapia, psicoterapia centrada no sentido, há em todo ser humano uma tendência a encontrar sentido na vida, mesmo em meio ao sofrimento. Segundo Färber et al. (2020), o indivíduo é capaz de exercer uma resiliência no propósito da vida, que é fortalecido, quando se encontra um significado no sofrimento, na dor e na morte. Este sentido é algo individual e subjetivo, e o sofrimento apenas pode ser ressignificado pelo próprio sujeito.

Segundo Ortiz e Moderno (2011), o sentido da vida se dá como uma percepção afetivo-cognitiva de valores, levando o indivíduo a se comportar de maneiras diversas diante de si-

tuações específicas ou diante da vida em geral, criando uma coerência e uma identidade pessoal.

Já na percepção de Frankl, a partir das queixas de seus pacientes muitas vezes de cunho filosófico e ético, o homem é um ser que precisa moldar sua vida significativamente, buscando um sentido para sua existência. Se não encontrado este sentido, pode se frustrar e adoecer psicicamente (LUKAS, 1989).

O sentido da vida é fortalecido pela efetivação da tríade valorativa: vivências, criativos e atitudinais. As vivências se referem aos valores gerados a partir das vivências positivas, em que o indivíduo recebe algo do mundo, seja relacionado a coisas estéticas ou a vivência de um tu (homo amans). Já no que se refere aos valores criativos, há uma capacidade de transformar o mundo através de uma



obra criativa (homo faber). E os valores atitudinais se referem ao sentido encontrado pelo sujeito a partir de suas próprias atitudes diante das situações de sofrimento/dor inevitável (homo patiens) (FRANKL, 2005).

Há ainda o conceito de homo religious, como aspecto importante na composição do homem, o que traz a importância do ser espiritual, o que permite a possibilidade de superação da existência humana, considerando a “resiliência como um fator determinante na identificação e enfrentamento do sofrimento inerente à vida humana e participe do seu sentido” (MOREIRA; HOLANDA, 2010, p. 355).

Ainda na concepção de Frankl, o sujeito se sente verdadeiramente realizado, quando consegue preencher um sentido, uma vez que a “autorrealização é o efeito não intencional das in-

tenções da vida”, uma vez que o sujeito está direcionado a uma intenção (FRANKL, 2011, p. 53)

Assim, o sentido de vida se dá a partir da dedicação do sujeito a uma causa ou a alguém, ou ainda, na ressignificação do sofrimento e nas situações da vida, isto porque o sentido da vida se encontra no mundo afora, e cabe ao sujeito a sua descoberta (FRANKL, 2011).

Ademais, a intencionalidade consiste em proporcionar ao sujeito um processo contínuo de autoconhecimento, o direcionando para o futuro. Para que haja uma autenticidade na existência do sujeito, é necessário que seja construída por um sentido, que significará a autotranscendência do sujeito, uma vez que “a existência vacila, hesita incerta, a menos que haja por trás dela, uma ‘ideia forte’, ou um sólido ideal” (FRANKL, 2011, p. 67).



Com isto, vale ressaltar que o quadro depressivo pode ser influenciado pela dúvida sobre o sentido da vida. Quando há uma dificuldade em perceber possibilidades de sentido na percepção do indivíduo e quando não há sentido na vida, os sintomas depressivos decorrentes de questões existenciais se manifestam. Há um agravamento no quadro depressivo quando não se percebe um sentido de futuro, o que faz com que o indivíduo deixe de viver o aqui e agora, reforçando o sentimento de falta de sentido (FRANKL, 2015).

Por fim, é compreensível que o vazio existencial seja uma nova demanda da atualidade, favorável ao fato de se manifestar a partir do niilismo privado, se referindo ao sentimento de vazio, devido à perda de valores existenciais (FRANKL, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto nesta pesquisa bibliográfica, a sociedade atual passou por transformações, devido ao advento tecnológico e à globalização, o que resultou em uma sociedade marcada pela praticidade e rapidez. Em consequência disto, o homem se tornou um sujeito livre e, ao se deparar com a responsabilidade das suas escolhas, sente-se inseguro em sua subjetividade.

A partir disto, o vazio existencial passou a ser mais presente na vida dos indivíduos, tornando-se assim, uma nova demanda na contemporaneidade, enquanto efeito da desapropriação dos valores existenciais, fazendo com que a sociedade estivesse cada vez mais fragilizada e propícia ao adoecimento.

Vale ressaltar que o suicídio é um ato bastante complexo



e multifacetado, sendo resultado de um processo de experiências ao longo da vida. O suicídio não pode ser reduzido a um mero reflexo de alguma desordem social ou associado a algum transtorno psíquico, ainda que alguns fatores podem ser considerados desencadeadores da ideação ou do ato suicida.

Compreender o suicídio pode ser, por vezes, tarefa complexa devido aos tabus instaurados, historicamente, em nossa cultura. Por este motivo, são necessários uma compreensão empática, uma análise mais cautelosa e um olhar devagar para a dor do outro, considerando a subjetividade de cada caso, uma vez que o ato suicida carrega consigo a história individual do sujeito.

A partir desta discussão, este estudo bibliográfico teve como intuito buscar compreender o suicídio derivado de

questões existenciais, abrangendo à teoria de Viktor Frankl para conseguir responder a questão norteadora que perpassa por toda a pesquisa: “O que produz a perda do sentido, a ponto de fazer alguém pensar em cometer um ato tão violento e mortal contra sua própria vida, como o suicídio?”, a partir dos aspectos psicossociais envolvidos na dinâmica do suicídio.

Levando em consideração os pontos principais desta pesquisa, o ser humano necessita de um ideal para conseguir encontrar sentido em sua existência. Se este ideal não for percebido pelo sujeito, a vontade de sentido pode sofrer frustrações, gerando o vazio existencial e a perda de um sentido para viver.

Este estudo aponta que, à luz da Logoterapia, a falta de sentido pode gerar uma frustração no indivíduo, fazendo com



que ele não encontre perspectiva de futuro e acabe por se apegar à dor que vivencia em seu presente. Esta falta de sentido produz um vazio existencial que pode ser fator importante na tomada de decisão do suicídio.

A partir deste raciocínio, compreende-se que o sujeito em sofrimento enxerga sua existência marcada pelo fracasso e infelicidade e procura se curar desta realidade angustiante e dolorosa, muitas vezes, colocando um fim em sua dor, com o ato suicida.

É importante ressaltar que o intuito da Logoterapia é levar o sujeito a compreender sua liberdade e a responsabilidade de suas escolhas, buscando encontrar um sentido e ressignificar a situação que vivencia, pois a forma como percebemos e lidamos com as situações difíceis são primordiais para a prevenção da

nossa saúde mental.

Vale salientar a importância de promover a conscientização da sociedade acerca do tema morte, além da necessidade da compreensão empática e aceitação daqueles que se encontram em sofrimento psíquico que, por muitas vezes, são alvos de julgamentos e preconceitos por parte da sociedade por não compreender que o ato suicida é, na verdade, um pedido de ajuda por ser insuportável viver em sofrimento.

Faz-se necessário destacar ainda a necessidade de se discutir mais ativamente o assunto sobre a morte e o suicídio na sociedade acadêmica, uma vez que o suicídio deve ser considerado importante o ano todo e, não apenas, no mês de setembro, em que é trabalhada a campanha de prevenção ao suicídio. É interessante destacar a importância



do papel da Psicologia na prevenção ao suicídio, percebendo a necessidade de se desenvolver um trabalho mais ativo frente ao tema do suicídio, promovendo uma psicoeducação da sociedade e realizando um acolhimento empático como ação preventiva àqueles que estão em sofrimento psíquico com quadro de ideias suicidas.

Conclui-se, então, que o acolhimento terapêutico, através de uma escuta ativa e empática é importante no processo de aceitação do sofrimento e na busca de um sentido pelo qual viver, fazendo com que o sujeito compreenda todas as suas limitações e ressignifique suas ações diante das situações de dificuldade.

REFERÊNCIAS

AQUINO, T. A. A.; DARÁ, D. M. B.; SIMEÃO, S. S. S. De-

pressão, percepção ontológica do tempo e sentido da vida. *Revista brasileira de Terapias cognitivas*, João Pessoa, v. 12, p. 35-41, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v12n1/v12n1a06.pdf>. Acesso em: 15 novembro 2020.

AQUINO, T. A. A. et al. Sentido da vida e conceito de morte em estudantes universitários: um estudo correlacional. *Interação em Psicologia*, João Pessoa, v. 14, p. 233-243, 2010. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/16696/13924>. Acesso em: 15 setembro 2020.

AQUINO, T. A. A. et al. Falando de Morte e da finitude no ambiente escolar: Um estudo à luz do sentido da vida. *Psicologia, ciência e profissão*, João Pessoa, v. 34, p. 302-317, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/>



pcp/v34n2/v34n2a04.pdf. Acesso em 14 outubro 2020. ARIÈS, P. História da Morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BAGGIO, L.; PALAZZO, L. S.; AERTS, D. R. G. C. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalências e fatores associados. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, p.142-150, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/15.pdf>. Acesso em: 20 abril 2020.

BAUMAN, Z. Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BRANDAO, M. L. Psicofisiologia: As bases fisiológicas do comportamento. São Paulo: Atheneu, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde.

Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil. 2007 a 2016. Brasília, 2019.

CARRARA, P. S. Espiritualidade e saúde na logoterapia de Victor Frankl. Revista Interações: cultura e comunidade, Minas Gerais, v. 11, p. 66-84, jul- dez 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3130/313049300006.pdf>. Acesso em: 10 agosto 2020.

CASSORLA, R. Do suicídio: estudos brasileiros. Campinas: Papirus, 1998.

CRUZ, C. A. et al. O suicídio na perspectiva das Psicologias Humanista, Fenomenológica e Existencial: revisão sistemática e metassíntese. Revista Contextos Clínicos, Fortaleza, v. 13, p. 293-315, jan-abr 2020. Disponível em: <http://revistas.unisinos>.



br/index.php/contextosclnicos/article/viewFile/ctc.2020.131.14/60747841. Acesso em: 13 setembro 2020.

DURKHEIM, E. Educación y Sociología. Buenos Aires: Shapire, 1973.

DUTRA, E. M. S.; ROSA, J. T. Compreensão de tentativas de suicídio de jovens. Escuela de Desarrollo Humano Casagrande, São Paulo, 2001. Disponível em: <http://biblioteca-paralapersona-epimeleia.com/greenstone/collect/ecritos2/index/assoc/HASH01ed/a5c10835.d1r/doc.pdf>. Acesso em: 10 setembro 2020.

DUTRA, E.; ROEHE, M. Suicídio de agricultores no Rio Grande do Norte: compreensão fenomenológica preliminar dos aspectos existenciais. Psicologia

em Revista, Belo Horizonte, v. 19, p. 108-118, abril 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v19n1/v19n1a09.pdf>. Acesso em: 10 setembro 2020.

FÄRBER, S. S. et al. O sentido da vida e a depressão: uma reflexão sobre fluxo migratório e fatores. Research, Society and Development, Rio de Janeiro, v.9, 2020. Disponível em: <https://rsd-journal.org/index.php/rsd/article/view/2471/4735>. Acesso em: 05 outubro 2020.

FRANKL, V. E. Fundamentos antropológicos da psicoterapia. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

FRANKL, V. E. Em busca de sentido. Petrópolis: Vozes, 1985.

FRANKL, V. E. Em busca de sentido: Um psicólogo no campo de concentração. Porto Alegre:



Sinodal, 1987.

FRANKL, V. E. A questão do sentido em psicoterapia. Campinas: Papyrus, 1990.

FRANKL, V. E. A psicoterapia na prática. Campinas: Papyrus, 1991.

FRANKL, V. E. Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração. Petrópolis: Vozes, 1994.

FRANKL, V. E. Psicoterapia e sentido da vida. São Paulo: Quarente, 2003. FRANKL, V. E. Um sentido para a vida. São Paulo: Ideias e Letras, 2005.

FRANKL, V. E. A presença não ignorada de Deus. Petrópolis: Vozes, 2007.

FRANKL, V. E. Em busca de

sentido: Um psicólogo no campo de concentração. Petrópolis: Vozes, 2009.

FRANKL, V. E. A Vontade de Sentido: Fundamentos e aplicações da Logoterapia. Tradução de Ivo Studart Pereira. São Paulo: Paulus, 2011.

FRANKL, V. E. O sofrimento de uma vida sem sentido. São Paulo: Vozes, 2015.

FRANKL, V. E. A vontade de sentido: Fundamentos e aplicações da Logoterapia. São Paulo: Paulus, 2016.

HEIDEGGER, M. Ser e Tempo. Petrópolis: Vozes, 1990.

KOVACS, M. J. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.



- KOVACS, M. J. Bioética nas questões da vida e da morte. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, p.115-167, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pusp/v14n2/a08v14n2.pdf>. Acesso em: 07 junho 2020.
- KROEFF, P. Logoterapia: Uma visão da Psicoterapia. Revista da Abordagem Gestáltica - XVIII, Porto Alegre, p. 68-74, jan-jun 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v17n1/v17n1a10.pdf>. Acesso em: 20 junho 2020.
- KUBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. Rio de Janeiro: Ed. WMF Martins Fontes, 1985.
- KLUBER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. 9. ed. São Paulo: Ed. WMF Martins Fontes, 2008.
- LIMA NETO, V. B. Morte e sentido da vida: Tanatologia e Logoterapia, um diálogo ontológico. Revista Logos e existência: Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise existencial, Ceará, v. 1, p. 38-49, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/le/article/view/12573/8044>. Acesso em: 20 setembro 2020.
- LUKAS, E. Logoterapia: a força desafiadora do espírito. São Paulo: Loyola, 1989.
- MARQUES, I. H. Sartre e o Existencialismo. Revista Eletrônica Funrei, São João del-Rei, p. 75-80,1998. Disponível em: <http://www.funrei.br/revistas/filosofia>. Acesso em: 23 abril 2020.
- MARTINS, M. V. S. O pensamento de Heráclito: Uma aproximação com o pensa-



mento de Parmênides. Repositório Institucional da UnB, Brasília, 2007. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/2746/1/2007_Marcus-ViniciusSilvaMartins.pdf. Acesso em: 15 agosto 2020.

MEDEIROS, A. Y. B. B. V. A percepção do sentido da vida para o paciente com câncer: um olhar logoterapêutico. Repositório Institucional da UFF, Niterói, 2019. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/11103/1/Angelica%20Yolanda%20Bueno%20Bejarano%20Vale%20de%20Medeiros.pdf>. Acesso em: 17 outubro 2020.

MOREIRA, N.; HOLANDA, A. Logoterapia e o sentido do sofrimento: convergências nas dimensões espiritual e religiosa. Psico-USF, Curitiba, p. 345-356, set-dez 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n3/v15n3a08.pdf>. Acesso em: 15 setembro 2020.

MOREIRA, V. De Carl Rogers a Merleau-Ponty: a pessoa mundana em psicoterapia. São Paulo: MJW Fédition, 2017.

MOURA, J. F.; REIS, F. F. S. O fenômeno do suicídio na tribo Sorowahá: particularidades e generalidades. Centro Universitário de Anápolis, 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/1143/1/O%20fen%20c3%94meno%20do%20suic%20c3%8ddio%20NA%20tribo%20sorowa%20c3%81%20-%20particularidades%20E%20generalidades.pdf>. Acesso em: 5 agosto 2020.

NASCIMENTO, A. K. C.; CALDAS, M. T. Dimensão espiritual e Psicologia. Revista da Abor-



dagem Gestáltica, Recife, v. 26, p. 74-89, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v26n1/v26n1a08.pdf>. Acesso em: 10 setembro 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Prevenção do Suicídio: Um imperativo global, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839. Acesso em: 20 abril 2020.

ORTIZ, E. M.; MODERNO, M. Los modos de ser inauténticos - Psicoterapia centrada en el sentido de los trastornos de personalidad. Revista argentina Clínica psicológica, Buenos Aires, v. 10, p. 286, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281922826013.pdf>. Acesso em: 5 outubro 2020.

PEREIRA, I. S. A vontade de sentido na obra de Viktor Frankl. Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 18, p. 125-136, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pusp/v18n1/v18n1a07.pdf>. Acesso em: 9 agosto 2020.

PEREIRA, I. S. A Ética do Sentido da Vida: Fundamentos Filosóficos da Logoterapia. São Paulo: Ideias e Letras, 2013.

ROCHA, M. A. S.; BORIS, G. D. J. B.; MOREIRA, V. A Experiência Suicida numa Perspectiva. Revista da Abordagem Gestáltica, Goiania, v. 18, p. 69- 78, jan-jun 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3577/357735516010.pdf>. Acesso em: 15 setembro 2020.

ROCHA, A. P. C.; FONSECA,



L. C.; SALES, R. L. Dialogando sobre a morte como forma de prevenção do luto mal elaborado. Revista Psicologia e Saberes, São Paulo, v.8, n.12, 2019. Disponível em: <https://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1054>. Acesso em: 07 junho 2020.

RODRIGUES, R. Fundamentos da logoterapia na clínica psiquiátrica e psicoterápica. Petrópolis: Vozes, 1991.

ROEHE, M. V. Revendo idéias de Viktor Frankl no centenário de seu nascimento. PSICO-PU-CRS, Porto Alegre, v. 36, p. 311-314, set-dez 2005. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1402/1102>. Acesso em: 2 julho 2020.

SCHRAMM, F. R. Morte e Fini-

tude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, p. 17-20, 2002. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_48/v01/pdf/opiniao.pdf, Acesso em: 09 junho 2020.

SCHELER, M. A posição do homem no cosmos. Petrópolis: Forense Universitária, 2003.

SILVA, J. B.; SILVA, L. B. Relação entre religião, espiritualidade e sentido da vida. Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e análise existencial, João Pessoa, v. 3, p. 203-215, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/le/article/view/22107>. Acesso em: 11 outubro 2020.

STEINER, P. A Sociologia de Durkheim. Rio de Janeiro: Vo-



zes, 2016.

TORO, G. V. R. et al. O desejo de partir: um estudo a respeito da tentativa de suicídio. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 19, p. 407-421, dezembro 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v19n3/v19n3a06.pdf>. Acesso em: 08 setembro 2020.

VARES, S. F. O problema do suicídio em Émile Durkheim. *Revista do Instituto de Ciências Humanas*, São Paulo, v. 13, 2017. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/revistai-ch/article/view/15869>. Acesso em: 20 agosto 2020.

XAUSA, I. A. M. O sentido dos sonhos na psicoterapia em Viktor Frankl. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.



**ZICA VIRUS UM PERFIL EPIDEMIOLOGICO:
REVISÃO BIBLIOGRAFICA**

**ZIKA VIRUS AN EPIDEMIOLOGICAL PROFILE:
BIBLIOGRAPHIC REVIEW**

Francisca Silvana Araujo Cardoso¹

Walter Kennedy de Araújo Beserra²

Diane Macedo Esbell Gomes³

Lorena Cristina Dourado de Souza⁴

Nádia Fernandes Pires Pereira De Almeida⁵

João Carlos do Nascimento Lopes⁶

Lúcia Regina Alves De Oliveira⁷

Odilamir da Silva dos Santos

Sydia Jeanne Carvalho Nascimento⁸

Raimunda Mota de Carvalho⁹

1 Mestre em Ensino de Ciências - Universidade Estadual de Roraima

2 Licenciado em Matemática pela UERR

3 Mestre em Recursus Naturais

4 Mestre Em Ciência Da Educação, Pós Graduada Em Língua E Literatura, Graduada Em Letras E Pedagogia

5 Mestre Em Ciência Da Educação

6 Licenciatura Plena em Matemática. Especialista em Metodologia do Ensino da Matemática e Física

7 Graduada em Pedagogia

8 Fisioterapeuta

9 Pós- graduada em Gestão Do Trabalho Pedagógico: Administração Orientação E Supervisão



Resumo: Conhecido cientificamente ZIKV, constituísse em vírus quando assim envelopado na cadeia de RNA simples não segmentado da família flaviviridae e gênero flavivirus então descoberto e isolado em 1947 o Zika vírus surgiu na floresta de Zika na Uganda no macaco-reso e descoberto em humanos em 1968. Seu principal meio de contágio é pelo mosquito *Aedes Aegypti* e também por relações sexuais, contato sanguíneo, leite materno e pelo líquido amniótico. No Brasil o zika vírus teve destaque durante a Copa do Mundo em 2014 pelo fato de muitos estrangeiros serem de nações distintas. Tratamento é sintomático quer dizer que não há tratamento específico só para alívio dos sintomas e se proteger de picadas de mosquitos para que o mesmo não leve a doença a outras pessoas. Para reali-

zação dessa revisão bibliográfica foi utilizados os bancos de dados Scienc Direct, SciELO, Medline, Periódicos Capes, Google Acadêmico e Ministério da Saúde do Brasil, sendo considerados artigos nas línguas portuguesa de acordo com qualidade e relevância do tema proposto desta revisão. Esse trabalho não teve a pretensão de trazer algo novo mais de evidenciar o grande problema de saúde que essa patologia pode acarretar a o ser humano e em toda a sua biogênese.

Palavras chaves: Vírus Zika, ZIKV, arbovirose, patogenia e epidemiologia.

Abstract: Known scientifically ZIKV, constituted in viruses when so enveloped in the unsegmented single RNA chain of the flaviviridae family and flavi-



virus genus then discovered and isolated in 1947 the Zika virus emerged in the Zika forest in Uganda in monkey-reso and discovered in humans in 1968. Its main means of transmission is by the *Aedes Aegypti* mosquito and also by sexual intercourse, blood contact, breast milk and amniotic fluid. In Brazil the zika virus was featured during the World Cup in 2014 because many foreigners are from different nations. Treatment is symptomatic means that there is no specific treatment just to relieve symptoms and protect yourself from mosquito bites so it does not carry the disease to other people. In order to carry out this bibliographic review, the Scienc Direct, SciELO, Medline, Capes Periodicals, Google Scholar and Brazilian Ministry of Health databases were used, being considered articles in the Portu-

guese language according to the quality and relevance of the proposed theme of this review. This work did not pretend to bring something new but to highlight the great health problem that this pathology can cause to the human being and in all its biogenesis.

Keywords: Zika virus, ZIKV, arbovirus, pathogenesis and epidemiology.

INTRODUÇÃO

Desde o isolamento do vírus Zika, em 1947, na Floresta de Ziika, em Uganda, e a primeira evidência de infecção humana no ano seguinte, a produção científica sobre o tema manteve-se ínfima no mundo e no Brasil. Em 2014, quando foram notificados 51 casos de transmissão para humanos na Ilha de Páscoa,



no Chile e no início de 2015, no nordeste brasileiro, toda a comunidade científica internacional voltou seus olhos para a América Latina, em especial o Brasil, e a iminência de uma epidemia tornou-se então preocupação dos cientistas no mundo inteiro. A possível associação com outras doenças, como a síndrome de Guirrain-Ballé e a microcefalia dentre outras provocou um aumento considerável na produção científica sobre o tema, fomentado por incentivos da Organização Mundial da Saúde - OMS e das agências nacionais de pesquisa.(BRASIL,2016).

Dado este cenário, as perguntas que norteiam esta pesquisa são: qual a contribuição do Brasil nesta crescente produção; qual o nível de internacionalização da pesquisa brasileira em ZIKV; e se e de que forma

a produção científica pode ser influenciada pela emergência de uma doença como a Zika.(BRASIL,2016)

Para isto, tomou-se como objeto de análise as publicações indexadas na base de dados Scopus, no período de 1949 até julho de 2016. As referências encontradas foram descarregadas, padronizadas e analisadas quantitativamente. Assim, este primeiro olhar sobre a produção científica nacional sobre o tema caracteriza-se por ser mais descritivo.(BRASIL,2016)

Dentre as arboviroses causadas por vírus da família Flaviviridae, a infecção pelo vírus Zika é uma das várias que emergiram como ameaça pandêmica nos últimos anos, sendo considerados como vetores os mosquitos do gênero Aedes, especialmente as espécies A. ae-



gypti e *A. albopictus*. Além da transmissão vetorial, o ZIKV também pode ser transmitido por contato sexual, transfusão de sangue ou ainda por transmissão vertical (OLIVEIRA, 2017).

Apesar de não haver um consenso a respeito do primeiro caso de infecção pelo vírus Zika em seres humanos, sabe-se que os primeiros relatos foram feitos entre a década de 1950 e 1960, no continente africano. Poucos casos foram relatados até 2007, quando houve uma epidemia do vírus na Micronésia (CIPRIANO e MONTEIRO, 2015).

É importante ressaltar que a baixa frequência de casos no intervalo de aproximadamente cinquenta anos não significa que a doença não ocorreu durante este período de tempo, sobretudo quando se considera a semelhança das manifestações clínicas

provocadas por este vírus com as apresentadas por outras arbovíruses e a reação cruzada que comumente pode ocorrer com outros vírus intimamente relacionados, o que pode ter conduzido a diagnósticos equivocados (BAUD, et al., 2017). A maioria dos flavivírus está sorologicamente relacionada e os anticorpos contra um vírus podem reagir cruzadamente com outro (MURRAY, 2013)

Apesar de ter inúmeras semelhanças com outras arbovíruses, como dengue e febre de chikungunya, tais como o vetor de transmissão, sintomatologia e a patogênese, o ZIKV tem certas peculiaridades sintomáticas e possíveis intercorrências clínicas, tais como microcefalia em fetos de gestantes que tiveram infecção pelo vírus durante a gestação e desenvolvimento da síndrome de Guillain-Barré em



adultos (EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, 2016).

A infecção por ZIKV era um assunto negligenciado por cientistas, profissionais da saúde e pela população, provavelmente devido ao caráter benigno da infecção e sua expansão geográfica limitada. No entanto, a doença ganhou destaque em 2015 quando atingiu proporções epidêmicas na América Central e do Sul e foi associada a um importante aumento do número de casos de doenças congênitas e desordens neurológicas no Brasil (HEUKELBACH et al., 2016). Assim, em fevereiro de 2016, a Organização Mundial de Saúde declarou a infecção como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional promovendo uma resposta internacional coordenada com o intuito de minimizar

a ameaça nos países afetados e reduzir o risco de propagação internacional (WHO, 2016). Desse modo, esta revisão tem por objetivo sintetizar a literatura sobre Zika com a finalidade de atualizar e melhorar a compreensão a respeito das formas de transmissão, sintomatologia, morbidade, epidemiologia e diagnóstico da infecção por ZIKV, como forma de auxiliar a população, os profissionais e gestores da saúde, na prevenção e manejo clínico desse problema emergente de saúde pública que vem trazendo desdobramentos extremamente críticos para o bem-estar geral.

Uma vez que a infecção causada pelo ZIKV é uma arbovirose emergente, o objetivo central do presente trabalho é realizar uma revisão de literatura a partir da bibliografia disponível a respeito deste vírus. Para a busca



das publicações, foram utilizados os bancos de dados Scienc Direct, SciELO, Medline, Periódicos Capes e Google Acadêmico, sendo considerados artigos nas línguas portuguesa de acordo com a qualidade e relevância do conteúdo para a produção desta revisão. As palavras chaves utilizadas na busca foram: “Vírus Zika”, “ZIKV”, “arbovirose”, “patogenia”. Além da pesquisa em periódicos, também foram utilizados boletins epidemiológicos emitidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde (Ministério da Saúde) para a obtenção de dados epidemiológicos de incidência e prevalência relativos à infecção pelo vírus Zika no Brasil.

DESENVOLVIMENTO

HISTORICO DA ZICA

O ZIKV foi identificado pela primeira vez em 1947, a partir de soro de macaco Rhesus que habitava a floresta de Zika, na Uganda, por isso recebeu esta denominação (DICK; KITCHEN; HADDOW, 1952). Por meio século, o vírus foi detectado esporadicamente em humanos da África e da Ásia, quando em 2007 foi descrito o primeiro surto de ZIKV na Ilha de Yap, Oceania (DUFFY et al., 2009). Em 2013–2014, ocorreu também uma epidemia de infecção pelo vírus na Polinésia Francesa e este surto se espalhou por outras ilhas do pacífico (EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, 2016). Em fevereiro de 2014 as autoridades chilenas relataram o primeiro caso de infecção pelo Zika vírus no país, em uma criança da Ilha de Páscoa (CHILE, 2014). Em



maio 2015, o Ministério da Saúde confirmou a circulação do ZIKV na região nordeste do Brasil (BRASIL, 2015a; CAMPOS et al., 2015; ZANLUCA et al., 2015) e a partir daí casos suspeitos foram confirmados em pelo menos 22 estados do Brasil (BRASIL, 2016).

A análise filogenética do genoma viral revelou que o vírus surgiu na região de Uganda em torno de 1920 e, após duas fases de migração para o Oeste Africano, deu origem a duas linhagens africanas. Por volta da década de 1940, o vírus migrou de Uganda para Ásia, dando origem à linhagem Asiática (PINTO JÚNIOR et al., 2015). A presença do ZIKV na Ásia foi confirmada pelo seu isolamento em pool de *A. aegypti* na Malásia em 1966 (WIKAN e SMITH, 2016).

POLITICAS PUBLICAS

As políticas públicas diz em respeito a um conjunto de ações e decisões do governo, voltadas para a solução de problemas encontrados na sociedade. Portanto, caracteriza-se como política pública o sistema de metas e planos pensados pelos três entes Federativos – União, Estados e Municípios – para alcançar o bem estar da população (CENTRO DE REFERÊNCIA EM EDUCAÇÃO INTEGRAL, 2016).

De acordo com Brancaleon et al.(2015), a Política Pública possui dois elementos fundamentais:

a) Intencionalidade pública: motivação para o estabelecimento de ações para tratamento ou para resolução de um problema; e,



b) Problema público: diferença entre uma situação atual vivida (status quo) e uma situação ideal possível à realidade coletiva.

O processo de elaboração de política pública, também conhecido como ciclo de políticas públicas consiste em cinco atividades essenciais: definição de agenda, formulação, tomada de decisão, implementação e avaliação. Nessa concepção, as atividades das políticas não ocorrem em “estágios”, com uma progressão linear de um para o outro. Ao contrário, são conjuntos de atividades discretas, embora inter-relacionadas, em que os gestores públicos podem se envolver para alcançar os objetivos das políticas da sua sociedade e do seu governo (BRANCALEON et al., 2015).

A Associação Nacional dos Defensores Públicos (ANADep), com apoio da Anis (Instituto de Bioética), ingressou com uma Ação Direta de Inconstitucionalidade cumulada de Arguição de Preceito Fundamental no Supremo Tribunal Federal (STF) com objetivo de exigir a garantia de direitos violados pela epidemia do Vírus Zika no Brasil e destacar a necessidade de políticas públicas efetivas às mulheres e crianças afetadas pela doença.

Outro aspecto é a defesa de que as mulheres tenham acesso a o diagnóstico de qualidade para detectar a doença. Para as mulheres e crianças já afetadas pela epidemia é fundamental o acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) para além do prazo de 3 anos, o acesso aos procedimentos para



estimulação precoce das crianças com a síndrome em Centros Especializados em Reabilitação (CERs) situados em distância de até 50 km da residência do grupo familiar e/ou o pagamento de tratamento fora de domicílio (TFD) para os deslocamentos iguais ou superiores a 50 km. Além disso, as entidades envolvidas exigem a garantia do direito à informação atualizada, de qualidade e em linguagem acessível sobre a epidemia e seus riscos.

O planejamento familiar, o que inclui acesso a contraceptivos adequados, também é um ponto discutido. Por fim, faculta às mulheres grávidas infectadas pelo Vírus Zika e, que estão em sofrimento psíquico diante da epidemia, a excepcional interrupção da gestação (ASSOCIAÇÃO NA-

CIONAL DOS DEFENSORES PÚBLICOS, 2016).

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL ATÉ O SEGUNDO SEMESTRE DE 2017

Em fevereiro de 2015, sete meses após a Copa do Mundo da FIFA no Brasil, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) passou a monitorar o registro de casos de uma síndrome exantemática indeterminada, a qual surgia em alguns estados brasileiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). De forma quase simultânea, estudos realizados com amostras de pacientes apresentando sintomas característicos da síndrome nos estados da Bahia (CAMPOS, BANDEIRA, & SARDI, 2015), Rio Grande do Norte (ZANLUCA et al., 2015),



Rio de Janeiro (BRASIL et al., 2016), Alagoas, Maranhão e Pará (VASCONCELOS, 2015) confirmaram a presença do ZIKV nessas amostras. A partir de então, a disseminação foi de tal forma acelerada que, em novembro do mesmo ano, 18 Unidades Federativas já haviam confirmado laboratorialmente a transmissão autóctone do vírus (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

No início de abril de 2016, a SVS/ MS publicou o primeiro boletim epidemiológico com dados relativos à notificação de casos e incidência no país, o qual apresentava 91.387 casos prováveis (34,59% confirmações) e incidência de 44,7 casos/ 100 mil habitantes. Ao término deste mesmo ano, o número de casos já havia mais que duplicado (> 200.000 mil casos prováveis notificados) e a região Centro-Oes-

te ganhou destaque pela maior taxa de incidência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Em 2017, até a semana epidemiológica 35 (28/08 - 02/09) foram registrados 15.586 casos prováveis de febre pelo vírus Zika, com incidência de 7,6 casos/ 100 mil habitantes e 6.679 (42,9%) confirmações (Figura 3), com as maiores taxas de incidência nos estados de Tocantins, Mato Grosso e Goiás (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Em termos comparativos, percebe-se que, dentro de um ano, houve significativa diminuição de casos prováveis e confirmados, fato que pode estar associado ao desenvolvimento de memória imunológica conferida por infecções prévias por outros flavivírus antígenicamente relacionados ou à imunização de grupo em resposta ao próprio ZIKV.



TRANSMISSÃO

A transmissão do ZIKV normalmente ocorre por meio dos vetores artrópodes da família Culicidae e do gênero *Aedes* spp. (principalmente *Ae. aegypti*) durante o repasto sanguíneo. ZIKV já foi isolado de *Ae. africanus*, *Ae. apicoargenteus*, *Ae. luteocephalus*, *Ae. vitattus*, *Ae. furcifer* e *Ae. aegypti*. Este último possui enorme incidência no Brasil devido aos fatores climáticos e condições de urbanização contributivas ao seu desenvolvimento (HAYES, 2009). O ZIKV pode ser transmitido da mãe para o feto e já foi descrita também a transmissão sexual (FOY, 2011; MUSSO et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2016; OSTER et al., 2016; VENTURI et al., 2016). Alguns autores sugerem que o ZIKV

também pode potencialmente ser transmitido por acidente de laboratório, transfusão sanguínea e transplante (MUSSO et al., 2014), indicando que pode ser prudente considerar o rastreio do ZIKV em doadores de sangue.

EPIDEMIOLOGIA

Apesar do relato de ocorrência em humanos desde 1952, os casos de febre por ZIKV eram bastante restritos à costa oeste e leste da África e poucos países da Ásia, a saber: Tailândia, Indonésia e Cambodja.

Desse modo, as características epidemiológicas do ZIKV só começaram a ser reconhecidas a partir de 2007, com o surto ocorrido na ilha de Yap, Micronésia,



com mais de 100 casos confirmados para uma população de pouco mais de 10 mil habitantes (IOSS et al., 2014).

Entretanto, a primeira grande epidemia por ZIKV se deu apenas em outubro de 2013, na Polinésia Francesa. O conjunto de ilhas pertencente à França, que já convivia com epidemias corriqueiras de dengue, reportou cerca de 8510 casos suspeitos de infecção pelo ZIKV do começo da epidemia até o fevereiro de 2014. Desses casos, setenta apresentaram complicações sérias, dos quais, quarenta foram diagnosticados com a Síndrome de Guillain-Barré. A epidemia da Polinésia Francesa foi crucial para a disseminação do ZIKV para outras regiões, dentre elas:

Nova Caledônia, Japão, Noruega, Ilha de Páscoa e Continente Americano (IOSS et al., 2014). No Brasil, casos de infecção pelo ZIKV (inclusive de transmissão autóctone) foram descritos pela primeira vez, no começo de 2015, na região nordeste do país. O vírus foi identificado por meio de técnica de RT-PCR em tempo real em casos de microcefalia já foram confirmados. Em contraste, a taxa média anual relatada anteriormente a este período era de 163 casos (HEUKELBACH et al., 2016).

TRANSMISSÃO VETORIAL

O modo primordial de transmissão do ZIKV é por intermédio da picada de mosquitos vetores pertencentes ao gênero *Aedes* (PLOURDE & BLOCH, 2016). Desde os primeiros estu-



dos envolvendo o papel de mosquitos na infecção, o vírus Zika foi comumente isolado de *Aedes* spp. Entretanto, outras espécies dos gêneros *Anopheles*, *Culex*, *Eretmapodites* e *Mansonia* também têm sido sugeridas como potenciais vetores (MOGHADAM et al., 2016), embora ainda não tenha sido comprovada a transmissão por essas espécies. O processo de transmissão do vírus através de mosquitos vetores ocorre por meio de dois ciclos distintos de transmissão: um ciclo silvestre, no qual o vírus circula nas florestas entre primatas não-humanos e mosquitos; e um ciclo urbano, envolvendo a circulação do vírus entre mosquitos peridomiciliares ou domiciliares e o ser humano nas cidades (WEAVER et al., 2016).

Devido ao seu papel na transmissão de várias outras ar-

boviroses e competência vetorial experimentalmente comprovada, o *Aedes aegypti* é considerado o vetor mais importante para a transmissão do ZIKV. Como vetor secundário, o *Aedes albopictus*, teve potencial revelado durante as epidemias de Dengue, Chikungunya e Zika no Gabão, onde o RNA do ZIKV foi detectado em 2 pools desta espécie (RELICH & LOEFFELHOLZ, 2017). Tanto o *A. aegypti* quanto o *A. albopictus* possuem hábito diurno e são amplamente distribuídos pelas regiões tropicais e subtropicais do mundo. Entretanto, o *Aedes albopictus* se estende ainda para as regiões temperadas, o que pode torná-lo o principal vetor de transmissão urbana do ZIKV em todo o mundo (SONG et al., 2017).

TRANSMISSÃO NÃO-VETO-



RIAL

Apesar de a picada por um mosquito infectado ser a principal via de infecção pelo ZIKV, a transmissão por exposição à fluidos corporais tem sido sugerida. O vírus pode ser detectado no sangue, sêmen, secreção vaginal, urina, fluido cerebral, saliva e líquido amniótico (SHIRLEY & NATARO, 2017). Esta rota transmissional surge como consequência da circulação do vírus entre os seres humanos e das relações interpessoais entre estes estabelecidas, incluindo as relações sexuais, o contatomaterno-fetal e a doação de sangue.

O primeiro caso relatado de transmissão do ZIKV por contato sexual aconteceu em 2008 com um cientista norte-americano e sua esposa. Este havia trabalhado no Senegal por

determinado período de tempo e, seis dias após o retorno para sua casa no Colorado, apresentou hematospemia. Poucos dias após, sua esposa, a qual não havia viajado durante o período correspondente, apresentou artralgia, exantema e úlcera oral, sintomas os quais também haviam sido apresentados pelo esposo, anterior à hematospemia. Testes de inibição da hemaglutinação, neutralização do vírus e fixação do complemento identificaram o ZIKV como agente infeccioso mais provável (RELICH & LOEFFELHOLZ, 2017).

Outros vários casos de infecção pela rota sexual foram relatados durante os surtos epidêmicos nos países da América. Supõe-se que durante a fase aguda e virêmica da infecção, o dano ao endotélio vascular resulta no derramamento de células sanguí-



neas e partículas virais no sêmen, favorecendo a transmissão (SILVA & SOUZA, 2016). Apesar de ambos os sexos serem capazes de transmitir o vírus, a transmissão ocorre mais comumente quando o homem está infectado (SONG et al., 2017).

TRATAMENTO, PREVENÇÃO E CONTROLE

Ainda não existe um tratamento específico para combater o vírus. É importante o tratamento sintomático porque as dores, como a artralgia e cefaleia, constantemente relatadas pelos pacientes, representam um incômodo bastante acentuado. É recomendado então que a dor e febre sejam tratados com o uso de paracetamol. Diante de erupções pruriginosas, é orientada a administração de medicamen-

tos anti-histamínicos (BRASIL, 2015b). O uso de ácido acetilsalicílico não é recomendado devido ao risco de desenvolvimento da síndrome de Reye em crianças e da possibilidade de ocorrência de complicações hemorrágicas. Os pacientes devem ser aconselhados a beber bastante água, principalmente aqueles que estiverem vomitando (BRASIL, 2015b; PAHO/WHO, 2015b).

Não existe uma vacina disponível para a prevenção da doença, portanto, são de extrema importância ações que promovam o controle do vetor e evitem sua picada. Tais ações são dificultadas por conta das características urbanas e domiciliares do *Aedes aegyptis*, de grande importância epidemiológica no Brasil por ter distribuição geográfica principalmente nas regiões tropicais. O cuidado deve ser



adicional nas primeiras horas da manhã e ao final da tarde, período que corresponde ao de maior ocorrência de picadas do mosquito (SUMMERS; ACOSTA; ACOSTA, 2015). Esses cuidados envolvem o uso constante de repelentes que contenham DEET, IR3535 ou icaridina, o uso de roupas longas e claras, além do uso de mosquiteiros (IOSS et al., 2014). Manter portas e janelas fechadas ou utilizar telas de proteção também são consideradas medidas importantes.

A redução da densidade do vetor é essencial para diminuir a possibilidade de transmissão da doença. As ações com esse fim carecem da adesão tanto das instâncias governamentais e seus mais variados órgãos competentes, quanto da população em geral. As autoridades devem conduzir intervenções quanto ao

uso de inseticidas eficientes contra os vetores, identificar e eliminar os possíveis focos de espécies de mosquitos transmissores do ZIKV que se encontram em áreas comuns (escolas, hospitais, parques, etc.) das cidades, organizar campanhas de conscientização da população acerca da necessidade de eliminação dos criadouros dos mosquitos. Em contrapartida, a sociedade também precisa se mobilizar e eliminar os possíveis focos de *Aedes* presentes nas suas residências (PAHO/WHO, 2015b).

Vale ressaltar que devido à possibilidade de transmissão do vírus por outras formas que não através dos vetores (mãe para filho, sexual, transfusão de sangue e transplante) é recomendado também implementar medidas de controle e prevenção que considerem estas formas de transmis-



são (OSTER et al., 2016).

CONCLUSÃO

A ZIKA é um problema de saúde pública em que o governo vem tendo como prioridade controlá-la por meio de ações de monitoramento da circulação viral, identificação, tratamento, bem como ações educativas que objetivam sensibilizar a população quanto à importância que cada um tem para o controle dessas patologias. É imprescindível a intensificação, bem como melhorias na qualidade das ações da epidemiologia e das políticas de saúde pública no controle da doença, frente à epidemia na última década e às transformações socioambientais.

Esse trabalho não teve a pretensão de trazer algo novo ou simplesmente, supostas soluções

para o atual quadro epidemiológico do RN, mas sim, apresentar dados significantes que mostram a gravidade que a Zika pode ocasionar. Espera-se, portanto, que o presente estudo sirva de fonte de pesquisa para aqueles que venham a se apropriar dele, ajudando na busca e respaldando os futuros estudos.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DEFENSORES PÚBLICOS. ANADEP entra com Ação no STF para Garantir Políticas Públicas às Mulheres e Crianças Afetadas pelo Vírus Zika vírus no Brasil. 2014. Disponível em: . Acesso em: 28 out. 2016. AUMENTA para 56 os casos de zika registrados na Alemanha. Exame.com, jun. 2016. Disponível



em: . Acesso em: 02/02/2018.

BAUD D. et al. An update on Zika virus infection. *The Lancet*. V. 6736, n. 17, 2017.

BRANCALEON, et al. Políticas públicas: conceitos básicos. 2015. Disponível em: Acesso em:10/02/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Febre pelo vírus Zika: uma revisão narrativa sobre a doença. *Boletim Epidemiológico*, v. 46, n. 26, p. 1-7, 2015b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/26/2015-020publica----o.pdf>>. Acesso em: 15/02/2018.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikun-

gunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 8, 2016. *Boletim Epidemiológico*, v. 47, n. 14, 2016. Disponível em: <<http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/2016-008-Dengue-SE8.pdf>>. Acesso em: 08/02/2018.

CAMPOS, GS; Bandeira, AC; Sardi, SI. Zika virus outbreak, Bahia, Brazil. *Emerging Infectious Disease*, v.21, n.10, p.1885-6. 2015.

CENTRO DE REFERÊNCIA EM EDUCAÇÃO INTEGRAL. Política pública. 2016. Disponível em: . Acesso em: 12/02/2018.

CIPRIANO, R.; MONTEIRO, C. C.; Relato sobre o Zika vírus no Brasil. *Revista de epidemiologia e controle de infecção*. v. 6, n. 1, p. 37-40, 2016.



CHILE. Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Epidemiología. Virus Zika. Informe de Situación. 20 Março 2016. Disponível em: <http://www.sochinf.cl/sitio/templates/sochinf_2008/documentos/2014/Informe_situacion_Zika_Isla_de_Pascua.pdf>. Acesso em: 08/02/2018.

DICK, G. W.; KITCHEN, S. F.; HADDOW, A. J. Zika virus. I. Isolations and serological specificity. *Trans R Soc Trop Med Hyg.*, v. 46, n. 5, p. 509-520, 1952.

DUFFY, M. R. et al. Zika virus outbreak on Yap Island, Federated States of Micronesia. *N Engl J Med.*, v. 360, n. 24, p. 2536-43, 2009.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. Rapid Risk Assess-

ment. Zika virus disease epidemic: potential association with microcephaly and Guillain–Barré syndrome. Fifth update, 11 April 2016. Stockholm: ECDC; 2016. Disponível em: <<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/zika-virus-rapid-risk-assessment-11-april2016.docx.pdf>>. Acesso em: 15/02/2018.

FOY, B. D. et al. Probable non-vector-borne transmission of Zika virus, Colorado, USA. *Emerg Infect Dis.*, v. 17, n. 5, p. 880-882, 2011.

HEUKELBACH, J. C. H. Alencar, A. A. Kelvin, W. K. De Oliveira, L. Pamplona de Góes Cavalcanti. Zika virus outbreak in Brazil. *J. Infect. Dev. Ctries.*, 10 (2016), pp. 116-120

HAYES, EB. Zika virus out-



side Africa. *Emerg Infect Dis.* 2009;15:1347-1350.

IOSS, S. et al. Current Zika virus epidemiology and recent epidemics. *Med Mal Infect.*, v. 44, n.7, p. 302-307, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2016 fev 3]. Disponível em: Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/22/microcefalia-protocolo-de-vigilancia-e-resposta-v1-3-22jan2016.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saú-

de. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52, 2016. *Bol Epidemiol.* 2016;47(3):1-10.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública sobre Microcefalias. Informe epidemiológico nº 14: semana epidemiológica (SE) 2017: monitoramento dos casos de microcefalia no Brasil. *Inf Epidemiol.* 2017;14(7):1-4.

MOGHADAM S. R. J. et al. Zika virus: A review of literature. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine.* v. 6, n. 12, p. 989-994, 2016.

MURRAY, P. R.; ROSENTHAL, K. S.; PFALLER, M. A. *Microbiologia Médica.* 7. ed. Rio de



- Janeiro: Elsevier, 2013. 888 p.
- MUSSO, D. et al. Potential sexual transmission of Zika virus. *Emerg Infect Dis.*, v. 21, n. 2, p. 359-61, 2014.
- MUSSO D, Nilles EJ, Cao-Lor-meau VM. Rapid spread of emerging Zika virus in the Pacific area. *Clinical Microbiology and Infection*, v. 20, n. 10, p. O595–O596. 2015.
- OLIVEIRA, M. A. S. et al. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg? *Ultrasound Obstet Gynecol.*, v. 47, n. 1, p. 6-7, 2016.
- OLIVEIRA R, Nogueira RMR, Sequeira CS, Marzochi KBF, Homma A. Zika puzzle in Brazil: peculiar conditions of viral introduction and dissemination — A Review. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2017; 112(5): 319-27.
- OSTER, A. M. et al. Interim Guidelines for Prevention of Sexual Transmission of Zika Virus – United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, v. 65, n. 5, p. 120-121, 2016.
- PAHO/WHO. Pan American Health Organization/World Health Organization (WHO). Epidemiological Alert: Zika virus infection - 7 May 2015. Washington, D.C.: PAHO/WHO; 2015b. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30075>. Acesso em: 16/02/2018.
- PINTO JÚNIOR V. L. et al. Vírus Zika: revisão para clínicos.



Acta Médica Portuguesa. v. 28, n. 6, p. 760-765, 2015.

PLOURDE, A. R., and BLOCH, E. M. (2016). A Literature Review of Zika Virus. *Emerg. Infect. Dis.* 22, 1185–1192. doi: 10.3201/eid2207.151990

RELISH, RF, LOEFFELHOLZ M. Zika virus. *Clin lab Med.* 2017;37:253-267.

SHIRLEY, D.; NATARO J. P. Zika virus infection. *Pediatric Clinics of North America.* v. 64, n. 2017, p. 937-951, 2017.

SONG B. H. et al. Zika virus: History, epidemiology, transmission, and clinical presentation. *Journal of Neuroimmunology* v. 308, p. 50-64, 2017.

SOUZA SS, SILVA IG, Silva

HHG. Associação entre incidência de dengue, pluviosidade e densidade larvária de *Aedes aegypti*, no Estado de Goiás. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.* V. 43, N. 2, P. 152-155, 2016.

SUMMERS, D. J.; ACOSTA, R. W.; ACOSTA, A. M. Zika Virus in an American Recreational Traveler. *J Travel Med.*, v. 22, n.5, p. 338-340, 2015.

VENTURI, G. et al. An autochthonous case of Zika due to possible sexual transmission, Florence, Italy, 2014. *Euro Surveill.*, v. 21, n. 8, 2016.

WEAVER, S. C. et al. Zika virus: history, emergence, biology, and prospects for control. *Antiviral Research.* v. 130, n. 2016, p. 69-80, 2016.



WIKAM/SMITH(2016). Zika Virus. Clin Microbiol Rev, 29(3), 487-524.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Director-General summarizes the outcome of the Emergency Committee regarding clusters of microcephaly and Guillain-Barre syndrome. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/media-centre/news/statements/2016/emergency-committee-zika-microcephaly/en/>>. Acesso em: 06/02/2018.

ZANLUCA, Camila; SANTOS, Claudia Nunes Duarte dos. Zika virus: an overview. Microbes and Infection (2015), article in press. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/>>



**O CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO SOBRE O
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO
DE IGARASSU**

**POPULATION KNOWLEDGE ABOUT THE FAMILY
HEALTH PROGRAM IN THE MUNICIPALITY OF
IGARASSU**

José Carlos da Silva¹

Maria Jesus Lima²

Paloma Cristiane Leite do Nascimento³

Resumo: Introdução: O Programa Saúde da Família teve início em meados de 1993, sendo regulamentado de fato em 1994, como uma estratégia do Ministério da Saúde para mudar a forma tradicional de prestação de assistência, visando estimular a implantação de um novo mode-

lo de Atenção Primária que resolvesse a maior parte (cerca de 85%) dos problemas de saúde.

Objetivo: Identificar o grau de conhecimento dos usuários com relação aos serviços oferecidos no programa saúde da família.

Metodologia: O estudo foi realizado através de pesquisa explo-

1 Graduação em pedagogia pela Uninabuco, pós graduado em psicopedagogia institucional e clínica pela Faculdade ALPHA, pós graduação em educação especial e inclusiva pela Faculdade ALPHA.

2 . Bacharelado em Enfermagem da Fundação do Ensino Superior de Olinda – FUNESO

3 Bacharel em enfermagem pela Fundação do Ensino Superior de Olinda - FUNESCO



ratória, corte transversal, descritiva de campo e com abordagem quantitativa. Foi realizada na USF Beira Mar I, situada na Rua Eudes Francisco, sem número, bairro beira mar I, na cidade de Igarassu, estado de Pernambuco, Brasil. A amostra foi composta por 100 usuários. Resultados: Os dados foram analisados manualmente mediante o preenchimento dos questionários utilizados nas entrevistas. Os resultados foram demonstrados através de gráficos. Observou-se que os usuários desta unidade de saúde estão em sua maioria bem informados das atividades existentes dentro da unidade de saúde. Considerações finais: O Programa de Saúde da Família tem um papel importante para a saúde da população, deve ser levado sua importância para melhoria do atendimento para com a população.

Palavras chaves: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Visita Domiciliar.

Abstract: Introduction: The Family Health Program began in mid-1993, and was actually regulated in 1994, as a strategy of the Ministry of Health to change the traditional form of assistance, aiming to stimulate the implementation of a new model of Primary Care that (about 85%) of health problems. Objective: To identify the degree of knowledge of users regarding the services offered in the family health program. Methodology: The study was carried out through exploratory research, cross-sectional, descriptive field and quantitative approach. It was held at USF Beira Mar I, located at Rua Eudes Francisco, numberless, I sea side neighborhood, in the city of Igarassu, state of Pernambuco, Brazil. The sam-



ple consisted of 100 users. Results: The data were analyzed manually by filling in the questionnaires used in the interviews. The results were demonstrated through graphs. It was observed that the users of this health unit are mostly well informed of the activities that exist within the health unit. Final Considerations: The Family Health Program has an important role for the health of the population, its importance must be taken to improve care for the population.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Home Visit.

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início em meados de 1993, sendo regulamentado de fato em 1994, como

uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) para mudar a forma tradicional de prestação de assistência, visando estimular a implantação de um novo modelo de Atenção Primária que resolvesse a maior parte (cerca de 85%) dos problemas de saúde (RONCOLLETA et al. 2003; DA ROS, 2006). O PSF visa ao trabalho na lógica da Promoção da Saúde, almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade (BESEN et al., 2007). Entre outros aspectos, para o alcance deste trabalho, é necessária a vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade, e a perspectiva de promoção de ações intersetoriais (DA ROS, 2006; RONCOLLETA et al. 2003).

Na década de 1990 tem início a implementação da estratégia do Programa Saúde da Fa-



mília (PSF) que, no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir para a construção e consolidação do SUS. Tendo em sua base os pressupostos do SUS, a estratégia do PSF traz no centro de sua proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (BRASIL, 1997a).

De acordo com a proposta do Ministério da Saúde, o PSF “é um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária” (BRASIL, 1994).

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), dispositivo legal que define e organiza o processo de trabalho na Atenção Básica, de-

vem fazer parte da composição mínima das Equipes de Saúde da Família (ESF): um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, que devem estar comprometidos com o cuidado da saúde, de forma humanizada, fortalecendo os processos de descentralização e fomentando o direito à saúde como um direito constitucional de cidadania (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2011).

Tendo os princípios do SUS como pressupostos, a ESF tem, no alcance da cobertura universal, na equidade, na melhoria da qualidade e na humanização do cuidado, os maiores desafios a serem enfrentados (BRASIL, 2005). Nesse contexto, e considerando a necessidade de apoiar e ampliar o escopo das ações de Atenção Básica e da ESF, foram criados os Núcleos de Apoio à



Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008a), cujas propostas são contribuir com a ESF, por meio do trabalho interdisciplinar e matricial, de forma a garantir o respeito às peculiaridades locais regionais, incluindo profissionais de áreas até então não devidamente contempladas, a exemplo do nutricionista (BRASIL, 2008b).

A grande expansão do PSF nos últimos anos vem garantindo um crescimento contínuo no acesso às ações e serviços de atenção básica de saúde. O compromisso do Ministério da Saúde com uma política de saúde voltada para a resolutividade, a integralidade e a equidade das ações e serviços destinados aos indivíduos, às famílias e à comunidade. Deve-se constantemente avaliar a estratégia atual de desenvolvimento do PSF para cada vez mais impulsionar a me-

lhoria contínua da qualidade das práticas de saúde e dos serviços do Programa Saúde da Família, visando contribuir ao alcance de melhores resultados na saúde dos indivíduos e da população atendida.

Diante do exposto, esta monografia surgiu através deste questionamento: as ações são realizadas de maneira efetivas na unidade saúde da família, estas são de conhecimento da população e atendem às necessidades dos usuários, os usuários têm fácil acesso e atende às suas necessidades?

Identificação do Município

Igarassu é um município brasileiro do estado de Pernambuco. Está situado na Região Metropolitana do Recife, a 27 km da capital pernambucana. Situado no litoral, faz parte da Região



Metropolitana do Recife. Administrativamente é formado pelos distritos sede, Distrito de Nova Cruz e Distrito de Três Ladeiras.

Um dos primeiros núcleos de povoamento do Brasil, a cidade abriga o templo católico mais antigo do país, a Igreja dos Santos Cosme e Damião. Seu centro histórico, que abarca ainda monumentos como a Igreja e Convento do Sagrado Coração de Jesus e a Igreja e Convento de Santo Antônio, é tombado pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN).

A cidade conta com trinta e três estabelecimentos de saúde sendo vinte e nove deles públicos e quatro privados.

Sistema Único de Saúde e o Programa de Saúde da Família

Para promover o acesso universal e igualitário, foi criado

o Sistema Único de Saúde (SUS) onde as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, integralidade e participação social através dos Conselhos de Saúde. Com isso, o SUS se organiza e se sustenta em leis (8.080 e 8.142 de 1990) e inicia o processo de municipalização, ou seja, o recurso federal destinado ao financiamento das ações de saúde começou a ser repassado diretamente para os municípios que então alocavam os recursos de acordo com suas realidades e necessidades (LITWINSKI, 2011).

Uma vez que o PSF não se limita a receber os usuários, mas também se torna um dispositivo de acesso, fazendo um vínculo entre os profissionais e a comunidade no qual aqueles e a



instituição assumem a responsabilidade de intervir em sua área de atuação, de acordo com as necessidades de saúde, no intuito de acolher de forma humanizada, promovendo saúde nos níveis individual ou coletivo, a autonomia profissional da enfermagem tem sido, ao longo do tempo e da evolução da própria profissão, um tema relevante para a sua compreensão, a autonomia técnica dos profissionais no processo de trabalho é definida como a liberdade de julgamento e tomada de decisão frente às necessidades de saúde dos usuários que se apresentam no cotidiano (MARQUES E LIMA, 2008).

O PSF passou por muitas mudanças na sua expansão, experimentações, reformulações e desde então encontra-se vários desafios, tornando-se importante traçar metas e promover novos horizontes acerca de uma práti-

ca e conceitos focado na família, exigindo do enfermeiro, ou de qualquer outro profissional, a busca de novos conhecimentos (OLIVEIRA E MARCON, 2007).

As políticas de saúde no Brasil foram sendo construídas em toda sua trajetória a partir da formulação do Alma Ata, que se realizou em 1978, trazendo a meta de “Saúde para Todos no ano 2000”, e foi firmado o conceito de Atenção Primária de Saúde (APS) e as estratégias de Cuidados Primários de Saúde (SILVA et al, 2009).

O PSF foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, considerado como estratégia para implementação do SUS, com o propósito de substituir o modelo tradicional na atenção básica. Entende-se que o PSF estabelece um intercâmbio entre os profissionais de saúde e a população.



Para isso, o programa propõe que seja realizado, de maneira inter e multidisciplinar, o acompanhamento da saúde da população, atribuindo à Unidade Básica de Saúde (UBS) a responsabilidade integral sobre o monitoramento da população que reside na sua área de abrangência (SANTOS et al. 2009).

O PSF segue as diretrizes operacionais e os seguintes princípios: caráter substitutivo de suas práticas, relacionado a um novo processo de trabalho, centrado na Vigilância à Saúde; integralidade e hierarquização das ações nas quais a unidade de saúde da família está inserida no primeiro nível de serviços do sistema local de saúde; territorialização e adscrição de clientela na qual o trabalho das equipes é desenvolvido em um território definido; e trabalho em equipe multiprofissional envolvendo os

atores de saúde, composto minimamente por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, com responsabilidade, além de compromisso com o território onde vivem em torno de 4.500 pessoas, ou mil famílias (CRISTO, 2011).

Conforme a proposta de reorganização das práticas de atenção à saúde, os instrumentos de trabalho, tanto novos como antigos se enquadram buscando uma melhor execução de atividades, atuando como facilitadores da implantação de um novo paradigma (SILVA et al, 2009).

O usuário tem um papel importante no processo de trabalho, dando ênfase a sua coparticipação no planejamento da assistência em um espaço complexo, objetivando a horizontalização centrada na valorização dos co-



nhcimentos e humanização da relação profissional de saúde-usuário (MORETTIS-PIRES, 2009).

Atribuições dos profissionais de saúde que integram a equipe do PSF

Historicamente, a enfermagem sofreu fortes influências em sua trajetória e, atualmente, muitas mudanças decorreram da busca de maior conhecimento que fundamente o cuidado ao ser humano, individualmente ou na comunidade, de uma maneira holística e integral. Apesar de ainda ser uma profissão “feminina” marcada pelo estigma de ser desqualificada e desvalorizada, muitas vezes é submetida à má remuneração e obrigada a conviver em um ambiente marcado pela hegemonia médica (PIRES, 2007).

Segundo Souza e Hamann (2009), os enfermeiros têm como papel importante no processo de trabalho do Programa de Saúde da Família a realização do acolhimento, na medida em que ajuda na organização e na demanda do processo de trabalho. Que para os profissionais é uma tarefa difícil de ser executada, não há dúvida.

O Ministério da Saúde do Brasil (1997b) preconiza como atribuições do enfermeiro do Programa de Saúde da Família:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;

- Identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais aquela população está exposta;



- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco a saúde;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância e de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo de vida;
- Valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto, de respeito;
- Realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento;
- Resolver os problemas de saúde do nível de atenção básica;
- Garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra-refência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar;
- Prestar assistência integral à população adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalista;
- Coordenar, participar de e/ou organizar grupos de educação para a saúde;
- Promovendo ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados;
- Fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais;
- Incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade no conselho local de saúde e no conselho Municipal de Saúde;
- Auxiliar na implanta-



ção do cartão Nacional de Saúde (BRASIL, 1997b; BRASIL, 2001).

Segundo Almeida e Ferraz (2008), o conhecimento é o que enriquece a enfermagem, possibilitando uma formação que venha proporcionar ao enfermeiro um crescimento, no âmbito técnico-científico, administrativo e político. Assim, o objeto de trabalho do enfermeiro passa pela assistência no processo saúde-doença e se estende à organização dos processos, incluindo aqui um papel administrativo, que lhe possibilite o bom gerenciamento da assistência prestada, e ainda, uma ação conjunta com os outros profissionais da área da saúde.

Segundo Ruben (2008) os enfermeiros são peças fundamentais na implantação do PSF e no PACS nos âmbitos municipal, estadual e federal, considerando

esses profissionais como fortes colaboradores das políticas governamentais.

Conhecimento populacional sobre o PSF

A proposta da Equipe de Saúde da Família (ESF) prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a ESF, na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação de todo trabalho (BRASIL, 2006b). Isto é importante para que as pessoas adquiram consciência de que podem tomar a iniciativa, como sujeitos capazes de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, tanto em nível individual como coletivo (BRASIL, 2006a).

O principal enfoque está nas ações de prevenções para intervir nos fatores agravantes a



saúde, a fim de buscar uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2006b). No contexto do SUS, o PSF, sigla com a qual se consagrou desde então, incorpora as bases conceituais presentes na Vigilância da Saúde, que incluem o planejamento e a programação da oferta de serviços a partir do enfoque epidemiológico, reafirmar os princípios do SUS como universalidade, integralidade e equidade, com a compreensão dos múltiplos fatores de risco à saúde, e a possibilidade de intervenção sobre os mesmos com estratégias de promoção para saúde (COSTA e CARBONE, 2004).

A ESF necessita de diretrizes que apoiem as diferentes atividades a elas relacionadas; a definição de território adscrito, tão cara à sua organização, coloca-se como estratégia central, procurando reorganizar o processo de trabalho em saúde me-

diantes operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde (MONKEN e BARCELLOS, 2005).

Segundo orientações do Ministério da Saúde, na ESF, as ações são estruturadas no trabalho em equipe e buscam humanizar as práticas de saúde, com o objetivo de obter a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade (BRASIL, 2006a). O processo de trabalho das equipes se estrutura a partir do conceito de delimitação do território, mapeamento das áreas e micro áreas a primeira entendida como um conjunto de microáreas contíguas sob a responsabilidade de uma equipe; onde, cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4 mil pessoas, sendo a média recomendada de 3 mil pessoas ou menos quanto maior o grau de vulnerabilidade (BRA-



SIL, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ESF atua como um importante mobilizador das forças sociais, que nesse espaço atuam com um papel de garantir atenção à maior parte das necessidades, em articulação com o governo local, buscando soluções dos problemas.

A ESF tem um papel importante para a saúde da população, pois se evidencia um modelo de reorientação das práticas e ações realizadas no âmbito da saúde, pretende-se oferecer uma atuação focada nos princípios da vigilância em saúde, realizando cobertura nas áreas de riscos, buscando o trabalho coletivo no sentido de mudanças sociais.

A pesquisa possibilitou analisar o trabalho da equipe ESF através da compreensão dos

usuários, que permite identificar a participação dos profissionais no projeto de construção deste serviço juntamente com a participação popular. No nível de conhecimento quanto a ESF, percebe-se que a população conhece os programas e ações oferecidas, conhecem também a atuação de outros profissionais, principalmente o ACS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Luciana Pavanelli von Gal de; FERRAZ, Clarice Aparecida. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. Revista brasileira de enfermagem. Brasília, v.61, n.1, Jan./Fev. 2008.

BATISTA, Cesar Junior. Gestão estratégica da saúde da família e a importância do trabalho em equipe. 2010. Disponível em:



- <<http://administradores.com.br/informe-se/artigos/gestao-estrategica-da-saude-dafamilia-e-a-importancia-do-trabalho-em-equipe/49390/print/>>. Acesso em: 23 nov 2017.
- BENITO, Gladys Amélia Vélez; FINATO, Pâmela Cabral. Competências gerenciais na formação do enfermeiro: análise documental de um projeto pedagógico de curso. Revista eletrônica de enfermagem, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 140-9, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a17.pdf>. Acesso em: 10 dez 2017.
- BESSEN, Candice Boppré; SOUZA-NETTO, Mônica de; DA ROS, Marco Aurélio; SILVA, Fernanda Werner da; SILVA, Cleci Grandi da; PIRES, Moacir Francisco. Estratégia Saúde da Família como Objetivo de Educação em Saúde. Saúde e Sociedade. 2007;16(1):57-68.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1882, de 18 de dezembro de 1997. Brasília, 1997a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 24 jan. 2008a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização ao modelo assistencial. Brasília, 1997b.
- BRASIL. Ministério da Saúde.



Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998/2006. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma Estratégia

para a Reorientação do Modelo Assistencial. Brasília. 1994.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011.

COSTA, E M A; CARBONE, M H. Saúde da família - uma abordagem interdisciplinar. Ed. Rubia Ltda. Rio de Janeiro. 2004.

CRISTO, Daniella Monteiro de. O Processo de Trabalho do Enfermeiro no Programa de Saúde da Família: uma revisão da literatura. Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde) 2011. 35 p. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011cristo-dm.pdf> Acesso em: 10 dez 2017.

DA ROS, M A. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKI, M (Org.). Saúde em



- debate na Educação Física Blumenau. Nova Letra. 2006;44-46.
- DIEHL, Astor Antônio. Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas. São Paulo: Prentice Hall, 2004.
- FELCHILCHER, E.; ARAÚJO, G.; TRAVERSO, M.E.D. Perfil dos usuários de uma unidade básica de saúde do meio-oeste catarinense. Unoesc & Ciência - ACBS, v. 6, n. 2, p. 223-230, jul./dez. 2015.
- FERREIRA, A.R.A.; SOARES, R.T.S. A importância das ações educativas realizadas pelo enfermeiro do programa saúde da família (PSF). 2009. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbconf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I15248.E8.T4328.D4AP.pdf> Acesso em: 10 dez 2017.
- GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. Atlas. São Paulo. 2008.
- HULLEY, Stephen B; CUMMINGS, Steven R; BROWNER, Warren S; GRADY, Deborah G; NEWMAN, Thomas B. Delimitando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica. Artmed. Porto Alegre. 2008;23p.
- LITWINSKI, G. I. S. Acolhimento com Classificação de Risco nas Unidades Básicas de Saúde. 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2539.pdf>. Acesso em: 10 dez 2017.
- MARQUES, Giselda Quitana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalha-



dor de enfermagem. Ver. Esc, de Enf, São Paulo, v. 42, n. 1, mar, 2008

MONKEN, M; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidade teóricas e metodológicas. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2005;21(3):898-906.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexity in Family Healthcare and the training of future healthcare professionals. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, n.30, p.153-66, jul./set. 2009.

OLIVEIRA, Raquel Gusmão; MARCON, Sonia Silva. Opinião de Enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no Programa Saúde da Família. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.15 n.3, june, 2007.

OLIVEIRA, Raquel Gusmão; MARCON, Sonia Silva. Opinião de Enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no Programa Saúde da Família. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.15 n.3, june, 2007.

PIANA, MC. A construção do perfil do assistente social no cenário educacional [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. ISBN 978-85-7983-038-9.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Pela construção dos mitos da enfermagem a partir da qualidade emancipatória do cuidado. Rev. Enfermagem, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 717-23, 2007.

RONCOLLETA, Adriana F T; MORETO, G; LEVITES, M R; JANAUDIS, M A; BLASCO, P G; LEOTO, R F. Princípios da



medicina de família. Sombramfa.

São Paulo. 2003.

RUBENS, Natalia Rodrigues. A evolução de enfermagem e o processo de saúde doença no Brasil. Rev. Ed. Popular. Uberlândia, v 7, p. 54-63, jan/dez, 2008.

SANTOS, Idelcy Silva; SANTOS, Shirlei Alves dos; OLIVEIRA, Rita de Cássia. Os avanços do programa de saúde da família (psf) no Brasil. Webartigos, (online), 2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/os-avancos-do-programa-de-saude-da-familia-psf-no-brasil/21277/>>. Acesso em: 23 nov 2017.

SILVA, Kênia Lara da et al. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. Rev. Brás. Enferm, Brasília, v. 62, n. 1, jan/feb, 2009.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 14, supl.1, sept/oct, 2009.



ACUPUNTURA E SEUS BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE

ACUPUNCTURE AND ITS HEALTH BENEFITS

Dionizia Burack

Zeloí Ferreira Dos Santos Reitez

Resumo: O objetivo deste trabalho é apresentar os benefícios na acupuntura para a qualidade de vida das pessoas, estudando os elementos e recursos da acupuntura, sendo aplicadas agulhas em pontos específicos para tratar as doenças. Sendo também analisadas as causas de ansiedade e mostrando os resultados através da terapia e estudo de suas indicações e contraindicações. A pesquisa foi realizada através de revisão bibliográfica e artigos da área de saúde que abordam as doenças e fisiopatologia, diagnóstico e tratamentos das doenças. Os resultados dos pacientes que

usam essa terapia trazem uma qualidade de vida melhor, devolvendo a energia ao corpo, sentem mais leves e confortáveis. Trata-se de uma terapia de custo baixo e resultado imediato na qual são tratadas as doenças sem administração de medicamentos ou até mesmo junto deles.

Palavras chave: Acupuntura; Moxabustão, Saúde emocional, Terapia complementar.

Abstract: The objective of this work is to present the benefits in acupuncture for the quality of life of people, studying the elements



and resources of acupuncture, being applied needles in specific points to treat diseases. It also analyzes the causes of anxiety and shows the results through the therapy and the study of its indications and contraindications. The research was conducted through literature review and health articles that address the diseases and pathophysiology, diagnosis and treatment of diseases. The results of the patients who use this therapy bring a better quality of life, returning energy to the body, feeling lighter and more comfortable. It is a low cost therapy and immediate result in which diseases without administration of medications or even with them are treated.

Keywords: Acupuncture; Moxibustion, Emotional health, Complementary therapy.

INTRODUÇÃO

Segundo Lin, Hsing Pai (2008), estudos confirmam a eficácia do tratamento com acupuntura e a segurança dessa terapia. É importante trazer o conhecimento para a sociedade, pois julgam sem ter compreensão. Tal método vem revolucionando a medicina alternativa. Cada dor que sentimos pode ser tratada ou curada com esse tratamento. Para estarmos bem de saúde devemos cuidar do nosso sistema imunológico e sistema nervoso e tratar as causas desses problemas, evitando exames invasivos e tardios para detectar a doença.

Segundo a Globo bem estar (2018), a medicina Tradicional Chinesa chegou ao Brasil na década de 50, desde então, vem crescendo o número de médicos e estudantes da área da saúde que



se especializam nessa técnica, assim como pacientes buscando esse tratamento paliativo. A acupuntura é muito usada em países de primeiro mundo, na China já é tradicional, reconhecida por especialistas como terapia complementar na qual o paciente sente o alívio da dor de imediato e passa a fazer as sessões para a cura da doença. Nosso corpo tem pontos específicos para a aplicação das agulhas e para cada tipo de sintomas. Visando diferentes efeitos terapêuticos, o objetivo da acupuntura é trazer ao organismo o equilíbrio energético que resulta em benefícios para a cura da doença. Na medicina oriental e chamado de desequilíbrio energético o que chamamos de doença, que mostram, em sinais e sintomas, quais as alterações emocionais e dores (TAFFAREL, FREITAS 2009).

A técnica da Medicina

Chinesa previne e trata várias dores e doenças, no organismo age como relaxante muscular, anti-inflamatório e analgésico. Sentindo alívio imediato em dores de cabeça e enxaqueca com a primeira aplicação, sendo tratada com várias sessões para curar as causas. Minimiza a ansiedade e os sintomas de depressão, tratando o distúrbio emocional que estimula a produção de serotoninas e endorfinas que são hormônios da alegria, devolvendo um relaxamento ao corpo que volta o equilíbrio da energia (TAFFAREL, FREITAS 2009).

No decorrer falaremos sobre os pontos, que através dos três pontos trataremos da renite alérgica, podendo tratar a ansiedade, asma, cefaleias com função de limpar o calor do fígado, constipação intestinal, dismenorreia, fibromialgia, gastrite, insônia, lombalgia aguda, obesidade, aci-



dente vascular encefálico, falaremos da moxabustão e indicações e contraindicações, melhorando o sistema imunológico e tratando as doenças físicas e emocionais (LUCIO, 2020).

O objetivo geral desse trabalho e mostrar as pessoas os benefícios da acupuntura, trazendo qualidade de vida, mostrar que através de terapias podemos tratar as doenças antes que avance, evitando gastos desnecessários com remédios no futuro. A pesquisa foi feita em livros e artigos da área da saúde, mostrando os benefícios do conhecimento dos pontos antes da aplicação para o tratamento, sendo aplicados em pontos específicos as agulhas. E conclui que a acupuntura proporciona a rapidez e eficácia de tratamento e diagnósticos, recuperando a energia do corpo, trazendo mais leveza a vida das pessoas.

OBJETIVOS

Objetivo geral

- Mostrar os benefícios da terapia da acupuntura para qualidade de vida das pessoas.

Objetivos específicos:

- Estudar a história da acupuntura e seus elementos (terra, água, metal, fogo, madeira);

- Estudar os recursos da acupuntura na saúde do corpo humano;

- Explicar os recursos e técnicas de aplicação;

- Analisar as causas da ansiedade e mostrar os resultados através da terapia;

- Explicar a aplicação da moxabustão;

- Analisar as indicações e contraindicações da moxabustão.



JUSTIFICATIVA

É evidente o grande problema de saúde pública relacionado à manutenção da qualidade do atendimento prestado por alguns profissionais que não são da área da saúde ou que não se especializam na técnica da acupuntura. Este trabalho compreende a importância deste procedimento e a percepção de que determinados profissionais desconhecem os procedimentos corretos e descumprem protocolos, realizando uma abordagem, muitas vezes, superficial.

Uma vez que os efeitos não se limitam apenas ao paciente, mas toda a saúde pública, o paciente que interna por motivos externos e adquire um período prolongado de hospitalização, devido a infecções adquiridas no ato da aplicação, aumenta o nú-

mero de dias no leito, o número de atendimentos, materiais, medicamentos, afastamentos ao trabalho e prejuízos ao sistema beneficiário. Além disso, ocorrem modificações na rotina da família, com visitas, ato que, se passar despercebido, pode ser causador de vários outros problemas correlatos com efeito em cascata devido alguma perfuração no organismo.

Tendo em vista que esta questão é complexa, e considerando as implicações que os hospitais terão como despesas financeiras, aspectos éticos, legalidade, resistência aos antibióticos e até mesmo política de saúde, o adequado conhecimento sobre a acupuntura é essencial.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo, realizado



com a leitura de autores e autoras de referência nesta área de pesquisa. Com destaque para a utilização da técnica de acupuntura no diagnóstico e tratamento de doenças, visando a melhoria da qualidade de vida e saúde dos pacientes, evitando maiores complicações de saúde dos pacientes com a prevenção precoce. Baseado em revisão bibliográfica produzida nos últimos 23 anos e divulgada por meio de artigos e, principalmente, livros.

A acupuntura e seus resultados nos tratamentos de doenças físicas e emocionais

História da acupuntura e seus elementos

E a técnica utilizada na medicina chinesa, indo além do uso de agulhas, abrangendo outras técnicas de orientação nutri-

cional, exercício de respiração, massagem, moxabustão o bastão quente de ervas. Medicina que trata os conceitos fisiológicos, que usa os principais fenômenos da natureza. Foram feitos muitos experimentos no decorrer desses anos, usando técnicas eficientes para o tratamento dos sintomas das pessoas doentes. Foi tão eficiente essa pratica que foi verificada a sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS), melhorando a qualidade de vida e o bem estar da população Brasileira (LUCIO, 2020).

Acupuntura vem do latim acus (agulha) e puntura (colocar). Constitui-se de um tratamento feito com agulhas no qual a agulha é colocada em um ponto específico. O paciente sente correr a energia pelo corpo e percebe que a dor passou sem tomar remédios, recuperando a sua energia com uma qualidade de



vida melhor (LUCIO, 2020).

Ademais, a acupuntura faz parte da medicina chinesa. A medicina chinesa está ligada aos ancestrais e crenças onde os falecidos colocavam em risco a vida humana ou destruíam, a medicina chinesa veio curar e restaurar o espírito das pessoas mortas e das vivas. O monge franciscano Guilherme de Rubruck, da Bélgica, escreveu sobre essa medicina em seus diários de viagem. Esta foi uma das primeiras ocasiões na qual a medicina chinesa foi citada (LUCIO, 2020).

Em 1939 no século XX, o diplomata francês George Souli de Mourant, morador da China, fascinado com acupuntura como a cura pela cólera (SCOGNAMILLO-SZABÓ; BECHARA, 2010; RAMEY; BUELL, 2004).

A medicina

tradicional chinesa é pouco conhecida no Brasil. Co-

meçou na década de 50 com o fisioterapeuta Friedrich Johann Spaeth fundando a Sociedade Brasileira de Acupuntura e Medicina Oriental. A acupuntura foi reconhecida como uma especialidade nas áreas de: Medicina, Biomedicina, Fisioterapia, Enfermagem, Medicina Veterinária (SCOGNAMILLO-SZABÓ; BECHARA, 2010).

No livro “Imperador amarelo” Yin e Yang é representado por esferinhas brancas e pretas, com Yin dentro do Yang e o pequeno Yang dentro do Yin, onde, nessas forças vitais, uma não negasse a outra, havendo intertransformação (WANG, 2001, p. 507).



Figura 1 - Símbolo Yin e Yang



Fonte: Internet¹

Segundo Fabiola Terra Lucio (2020) Yang e Yin é o caminho do céu e da Terra. Essa união de Yang e Yin tende ao equilíbrio no movimento das pessoas. Em relação à saúde humana acontece uma doença quando o Yin, por exemplo, estaria descontrolado, causando a deficiência do equilíbrio. Isso é perigoso para o paciente. A doença é gerada no corpo pelo desequilíbrio do Yin e Yang. Esses

casos são tratados com a tonificação das deficiências e eliminação dos excessos.

A medicina chinesa utiliza essa teoria para classificar fenômenos conforme a natureza, função e formas, e os liga a um dos cinco elementos. A partir disso, são estabelecidos de modo sistemático as relações existentes entre as constituições das vísceras, o estado

¹ Disponível em: <https://www.significadofacil.com/yin-yang/>
Acesso em: 02 Nov. 2021



fisiológico ou patológico do organismo e os objetos do meio que o cercam, e sua relação com a vida dos homens. (AUTEROCHE; NAVAILH; EBRAMEC, 2020).

Segundo Fabiola Terra Lucio (2020) As cinco características dos elementos são:

- Madeira (Mu): sendo utilizado o bambu, com característica de adaptação, geração, harmonização e flexibilidade;

- Fogo (Huo): é observada a chama ardente como uma fogueira. As suas características são: aquece, queima, hiperfunciona e inflama;

- Terra (Tu): elementos do solo como o desenvolvimento, absorção, nutrição e permite o crescimento;

- Metal (Jin): lâmina de metal que possui solidez, purificação e vibração;

- Água (Shui): são observados os fluxos contínuos de água, como cachoeiras e rios, no qual penetram, umedecem, refrescam e limpam.

Os elementos são os movimentos em cinco direções diferentes dos fenômenos naturais. A madeira com movimento exterior em todas as direções, o metal em movimento interior, água em movimento descendente, fogo em movimento ascendente, a terra é o movimento estável e neutro (AUTEROCHE, NAVAILH, 1992).

Ao analisarmos os sistemas do corpo humano e os representantes dentro dos cinco elementos, percebemos o sistema de produção e dominância na filosofia humana, os fenômenos patológicos correlacionando com as funções renais do sistema e chegando a corretos diagnósticos



na hora de analisarmos o paciente (MACIOCIA,1996).

A medicina tradicional chinesa trata de uma forma abstrata, sendo o relacionamento com os elementos podendo sofrer deficiência ou inconsistência na prática clínica. Ao utilizarmos corretamente os elementos podemos proporcionar rapidez e eficácia no diagnóstico e tratamento das doenças (LUCIO, 2020).

Qi precisa de energia, onde percorre e flui no universo e no nosso corpo. Sendo formado por dois modos, o primeiro herdado dos pais e o segundo herdado do ar, água e alimentos (SCOGNAMILLO-SZABÓ; BECHARA, 2010). Exemplos de Qi seria se o Pulmão estiver fraco, o corpo tem mais chance de patógenos adentrarem aumentando a propensão do resfriado. A pessoa que come muito doce, prejudicará o baço, lesionando o mesmo,

prejudicando o pulmão que não pode defender o nosso corpo, causando baixa imunidade na pessoa (LUCIO, 2020).

Se o Qi não flui bem no nosso corpo, teremos a manifestação de doenças. Em casos como esse a acupuntura possibilita a regulação do fluxo de Qi do organismo e restabelece a harmonização (LUCIO, 2020).



Figura 2 - As cinco fases do Qi



Fonte: Internet¹

Os cinco elementos estão relacionados a cada órgão, segundo Wang (2001, p. 57) “os cinco órgãos transformam em humores das pessoas, o coração faz a transpiração, pulmão faz a secreção nasal, o fígado faz as lágrimas, o baço a saliva e o rim cuspe”.

Shen ou mente está relacionado ao elemento fogo sendo

relacionado em diversos âmbitos, a saber: o coração, local que armazena a mente das pessoas e responsável pela personalidade; adaptação ao ambiente; emocional equilibrado; sono saudável; boa memória e pensamento claro, com expressão facial e olhos brilhantes. Shen fraco, a pessoa demonstra-se abatida, sem alegria, com lapsos de memória, incapaz

¹ Disponível em: <https://www.meide.com.br/post/feng-shui-e-a-cinco-fases-do-qi> Acesso em: 02 Nov. 2021



de fazer esforços mentais e físicos. Shen em excesso, a pessoa possui risos excessivos, mente em bom funcionamento, alegre e apresenta dificuldade de dormir (CAMPIGLIA, 2004).

Recursos da acupuntura na saúde do corpo humano

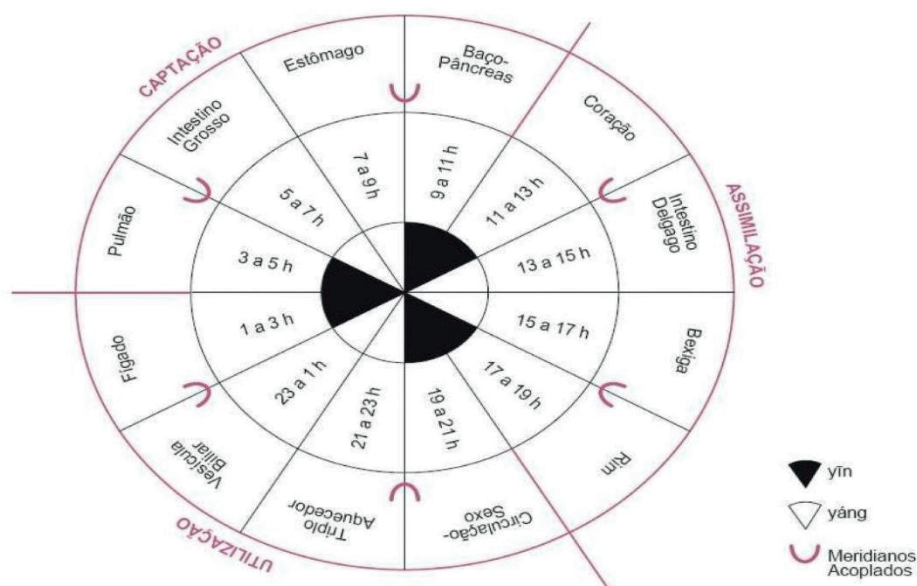
Segundo Lucio (2020) o conhecimento dos pontos da acupuntura era utilizado para a cura por meio de tatuagens na América Latina, Europa e Ásia. Com muitos anos de estudo até chegar à terapia oriental, essa prática é utilizada ainda hoje para trazer o bem estar para as pessoas. Atualmente, não é mais realizado o procedimento de tatuagem para tratar problemas de saúde e desequilíbrio de energia. Hoje em dia usa-se piercing de orelha para curar crise de enxaqueca.

A medicina chinesa re-

cupera a saúde e equilíbrio, melhorando a energia do corpo. A alteração do sangue e do Qi ocasiona problemas físicos. A restauração da circulação em equilíbrio devolve a saúde ao corpo. A medicina chinesa usa a teoria da grande circulação do Qi ou relógio biológico. Esses canais possuem horários específicos na circulação da energia no corpo, onde dura duas horas, com diferença de 12 horas, encontrando o ponto da energia desses canais do Qi (DONATELLI, 2018).



Figura 3 - Relógio Cósmico



Fonte: Donatelli (2018, p. 27).

Os acupontos são locais de tratamento dentro do canal na acupuntura e é caracterizado em pontos e funções, sendo o caracterizado por estarem com buraco/depressão no local do corpo, ligando tendões e músculos, tendões e articulações, próximo dos vasos, local do músculo que possui maior penetração nervosa na pele (WEN, 2008).

Segundo Lucio (2020) a acupuntura estimula os nervos e músculos que enviam mensagens

para a medula espinhal e cérebro, desencadeando mecanismos como produção de endorfinas, reduzindo a dor e liberando sensação de bem estar e qualidade de vida.

Técnicas e recursos de aplicações das agulhas

Na acupuntura são usadas as agulhas para estimular os pontos. As agulhas utilizadas são feitas de material de aço inoxidá-



vel.

As finalidades das nove agulhas são:

- Primeira agulha para puncionar a pele;

- Segunda agulha aplicar massagem;

- Terceira agulha pressionar o ponto;

- Quarta agulha sangria em geral sendo realizada nas veias;

- Quinta agulha extrair o pus funcionando como bisturi;

- Sexta agulha com ponta aguda e redonda para casos de dores urgentes;

- Sétima agulha filiforme e utilizada até os dias de hoje;

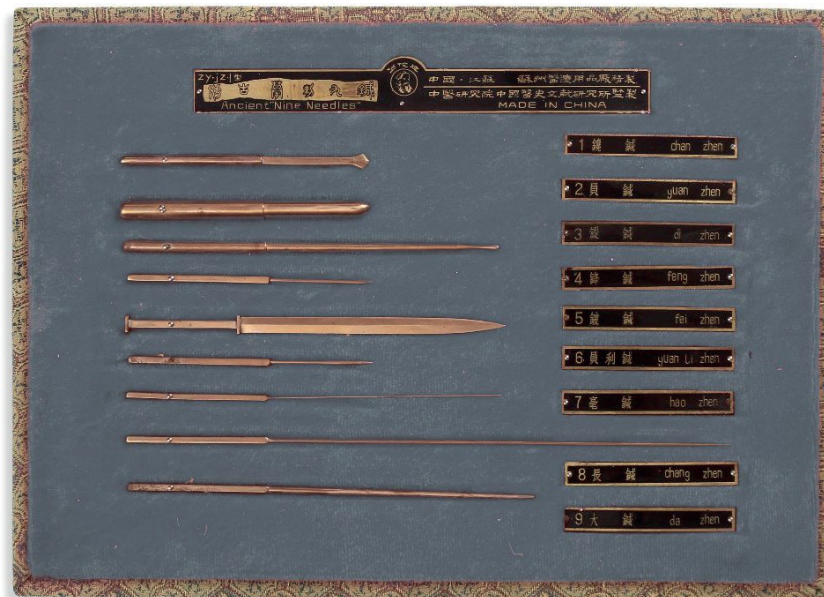
- Oitava agulha longa e feita para a região de musculatura inserindo profundamente;

- Nona agulha para tratar dores de articulações utilizada nos dias de hoje, por acupun-

turista experientes, conhecida como agulha de fogo para esquentar, causando micro queimaduras e alívio das dores sendo colocada bem rápido na pele (ZHIDE, 2003).



Figura 4 - Imagem das nove agulhas



Fonte: Internet¹

As agulhas curtas são usadas na cabeça, dedos e face. Já as agulhas médias são utilizadas nas extremidades e troncos. Também existem as agulhas longas que são eficazes na região muscular. Agulhas intradérmicas são aquelas fixadas na pele em média de 3 a 7 dias. Agulha cutânea ou dérmica ou martelinho de 5 ou 7 pontos, são usados para estimular uma parte maior,

para dores musculares (DONATELLI, 2018).

Donatelli (2018) explicou que após a inserção da agulha, a tonificação poderia ser realizada das seguintes formas:

Colocar a agulha no sentido de energia do canal; girar a agulha no sentido horário; inserir a agulha na expiração do paciente, após o tempo de aplicação, retirar na

¹ Disponível em: <https://nordicacupuncture.com/en/needle-history>. Acesso em: 02 Nov. 2021



inspiração; com a agulha inserida na pele, vibrá-la raspando o cabo da agulha com a unha; Agulha feita de ouro; inserir lentamente a agulha na pele e retirá-la rapidamente; Pistonar a agulha dentro da pele vai e vem, sem retirar, de forma lenta; Movimentos mais gentis tonificam.

O método dos três pontos surgiu na década de 70, pelo Dr. Jin usando os três pontos para tratar rinite alérgica. A rinite alérgica é causada por exposição a polens, pelos e poeiras, levando a inflamação na mucosa do nariz e respostas inflamatórias nesse local, sendo com sintomas recorrentes ou crônicas. Para o tratamento, na acupuntura, são usados os três pontos do nariz, que trata a eliminação do excesso do vento, melhorando os canais do

nariz (SILVA FILHO, 2013).

A primeira agulha é inserida no ponto associado ao nariz, ponto IG 20, a segunda é colocada no ponto extra Bitong, com efeito local, a terceira e colocada no ponto extra Vintong ação local, que desobstrui o fluxo do canal e melhora a função nasal (SILVA FILHO, 2013).

Asma: é uma doença que acomete as vias respiratórias, causando inflamação. Pode ser adquirida por vento frio ou calor em excesso e ocorre também pela deficiência dos sistemas de defesa do rim e pulmão com a invasão do vento que chega ao tórax.

Segundo Lucio (2018) os pontos a serem tratado para a crise asmática são:

- Tonificar os sistemas de defesa do Pulmão e Rim os pontos: B23, VC4, VC8, P9 e B13;



- Normalizar o Qi do Pulmão, restabelecendo a descida dele. Pontos: P7, P5, VC17 e B13;

- Acalmar a mente. Pontos: C7, VC15 e VG24;

- Asma tardia tonificar o baço. Pontos: E36, VC12, B20 e B21;

Cefaleias: É uma doença relacionada a dor de cabeça, possuindo dois tipos: cefaleia tensional (relacionada a dores musculares) e enxaqueca. Exemplo, a cefaleia tensional começa com dor fraca na região da cabeça, frontal, partes dos lados e nuca. Essa doença é causada pela ira emocional.

O tratamento da acupuntura para enxaqueca é usar o método das três agulhas com a função de limpar o calor do canal ou excesso do canal do fígado, desobstruindo as colaterais e ca-

nais na região temporal e aliviar a dor (SILVA FILHO, 2013).

Constipação intestinal:

Segundo Galvão- Alves (2013) constipação intestinal é o intestino preso, evacuação incompleta ou fezes endurecidas, sendo a evacuação, durante a semana, menor que três vezes e demora excessiva no banheiro. Ocorre devido a ingestão inadequada de fibras e água. Os distúrbios que levam a constipação são obstruídos lentamente no intestino ou alterações no assoalho retais ou pélvicos.

Constipação intestinal e o movimento irregular, com energia insuficiente para liberar as fezes e o desequilíbrio por acúmulo de calor. O tratamento da constipação intestinal na Medicina Chinesa tem como objetivo umedecer o intestino, limpar o calor em excesso para a liberação das fezes (SILVA FILHO, 2013).



Dismenorreia: É a cólica menstrual dolorosa, com fluxo menstrual difícil, com dor lombar, dores abdominais, vômitos, fadigas, tonturas, diarreias e náuseas. Mecanismo orgânico e alterações hormonais femininas nesse período, por com movimento incorreto do fígado e do sangue. Os pontos da acupuntura tratam a regulação do vaso e remove a estagnação do sangue, aliviando, assim, as dores (DALL'ACQUA; BENDLIN; 2015, MACIOCIA; 1996, SILVA FILHO, 2013).

Fibromialgia: Segundo Provenza (2004), a fibromialgia é uma síndrome crônica dolorosa, com dor difusa, com pontadas, peso, cansaço, queimação e piorando com a mudança climática, emocional ou esforço físico e envolvendo o esqueleto periférico e axial. O tratamento é feito no ponto de alívio de dor, depressão, ansiedade. Tal tratamento espaça

as crises de dor e diminui a intensidade (ARAÚJO, 2007).

Gastrite: é uma inflamação interna no estômago, causada pelo consumo de álcool, tabagismo, por uso prolongado de medicamentos ou autoimune. Causando queimação, dor de estômago, náuseas, indigestão, sensação de estufamento, vômitos e azia.

É causado pelo frio e calor. O calor causado pelo excesso de consumo de alimentos quentes, carnes vermelhas, alimentos ácidos e álcool, problemas emocionais que envolve o Yin no fígado, gerando excesso de Yang, ou vir do coração. O frio decorre da invasão do fogo exterior causado pela estagnação do sangue (YAMAMURA, 2015).

O tratamento busca refrescar o estômago dispersando o fogo, sendo tratado os pontos conforme os sintomas sentidos,



pois para cada sintoma a um ponto específico.

Insônia: Insônia é a dificuldade em manter o sono ou iniciar, a qualidade ou quantidade insatisfatória, tendo como consequência ruins durante o dia, mudança de humor com dificuldade de realizar as atividades durante o dia e com fadiga excessiva (VARELA et al., 2005).

Podendo ser aguda com presença do fator estresse, não ocorrendo no período maior que três meses, quadro crônico quando persiste por um período maior que um mês, sem fatores estressantes (VARELA et al., 2005).

O tratamento de insônia tem objetivo de nutrir o coração e acalmar a mente.

No tratamento é utilizado o método três agulhas (SILVA FILHO, 2013).

Lombalgia aguda: É a dor lombar que causa morbidade

e incapacidade. No tratamento é usado o método três agulhas para mobilizar o Qi e o sangue para essa região, ativando os canais e fortalecendo o canal vaso dilatador (SILVA FILHO, 2013).

Obesidade: e o excesso de gordura no corpo com implicações adversas, associada a fatores físicos, genéticos, psicológicos e sociais. Trata de uma doença moderna, causada pelo excesso de gordura, doce e má alimentação do dia a dia, sem atividade física, encurtando a vida das pessoas, causando dificuldades respiratórias (FLAWS, 2002).

O tratamento da obesidade, na acupuntura, possui funções com ações locais, regulando as funções do baço e estômago, ativando o fluxo do Qi e sangue da região abdominal, eliminando o peso (SILVA FILHO, 2013).

Acidente Vascular Encefálico (AVE): disfunção



aguda neurológica, com origem vascular, com ocorrência súbita de sintomas ou sinais ao comprometimento de áreas do cérebro (COSTA, SILVA, ROCHA, 2011).

Doença com grande impacto na saúde pública mundial, com causas de difusões cognitivas e motoras e com incapacidade neurológica. Exemplos de pessoas sobreviventes do acidente vascular encefálico, tem incapacidade residuais, rigidez na parte afetada, perdas das articulações, problema de memória, dores difusas, paralisia dos músculos, dificuldade na comunicação oral e escrita e deficiência sensoriais (COSTA, SILVA, ROCHA, 2011).

Analisar as causas da ansiedade e mostrar os resultados através da terapia

Ansiedade: é desenvolvida com alteração emocional, acontece um distúrbio no coração que leva a desarmonia do espírito, sendo qualquer desregulação enérgica que afeta o órgão do coração resultando em ansiedade (LUCIO, 2020). A ansiedade é desenvolvida pela falta de energia no coração, causando falta de sono. Os fatores que levam ao quadro de ansiedade são: tensão muscular, excesso de trabalho, calor e umidade do ambiente e medo. Essas situações lesionam a energia do coração. O tratamento é feito através de tonificação do coração, acalmando a mente, nutriendo o sangue e acabando com a êxtase (ROSS, 2003, SILVA, 2010).

Segundo Donatelli (2018), os distúrbios mentais são classificados, em alterações emocionais e transtornos psíquicos. As emoções são divididas em



duas: 1) As emoções primárias são: surpresa, medo, alegria, tristeza e raiva. 2) As emoções secundárias são: ciúme, bem-estar, calma, orgulho, mal-estar e tensão.

Emoções são reações neurais e químicas, são ligadas à vida de um organismo no nosso corpo. Emoções são relação dos estados internos e com o meio. As emoções são encontradas no conceito dos Cinco elementos da Medicina Tradicional Chinesa (MTC):

- Raiva (ou cólera, irritabilidade) ligada ao elemento Madeira
- Alegria (ou entusiasmo) ligada ao elemento Fogo
- Ansiedade (ou preocupação) ligada ao elemento Terra
- Tristeza (ou mágoa, angústia) ligada ao elemento Metal
- Medo ligado ao ele-

mento Água (DONATELLI, 2018).

As alterações mentais na acupuntura e sintomas são: emoção desequilibrada, transtornos psíquicos, distúrbios mentais, anorexia, insônia e agitação mental.

Na acupuntura são tratados esses problemas como um todo. Os/as pacientes são tratados com acupuntura, juntamente com a alimentação, hábitos saudáveis, atividades físicas e respiratórias e seu comportamento com o auxílio de outros profissionais, como psicólogos (DONATELLI, 2018).

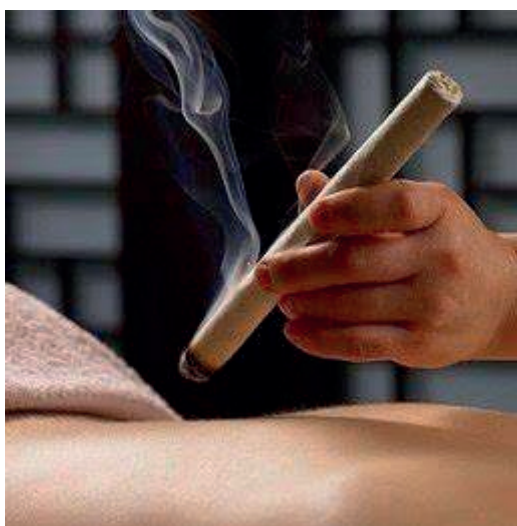
Aplicação em Moxabustão

Moxabustão é a técnica que consiste em cauterizar os pontos a fim de estimular a função dos órgãos regulando a circulação de energia.



Essa técnica aquece os pontos por meio da queima de erva Artemísia, usando o bastão de Artemísia Vulgaris. Utilizado para fortalecer o Yang, expulsando o frio e estimulando a circulação de Qi e sangue (FOCKS, ULRICH, 2008). A moxabustão é utilizada em pacientes debilitados, tratando doenças causadas pelo inverno como gripes e resfriados, aumentando a imunidade e aquecendo o útero reduzindo cólicas e favorecendo a fertilidade masculina (LUCIO, 2020).

Figura 5 - Bastão de moxa



Fonte: Internet¹

124

Método indireto na acupuntura da moxabustão não possui contato com a pele do paciente, ficando na distância de 2-3 centímetros da pele, podendo usar bastões de moxa incandescente, deve se aproximar e afastar da pele do paciente de

¹ Disponível em: http://medicina-chinesa.com.pt/wp-content/uploads/bfi_thumb/moxabustao-1-neskvj7dr5id6gmp12lsiiswqeva-13fiksmj3q1wyw.jpg Acesso em: 02 Nov. 2021



3-7 vezes em média ou durante cerca de 5-15 minutos em cada ponto, nas regiões como costas e abdômen, por meio de movimentos circulares por 10 minutos (FOCKS, ULRICH, 2008). Aquecer o ponto em intensidade confortável para o calor penetrar, não deve aproximar demais o bastão na pele para o calor não ficar insuportável e nem de forma muito rápida, coloque o dedo seu sobre a pele do paciente perto do ponto e use como sensor de calor (YAMAMURA, 2001, FOCKS, ULRICH, 2008).

Pode colocar entre a pele e um cone de moxa uma fatia de fitoterápico, exemplos: alho para tratar picada de insetos ou infecções subcutâneas por causa dos efeitos anti-inflamatório e analgésicos do alho, gengibre que tem efeito de difusão, usada em dores abdominais e diarreias, sal no umbigo ponto VC 8 para tratar

diarreias (DONATELLI, 2018).

Na prática clínica a moxa tem ampla utilização, pode ser feita em casos de contusões, entorses, contraturas musculares, dores reumáticas e dores em geral, é suficiente a aplicação da moxa na região ou pontos dolorosos, para resfriados e gripes aplica os pontos VB 20, IG4, prevenção de doenças E36, VC4 e IG4 (LUCIO, 2020).

Não deve ser utilizado a moxa em doenças febris, inflamação agudas, hemorragias, pessoas com pele sensíveis como crianças pequenas, pacientes com alterações de sensibilidade cutânea, mucosas, regiões afetadas e sob varicoses (FOCKS, ULRICH, 2008).

Segundo Donatelli (2018) os efeitos da moxabustão podem ser muito benéficos, incluindo:

- Estimulação do fluxo



de Sangue (xuê);

• Expulsão do Frio e da Umidade;

• Fortalecimento do yáng;

• Eliminação de estagnações e dispersão de nódulos;

• Promoção de livre circulação do Qi.

O tratamento dos pontos da orelha na acupuntura é chamado de acupuntura auricular ou auriculoterapia, técnica que envolve as áreas específicas da orelha ou do pavilhão auricular, sendo estimulada através das sementes de mostarda e vacaria, esfera de metais ou agulhas. Esse tratamento melhora a insônia utilizando os pontos dessa técnica, com o tratamento dos pontos da insônia, reduz a insônia aumentando o rendimento das atividades diárias, trouxe a qualidade de vida durante o dia das pessoas

e dando a elas coragem de fazer atividades físicas. King et al., (2015) coloca as agulhas filiformes por trinta minutos na orelha do paciente durante três semanas.

Segundo Garcia (2003), os pontos auriculares são classificados em grupos de acordo com sua atividade e experiência:

- Zona correspondente:

região do joelho, pulmão, ouvido, tornozelo, cervical, entre outros. São utilizados tanto para diagnóstico e tratamentos.

- Órgão e vísceras: são os onze pontos que representam os Zang Fu (fígado, baço, coração, pulmão, rim, bexiga, intestino grosso, intestino delgado, vesícula biliar, triplo aquecedor ou São Jião e estômago). Enquadram na zona correspondente, representam a função energética dos cinco elementos. Todos esses pontos devem ser utilizados para o tratamento e diagnóstico.



- Sistema nervoso: são pontos que representam estruturas e a parte do sistema nervoso, esses pontos inibem essa estrutura e excitam o ponto Shen men, acalma o corpo, recebe esse nome por estar relacionado ao sistema nervoso, como a área de neurastenia o transtorno de enfraquecimento do sistema nervoso central.

- Sistema endócrino: representa as glândulas do sistema endócrino, podendo reduzir ou aumentar sua função de produção, aumentando a função das glândulas que hipofuncionam e reprimem os que hiperfuncionam, exemplo de ponto é o de suprarrenal. O sistema endócrino representa 5% dos pontos da auriculoterapia.

- Pontos específicos: possuem ação bem limitada de diagnóstico e tratamento, com pontos mais diretos a uma pato-

logia específica, como o ponto de alergia, ansiedade e asma.

- Pontos do dorso da orelha: possuem a função de espelho com pontos anteriores da orelha, ação do tratamento é colocar um estímulo na mesma direção do ponto anterior, oposto. Exemplo oposto ao ponto do cérebro, está o rim no dorso, o rim que gera a medula, ele tem íntima relação com o cérebro.

- Outros pontos: esses pontos recebem a denominação anatômica, relacionado a área de reflexo. Exemplos: o ponto central da concha cimba terá efeito na cavidade abdominal, pontos da hélice (1-6) anti-inflamatório, ápice do trago utilizado para fazer sangria.

Os localizadores elétricos medem o potencial elétrico da orelha, quando houver uma queda no potencial elétrico, o aparelho emite um sinal, acen-



dendo um led, indicando o local do ponto (DALMAS, 2004).

Os pontos da orelha na auriculoterapia segundo Lúcio (2020) são:

- Os pontos do lóbulo da orelha são; ponto do dente, língua, olhos, maxilar, neurastenia, ouvidos internos, tensila faringe (Amidala) e ansiedade.

- Pontos da concha cava; esôfago, boca, estomago, baço, cardio, coração, traqueia, pulmão e São João triplo aquecedor.

- Na concha cimba a concha da orelha os pontos são relacionados ao abdômen os pontos são: pâncreas, fígado, vesícula biliar, ureter, rim, bexiga, intestino grosso, intestino delgado e próstata.

- Os pontos da hélice são: ponto zero, uretra, reto, genital externa, ápice da orelha, anus, Yang do fígado, hélice 1-6 e nervo occipital menor.

- O trago e a parte superior, ponto do ouvido externo, utilizado para difusões da articulação, alteração auditiva, tempo-ro mandibular, zumbido, coceira e otite. Outros pontos do trago são: ponto da sede, fome, laringe, órgão do coração, suprarrenal, nariz interno e ápice do trago.

- Pontos do sistema endócrino são: ovário, endócrino, visão 1 e visão 2.

- Os pontos do antítargo são: asma (Ping Chuan), subcortex, frente, occipital, temporal ou tai Yang, hipófise e tronco encefálico (TE).

- Os pontos da região escafoide são: nervo auricular maior (NAM), ombro, clavícula, articulações do ombro, cotovelo, punho, alergia (ponto monancial de vento), dedos das mãos falanges.

- Pontos da região antélice região da coluna vertebral



são: pescoço, região cervical, tireoide, área do abdômen, área do tórax, área sacral cóccix e lombar.

- Pontos do ramo ou cruz são pontos que atuam em dores musculoesquelético com foco nos membros inferior são: dedos dos pés artelho, tornozelo, calcanhar, quadril/articulações do quadril e articulações do joelho.

- Pontos do nervo ciático são: ciático, simpático e glúteos.

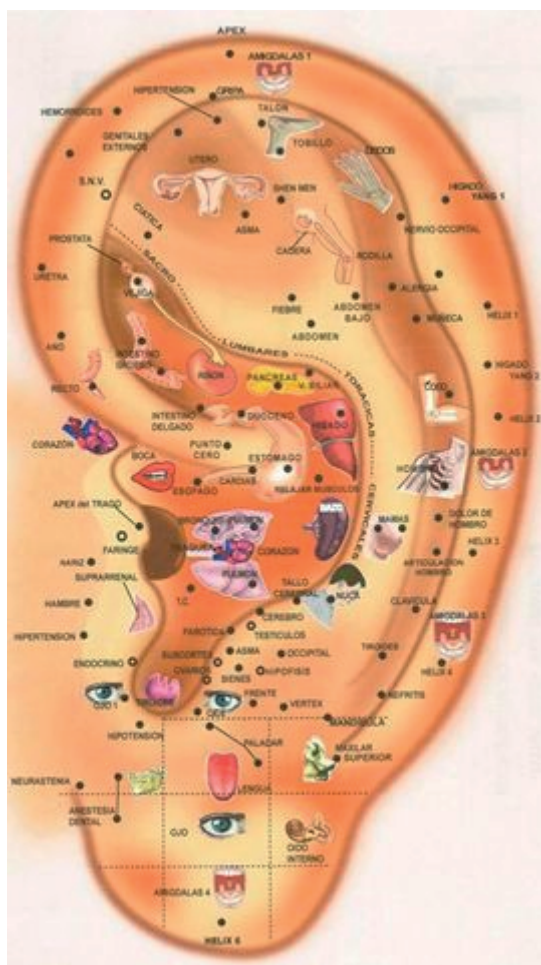
- Pontos da fossa triangular são: pelve, Shen nem (man), anexos do útero, colo uterino e útero.

A auriculoterapia é um microsistema muito utilizado na prática do dia a dia do terapeuta para o bem estar, com custo baixo, resultados eficazes e simples de realizar, com diversidade de estímulos podendo ser utilizados com sementes, cristais, pastilha

de silícios, agulhas, moxa e estímulos elétricos (LUCIO, 2020).



Figura 6 – Mapa auricular



Fonte: Internet¹

Indicações e contraindicações da Moxabustão

dicações para utilização da técnica moxabustão são:

130

Segundo Donatelli

(2018) As indicações e contrain-

1 Disponível em: <https://i.pinimg.com/736x/ef/0f/4a/ef0f4a-6b023eae4bb1665c6b963cd933--acupuncture-shiatsu.jpg> Acesso em: 02 Nov. 2021



Quadro 1 - Indicações e contraindicações da Moxabustão

Indicações da técnica moxabustão	Contra indicação da técnica moxabustão
Doença por Padrão de Frio	Paciente com o corpo da língua vermelho, saburra amarelo e espessa
Prevenção de doenças	Paciente com Pulso Rápido (shù)
Condições de fraqueza e exaustão	Paciente com ausência de sensibilidade
Recaídas de doenças tratadas	Pacientes diabéticos
Doenças crônicas e degenerativas	Regiões abdominais e sacrais em gestante
Doenças em idosos com biotipo fraco	Síndromes de Excesso/calor
Paralisias	Pontos específicos.
Lombalgias	

Fonte: BURACK, Dionizia, 2021.

Conclusão

Trata-se de um trabalho que utiliza a técnica de aplicação de agulhas em pontos específicos, usando os fenômenos da natureza, os cinco elementos no qual proporciona eficácia e rapidez no diagnóstico e tratamento de doenças, recuperando o equilíbrio e a saúde, melhorando a energia do corpo. É um tratamento de custo baixo não invasivo, que traz de volta a qualidade de vida das pessoas, devolvendo a ener-

gia ao corpo com disponibilidade de desfrutar da vida e cumprir os afazeres do dia a dia, tornando a vida das pessoas mais leve.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, R. A. T. Tratamento da dor na fibromialgia com acupuntura. 2007. Tese (Doutorado em Patologia) - Faculdade de medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

AUTEROCHE, B.; NAVAILH,



- P. O Diagnostico na Medicina Chinesa. 2.ed. São Paulo: Andrei, 1992.
- CAMPIGLIA, H. Psique e medicina tradicional chinesa. São Paulo: Roca, 2004.
- COSTA, F. A. D.; SILVA, D. L. A. D.; ROCHA, V. M. D. Estado neurológico e cognição de pacientes pós-acidente vascular cerebral. Revista da Escola de Enfermagem USP, v. 45, n.5, p. 1083- 1088, 2011.
- DALL'ACQUA, R.; BENDLIN, T. Dismenorreia. Femina, v.43, n.6, p.273-276, 2015.
- DAL MAS, W. D. Auriculoterapia. São Paulo: Roca, 2004.
- DONATELLI, S Caminhos De Energia: Atlas Dos Meridianos E Pontos Para Massoterapia E Acupuntura. Edição 2, Rio de janeiro: Editora Roca, 2018.
- EBRAMEC. Escola Brasileira de Medicina Chinesa. Apostila do curso de formação em acupuntura. São Paulo, 2020.
- FLAWS, B. New Approaches to the Chinese Medical Treatment of Obesity. Acupuncture Today, n.10, v.3, 2002.
- FOOCKS, C.; ULRICH, M. Guia prático de acupuntura: localização de pontos e técnicas de punção. São Paulo: Editora Manole, 2008.
- G 1 E. B. Acupuntura: conheça a técnica e seus benefícios. São Paulo, Noticia bem estar,(2018). Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/2018/08/03/acupuntura-conheca-a-tecnica-e-seus-beneficios.ghtml> Acessado em 02 dez.2021.



2, Maringá Editora UniCesumar, 2020.

GALVÃO-ALVES, J. Constipação intestinal. *Jornal Brasileiro de Medicina*. Rio de Janeiro, v.101, n.2, p.31-37, 2013.

GARCIA, E. G. Auriculoterapia – Escola Huang Li Chun. São Paulo: Editora Roca, 2003.

KING, H. C.; SPENCE, D. L.; HICKEY, A. H.; SARGENT, P.; ELESH, R.; CONNELLY, C.D. Auricular acupuncture for sleep disturbance in veterans with post-traumatic stress disorder: a feasibility study. *Military medicine*, n. 180, v.5, p.582- 590, 2015.

LIN, A. C, HSING, T. W, PAI, J.H. Acupuntura: prática baseada em evidências. *Revista Medicina*, São Paulo, v. 87 i 3, p.162-165, 2008.

LUCIO, F.T Acupuntura. Edição

MACIOCIA, G. Os fundamentos da Medicina Chinesa: um texto abrangente para acupunturistas e fisioterapeutas. São Paulo: Editora Roca,1996.

PROVENZA, J.R.; POLLAK, D.F.; MARTINEZ, J.E.; PAIVA, E. S.; HELFENSTEIN, M.; HEYMANN, R.; MATOS, J.M.C.; SOUZA, E.J R. Fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, n.44, v.6, p.443-449, 2004.

RAMEY, D.; BUELL, P.D A true history of acupuncture. *Focus on Alternative and Complementary Therapies*, v.9, n.4, p.269-273, 2004.

ROSS, J. Combinações dos pontos de acupuntura: a chave para o êxito clínico. São Paulo: Roca,



2003.

SILVA FILHO, R. C. Método de três agulhas. 2. ed. São Paulo: Editora Brasileira de Medicina Chinesa, 2013.

SILVA, A. L. P. D. O tratamento da ansiedade por intermédio da acupuntura: um estudo de caso. *Psicologia: ciência e profissão*, n.30, v. 200-211, 2010.

SCOGNAMILLO-SZABÓ, M. V.R.; BECHARA, G.H. Acupuncture: history, basic principles and its use in Veterinary Medicine. *Ciência Rural*, v.40, n.2, p.461-470, 2010.

TAFFAREL, O. M.; FREITAS, C. M. Acupuntura e analgesia: aplicações clínicas e principais acupontos, *Clínica e Cirurgia*, *Ciência Rural*, Santa Maria, v.39, n.9, p. 2665-2672, dez, 2009 ht-

[tps://www.scielo.br/j/cr/a/vF-VYXShZBx6CCnsLfB5ycsK](https://www.scielo.br/j/cr/a/vF-VYXShZBx6CCnsLfB5ycsK)

Acessado dia 02 nov. 2021.

VARELA, M. J. V.; CARVALHO, J. E. C.; VARELA, M.; POTASZ, C.; PRADO, L.B.; CARVALHO, L.B.; PRADO, G.F. Insônia: doença crônica e sofrimentos. *Revista Neurociência*, v.13, n. 4, p. 183- 189, 2005.

WANG, B. Princípios de medicina interna do Imperador Amarelo. São Paulo: Ícone, 2001, p. 507.

WEN, T.S. Manual terapêutico de acupuntura. São Paulo: Editora Manole, 2008. YAMAMURA, Y. Acupuntura tradicional: a arte de inserir. São Paulo: Editora Roca, 2001.

YAMAMURA, Y. Guia de acupuntura. São Paulo: Manole, 2015.



ZHIDE, Y. Mr. Shi Huaitang'clinical experiences and academic thought on new nine needles. Chinese Acupuncture & Moxibustion, n.23, v.1, p.37-40, 2003.



ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA ESTIMULAÇÃO ORAL DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

SPEECH THERAPY IN THE ORAL STIMULATION OF PRE-TERM NEWBORN: EXPERIENCE REPORT

Elivelton Baratinha de Oliveira

Lídia Gomes Damasceno

Rômulo Evandro Brito de Leão

Resumo: A prematuridade é uma das principais causas para fatores de risco de Recém-Nascidos (RNs), pois afetam ativamente o desenvolvimento dos RNs e suas complicações muitas das vezes resultando na não possibilidade de proporcionar a amamentação nos primeiros dias de vida. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo retratar a assistência fonoaudiológica a recém-nascido pré-termo em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal na região do arquipélago do Marajó/PA. Trata-se de um estudo de cunho qualitativo, de caráter retrospectivo em que foi realizado busca e análise do prontuário do paciente. Por meio do acompanhamento fonoaudiológico pode-se dar assistência qualificada ao paciente, garantindo alimentação segura, reintrodução de alimentação por via oral e alta hospitalar. Assim, o papel do fonoaudiólogo na UTI neonatal e pediátrica é de suma importância, sendo este profissional um integrante ativo dentro



da equipe multiprofissional.

Palavras-Chave: Neonatologia. Disfagia. Unidade de Terapia Intensiva. Reabilitação fonoaudiológica.

Abstract: Prematurity is one of the main causes of risk factors for Newborns (NBs), as it actively affects the development of newborns and its complications, often resulting in the inability to provide breastfeeding in the first days of life. Therefore, the present study aims to portray the speech therapy assistance to preterm newborns in a neonatal Intensive Care Unit (ICU) in the region of the archipelago of Marajó/PA. This is a qualitative, retrospective study in which a search and analysis of the patient's chart was carried out. Through speech therapy, qualified assistance can be given to the patient,

ensuring safe food, reintroduction of oral feeding and hospital discharge. Thus, the role of the speech therapy in the neonatal and pediatric ICU is of paramount importance, as this professional is an active member of the multidisciplinary team.

Keywords: Neonatology. Dysphagia. Intensive Care Unit. Speech-language rehabilitation.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é fundamental para o desenvolvimento adequado das funções motoras orais dos neonatos, atribuindo ao ato de amamentação do seio materno exclusivo e ideal maturação das funções estomacogástricas (LEÃO, 2011).

Atualmente a introdução da estimulação fonoaudiológica nos neonatos de alto risco



em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal já apresenta dados que colaboram para a estimulação precoce por período proximal de 34^a semanas de Idade Gestacional (IG), sendo possível a avaliação e intervenção no neonato pré-termo (PIAZZA, 1999).

O início da intervenção fonoaudiológica comumente inicia-se no Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT) com a estimulação de sucção não nutritiva após a devida avaliação de motricidade orofacial, pesquisa de reflexos orais e funcional da Sucção Não Nutritiva (SNN), apresentando ao fonoaudiólogo responsável dados subjetivos da avaliação individual (LAU, 2015) para posterior programação terapêutica e definição de terapia passiva indireta ou ativa e direta (CAMPIOTTO, 2013).

A SNN é uma série de eclosões de sucções alternadas

por pausas respiratórias, caracterizando ciclos de sucções por pausa, a estimulação de sucção não nutritiva é realizada o dedo enluvado, para que após a devida higienização, não proporcione estímulos adversos aos receptores sensoriais intra-oral do neonato (BARTON; BICKELL; FUCILE; 2018).

A Estimulação Sensorio Motora Oral (ESSMO) tem como base a estimulação de sucção não nutritiva (SNN), que assim como a sucção nutritiva (SN), proporciona aspectos de maturação global do desenvolvimento das funções orais, ganho ponderal de peso e ajuste do funcionamento gástrico intestinal durante a terapia fonoaudiológica (GONZALEZ et al., 2021).

A literatura científica especializada em fonoaudiologia neonatal é rica em materiais que mostrem as possibilidades de



atuação deste profissional ao Recém-Nascido (RN), porém escassa em publicações que relatam a atuação e mostrem as técnicas provável de utilização. Por isso a relevância este trabalho que mostra o percurso de reabilitação fonoaudiológica de uma paciente RNPT.

MÉTODO

O presente trabalho trata-se de um estudo de cunho qualitativo, de caráter retrospectivo, em formato de relato de experiência único, com o objetivo de descrever a atuação fonoaudiológica em uma UTI neonatal na região do arquipélago do Marajó/PA.

O relato deu-se início a partir do atendimento fonoaudiológico beira ao leito realizado por um fonoaudiólogo diarista responsável pelo setor de neonatolo-

gia da unidade hospitalar do período de 29/09/2020 a 05/10/2020.

Para a construção do relato, os atendimentos foram documentados diariamente por meio de evolução profissional em sistema de registro (Tasy®) ao longo do período de atendimento fonoaudiológico.

APRESENTAÇÃO DO CASO E RESULTADOS:

Paciente M.V.L.M., sexo feminino, Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT) com 6 dias de nascido, Peso ao Nascimento (PN) de 3.544Kg, internada na UTI no dia 28/09/2021 após episódio de êmese devido a intolerância do volume prescrito com diagnóstico médico de aspiração de mecônio.

No dia 29/09/2021 foi submetida a avaliação fonoaudiológica estando em uso de oxí-



genoterapia por meio de capacete de acrílico do tipo Hood a 30%, aceitação parcial de dieta via Sonda Orogástrica (SOG) com ajuste de dieta artificial, hemoestável. Na avaliação foram observados os seguintes resultados:

- Sucção desorganizada;
- Mordida tônica;
- Dificuldade respiratória.

A história clínica da paciente e os achados da avaliação foram compatíveis com o diagnóstico fonoaudiológico de Sucção Desorganizada (CIF b.5100.2).

Com o perfil de deglutição da paciente já definido, foi possível estabelecer o planejamento terapêutico que contemplou estratégias passivas e indiretas de ESSMO e SNN, terapia ativa e direta com treino de deglutição em seio materno orde-

nhado e em seio a livre demanda.

As sessões de terapia foram realizadas do dia 29/09 a 05/10/2021, sendo possível alcançar os seguintes resultados:

- Liberação de estímulos de alimentação via oral 4x/dia em 10ml;
- Discreta melhora no padrão de SNN, inicialmente, alcançando evolução significativa de sucção;
- Boa captação no seio com deglutição sistemática com no seio sob livre demanda, alcançando critério para dieta VO exclusiva no seio materno;

A sonda de alimentação foi removida no dia 03/10 após avaliação da aceitação da alimentação via oral em seio materno exclusivo após 24h de avaliação e decisão multiprofissional. Assim a paciente recebeu alta fonoaudiológica com alcance efetivo da



alimentação via oral exclusiva, sem sinais clínicos indicativos de alteração do padrão deglufonatório e sem alteração dos sinais vitais, EAA e com exames laboratoriais normais.

DISCUSSÃO

Dentro do ambiente hospitalar o profissional de Fonoaudiologia frequentemente é lembrado pela demanda de distúrbios de deglutição (disfagias), conforme lembra Torres et al. (2018). É o fonoaudiólogo o profissional habilitado a identificar, diagnosticar e tratar a disfagia, bem como identificar a consistência alimentar mais adequada (NASCIMENTO et al., 2019), prevenindo, desta maneira, complicações pulmonares, como as pneumonias.

As consequências clínicas das disfagias são sempre

importantes, com tempo prolongado de hospitalização, maior uso de recursos, aumento de custos no tratamento, e aumento de mortalidade (ZUERCHER et al., 2019). Com isso, é necessário dar atenção aos impactos que as disfagias podem acarretar.

Em pesquisa realizada por Moraes et al. (2006) que buscaram identificar a incidência de disfagia no ambiente de UTI, relatando que 74% dos pacientes internados nesse ambiente possui disfagia orofaríngea, estando em congruência com Schelp et al (2004) que apresentam em seus estudos que 76,5% dos pacientes acometidos por AVE apresentaram disfagia na avaliação de deglutição realizada e também com o estudo de Jesus (2008) o qual evidenciou a prevalência de 87,8% de casos de disfagias orofaríngeas em crianças hospitalizadas.



Em uma pesquisa transversal de prevalência, realizada por Almeida et al. (2016) em um hospital de nível terciário com cerca de 300 leitos, constatou-se, por meio de um levantamento econômico de impacto orçamentário que a prevalência do risco de broncoaspiração em hospitais de grande porte chega a alcançar pouco mais da metade dos pacientes (56%), sendo a presença do fonoaudiólogo imprescindível para avaliação precoce e a redução de custos hospitalares. De modo mais concreto, o estudo destaca que a economia é de quase R\$900,00 por internação hospitalar, e a redução de 0,15 dia de internação por paciente. O que significa uma razão de custo-efetividade incremental de economia de R\$5.607,83.

As alterações nas fases da deglutição configuram a disfagia que pode ser classificada

de acordo com a etiologia (mecânica, neurogênica), local (oral, faríngea, orofaríngea, esofágica) (VALE-PRODOMO; ANGELIS; BARROS, 2009) e grau (leve, moderada, severa) (PADOVANI et al, 2007). Portanto, é correto falar em “disfagias” dada as suas peculiaridades em cada uma delas.

Quando o raciocínio é direcionado para área da neonatologia, diversas são as causas dos distúrbios de deglutição, bem como o diagnóstico diferencial considerando as manifestações clínicas dos pacientes. Ainda, muitos são os métodos de avaliação, partindo de técnicas patronizadas com protocolos ou escalas validadas na área da disfagia, como o Padicap (Chaves, 2022), Functional Oral Intake Scale (FOIS) de Furkim e Sacco (2008), Dysphagia Outcome and Severity Scale (DOSS) de O’Neil et



al. (1999), Functional Communication Measures (FCM) de Nunes et al. (2014), PAD-PED (FLABIANO-ALMEIDA, 2014), Protocolo de Observação de Mamada (FONSECA; FERREIRA, 2004), Protocolo de Avaliação fonoaudiológica da Alimentação (SILVÉRIO; SANT'ANNA; OLIVEIRA; 2005), Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral (FUJINAGA et al., 2008), Avaliação Motora-Oral e da Deglutição Infantil (AMORA DI) de Brandt (2018), Preterm Oral Feeding Readiness Scale (POFRAS) (CHANG et al., 2021), Shedule for Oral-Motor Assessment (SOMA) (SKUSE et al., 1995), e Eating and Drinking Ability Classification System (EDACS) (TSCHIRREN et al., 2018).

A paciente em questão foi submetida à avaliação com

base no protocolo proposto por Xavier (2013) onde foi diagnosticado padrão de deglutição alterado devido descoordenação de sucção, manifestação muito comum em pacientes de UTI neonatal (VIEIRA, 2004; MEDEIROS et al., 2009; PAGLIARO et al., 2016). Estando caracterizada sua deglutição, foi estabelecido seu plano terapêutico individual com algumas modalidades e técnicas de reabilitação aplicadas. A saber:

Terapia Passiva: é considerada como conjunto de técnicas que envolvem exercícios realizados pelo profissional sem ação do paciente que se encontra em uma condição estativa ou sem iniciativa motora para terapia (BALAU et al., 2019). Na reabilitação do paciente neonatal é comumente utilizada considerando a tenra idade do indivíduo e a condição clínica.



Terapia Ativa: aplicada quando o paciente consegue realizar o exercício (MOLFENTER et al., 2018), seja de forma espontânea ou reflexa, mas que há certa autonomia durante a execução e o profissional atua na dosagem, ritmo, força e frequência da atividade, supervisionando.

Terapia Direta: dita quando se utiliza alimentos na terapia como recurso para facilitação da deglutição (NEIVA; LEONE, 2006). Exemplo disso se é a SN ou a administração de dietas espessadas (PÁDIA et al., 2019).

Terapia Indireta: quando não se utiliza alimentos como pistas sensoriais ou treinos para deglutição (SOUSA-DANIELI; GOMES, 2009), como é o caso da SNN (YAMAMOTO, 2006).

Terapia Orofacial Miofuncional: composto por exercícios que estimulam a sensibilidade exteroceptiva e face por

meio da Estimulação Tátil-Térmica (ETT) (ESTRELA; MOTA; ELIAS, 2009), ou ser realizada de forma intra-oral com uso de alimentos de forma mais passiva na técnica de Estimulação Tátil-Térmica-Gustativa (ETTGT) preferencialmente com sabores azedos e gelados para melhor ativação do controle neurológico periférico da deglutição (GATTO, 2010).

Tais métodos aplicados na terapia fonoaudiológica são condizentes com os métodos propostos por diversos autores, como Martin-Harris et al. (2020), Christovam et al. (2021), Wineski et al. (2021), e Arslan et al. (2021).

Vale considerar que o processo de reabilitação dentro da fonoaudiologia norteia princípios básicos de neuroplasticidade (LEÃO; ARAUJO; SAKAI; 2022), em especial diante de lesões neurológicas ou falta de



amadurecimento neural, onde o cérebro busca equilibrar o que é capaz com o que é exigido; exemplo disso é a reabilitação dos distúrbios de deglutição.

Não obstante, assim como foi realizado na assistência ao caso apresentado, é imperativo destacar sempre a necessidade da atuação multiprofissional por meio do diálogo entre profissionais para compreensão do caso clínico em sua integralidade (LEÃO, 2016).

Ainda não há padrões bem estabelecidos ou guideline que retratem o processo de desmame de cateter de alimentação em um protocolo ou fluxograma padronizado. Pela experiência profissional, sabe-se que cada serviço de Fonoaudiologia estabelece suas próprias rotinas para o processo, sempre em parceria com a equipe multiprofissional que trabalha em conjunto

na abordagem ao paciente com dificuldade de deglutição (SMITHARD, 2016; KRISTENSEN; ISENRING; BROWN, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das patologias que acometem indivíduos de tão tenra idade, como os recém-nascidos, talvez uma das que mais potencializam o estado clínico prejudicado seja a disfagia a qual requer da atuação de equipe especializada e requer grandes investimentos financeiros das instituições para seu tratamento.

O fonoaudiológico então tem papel importantíssimo no diagnóstico e tratamento dos distúrbios de deglutição, garantindo deglutição segura e ausência de complicações, como desnutrição e complicações pulmonares.

No caso exposto foi possível visualizar a maneira de



como se dá reabilitação fonoaudiológica, com leque de técnicas que podem ser aplicadas e que produzem efeitos positivos sobre a alimentação do recém-nascido.

Assim, a fonoaudiologia na UTI neonatal e pediátrica é um ramo de atuação promissor, em constante ascendência, mas ainda com barreira científicas e às vezes até institucionais para uma boa prática. Torna-se necessário a produção de novos estudos que visem o recorte do serviço fonoaudiológico a RNPT, bem como implementação de um fazer profissional pautado em senso crítico e científico.

REFERÊNCIAS

ARSLAN, Selen Serel et al. Dysphagia in children with EA-TEF from the perspective of pediatric surgeons in clinical settings. *Dysphagia*. v. 36, n. 4, pp. 644-649, aug. 2021.

BALAU, Matina et al. An intensive swallowing exercise protocol for improving swallowing physiology in older adults with radiographically confirmed dysphagia. *Clinical Interventions*. v.14, pp. 283-288, 2019.

BARTON, C.; BICKELL, M.; FUCILE, S. Pediatric oral motor feeding assessment: a systematic review. *Physical & Occupation therapy in Pediatrics*. v. 38, n. 2, pp. 190-209, 2018.

BRANDT, Bruna de Moraes. Avaliação motora-oral e da deglutição infantil (AMORA Di): validação de conteúdo. 2018. 50f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.



- CAMPIOTTO, Alcione Ramos. Atuação fonoaudiológica nos distúrbios miofuncionais orofaciais. In: LOPES FILHO, Otacílio (org.). Novo tratado de fonoaudiologia. Barueri, São Paulo: Manole, 2013.
- CHANG, Yu-Jung et al. Clinical Validation of the Preterm Oral Feeding Readiness assessment scale in Taiwan. *Journal of Pediatric Nursin.* v. 59, pp. 84-92, jul. 2021.
- CHAVES, Douglas Rego et al. The factibility of the protocol of dysphagia of dysphagia in palliative care (Padicup). *Brazilian Journal of Health Review*, v. 5, n. 1, p. 3736-3752, jan./feb. 2022.
- CHRISTOVAM, Caroline Aguirre et al. Instrumental swallowing assessment in the neonatal and pediatric populations: a systematic review. *Dysphagia.* nov. 2021.
- ESTRELA, Fabiana; MOTTA, Ligia; ELIAS, Vanessa Santos. Deglutição e processo de envelhecimento. In: JOTZ, Geraldo, Pereira; ANGELIS, Elisabete Carrara-de; BARROS, Ana Paula Brandão. *Tratado da deglutição e disfagia: no adulto e na criança.* Rio de Janeiro: Revinter, 2009.
- FLABIANO-ALMEIDA, Fabíola Custódio et al. *Protocolo de avaliação clínica da disfagia pediátrica (PAD-PED).* São Paulo: Pró-fono, 2014.
- FONSECA, R.P.; FERREIRA, V. J.A. Relação da pressão de sucção e da pega de bebês a termo com o aparecimento de fissuras mamilares no processo de amamentação natural. *Revista Cefac*, v. 6, n.1, p. 49-57, 2004.



- FUJINAGA, C.I. et al. Validação do conteúdo de um instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para alimentação oral. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*, v. 8, n. 4, p. 391-399, 2008.
- FURKIM, Ana Maria; SACCO, Andréa Baldi de Freitas. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão por via oral (FOIS) como marcador. *Revista CEFAC*, v. 10, n. 4, p. 503-512, out/dez. 2008.
- GATTO, Ana Rita. Efeito do sabor azedo e da temperatura fria na fase oral da deglutição no acidente vascular encefálico. 2010. 91f. Dissertação (Mestrado em Bases Gerais de Cirurgia, Área de Agregação, Reparação e Transplantes de Tecidos e Órgãos)- Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2010.
- GONZALEZ, Paula Rodriguez et al. Effectiveness of oral sensory-motor stimulation in premature infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU): systematic review. *Children*. v. 8, n. 9, pp. 1-22, 2021.
- JESUS, Luciana Cássia de. Prevalência e características da disfagia em pacientes pediátricos atendidos pelos serviço de fonoaudiologia do hospital das clínicas da universidade federal de Minas Gerais. 81f. 2008. Trabalho de Conclusão de curso (Bacharel em Fonoaudiologia)- Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.
- KRISTENSEN, Marianne Boll; ISENRING, Elizabeth; BROWN,



Alterations to swallowing physiology as the result of effortful swallowing in healthy seniors. *Dysphagia*. v.33, is. 3, pp. 380-388, ju. 2018.

MORAES, Alba Maria Soares et al. Incidência de disfagia em unidade de terapia intensiva de adultos. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 171-177, abr/jun. 2006.

NASCIMENTO, Antonio Adriel Rabelo do et al. Speech-language pathology: a case report of the professional-patient relationship. 2019. São Paulo. *Anais 18th Congress of Otorhinolaryngology Foundation*. v. 24, p. 100, 2019.

NEIVA, Flávia Cristina Brisque; LEONE, Cléa Rodrigues. Sucção em recém-nascidos pré-termo e estimulação da sucção. *Pró-Fono: Revista de Atualização Cien-*

tífica, v. 18, n. 2, ago. 2006.

NUNES, Lais Aparecida et al. Impacto da videoendoscopia da deglutição na fonoterapia após tratamento de tumor de cabeça e pescoço. *Revista de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, v. 43, n. 1, p. 29-34, jan/mar. 2014.

O'NEIL, Karen H et al. The dysphagia outcome and severity scale. *Dysphagia*. v. 14, pp. 139-145, feb. 1999.

PÁDIA, Reema et al. Pediatric dysphagia: is interarytenoid mucosal height significant? *The laryngoscope*. v. 129, n. 1, pp. 2588-2593, nov. 2019.

PADOVANI, Aline Rodrigues et al. Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*,



São Paulo, v. 12, n. 3, jul/set. 2007.

PAGLIARO, Carla Lucchi et al. Dificuldades de transição alimentar em crianças prematuras: revisão crítica de literatura. *Journal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 92, n. 1, p. 7-14, 2016.

PIAZZA, Fabíola Bueno. O trabalho da fonoaudiologia hospitalar em UTI neonatal. 1999. 58f. Monografia (Especialização em Motricidade Orol)- Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, Curitiba, 1999.

SCHELP, Arthur Oscar et al. Incidência de disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico em hospital público de referência. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, v. 62, n. 2, p. 503-506, 2004.

SILVÉRIO, C.C.; SANT'ANNA,

T.P., OLIVEIRA, M.F. Ocorrência de dificuldade alimentar em crianças com mielomeningocele. *Revista CEFAC*, v. 7, n. 1, p. 75-81, 2005.

SKUSE, David et al. Schedule for Oral-Motor Assessment (SOMA): Methods of Validation. *Dysphagia*, v. 10, pp. 192-202, 1995.

SMITHARD, David G. Dysphagia management and stroke units. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*. v. 4, pp. 287-294, 2016.

SOUSA-DANIELI, Aline Karla; GOMES, Cristiane Faccio. Intervenção fonoaudiológica no lactente com disfagia orofaríngea neurogênica: estudo de caso. *Anais do VI Encontro de Produção Científica Cesumar*, 2009.



TORRES, Elder Nayan de Jesus et al. Evaluation of dysphagia in palliative care patients: the approach of speech therapy. 2018. Brasília. Anais 17th Congress of Otorhinolaryngology Foundation. Brasília: Thieme Revinter, 2018, p. 116-117.

TSCHIRREN, Lea et al. The eating and drinking ability classification system: concurrent validity and reliability in children with cerebral palsy. *Developmental medicine & child neurology*. v. 60, pp. 661-617, 2018.

VALE-PRODOMO; Luciana Passuello do; ANGELIS, Elisabete Carrara-de; BARROS, Ana Paula Brandão. Avaliação clínica fonoaudiológica das disfagias. In: JOTZ, Geraldo, Pereira; ANGELIS, Elisabete Carrara-de; BARROS, Ana Paula Brandão. Tratado da deglutição e disfagia:

no adulto e na criança. Rio de Janeiro: Revinter, 2009.

VIEIRA, Cláudia Silveira. Risco para Amamentação ineficaz: um diagnóstico de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 57, n. 6, p. 712-714, nov/dez. 2004.

XAVIER, Claudia. Trabalho fonoaudiológico em unidade neonatal. In: LOPES FILHO, Otacílio (org.). *Novo tratado de fonoaudiologia*. Barueri, São Paulo: Manole, 2013.

WINESKI, R.E. et al. Optimal timing and technique for endoscopic management of dysphagia in pediatric aerodigestive patients. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, v. 150, nov. 2021.

YAMAMOTO, Raquel Coube de



Carvalho. Análise do padrão da sucção nutritiva em recém-nascidos pré-termo no momento da liberação da via oral. 2006. 88f. Monografia (Especialização em Fonoaudiologia)- Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2006.

ZUERCHER, Patrick et al. Dysphagia in the intensive care unit: epidemiology, mechanisms, and clinical management. *Critical care*, v. 23, n. 103, pp. 1-11, 2019.



ASSOCIAÇÃO DE DÉFICIT INTELECTIVO, ALTERAÇÕES ENDÓCRINO-METABÓLICOS E DISTÚRBIOS DA MORFOGÊNESE E ERUPÇÃO DENTÁRIA: RELATO DE CASO

ASSOCIATION OF INTELLECTUAL DEFICIT, ENDOCRINE-METABOLIC DISORDERS AND DISORDERS OF MORPHOGENESIS AND TOOTH ERUPTION: CASE REPORT

Adriana Da Silva Dias Cuppari¹

Erick Nelo Pedreira²

Rosely Cavaleiro³

Antonette Souto El Husny⁴

Resumo: Objetivo: Relato de caso clínico de Hipoparatiroidismo (HPP) atendido na clínica de Odontologia da Especialização de Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) da Universidade Federal do Pará (UFPA). Métodos: As informações foram

1 Aluna do Programa de Pós Graduação em Pacientes com Necessidades Especiais da Universidade Federal do Pará (UFPA) – Belém/PA

2 Professor Associado da Faculdade de Odontologia da UFPA – Coordenador do Serviço Integrado de Diagnóstico Oral e Atendimento Odontológico a Pacientes Especiais da UFPA.

3 Professora Mestre em Neurociências e Biologia Celular, Especialista em Odontologia para PNEs e Odontogeriatría, Professora dos Cursos de Odontologia do CESUPA e UFPA

4 Médica Geneticista do Hospital Bettina Ferro de Souza – UFPA com Doutorado em Genética e Biologia Molecular. Professora do Curso de Medicina do CESUPA.



obtidas por meio dos relatos fornecidos pela mãe, avaliação clínica com o paciente, registros fotográficos bucais, Tomografia Computadorizada Cone Beam (TCCB), Raio X e Tomografia do Crânio, Rx Carpal, Rx da bacia, exames sanguíneos, ultrassom dos rins, avaliação com oftalmologista. O Hipoparatiroidismo é uma doença que ocorre quando o hormônio PTH (paratormônio) que é produzido pelas glândulas paratiroides, não funciona ou não é mais produzido. Conclusão: O resultado da falta desse hormônio é a queda dos níveis de cálcio no sangue, e aumento da fosfatase alcalina causando vários sintomas. Adquirida (algo que se desenvolve na infância ou na vida adulta). A causa pode ser adquirida, transitória, congênita, herdada ou pseudohipoparatiroidismo.

Palavras Chave: Hipoparatiroidismo; Paratormônio; Fosfatase Alcalina.

Abstract: Objective: Report of a clinical case of Hypoparathyroidism (HPP) treated at the Dental Clinic of the Specialization of Patients with Special Needs (PNE) of the Federal University of Pará (UFPA). Methods: Information was obtained through reports provided by the mother, clinical evaluation with the patient, oral photographic records, Cone Beam Computed Tomography (CBCT), X-Ray and Skull Tomography, Carpal Rx, Pelvic Rx, blood tests, ultrasound of the kidneys, evaluation with an ophthalmologist. Hypoparathyroidism is a disease that occurs when the PTH (parathyroid hormone) hormone that is produced by the parathyroid glands does not work or is no longer produced. Con-



clusion: The result of the lack of this hormone is a drop in blood calcium levels, and an increase in alkaline phosphatase causing various symptoms. Acquired (something that develops in childhood or adulthood). The cause can be acquired, transient, congenital, inherited or pseudohypoparathyroidism.

Keywords: Hypoparathyroidism; parathyroid hormone; Alkaline phosphatase.

INTRODUÇÃO

O hipoparatiroidismo é um distúrbio caracterizado por hipocalcemia devido à secreção insuficiente de PTH. O pseudo-hipoparatiroidismo é um distúrbio menos comum devido à resistência do órgão alvo ao PTH1.

O hipoparatiroidismo aumenta o risco de insuficiência

renal, cálculos renais, cataratas subcapsulares posteriores e calcificações intracerebrais, mas não parece aumentar a mortalidade geral, as doenças cardiovasculares, as fraturas ou a malignidade (Bart L. Clarke Edward M. Brown Michael T. Collins Harald Jüppner Peter Lakatos Michael A. Levine Michael M. Mannstadt John P. Bilezikian Anatoly F. Romanischen Rajesh V. Thakker, 2016).

Os sintomas mais comuns, parestesias, câibras, fraqueza muscular e mialgia, são causados pela hipocalcemia que acompanha essa desordem (Al-Azem H, Khan AA, 2012). Nos quadros mais graves, pode ocorrer espasmo carpopedal, laringoespasmo, broncoespasmo, tontura e tetania espontânea.

Hipoparatiroidismo é uma doença que ocorre quando o hormônio PTH (paratormônio)



que é produzido pelas glândulas paratireoides, não funcionam ou não são mais produzidos. A causa pode ser adquirida, transitória, congênita, herdado ou pseudohipoparatiroidismo.

O resultado da ausência destes hormônios são a queda dos níveis de cálcio no sangue, e aumento da fosfatase alcalina causando vários sintomas.

A suplementação a longo prazo com vitamina D ou seus análogos e cálcio oral é a base do tratamento do hipoparatiroidismo pós-operatório; entretanto, estratégias de reposição de PTH com autotransplante de PTH ou glândula paratireóide estão surgindo como estratégias alternativas para evitar as complicações da terapia convencional (Muriel Babey, MDa , Maria-Luisa Brandi, MD, PhDb , Dolores Shoback, MD, 2018).

O hipoparatiroidismo

também pode se desenvolver como parte de uma síndrome maior, como a síndrome de deleção do cromossomo 22q11.2 (síndrome de DiGeorge), síndrome de Barakat (hipoparatiroidismo - surdez neurossensorial - doença renal também chamada de síndrome de HDR), doença de Kenney-Caffey, Sanjad-Sakati. síndrome (hipoparatiroidismo - deficiência intelectual - dismorfismo), síndrome polirrecinno-autoimune tipo 1 (APS1) ou síndrome do linfedema-hipoparatiroidismo. Também pode ocorrer como parte de certos distúrbios mitocondriais, como a síndrome de Kearns-Sayre ou a síndrome MELAS. Em alguns pacientes, o hipoparatiroidismo pode ocorrer em associação com a doença de Wilson (devido ao acúmulo de cobre nas glândulas paratireóides) ou hemocromatose (devido ao acúmulo de ferro nas



glândulas paratireóides) (NORD, 2019).

OBJETIVO:

Relato de caso clínico de Hipoparatiroidismo (HPP) atendido na clínica de Odontologia do Curso de Especialização de Odontologia Para Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) da Universidade Federal do Pará (UFPA).

MÉTODOS:

As informações foram obtidas por meio dos relatos fornecidos pela mãe, avaliação clínica com o paciente, registros fotográficos bucais, Tomografia Computadorizada Cone Beam (TCCB), Raio X e Tomografia do Crânio, Rx Carpal, Rx da bacia, exames sanguíneos, ultrassom dos rins, avaliação com oftalmo-

logista, e revisão da literatura.

RELATO DE CASO:

Paciente L.S.S, do sexo masculino, 16 anos, foi encaminhado a Clínica Odontológica Pós Graduação de Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) da Universidade Federal do Pará (UFPA), para avaliação e tratamento odontológico. Segundo filho de casal não consanguíneo, parto vaginal a termo após diversas complicações obstétricas com sangramento vaginal recorrente desde o terceiro mês de gestação e perda prematura de líquido amniótico.

Nasceu hipoativo com necessidade de hospitalização. Aos 2 meses, iniciaram crises convulsivas controladas com uso de Gardenal®. Evoluiu com atraso de desenvolvimento neuropsicomotor: iniciou a fala após



1 ano; sentou aos 3 anos, caminhou aos 4 anos após fisioterapia e atualmente aos 16 anos, ainda não alfabetizado.

Registra pelo menos cinco fraturas ao longo da vida: duas em braço direito e uma em punho direito, braço esquerdo e fêmur direito. Há ainda registro de internação por anemia grave por volta dos 7 anos.

Ao exame físico observou-se baixa estatura proporcio-

nada, macrocrania, opacidade de cristalino bilateralmente e cílios cheios.

No exame intraoral evidenciou-se ausência de quase todos os elementos dentários permanentes, apresentando apenas os elementos 24, 31, 41 erupcionados, porém hipoplásicos e com aparência de dentinogênese imperfeita. Nunca houve erupção de dentes decíduos. (Figuras 1, 2 e 3).



Fig. 1 – Aspecto clínico da região vestibular da maxila



Fig. 2 – Aspecto da região palatina do paciente

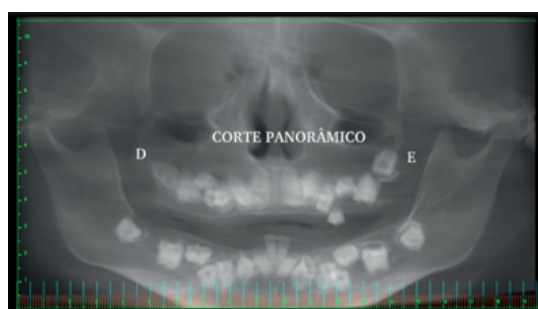


Fig. 3 – Aspecto do rebordo alveolar do paciente, exibindo poucos dentes na arcada



Na Tomografia Computadorizada Cone Beam (TCCB) foi possível observar a presença de quatro dentes supranumerários, nas regiões do 14-15, 23-24, 35 e 45. Os dentes 17-27, 37-32 e

42-47 apresentam-se inclusos e impactados, notando-se ainda a má Na Na figura 4 (Abaixo) observa-se formação corono-radicular de todos os elementos de ambas as arcadas.



Na Radiografia do crânio nota-se presença frustra de

ossos Wormianos em região temporal (Fig.5).”



Radiografias de ossos longos, mãos e bacia, não exibiram alterações.

Dosagens para avaliação de metabolismo ósseo apresentaram redução nos níveis de PTH e



cálcio sérico, elevação de fósforo e fosfatase alcalina. (Tab.1)

Exames Laboratoriais – Tabela 1.

Exame Laboratorial	Resultado mg/dL	Valor de referência em adultos mg/dL
Fósforo	9,9	2,4 a 5,1
Cálcio	5,2	8,5 a 10,1
Fosfatase Alcalina	139 UL	46 a 116U/L
Vitamina D3 25 Hidroxi	70,29	30 a 60
Paratormônio	8,46 pg/mL	15,00 a 65,00pg/mL

Exame oftalmológico revelou catarata incipiente que pode ser atribuída ao hipoparatiroidismo. Uma vez que a causa principal de hipoparatiroidismo é iatrogênica, pós- cirúrgica, pouco se conhece sobre as demais causas desta condição endócrina. As causas sindrômicas devem ser consideradas quando há associação a retardo de crescimento e deficiência intelectual, entre outros, como acontece neste caso sem diagnóstico.

CONCLUSÃO

As associações de defi-

ciência intelectual concomitante com outras alterações morfológicas são comuns entre as síndromes genéticas. A princípio, neste caso, o paciente apresentou-se com distúrbio do metabolismo do Cálcio e do Fósforo e PTH, na qual, os achados clínicos bucais e radiográficos foram ausência da formação da dentição decídua, anomalias dentárias de forma e estrutura e rizogênese imperfeita. Nas condições clínicas, apresentava os elementos dentários 31,41 e 65 erupcionados e radiograficamente os demais encontravam-se inclusos e impactados e por esta razão em planejamento



conjunto com o Cirurgião Bucal Maxilo Facial optou-se pela preservação da estrutura óssea e do rebordo alveolar, realizando somente a exodontia do elemento dentário 65, promovendo a reabilitação oral com prótese total superior e prótese parcial inferior, oferecendo melhor estética, fonética e mastigação para o paciente até a conclusão completa da investigação genética.

Ressalta-se que o paciente ficou isento de todas as custas do tratamento, incluindo os exames laboratoriais, radiográficos e a reabilitação protética.

O mesmo ainda está em investigações clínicas e bioquímicas, aguardando o retorno com o endocrinologista.

REFERÊNCIAS

Bart L. Clarke Edward M. Brown Michael T. Collins Ha-

rald Jüppner Peter LakatosMichael A. Levine Michael M. Mannstadt John P. Bilezikian Anatoly F. RomanischenRajesh V. Thakker EPIDEMIOLOGY AND DIAGNOSIS OF HYPOPARATHYROIDISM. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 101, Issue 6, 1 June 2016, Pages 2284–2299, <https://doi.org/10.1210/jc.2015-3908>.

Al-Azem H, Khan AA. - HYPOPARATHYROIDISM. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2012 Aug;26(4):517-22. doi: 10.1016/j.beem.2012.01.004. Epub 2012 May 31. Review.

Muriel Babey, MDa , Maria-Luisa Brandi, MD, PhDb , Dolores Shoback, MD. CONVENTIONAL TREATMENT OF HYPOPARATHYROIDISM. Endocrinol Metab Clin N Am 47 (2018)



889–900.

<https://rarediseases.org/rare-diseases/hypoparathyroidism/>.

Acessado em: 16/06/2019

Drake T.G., Albright F., Baner W.,
Castleman B.: CHRONIC IDIO-
PATHIC HYPOPARATHYROI-
DISM. REPORT OF SIX CASES
WITH AUTOPSY FINDING IN
ONE. Ann Intern Med 1939; 12:
1751-9.

Albright F., Paison W.: PSEU-
DOHYPOPARATHYROI-
DISM: AN EXAMPLE OF
SEABRIGHT-BANTAN SYN-
DROME. REPORT OF THREE
CASES. Endocrinology 1942; 30:
922-35



REJUVENESCIMENTO LABIAL COM ÁCIDO HIALURÔNICO: RELATO DE CASO

LIP REJUVENATION WITH HYALURONIC ACID: CASE REPORT

Ashley Hennaly Silva Dantas¹

Rosane Vanessa Machado Bezerra²

Carlos Toshiaki Nojima³

Kainã Matheus de Andrade Lira⁴

Gustavo Dias Gomes da Silva⁵

Janaina Galindo de Oliveira⁶

Andréia Gomes Moreira⁷

Resumo: Na Odontologia, a busca por mudanças positivas na estética do sorriso vem aumentando e com isso os objetivos tornaram-se mais amplos, não se restringindo somente aos dentes, mas também tratando tanto a parte funcional quanto estética

1 aluno do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB

2 aluno do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB

3 aluno do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB

4 aluno do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB

5 aluno do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB

6 docente do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB

7 docente do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB



da face, sendo conhecida com Harmonização Orofacial. Com o envelhecimento, a perda tecidual e o agravamento decorrente dos efeitos da gravidade, observa-se na região dos lábios a sua atrofia com o apagamento da região do filtro, a inversão do vermelhão dos lábios e o surgimento de rugas periorais. Os preenchedores injetáveis podem ser utilizados para melhorar e volumizar as proporções labiais, bem como favorecer a região perioral, sendo o Ácido Hialurônico (AH) o mais utilizado como material preenchedor. A busca por um resultado imediato, tornou os preenchimentos com AH cada vez mais popular para harmonização dos lábios, devido ao seu custo benefício e por ser minimamente invasivo. O profissional é responsável por realizar tratamentos terapêuticos a fim de proporcionar melhoria da qualidade de vida dos seus pacientes

dentre eles a utilização do AH para fins terapêuticos funcionais e/ou estético.

Palavras chaves: Saúde estética. Ácido Hialurônico. Preenchimento labial.

Abstract: In Dentistry, the search for positive changes in the aesthetics of the smile has been increasing and with that the objectives have become broader, not being restricted only to the teeth, but also treating both the functional and aesthetic parts of the face, known as Orofacial Harmonization. With aging, tissue loss and aggravation resulting from the effects of gravity, it is observed atrophy in the region of the lips with the erasure of the philtrum region, the inversion of the vermilion of the lips and the appearance of perioral wrinkles. Injectable fillers can be used to



improve and volumize lip proportions, as well as favoring the perioral region, with Hyaluronic Acid (HA) being the most used as a filling material. The search for an immediate result has made HA fillers increasingly popular for harmonizing lips, due to their cost-effectiveness and minimally invasive nature. The professional is responsible for performing therapeutic treatments in order to improve the quality of life of their patients, including the use of HA for functional and/or aesthetic therapeutic purposes.

Keyword: words Aesthetic health. Hyaluronic acid. lip fill

INTRODUÇÃO

Na Odontologia, a busca por mudanças positivas na estética do sorriso vem aumentando e com isso os objetivos tornaram-

-se mais amplos, não se restringindo somente aos dentes, mas também tratando tanto a parte funcional quanto estética da face, sendo conhecida com Harmonização Orofacial, pois proporciona para o paciente saúde, função, beleza e rejuvenescimento.

Os lábios possuem uma extensão superior ao da área vermelha da boca incluindo a pele adjacente, tendo como limite do lábio superior, o sulco nasolabial, e o inferior o sulco mentolabial (TAMURA, 2010).

Com o envelhecimento, a perda tecidual e o agravamento decorrente dos efeitos da gravidade, observa-se na região dos lábios a sua atrofia com o apagamento da região do filtro, a inversão do vermelhão dos lábios e o surgimento de rugas periorais. Assim sendo, existem algumas técnicas que podem ser utilizadas para o tratamento des-



sa alteração, tais como a aplicação de peelings, a utilização da toxina botulínica, preenchedores reabsorvíveis e algumas técnicas cirúrgicas (COIMBRA, 2015).

Os preenchedores injetáveis podem ser utilizados para melhorar e volumizar as proporções labiais, bem como favorecer a região perioral, sendo o Ácido Hialurônico (AH) o mais utilizado como material preenchedor (TRINDADE, 2016).

A busca por um resultado imediato, tornou os preenchimentos com AH cada vez mais popular para harmonização dos lábios, devido ao seu custo benefício e por ser minimamente invasivo. Dessa forma, para um bom resultado, o Cirurgião-Dentista deverá conhecer a anatomia da região a ser preenchida, as características do preenchedor a ser utilizado, além do domínio da técnica, para evitar possíveis

complicações. O profissional é responsável por realizar tratamentos terapêuticos a fim de proporcionar melhoria da qualidade de vida dos seus pacientes dentre eles a utilização do AH para fins terapêuticos funcionais e/ou estético (CASTRO, 2019).

A pesquisa foi feita em base de dados do Scielo e Google acadêmico. A pesquisa bibliográfica trata-se de um levantamento de bibliografias já publicadas, tendo como finalidade o contato do pesquisador com obras já escrita sobre o determinado assunto, permitindo assim, o reforço para a análise de suas pesquisas e manipulação de suas informações.

O presente estudo tem como objetivo relatar um caso clínico de rejuvenescimento da região dos lábios com o uso do AH visando maior proporcionalidade labial e estética do terço



inferior da face do paciente.

RELATO DE CASO

Paciente gênero feminino, procurou a clínica de Especialização em Harmonização Orofacial do IOA/IOP Campina Grande PB, com queixa de que seus lábios eram murchos e assimétricos. Na anamnese a pacien-

te relatou ser hipertensa e fazer uso de medicações diariamente assim sendo compensada, ainda relatou não ter alergias.

Após análise clínica e fotográfica inicial observou-se pouco volume labial, sendo favorável para o preenchimento dessa região melhorando a proporção facial (figura 1).

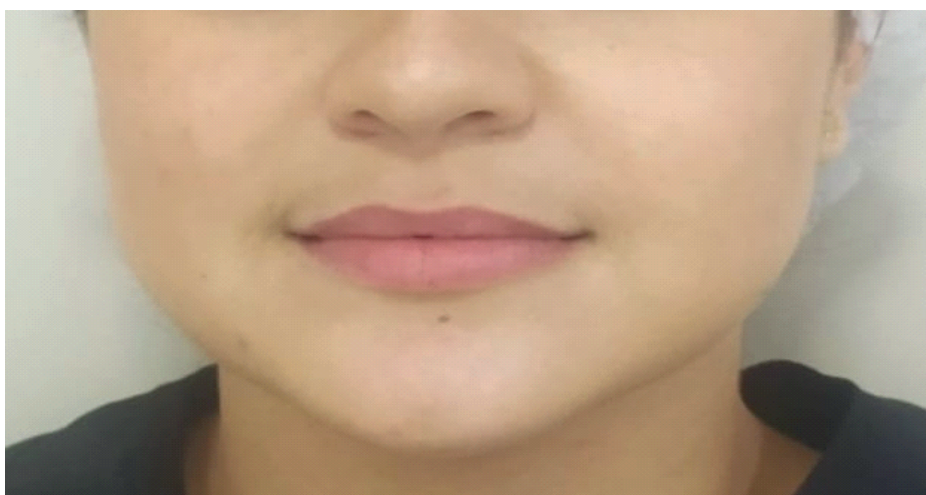


Figura 1: Foto Inicial, vista frontal.

Inicialmente para o preenchimento foi realizado a assepsia da face com solução antisséptica externa com clorexidina

2%. Após esse feito a paciente foi orientada a realizar bochecho com clorexidina 0,12% por 2 minutos.



Tendo realizado a assepsia, deu-se prosseguimento marcando as áreas necessárias ao preenchimento (figura 2).

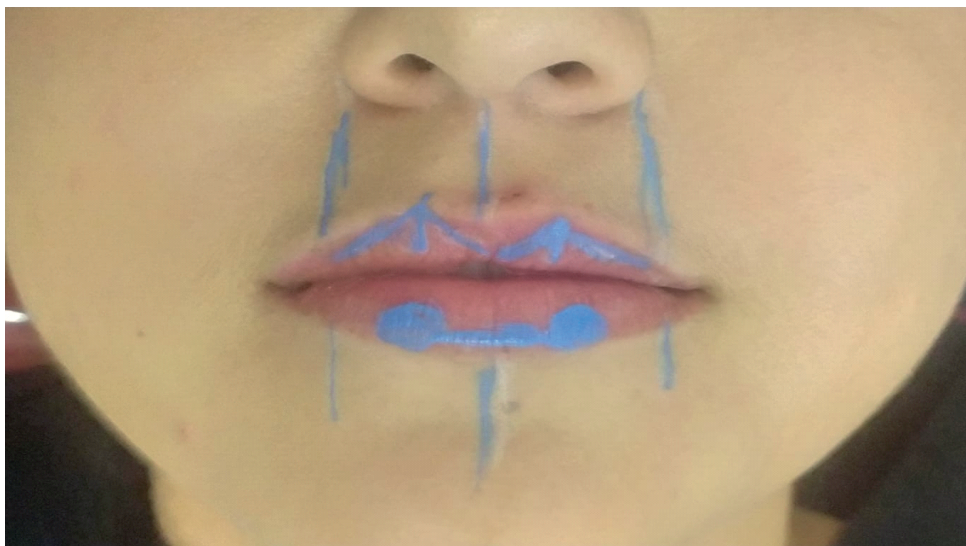


Figura 2: Demarcação das regiões a serem preenchidas.

Dando continuidade, seguirmos para a anestesia intrabucal, a qual foi realizada com 2 tubetes de Lidocaína 2% utilizando seringa carpule. Após 15 minutos se iniciou o processo de preenchimento com a técnica mista de agulha e cânula e seringa de 1 ml de AH Belotero Intense (Marco Merz Alemanha) e em retroinjeção, primeiro se preencheu os pilares do filtro labial e logo em seguida a ascendente do arco do

cupido, assim como a parte profunda do lábio superior.

Em seguida foi realizado um pertuito nos pilares e outro nas comissuras bilateralmente a mais ou menos 1 mm com agulha, para entrada da cânula 22G. Com a cânula correspondente foi realizado o preenchimento em retroinjeção dos contornos labiais (figura 3), assim como também a parte profunda do vermelhão marcado no dese-



no no lábio superior e inferior. Em continuação, ajustamos uma pequena assimetria no lábio superior, onde foi realizado uma retroinjeção linear ligando os dois lóbulos inferiores para resultados

mais naturais (seta amarela) finalizando assim o procedimento proposto e obtendo os resultados demonstrados na figura 4.

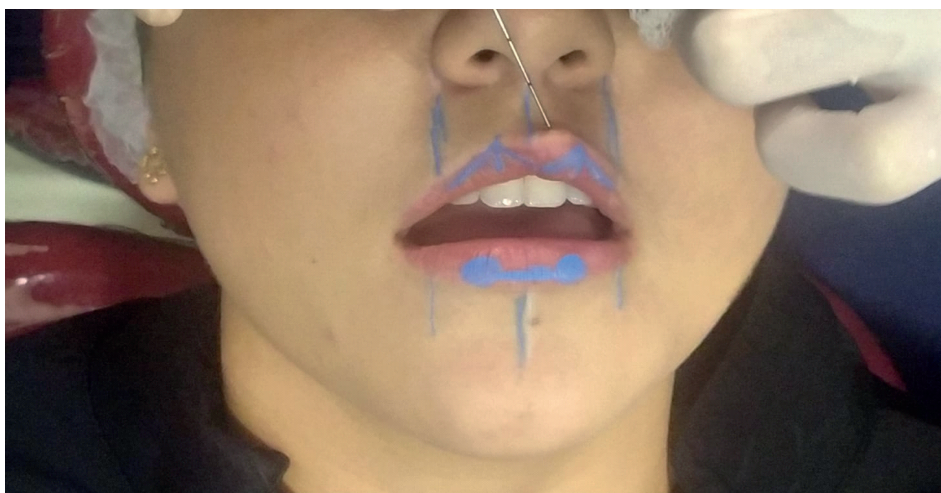


Figura 3: Preenchimento em retroinjeção para contornos.

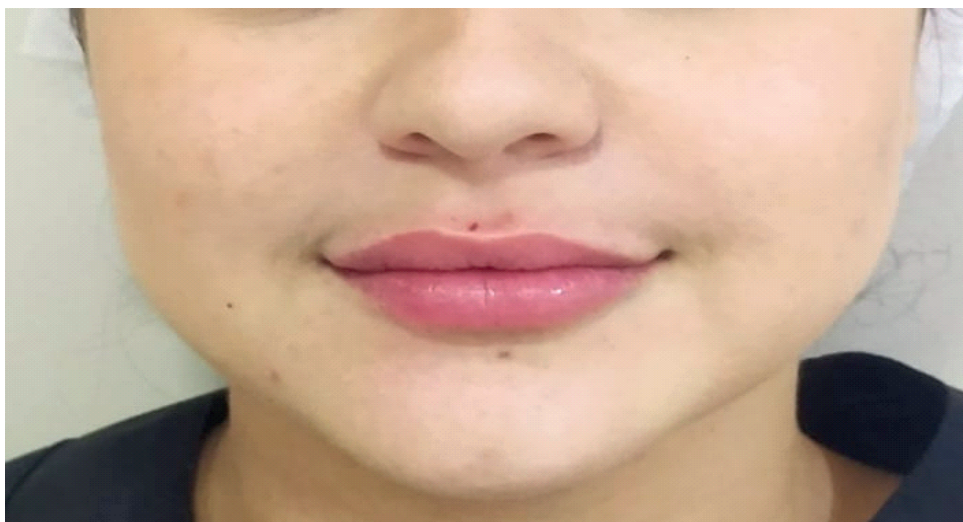


Figura 4: Resultado pós imediato, lábio com leve edema.



DISCUSSÃO

A partir do envelhecimento do organismo, tem-se a diminuição do AH em todo sistema cutâneo extracelular responsável pela sustentação e hidratação da derme.

Os fatores responsáveis pelo envelhecimento natural decorrem da perda de água, diminuição das fibras colágenas, perda da estrutura facial e nutrientes presentes na pele ocasionando uma grande diminuição do número de fibroblastos na derme e com isso, o tegumento se torna aos poucos tornando enrugado e franzido (SILVA, 2017).

Alguns autores selecionados reportaram que a reposição do AH na pele, restabelece o equilíbrio hídrico que regula a distribuição proteica nos tecidos trazendo uma expressiva melhora na elasticidade da pele, devolven-

do volume, suavizando linhas de expressão, melhorando a qualidade da pele e rejuvenescimento facial (TRINDADE, 2016; TAMURA, 2010; PEDRON, 2015).

É necessário também a consulta e exames, para determinar as características dos lábios que o paciente gostaria de realçar e discutir as expectativas reais, desta forma a fotografia odontológica da face e de região labial é de extrema importância nesse procedimento, para avaliação do contorno e proporções labiais, bem como a sua volumização, visto que, há melhor visualização para que o paciente observe o seu antes e depois (PAIXÃO, 2011).

Existem diversos tipos de reticulações dos preenchedores labiais, a sua utilização depende a área a ser tratada e o efeito pretendido. Mesmo assim, ainda não foi possível identi-



car qual o preenchedor é o mais adequado. Entretanto, estudos realizados comprovam que esse método possui mínimas complicações, e oferecem efeito duradouro (FERNANDES, 2018; SILVA, 2017; CASTRO, 2018).

CONCLUSÃO

Considerado como uma estrutura importante para a face, os lábios acabam recebendo maiores atenções. Seus sulcos acentuados, rugas, linhas de expressão e mesmo diferenças na coloração da pele levam os pacientes a buscarem tratamentos estéticos. O uso de preenchedores de AH, permite recuperação do volume e da projeção locais, proporcionando aspecto mais joviais e harmônicos, de forma natural e segura.

Apesar de ser considerado seguro e eficaz por sua bio-

compatibilidade, deve-se atentar para os riscos e as possíveis complicações. É importante avaliar os riscos e benefícios dessa aplicação e informar ao paciente todas as possibilidades de efeitos adversos, para que seja feita uma decisão conjunta e consciente.

REFERÊNCIAS

ALESSANDRINI A, Fino P, Giordan N, Amorosi V, Scuderi N. Evaluation of a new hyaluronic acid dermal filler for volume restoration. *Journal of cosmetic and Laser Therapy*. 2015; 17(6): 335-342.

BRAZ, A.V.; MUKAMAL, L.V. Preenchimento labial com microcânulas. *Surg Cosmet Dermatol.*, v. 3, n. 3, p. 257-60, 2011.

CASTRO, MB; ALCÂNTARA, GA Efeitos adversos no uso do



ácido hialurônico injetável em preenchimentos faciais. Anais do 180 Simpósio de TCC e 150 Seminário de IC do Centro Universitário ICESP, 2019; (18):293-8.

COIMBRA, Daniel Dal'asta; DE OLIVEIRA, Betina Stefanello; URIBE, Natalia Caballero .Preenchimento nasal com novo ácido hialurônico: série de 280 casos. 2.ed. São Paulo: Surg. Cosmec. Dermat., 2015.

FERNANDES, Keilyane Santana Aguiar. O uso da toxina botulínica e o ácido hialurônico na estética terapêutica da odontologia e os limites técnicos científicos do cirurgião-dentista: revisão de literatura, 2018.

SILVA, Olga Moreno; BRITO, Josy Quélvia Alves. O avanço da estética no processo de envelhecimento: uma revisão de literatu-

ra, Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia, v.11, n. 35, 2017.p. 424- 440

PAIXÃO, M.P. et al. Lifting de lábio superior associado à dermabrasão mecânica. Surg Cosmet Dermatol., v. 3, n. 3, p. 249-53, 2011.

PEDRON, Irineu Gregnanin. Aplicação da toxina botulínica na hipermiotonia do lábio superior: complementação do tratamento ortodôntico. 3. ed. SP, Revista Ortodontia, 2015.

TRINDADE DE ALMEIDA, ADA REGINA; DE ARAÚJO SAMPAIO, GABRIEL ÂNGELO Ácido hialurônico no rejuvenescimento do terço superior da face: revisão e atualização - Parte 1 Surgical & Cosmetic Dermatology, vol. 8, núm. 2, 2016, pp. 148-153 Sociedade Brasileira



de Dermatologia Rio de Janeiro,
Brasil.

TAMURA B. Anatomia da face
aplicada aos preenchedores e à
toxina botulínica – Parte I. Sur-
gical & Cosmetic Dermatology.
2010; 2(3): 195-202.



TERAPIAS ASSOCIADAS PARA ATENUAÇÃO DE CICATRIZES DE ACNE: UMA REVISÃO DE LITE- RATURA

ASSOCIATED THERAPIES FOR ACNE SCARS AT- TENTION: A LITERATURE REVIEW

Mayara Barros da Cruz Brito¹

Adna Carolina Marques de Oliveira²

Ivanilda Nunes Dantas³

Rennaly de Freitas Lima⁴

Janaina Galindo de Oliveira⁵

Andréia Gomes Moreira⁶

Resumo: As cicatrizes de acne são uma complicação frequente com grandes implicações sociais e psicológicas para o indivíduo, para as quais se deve ter aten- ção. visando o manejo oportuno e agressivo de formas graves de acne, evitando assim, na medida do possível, a sua aparência. No entanto, alguns desses pacientes

1 aluno do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB

2 aluno do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB

3 aluno do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB

4 aluno do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB

5 docente do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB

6 docente do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB



vão apresentar tal complicação mesmo com intervenção precoce, isto ocorre devido à cicatrização prejudicada e à gravidade e duração do fenômeno inflamatório. Em um momento que ainda não existem tratamentos indiscutíveis nesta área, se faz necessário a busca de um consenso que permita proporcionar aos pacientes alívio físico e psicológico para uma seqüela irreversível, ainda mais quando é secundária a uma patologia de alta incidência como a acne. O objetivo fundamental deste artigo é revisar as evidências válidas existentes sobre as diferentes opções de tratamento e a associação dessas terapias para atenuação das cicatrizes provocadas pela acne vulgar. Utilizou-se como metodologia de pesquisa a revisão de literatura. A modo de conclusão, a programação dos vários parâmetros dos diferentes tipos de terapias parece

desempenhar um papel definitivo no sucesso final do tratamento.

Palavras-chave: Acne Vulgar; Cicatriz; Dermopatias; Terapias associadas.

Abstract: Acne scars are a frequent complication with major social and psychological implications for the individual, to which attention must be paid. aiming at the timely and aggressive management of severe forms of acne, thus avoiding, as far as possible, its appearance. However, some of these patients will present this complication even with early intervention, this is due to impaired healing and the severity and duration of the inflammatory phenomenon. At a time when there are still no indisputable treatments in this area, it is necessary to seek a consensus



that allows patients to provide physical and psychological relief for an irreversible sequel, even more so when it is secondary to a high incidence pathology such as acne. The main objective of this article is to review the existing valid evidence on the different treatment options and the association of these therapies to attenuate the scars caused by acne vulgaris. Literature review was used as a research methodology. In conclusion, the programming of the various parameters of the different types of therapies seems to play a definitive role in the final success of the treatment.

Keywords: Acne Vulgaris; Scar; dermatopathies; Associated therapy

INTRODUÇÃO

A acne vulgar é uma das patologias mais frequentes da pele, que acomete indivíduos desde adolescência até a idade adulta, causando em muitos casos alterações psicológicas que afetam a autoestima e dificultam o estabelecimento de relacionamentos interpessoal (PINTO; GRILLO, 2005).

É uma doença multifatorial, onde se pode destacar maus hábitos alimentares, problemas hormonais, genética, uso de medicamentos, estresse, entre outros. Trata-se de uma inflamação crônica que, geralmente, deixa marcas provenientes da troca do tecido lesionado ou perdido por tecido fibroso após a fase ativa da doença (PALMER, 2008). O tratamento dessas afecções representa um desafio, pois para cada tipo de cicatriz há uma terapia.

Este trabalho de pesqui-



sa se propôs a determinar a eficácia das terapias combinadas no tratamento de cicatrizes pós-acne. Em um momento que ainda não existem tratamentos indiscutíveis nesta área, se faz necessário a busca de um consenso que permita proporcionar aos pacientes alívio físico e psicológico para uma seqüela irreversível, ainda mais quando é secundária a uma patologia de alta incidência como a acne. Além disso, há a oportunidade de beneficiar outro grande grupo de pacientes, como aqueles que sofrem de cicatrizes pós-cirúrgicas, que apesar de serem em sua maioria hipertróficas, a combinação de terapias pode se tornar uma ferramenta de primeira ordem para seu manuseio.

O objetivo fundamental deste artigo é revisar as evidências válidas existentes sobre as diferentes opções de tratamento e a associação dessas terapias para

atenuação das cicatrizes provocadas pela acne vulgar. Ademais, destacam-se como objetivos específicos: compreender os diferentes tipos de acne e as características da acne vulgar; descrever sobre as cicatrizes de acne vulgar; identificar as terapias mais comum utilizadas no tratamento dessas cicatrizes; e, apresentar os benefícios obtidos a partir da associação dessas terapias para atenuar as cicatrizes.

Trata-se de uma revisão de literatura de caráter quantitativo, tendo como cenário a análise de dados coletados nas bases de eletrônicas Scientific Electronic Library Online (Scielo), Google acadêmico, Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline), National Library of Medicine (PubMed), utilizando as seguintes palavras-chave: microagulhamento, acne, cicatriz, cicatrizes atróficas, in-



dução percutânea e seus equivalentes.

REFERENCIAL TEÓRICO

Em seres humanos os hormônios se comportam de forma distintas nas diferentes fases da vida (RIBEIRO, 2010), isso significa que a acne, cuja principal causa interna é hormonal, varia de acordo com a idade.

A acne neonatal ocorre em aproximadamente 20% dos recém-nascidos. Os meninos são quatro vezes mais propensos do que as meninas. A apresentação mais frequente é nas bochechas. Menos comum na testa e queixo. Os sintomas geralmente são comedões fechados (cravos). Ocasionalmente como comedões abertos (cravos), pápulas e pústulas. É pouco provável deixar cicatriz (KEDE; SABATOVICH, 2015).

A acne infantil, também chamada acne juvenil ocorre entre 3 e 9 meses de idade. Os meninos são afetados com mais frequência do que as meninas. É produzida no rosto, principalmente nas bochechas. Mais comumente, alguns comedões contíguos ou pápulas ou pústulas isoladas estão presentes. Em casos raros deixa cicatriz (KEDE; SABATOVICH, 2015).

A acne vulgar, também chamada de acne adolescente, acne da puberdade, acne vulgar, acne normal, acne simples, ocorre durante a adolescência. Entre 70%-95% dos adolescentes são afetados de alguma forma pela acne. Apresenta-se no rosto e na parte superior do corpo. A acne comum pode ser mais ou menos grave, de leve (conhecida como acne comedogênica) a moderada e às vezes mais grave (acne papulopustular) ou acne grave (acne



conglobata). Entre 2% e 7% das pessoas que sofreram de acne grave sofrem de cicatrizes (BONETTO, 2004).

A acne adulta, também chamada de acne tardia, ocorre na idade adulta, aproximadamente 25 anos ou mais. Entre 20 e 40% da população continua a sofrer de acne após os 24 anos, ou começa após essa idade. É a doença de pele mais comum nos países industrializados. É mais comum entre as mulheres do que os homens, pois é desencadeada pelo estresse e pelas flutuações hormonais do ciclo menstrual, gravidez e menopausa. Apresenta-se no rosto, principalmente no queixo e mandíbula, no pescoço e na parte superior do corpo (KEDE; SABATOVICH, 2015), e os sintomas são parecidos aos da acne vulgar.

Acne vulgar

A acne vulgar é uma patologia muito prevalente nas sociedades ocidentais atingindo cerca de 85-90% dos adolescentes (BONETTO, 2004). A sua importância reside nos possíveis efeitos cosméticos, isto é, as cicatrizes, e nos problemas de autoestima que lhe estão associados.

A acne afeta ambos os sexos, embora geralmente seja mais grave nos homens. A idade de apresentação é em torno de 14-15 anos, um pouco mais tarde nas mulheres. Geralmente, desaparece no final da adolescência, embora 3% dos homens e 10% das mulheres continuem a sofrer com isso depois. É mais comum nas sociedades ocidentais, por isso foram feitas tentativas de relacioná-la com a dieta, mas atualmente não há evidências disponíveis que indiquem que mudanças na dieta são necessárias em pacientes afetados pela acne (PAL-



MER, 2008).

No que se refere à patogênica, a acne é uma doença crônica e autolimitada do folículo pilossebáceo. A primeira mudança que ocorre é o aumento da produção de sebo devido à hiperplasia das glândulas sebáceas. A hiperqueratinização subsequente do folículo piloso impede a renovação normal dos queratinócitos foliculares que fecham o orifício folicular e formam o microcomedão. Lipídios e restos celulares se acumulam dentro do folículo bloqueado, facilitando a colonização pelo *Propionibacterium acnes*, o que provocará uma resposta imune. Essa inflamação será potencializada pela ruptura do epitélio folicular com liberação de lipídios, ácidos graxos e restos celulares para a derme subjacente (KADUNC; ALMEIDA, 2003).

A acne vulgar apresenta-se clinicamente como lesões

não inflamatórias e lesões inflamatórias; começam a surgir algumas borbulhas, com ou sem pus (pápulas e pústulas), especificamente são comedões abertos e fechados (pontos negros e pontos brancos) que na maioria dos casos é são acompanhadas de pústulas, pápulas eritematosas e nódulos (cistos); a distribuição das lesões variam desde a face (testa, bochechas, nariz e queixo) até o topo do tronco. A gravidade da acne é dada pelo número, tipo e distribuição das lesões.

Cicatrizes de Acne

O processo de cicatrização ocorre em três fases. A primeira é a fase inflamatória durante a qual lesões branqueiam devido à vasoconstrição realizar a hemostasia e, posteriormente, eritema por vasodilatação subsequente, além de hiperpig-



mentação secundária à ativação da melanogênese, manifestação geralmente temporária, mas que pode durar de 8 a 12 meses (GOODMAN, 2011). Esta fase é muito importante, pois em alguns estudos comparativos de acne com e sem cicatrizes, foi encontrada uma relação clara entre a duração gravidade prolongada e aumentada da resposta inflamatória com formação de cicatriz (KEDE; SABATOVICH, 2015).

A segunda é a fase de formação do tecido de granulação, na qual há regeneração do tecido lesado e ativação da angiogênese, e subsequente liberação de diferentes fatores de crescimento que estimulam a proliferação e diferenciação de fibroblastos, com a consequente produção de colágeno; inicialmente, é rico em colágeno tipo III (80%) e, nas cicatrizes maduras, essa relação se inverte com maior proporção

de colágeno tipo I. por último ocorre a fase de remodelação da matriz extracelular fibroblastos e queratinócitos produzem enzimas como metaloproteinases e seus inibidores para rearranjar a arquitetura. Ao gerar nesta fase um desequilíbrio entre metaloproteinases e seus inibidores, se a reação for inadequada com diminuição tecido colagenoso, formam-se cicatrizes atróficas, ou se, pelo contrário, a reação é exagerada com a produção de tecido fibrótico abundante, formam-se cicatrizes hipertróficas (MINH et al., 2019).

Além disso, outros fatores foram identificados como infecção, trauma repetido e formação de cistos por muito tempo que favorecem esse processo de formação de cicatriz.

As cicatrizes de acne são classificadas em atróficas e hipertróficas. As atróficas são as



mais comuns, são formadas devido à perda de tecido colágeno e são frequentemente localizadas na área facial. Essas cicatrizes são subclassificadas de acordo com sua largura, profundidade e forma. De acordo com Ellis e Mitchel, em 1987, essas marcas podem ser classificadas em “Ice Pick”, “Boxcar” ou “Rolling”. Acredita-se que o tratamento antecipado da acne ativa é a forma mais eficaz de prevenir as consequências (FIFE, 2011).

Terapias utilizadas no tratamento das cicatrizes de acne vulgar

Existem diferentes modalidades de tratamento para cicatrizes de acne, porém, essas cicatrizes são difíceis de remover e nenhum tratamento é o melhor para todos. Uma das abordagens a seguir pode melhorar a aparên-

cia da pele, dependendo do tipo de cicatriz, do tipo de pele e da gravidade das cicatrizes.

Dermoabrasão e microdermoabrasão

São procedimentos utilizados para o rejuvenescimento facial, com diversos usos na dermatologia, entre eles, cicatrizes de acne. A dermoabrasão é uma técnica em que se utiliza um derma-abrasivo com diferentes peças de mão como brocas diamantadas, escovas de arame, lixa ou a moto-ferramenta (motor ou turbina cirúrgica). Ao exercer fricção sobre a pele esses elementos geram erosão na epiderme e em profundidade até a derme papilar e reticular média, a fim de estimular a reepitelização secundária e a remodelação do colágeno (RIBEIRO, 2010).

Este procedimento é



indicado para cicatrizes superficiais de “Boxcar” ou “Rolling”, e para melhorar a aparência de cicatrizes mais profundas, como cicatrizes do tipo “Ice Pick” (BRENNER, et al., 2006).

Por ser uma técnica abrasiva, deve ser praticada sob anestesia geral, pois pode ser muito dolorosa. Além disso, deve-se levar em consideração os efeitos secundários, como infecções, cicatrizes hipertróficas e discromias.

Por outro lado, a microdermoabrasão é um procedimento que se baseia no uso de um agente abrasivo, que geralmente são cristais de óxido de alumínio ou pontas de diamante, e um componente de pressão para o vácuo, que produz uma esfoliação superficial na epiderme e alterações na derme, como espessamento, proliferação de fibroblastos e deposição de coláge-

no (RIBEIRO, 2010).

Subincisão

O procedimento de subincisão consiste em um descolamento para a quebra do tecido fibroso cicatricial gerando um hematoma, inflamação e consequente estímulo de colágeno pelo movimento da cânula soltando a pele. É realizado com auxílio de uma agulha bisturizada na pele com o objetivo de romper as fibras e elevar a pele para melhorar o relevo do local (FABBROCINI et al., 2008). Ao realizar esta técnica estimula a formação de um novo tecido conjuntivo, preenchendo a região tratada.

Esta técnica é realizada com uma agulha de calibre 18 a 20 ou uma agulha Nokor, que é inserida na pele adjacente à cicatriz paralela à sua superfície e com o bisel para cima, inicial-



mente com movimentos para trás e para frente e depois em forma de leque sob a cicatriz, isso para liberar as aderências subcutâneas ou dérmicas (PRÁ; KOCHAN, 2014). Quando terminada, é aplicada compressão para evitar a formação de contusões e a aplicação de gelo local e anti-inflamatórios por cinco dias.

Microagulhamento

A Indução Percutânea de Colágeno com agulhas, mais conhecida como microagulhamento, é um procedimento pouco invasivo com pequenas agulhas perfurando a pele de forma controlada para a formação de canais visando a passagem de substâncias por via transdérmica, o chamado drug delivery (ALSTER; GRAHAM, 2017).

Esta técnica age induzindo inflamação, estimulando

a vascularização local e a formação de colágeno e elastina, além de auxiliar na produção de fatores de crescimento. Consiste em praticar punções repetidas na pele afetada para promover a eliminação e produção de novo colágeno. Um rolo estéril com uma série de agulhas afiadas são aplicados na pele com um certo grau de pressão e com movimentos em várias direções nas áreas afetadas, penetrando até 1,5 ou 2 mm na derme. É uma técnica fácil, com efeitos colaterais mínimos, como sangramentos transitórios e equimoses locais, com resultados satisfatórios da sexta semana a três meses após o tratamento, e melhora adicional na textura da pele nos próximos 12 meses. É contraindicado em pacientes com anticoagulação (LIMA; SOUZA; GRIGNOLI, 2015).

Esfoliação da pele (peeling)



Este tipo de abrasão ocorre com agentes esfoliantes que produzem destruição e promovem a regeneração das diferentes camadas da pele. Numerosos estudos discutem a utilidade da esfoliação da pele no tratamento de cicatrizes de acne.

Um desses produtos é o ácido tricloroacético, um agente cáustico que age causando precipitação de proteínas, necrose de coagulação na epiderme e regeneração de colágeno na derme, o que permite a remodelação e reorganização da arquitetura, que podem persistir por vários meses.

A profundidade do seu efeito na pele depende da concentração utilizada. As concentrações maiores de 35% são consideradas um peeling médio a profundo, com ação sobre a derme papilar e reticular, que é recomendável para alcançar ci-

catrizes profundas como as “Ice Pick”, mas com resultados ainda imprevisíveis em relação aos efeitos colaterais (RAMALHO; DINIZ, 2009).

Peeling químico

O peeling químico é utilizado para gerar uma destruição controlada na epiderme, estimulando uma resposta inflamatória que resulta na produção de fibroblastos que são responsáveis pela produção do colágeno.

Pode ser classificado como superficial, quando atinge apenas epiderme, médio que atinge derme papilar e o profundo que chega em derme reticular. A profundidade do peeling é escolhida de acordo com a profundidade das cicatrizes existentes no paciente. Para cicatrizes atróficas, pode-se lançar mão da técnica Cross que consiste na



reconstrução química aplicando ATA (Ácido Tricloroacético) em altas concentrações, geralmente, 30%, no interior das mesmas (PALMER, 2008).

Para obter êxito na técnica, é necessário, em média, 5 sessões. Este procedimento é indicado para todos os fototipos de pele (FIFE 2011).

Para reforçar a ação do peeling e complementar os cuidados, é importante o uso do home care, que se trata de produtos específicos pós tratamento para uso domiciliar. Um conjunto de princípios ativos são prescritos de acordo com a necessidade e andamento dos procedimentos realizados, princípios esses que combinam antimicrobianos, anti-inflamatórios, clareadores, entre outros.

Laser

As cicatrizes de acne podem ser tratadas com laser ablativo ou não ablativo, dependendo da profundidade que se deseja alcançar e o tipo de cicatriz. Os lasers ablativos têm diferentes graus de afinidade pela água, para os quais seu principal ponto de ação é direcionado para a epiderme e, além disso, gera danos térmicos residuais na derme. Entre os mais utilizados estão o laser de CO₂, com menor seletividade para a água, mas com capacidade de gerar desnaturação do colágeno tipo I e formação de novo colágeno e promover o reparo tecidual (GOODMAN, 2011).

Os efeitos secundários são diversos e incluem edema, formação de crostas, cistos de milium, eritema persistente e hiperpigmentação em até 36% dos pacientes, principalmente aqueles com fototipos altos.



Associação das terapias para atenuar as cicatrizes de acne vulgar

Em muitos estudos, uma maior eficácia do tratamento combinado tem sido demonstrada nas cicatrizes de acne, como: preenchedores dérmicos e lasers fracionados; peeling cutâneo e microagulhamento ou dermoabrasão; e descamação da pele seguida de subincisão e laser fracionado. A seleção da opção terapêutica mais adequada deve ser baseada no tipo e gravidade da cicatriz, nas preferências do paciente, nos efeitos adversos, no custo e na disponibilidade do tratamento (PRÁ; KOCHAN, 2014).

Para isso, é necessário realizar uma entrevista preliminar na qual a percepção do paciente sobre o problema e suas

expectativas de melhora, a condição da cicatriz, os tratamentos realizados anteriormente, o histórico de cicatrização de feridas retardadas, com formação de quelóide ou hiperpigmentação, outras dermatoses pré-existent, doenças e medicamentos que possam aumentar o risco de infecção (BONETTO, 2004).

O exame físico inclui um exame de luz direta para avaliar o tipo predominante de cicatriz, cor, profundidade e localização. Também é importante levar em consideração sua complacência, a presença de tratos fibrosos palpáveis e a cor da pele ou fototipo do paciente.

Segundo Brenner (2006, p. 192) “o sucesso do manejo dermatocsmiátrico da acne deve-se à combinação de tratamentos tópicos e sistêmicos com diversas técnicas cirúrgicas, utilizando diferentes materiais de preenchi-



mento dérmico”.

É importante estabelecer o diagnóstico diferencial com a cicatriz hipertrófica. Isso nunca se estende para fora da área lesada e tende a regredir espontaneamente.

Lee e Rullan (2019) apresentaram os resultados da técnica combinada para as cicatrizes da acne usando: 1 - reconstrução química de cicatrizes (CROSS), principalmente com fenol, 2 - subincisão com cânula em dois níveis, e 3 - microagulhamento. Esta abordagem tripla para o tratamento de cicatrizes de acne resultou em consistente alta satisfação dos pacientes e evidência fotográfica de melhoria. A combinação de CROSS (para estimular a neocolagênese), subincisão (para liberar as traves do tecido conjuntivo dérmico) e microagulhamento (também para estimular a neocolagênese) é efi-

caz para tratar as cicatrizes da acne. Os mesmos tratamentos foram realizados em outros pacientes, de maneira individual e não satisfatória, comprovando que a associação das terapias se mostra eficiente.

Ressalta-se que os resultados do tratamento da cicatriz, seja ele individual ou associado, dependem do tipo de tratamento, do número de sessões realizadas e do tipo de cicatriz, pois algumas respondem melhor que outras.

METODOLOGIA

O presente artigo trata-se de uma revisão de literatura de caráter quantitativo, tendo como cenário a análise de dados coletados nas bases de eletrônicas Scientific Electronic Library Online (Scielo), Google acadêmico, Sistema Online de Busca



e Análise de Literatura Médica (Medline), National Library of Medicine (PubMed), utilizando as seguintes palavras-chave: microagulhamento, acne, cicatriz, cicatrizes atróficas, indução percutânea e seus equivalentes.

DISCUSSÃO

Embora o objetivo principal deste estudo tenha sido revisar as evidências válidas existentes sobre as diferentes opções de tratamento e a associação dessas terapias para atenuação das cicatrizes provocadas pela acne vulgar, a descrição dos principais métodos utilizados nesse tratamento permitiu compreender que cada tem uma função específica, e a associação de diferentes métodos pode ser uma solução mais eficiente.

Por exemplo, as técnicas de dermoabrasão e microdermo-

abrasão, bastante utilizadas no tratamento ode rejuvenescimento da pele, também pode ser útil para tratar cicatrizes de acne superficiais, do tipo “Boxcar” ou “Rolling”, e para melhorar a aparência de cicatrizes mais profundas, como cicatrizes do tipo “Ice Pick” (BRENNER, et al., 2006). De acordo com Borges (2006) a reação abrasiva estimula a produção de colágeno e elastina e por esse motivo pode ser realizada após a técnica de esfoliação da pele (peeling) que produzem destruição e promovem a regeneração das diferentes camadas da pele.

No tratamento de cicatrizes de acne, é notória a tendência à indicação de procedimentos pouco invasivos, sejam eles isolados ou combinados. O microagulhamento é uma opção que estimula a produção de colágeno, sem provocar a desepitelização



total observada nas técnicas ablativas, e por esse motivo também é recomendável associar essa técnica ao uso de vitamina C, que embora não seja um procedimento técnico, ainda assim, pode-se considerar uma terapia combinada. Segundo Baumann (2014), a associação do uso da vitamina C a procedimentos menos invasivos, como o microagulhamento, tem sido indicada para tratamento da pele em função tanto do menor risco de complicações quanto da possibilidade favorecer o clareamento das manchas em virtude de seu efeito cicatrizante.

Para o tratamento de cicatrizes hipertróficas e queloides que, embora não sejam cicatrizes específicas da acne, podem ocorrer, Palmer (2008) comenta que a associação do peeling químico e laser, sem mostraram eficazes para esse tipo de cicatriz.

Lee e Rullan (2019), após aplicarem uma abordagem tripla para o tratamento de cicatrizes de acne afirmaram que um peeling, uma sessão de laser, uma leve abrasão ou microagulhamento isolado, são excelentes procedimentos, mas simplesmente não causam o impacto desejado no tratamento de lesões profundas como as cicatrizes de acne.

Para uma resposta em melhora nas cicatrizes de acne, é preciso programar combinações repetidas e somatória de diferentes terapias: peelings, laser não ablativo, laser ablativo, fracionado ou contínuo, radiofrequência fracionada, radiofrequência para flacidez, luz intensa pulsada, toxina botulínica, terapia de indução percutânea de colágeno, dermaroller, microagulhamento, cremes e ácidos de uso noturno. Essas terapias são sempre mais



eficazes juntas que separadas.

CONCLUSÃO

As cicatrizes de acne são uma complicação de grande impacto psicológico e de difícil manejo, porque não há resultados eficazes e rápidos. Por este motivo, têm sido utilizados tratamentos combinados com as diferentes opções terapêuticas que melhoraram os resultados a longo prazo. Pela dificuldade no seu manejo, recomenda-se o tratamento oportuno da acne para prevenir o seu aparecimento.

Os resultados obtidos nesta pesquisa demonstram vários estudos sobre a associação de terapias para melhorar o aspecto das cicatrizes de maneira geral, entretanto, essa associação de tratamentos específicos para cicatrizes de acne vulgar ainda é pobre em literatura, o que deixa

a desejar para melhor comprovação da sua eficácia. Todavia, foi visto que a programação dos vários parâmetros dos diferentes tipos de terapias parece desempenhar um papel definitivo no sucesso final do tratamento.

Ressalta-se que, ainda que se combine duas ou mais terapias, as cicatrizes não são totalmente removidas, mas sim atenuadas. Existem boas alternativas para tratá-los e melhorar sua aparência e função. Cada cicatriz é diferente, então os desafios do tratamento da cicatriz são múltiplos. Por esse motivo, o paciente deve conhecer as possibilidades de tratamento, seus possíveis efeitos adversos e complicações.

Diante da escassa literatura e relevância do tema, sugere-se estudos de acompanhamento de longo prazo para avaliar o comportamento das cicatrizes e a continuidade das alterações teci-



duais gerada por diferentes terapias.

REFERÊNCIAS

- ALSTER, T.S.; GRAHAM, P.M. Microneedling: A Review and Practical Guide. *Dermatologic Surgery*, v. 44, n. 3, p. 397-404, 2017.
- BORGES, F dos S. *Dermato funcional: modalidades terapêuticas nas discussões estéticas*. Phorte, São Paulo, 2006.
- BONETTO, D. V. S. Acne na adolescência. *Revista adolescência e saúde*, v.1, n.4, Rio de Janeiro, 2004.
- BRENNER, F. M.; ROSAS, F. M. B.; GADENS, G. A.; SULZBACH, M. L.; CARVALHO, V. G.; TAMASHIRO, V. Acne: Um tratamento para cada paciente. *Revista Ciência Médica*, v.15, n.3, p.257-266, maio/jun.2006.
- FABBROCINI, G.; FARDELLA, N.; MONFRECOLA, A.; PROIETTI, I.; INNOCENZI, D. Acne scarring treatment using skin needling. *Clinical and Experimental Dermatology*, p. 874–879, 2008.
- FIFE, D. Practical Evaluation and Management of Atrophic Acne Scars Tips for the General Dermatologist. *Clinical and Aesthetic Dermatology*, v. 4, n. 8, p. 50–57, 2011.
- GOODMAN, G. J. Treatment of acne scarring. *International Journal of Dermatology*, v. 50, n. 10, p. 1179–1194, 2011.
- KADUNC, B. V.; ALMEIDA, A. R. T. Surgical Treatment of Facial Acne Scars Based on Morpholo-



gic Classification: A Brazilian Experience. *Dermatological Surgery*, v. 29, n. 12, p. 1200–1209, 2003.

KEDE, M. P. V; SABATOVICH, O. *Dermatologia Estética*. Atheneu: Rio de Janeiro, 2015.

LEE, Kachiu; RULLAN, Peter. Abordagem combinada para o tratamento de cicatrizes de acne em todos os tipos de pele: CROSS com fenol, subcisão com cânulas em dois planos e microagulhamento. *Surg Cosmet Dermatol*. Rio de Janeiro v.11 n.2. 2019. Disponível em: http://www.surgicalcosmetic.org.br/Content/imagebank/pdf/v11/11_n2_719_pt.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

LIMA, A. A; SOUZA, T. H; GRIGNOLI, L. C. E. Os benefícios do microagulhamento no 7 tratamento das disfunções esté-

ticas. *Revista Científica da FHO, UNIARARAS*, v. 3, n. 1. São Paulo, 2015.

MINH, P. P. T.; BICH, D. B.; HAI, V. N. T.; VAN, T. N.; CAM, V. T.; KHANG, T. H.; GANDOLFI, M.; SATOLLI, F.; FELICIANI, C.; TIRANT, M.; VOJVODIC, A.; LOTTI, T. Microneedling Therapy for Atrophic Acne Scar: Effectiveness and Safety in Vietnamese Patients. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, v. 30, n. 7, p. 293-297, 2019.

PALMER, A. Types of acne scars. 2008. Disponível em: <<http://acne.about.com/od/livingwithacne/tp/acnescartypes.htm>>. Acesso em: 17 de jan. 2022.

PINTO, A. I; GRILLO, F. k. F. N. Aspectos psicológicos e sociais do indivíduo portador de cicatriz,



UNINGÁ, INGA, n.03. Maringá,
2005.

PRÁ, A.C.Z; KOCHAN, R. Ac-
ne-técnica combinada de limpeza
de pele associada a fotobioesti-
mulação com led. Artigo cienti-
fico (Acadêmicos tecnologia em
estética) Universidade do Tuiuti
do Paraná: Curitiba,2014.

RAMALHO, A. C. V. L; DINIZ,
S. R. R. Combinação de trata-
mentos estéticos 2 tradicionais e
técnicas orientais no tratamento à
acne. Alvorada, São Paulo, 2009.

RIBEIRO, C. Cosmetologia
aplicada à dermoestética.2. ed.:
Pharmabooks, São Paulo, 2010.



RINOMODELAÇÃO COM ÁCIDO HIALURÔNICO: RELATO DE CASO

RHINOMODELATION WITH HYALURONIC ACID: CASE REPORT

Adna Carolina Marques de Oliveira¹

Mayara Barros da Cruz Brito²

Ivanilda Nunes Dantas³

Rennaly de Freitas Lima⁴

Janaina Galindo de Oliveira⁵

Vinícius Belém Rodrigues Barros Soares⁶

Andréia Gomes Moreira⁷

Resumo: A correção de imperfeições no dorso nasal e estruturas anexas com ácido hialurônico (AH) tornou-se comum por ser menos invasivo e ser um procedimento de rápida recuperação. O ácido hialurônico é o produto de escolha para procedimentos

1 aluno do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB

2 aluno do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB

3 aluno do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB

4 aluno do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB

5 docente do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB

6 docente do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB

7 docente do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB



de rinomodelação, pois por ser moldável, nos permite a reestruturação cutânea da área do nariz, nos dando resultados imediatos, que podem ser revertidos com a utilização da hialuronidase. Diante do exposto, este trabalho tem o objetivo de apresentar um caso clínico de rinomodelação utilizando o ácido hialurônico. Paciente do sexo feminino, procurou o atendimento com queixa em relação a ponta do nariz, pois a considerava “caída”. Para realizar a rinomodelação utilizamos o ácido hialurônico nos pontos definidos no planejamento. Foram utilizados dois pertuitos e as áreas preenchidas foram a columela, base da columela e a ponta do nariz. A paciente ficou satisfeita com o resultado imediato. Conclui-se que a rinomodelação com ácido hialurônico proporciona efeitos imediatos e satisfatórios, sendo na correção de pequenos

defeitos ou melhorando o resultado de rinoplastias cirúrgicas.

Palavras chaves: Ácido hialurônico; Rinoplastia; Preenchedores Dérmicos.

Abstract: The correction of imperfections in the nasal dorsum and attached structures with hyaluronic acid (HA) has become common because it is less invasive and a quick recovery procedure. Hyaluronic acid is the product of choice for rhinomodeling procedures, because it is moldable, it allows us to restructure the skin of the nose area, giving us immediate results, which can be reversed with the use of hyaluronidase. Given the above, this work aims to present a clinical case of rhinomodeling using hyaluronic acid. Female patient, sought care with a complaint regarding the tip of the nose, as she



considered it “fallen”. To perform the rhinomodeling, we use hyaluronic acid at the points defined in the planning. Two orifices were used and the filled areas were the columella, base of the columella and the point of the nose. The patient was satisfied with the immediate result. It is concluded that rhinomodeling with hyaluronic acid provides immediate and satisfactory effects, being in the correction of small defects or improving the result of surgical rhinoplasties.

Keywords: Hyaluronic Acid; Rhinoplasty; Dermal Fillers.

INTRODUÇÃO

O nariz está localizado no centro da face, e possui grande importância para harmonia facial. Por isso o nariz é visto frequentemente com insatisfa-

ção, sendo assim a rinoplastia uma das cirurgias mais comuns e vem sendo bastante estudada e aperfeiçoada, buscando resultados mais duradouros, previsíveis e que mantenham a naturalidade (Lintz JE, 2009).

A forma do nariz é essencial para o equilíbrio, harmonia e proporção da face. Apesar de não existir um padrão estético único para a estrutura nasal, observamos que a sua adequação em relação à face torna o aspecto facial belo (Furtado GRD, Barbosa KL, Tardni CDR, 2020).

Dividimos o nariz em ponta, dorso, columela, asas e glabella. Essas estruturas precisam estar em equilíbrio, principalmente a ponta, uma das principais queixas pré-operatórias e frequentemente mencionada como causa de resultados insatisfatórios (Garcia LC, 1983).

A melhoria de imperfei-



ções no dorso nasal e estruturas anexas com ácido hialurônico (AH) via intradérmica tornou-se comum por ter menos trauma e ser um procedimento de rápida recuperação (Chen Q, Liu Y, Fan D, 2016). Mesmo não sendo considerado um procedimento permanente, consegue ótimos resultados estéticos, de maneira rápida e de baixo risco, desde que o profissional possua um vasto conhecimento sobre as estruturas anatômicas da região e as técnicas de aplicação (Coimbra, D; Oliveira, B; Uribe, N, 2015).

O ácido hialurônico é o produto de escolha para procedimentos de rinomodelação, pois por ser moldável, nos permite a reestruturação cutânea da área do nariz, nos dando resultados imediatos, que podem ser revertidos com a utilização da hialuronidase (Almeida A, Sampaio G, 2015). Essa reversibilidade é

importante pois, apesar de ser um material bioidêntico, já foram relatadas complicações, que continuam sendo raras, mas que pedem atenção (Gonçalves MVC, Costa SM, Jamil LC, 2019).

Podem ser observadas complicações imediatas como sangramentos, eritema e edema local. Assim como complicações tardias, onde as mais comuns são, formação de nódulos, granulomas, inflamação crônica, alergia, hipersensibilidade, infecção, necrose tecidual devido a injeção acidental do AH no interior de uma artéria (Monteiro EO, 2014).

Diante do exposto, este trabalho tem o objetivo de apresentar um caso clínico de rinomodelação utilizando o ácido hialurônico.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo femi-



nino, fototipo III de Fitzpatrick, 54 anos de idade, procurou atendimento profissional com o objetivo de realizar procedimentos estéticos faciais. Uma de suas queixas principais estava relacionada ao aspecto de seu nariz, relatando incômodo em relação a ponta do mesmo, pois a considerava “caída”.

Após exame inicial detalhado e registro fotográfico (Figura 1,2 e 3), estabeleceu-se o plano de tratamento. Antes do início do procedimento, a paciente foi informada sobre o mesmo e suas possíveis intercorrências. Assinando previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Inicialmente realizou-se a assepsia com clorexidina a 2% e as marcações do planejamento no nariz da paciente, seguida da anestesia local, onde foi utilizado-se como anestésico a lidocaína à

3% sem vasoconstrictor. A anestesia foi realizada apenas na região do pertuito, utilizando uma seringa de insulina.

Para realização da ri-nomodelação utilizamos o ácido hialurônico (Belotero Intense®, Merz Aesthetics, Greensboro, North Carolina, EUA) nos pontos escolhidos no planejamento.

O primeiro pertuito foi feito na base da columela, no ângulo nasolabial, e com a cânula de 22G-50mm, realizou-se a aspiração seguida da retroinjeção de 0,1ml de AH na área. A cânula foi inserida pelo plano subcutâneo até a espinha nasal e a injeção foi feita em boulos. O objetivo de preencher essa região foi corrigir o ângulo nasolabial.

Utilizando o mesmo pertuito preencheu-se a columela, mas dessa vez utilizando uma agulha previamente dobrada em 45°, nessa área após a aspiração



foi retroinjetado 0,1ml de AH. Essa região foi preenchida com o objetivo de endireitar, alongar e fortalece a columela. Isso deve criar uma projeção de ponta mais anterior, ao alongar a columela o nariz deve parecer mais um triângulo isósceles e a narina mais em forma de lágrima, vista de um ângulo basal.

O segundo pertuito foi realizado na região de chanfro, que se encontra entre a ponta do nariz e a columela. Com o auxílio da cânula realizou-se a aspiração e em seguida foi retroinjetado 0,1ml de AH entre as cartilagens alares. O objetivo de preencher essa região é melhorar a definição da ponta, além de melhorar sua projeção. Realizou-se modelação imediata e compressão digital por um minuto, para dar forma e fineza à ponta.

Também preenchemos com auxílio de uma agulha a re-

gião de delta nasal, com boulos de 0,2ml de AH ao nível perios-teal de cada lado (Figura 4).

A paciente ficou satisfeita com o resultado do preenchimento, relatando que achou o efeito natural. (Figura 5,6 e 7).





Figura 1: Aspecto facial da paciente em norma frontal

Figura 2: Aspecto facial da paciente em norma lateral esquerda à 45°.

Figura 3: Aspecto facial da paciente em norma lateral esquerda.

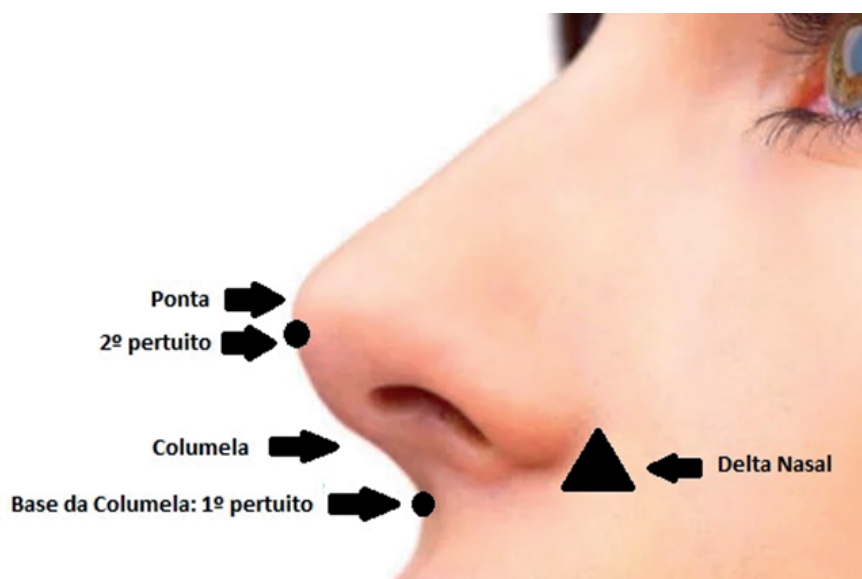


Figura 4: Esquema demonstrativo da região preenchida. Figura editada.

Fonte: (<https://www.lucianapepino.com.br/blog/beleza/tipos-de-nariz-de-brasileiro>)





Figura 5: Resulta imediato pós rinomodelação, visão frontal.

Figura 6: Resulta imediato pós rinomodelação, visão lateral esquerda, inclinação de 45°.

Figura 7: Resultado imediato pós rinomodelação, visão lateral esquerda

A rinomodelação com ácido hialurônico é indicada em casos de correção do contorno dos defeitos nasais, sendo, portanto uma alternativa a rinoplastia ou a complementação pós-cirúrgica. Mesmo não sendo um procedimento de caráter definitivo, alcança bons resultados estéticos, de forma rápida e segura, desde que a anatomia da área e as técnicas de aplicação sejam bem conhecidas (Alvares CMA, 2018.

Embora a rinoplastia

cirúrgica seja considerado o padrão ouro na correção de defeitos nasais, a mesma é bastante invasiva. Dessa forma os preenchedores são uma boa alternativa para correção de pequenos defeitos nasais, ou correção pós-procedimento cirúrgico (Jasin ME, 2013).

Em relação ao produto de escolha, alguns fatores precisam ser considerados, principalmente: elasticidade (resistência a deformação) e viscosidade (resis-



tência a força aplicada evitando a propagação) do produto (Helmy Y., 2018). O plano de aplicação do AH deve ser feita no tecido subcutâneo ou derme profunda das áreas nasais que podem ser corrigidas como o dorso, ponta, columela e base da columela (Kurkjian TJ, Ahmad J, Rohrich RJ, 2014)..

O AH tem sido o preenchedor mais comumente utilizado devido possuir um certo grau de reversibilidade pela ação da enzima hialuronidase. Se existir sinais de obstrução arterial, a aplicação do AH deve ser interrompida, a área deve ser massageada e a hialuronidase aplicada, na proporção de 10 unidades por 0,1ml de AH. Pode ser prescrito o uso de antiagregantes plaquetários, vasodilatadores periféricos ou oxigênio hiperbárico. A enzima hialuronidase está disponível para o uso como solução enzimá-

tica injetável, que tem o objetivo de antecipar a degeneração natural do AH (Liapakis I, Englander M, Vrentzos N, Derdas S, Paschalis E , 2013).

Segundo o estudo de COIMBRA (2015) que fala sobre preenchimento nasal com ácido hialurônico como uma alternativa a rinoplastia cirúrgica, comparando sua eficácia e segurança, sendo utilizado na região de columela, ponta e septo nasal. De acordo com a análise dos resultados os efeitos foram satisfatórios, com baixos índices de complicações. Os autores concluíram também que o preenchimento com AH trouxe efeitos naturais, principalmente em relação a tornar a ponta do nariz mais fina.

SAKAI (2011) realizou um estudo onde descreve a utilização do AH na correção de pequenos defeitos do nariz, após uma rinoplastia cirúrgica mal



sucedida. O resultado mostrou que a paciente gostou do efeito imediato, não havendo efeitos adversos após o procedimento. Os autores concluíram que a rinomodelação está se tornando um procedimento atrativo por ser pouco invasivo, com baixos índices de complicações, e que não necessita de repouso e afastamento do trabalho como na rinoplastia cirúrgica.

CONCLUSÕES

Conclui-se que a rinomodelação com ácido hialurônico se tornou um procedimento bastante procurado, pois de forma não invasiva e utilizando um material seguro, quando se possui o conhecimento anatômico, proporciona efeitos imediatos e satisfatórios, sendo na correção de pequenos defeitos ou melhorando o resultado de rinoplastias

cirúrgicas.

REFERÊNCIAS

Lintz JE. Análise comparativa das rinoplastias aberta e fechada no tratamento da ponta nasal. Rev. Bras. Cir. Plást. 2009;34(3).

Furtado GRD, Barbosa KL, Tardni CDR. Necrose em ponta nasal e lábio superior após rinomodelação com ácido hialurônico – relato de caso. Rev. Aesthetic Oral Science.2020; 1(1).

Garcia LC. Estudo do equilíbrio dorso-ponta na rinoplastia. Anais do Simpósio Brasileiro do Contorno Facial – SBCEP;1983.167-70.

Chen Q, Liu Y, Fan D. Serious Vascular Complications after Nonsurgical Rhinoplasty: A Case Report. Plast. Reconstr. Surg. 2016;4(4):863.



Coimbra, D; Oliveira, B; Uribe, N. Preenchimento nasal com novo ácido hialurônico: série de 280 casos. *Surgical & Cosmetic Dermatology*.2015; 7(4):320-326.

Almeida A, Sampaio G. Ácido hialurônico no rejuvenescimento do terço superior da face: revisão e atualização - Parte 1. *Surgical & Cosmetic Dermatology*.2015; 8(2).

Gonçalves MVC, Costa SM, Jamil LC. Rinomodelação com silicone, complicando com fibrose e deformidade nasal: relato de caso e seu tratamento. *Rev. Bras. Cir. Plást*.2019;34(2).

Monteiro EO. Complicações imediatas com preenchimento cutâneo. *Revista Brasileira de Medicina*.2014;71.

Alvares CMA. Rinomodelação – Uso do preenchedor ácido hialurônico descrição de um caso clínico. Artigo científico apresentado ao curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE.2018.

Jasin ME. Nonsurgical rhinoplasty using dermal fillers. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2013 May;21(2):241-252.

Helmy Y. Non-surgical rhinoplasty using fillers, Botox and thread remodeling: Retro analysis of 332 cases. *J Cosmet Laser Ther*. 2018 Oct;20(5):293-300.

Kurkjian TJ, Ahmad J, Rohrich RJ. Soft-tissue fillers in rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2014 Feb;133(2):121-126.

Liapakis I, Englander M, Vrentzos N, Derdas S, Paschalis E.



Secondary rhinoplasty fixations with hyaluronic acid. Journal of Cosmetic Dermatology.2013; 12(3): 235-239.

Sakai F, Gripp C, Macedo A, Sandin J, Curi C. Preenchimento de nariz, após rinoplastia malsucedida, com ótimo resultado estético. Revista Brasileira de Medicina.2011;68(6).



SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR: NÍVEL DE ESTRESSE E SIGNIFICAÇÕES DA SAÚDE MENTAL PELOS TRABALHADORES DE UM ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL INFANTIL

WORKER'S MENTAL HEALTH: STRESS LEVEL AND MEANINGS OF MENTAL HEALTH BY WORKERS IN A CHILDREN'S INSTITUTIONAL CARE

Magna Eugênia Fernandes do Rêgo

Resumo: Com a crescente globalização e as consequências desta, a saúde mental no trabalho vem ganhando um espaço cada vez maior nas discussões e propostas sócio-políticas, pois consiste em lançar um olhar diferenciado sobre o trabalhador e as formas de trabalho, objetivando com isso o bem-estar biopsicossocial do sujeito no formato da promoção e prevenção em saúde. O espaço da Proteção Social Especial de Alta Complexidade dentro da política de Assistência Social lida com demandas de vulnerabilidade de alto risco, com sujeitos oriundos de diversas formas de segregação social, nesta ênfase, os trabalhadores desta área estão diretamente expostos a formas intensas de sofrimento psíquico, entre eles o estresse. Com isso, o objetivo do presente trabalho é verificar o nível de estresse e significações da saúde mental nos trabalhadores de um acolhimento institucional infantil. Foi realizada uma



pesquisa de campo na referida instituição com os trabalhadores onde foi aplicado o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) e um questionário qualiquantitativo para obter respostas sobre o conceitos de saúde mental que eles possuem e estratégias para obtenção/manutenção dela, bem como a situação da saúde mental destes sujeitos. Constatou-se que a maioria dos entrevistados foi classificada com alguma das três fases de estresse e destes, a maioria encontra-se na segunda fase que é de Resistência ou Luta, sobre a percepção de saúde mental a maior parte apontou uma conceituação similar ao conceito real, bem como se auto-avaliam com saúde mental muito boa. Com isso, vale aprofundar os cuidados preventivos com a saúde mental do trabalhador da Assistência Social, especialmente no tocante ao estresse.

Palavras chaves: Saúde Mental. Estresse. Proteção Social Especial

Abstract: With increasing globalization and its consequences, mental health at work has been gaining more and more space in socio-political discussions and proposals, as it consists of taking a different look at the worker and the forms of work, aiming the biopsychosocial well-being of the subject in the format of health promotion and prevention. The space of Special Social Protection of High Complexity within the Social Assistance policy deals with high-risk vulnerability demands, with subjects coming from different forms of social segregation, in this emphasis, workers in this area are directly exposed to intense forms of psychic suffering, including stress. With that, the



objective of the present work is to verify the level of stress and meanings of the mental health in the workers of an institutional shelter for children. A field research was carried out in the referred institution with the workers where the Inventory of Stress Symptoms for Adults of Lipp (ISSL) and a qualitative questionnaire were applied to obtain answers about the concepts of mental health that they have and strategies for obtaining/maintaining of it, as well as the mental health situation of these subjects. It was found that most respondents were classified with one of the three phases of stress and of these, most are in the second phase, which is Resistance or Fight, on the perception of mental health most pointed to a similar concept to the concept real, as well as self-assessed with very good mental health. With this, it is worth

deepening preventive care with the mental health of Social Assistance workers, especially with regard to stress.

Keywords: Mental Health. Stress. Special Social Protection

INTRODUÇÃO

O paradigma de saúde atual promove cada vez mais a promoção e prevenção em saúde, abrangendo com, cada vez mais frequência a saúde mental, tendo em vista o processo de implementação da reforma psiquiátrica e constantes investimentos na área. A temática é cravada de estigmas ao longo da história que corroboraram com alguns equívocos nas discussões atuais, e ainda mais no senso comum e no diálogo das pessoas, portanto, discuti-lo torna o tema presente, discutido e melhor compreendido.



Sobre a saúde mental e trabalho, as relações de trabalho em todas as esferas e formas também vem sendo tema de constantes debates, estuda-se com mais frequência a saúde mental do trabalhador, crendo que ao manter este indivíduo saudável em sua totalidade, o resultado fica bem mais produtivo. O trabalho na Assistência Social consiste em uma demanda direta com a população, ele divide-se por demandas, onde tem-se como produto a Proteção Social Básica (PSB), através do trabalho dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e a Proteção Social Especial (PSE), esta última divide-se em duas: PSE de Média Complexidade, onde inclui-se o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) e o PSE de Alta Complexidade onde incluem-se entre outros, as casas de interna-

ção e de acolhimento.

O presente trabalho objetiva verificar o nível de estresse e significações da saúde mental nos trabalhadores de um acolhimento institucional infantil, para isso, foi aplicado o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – ISSL nos funcionários da instituição, onde foi verificada a percepção da expressão “saúde mental” para os referidos trabalhadores, indagado sobre as estratégias de prevenção acerca da saúde mental e por fim investigada a incidência de transtornos mentais nos indivíduos investigados.

Para a realização da presente pesquisa foi solicitada a autorização junto à coordenadora da instituição através da assinatura do requerimento para a instituição, solicitando permissão para aplicação dos instrumentos, em seguida, estes foram aborda-



dos individualmente, convidados a participar e a realizar a leitura e assinatura do TCLE caso concordassem com a participação, tendo total disponibilidade da pesquisadora para eventuais consultas e dúvidas acerca do preenchimento do questionário. Foram aplicados o ISSL, o questionário sócio demográfico e o questionário da pesquisa contendo questões objetivas e subjetivas. Ao final os dados foram analisados em dois momentos, os quantitativos mediante o programa estatístico do Microsoft Office Excel Professional Plus 2013 ®. Por sua vez, os dados qualitativos foram estudados através da Análise de Conteúdo de Bardin por meio do processo de categorização de respostas.

O artigo organiza-se de modo a compreender uma revisão da literatura acerca da saúde mental e seu processo histórico

e conceitual, bem como a saúde mental do trabalhador especificamente. Adiante, descreve-se a metodologia da pesquisa minuciosamente, os resultados e discussões acerca do estudo e por fim, as considerações finais sobre o trabalho.

Diante dos propósitos do presente estudo, pretende-se refletir sobre como anda a saúde mental dos trabalhadores da proteção social especial de alta complexidade e os cuidados que estão sendo tomados em relação a este público que lida diariamente com diversas situações de risco em decorrência das funções desempenhadas.

SAÚDE MENTAL NO TRABALHO

“O cansaço psicológico consegue ser extremamente pior que o cansaço físico, pois



não há nada que seja capaz de aliviar a tensão de uma mente turbulenta.” Jey Leonardo

RETROSPECTIVA HISTÓRICO-CONCEITUAL DA SAÚDE MENTAL

A história do mundo, do homem e suas relações, perpassa algumas fases e muitos conceitos são estudados baseados nestes períodos históricos. Com a saúde mental não foi diferente.

Na antiguidade, a saúde mental era compreendida a partir do conceito de doença mental, mas um pouco antes disso, convém compreender dois momentos que a loucura teve um de glória e outro de queda, ambos enquanto predominou a definição mística da loucura. Primeiramente a glória, na cultura grega, o louco era considerado alguém

de sorte, digno de manifestação divina, com completa sabedoria profética e transformadora, estes indivíduos eram respeitados e tinham um lugar de honra na sociedade, o tratamento para eles era a indução ao sono para remissão de sintomas que fossem prejudiciais, para que sonhassem com Asclécio que era considerado deus dos mortais, da saúde e da medicina (Cf. GUIMARÃES, 2011).

Por outro lado, a queda da loucura, precisamente na Idade Média predominava o conceito da loucura interpretada como possessão demoníaca. As consequências desta época foram trágicas, o tratamento muitas vezes era a fogueira, exorcismo, corroborando com uma dizimação em massa, onde a instituição promotora dos tratamentos era principalmente a igreja. A santa inquisição da Igreja Católica con-



siderou os loucos hereges e assim muitos foram martirizados em tribunais religiosos e condenados à morte. Predominava, pois nesta época o conceito de “Vigiar e Punir” onde os loucos eram expostos em jaulas como animais e culpabilizados por sua condição de saúde e atitudes decorrentes destas (Cf. GUIMARÃES, 2011).

Com o advento da Revolução Industrial houve um avanço no tratamento, contudo, ainda equivocado, na época predominava o método sanitário de saúde, adotava-se higienização social e a loucura era tratada com o isolamento, os loucos e mendigos eram abandonados pela família ou presos em seus domicílios, dependendo da situação de vida e condições financeiras da família, aqueles que eram abandonados eram capturados e internados em asilos, data a época a construção dos primeiros manicômios e a

Psiquiatria iniciava suas pesquisas e intervenções embora ainda experimentais, onde os hospitais funcionavam como locais de caridade, era um período de transição de ideologias e relações humanas (Cf GUIMARÃES, 2011).

O Estado era a instituição promotora e os hospitais funcionavam como locais de caridade. Era um período de transição onde as leis e punições deixaram de ser fruto da vontade de Deus e passaram a ser regidos pelos homens. Foi em meados do século XVIII que Pinel revolucionou o paradigma da loucura e da Psiquiatria, inaugurava-se ali a cientificidade desta e a princípio o método obteve sucesso, que consistia na medicalização dos internos, contudo decaiu devido a ineficácia ante o não avanço do quadro clínico dos pacientes institucionalizados (Cf. CHIAVERINI, 2011).



O primeiro hospital psiquiátrico do Brasil foi o Hospício D. Pedro II, na época, como dito, os hospitais tinham a função da exclusão e ocorriam muitos óbitos devido a maus-tratos e falta de higienização. Foi Franco Basaglia, médico psiquiatra que idealizou a lei 180/78 uma lei italiana que promovia a ideologia: “Eu cuido, não prendo” onde teve início a revolução em saúde mental (Cf. CHIAVERINI, 2011).

No século XX houve o avanço nos psicofármacos, consequentemente houve uma diminuição dos internamentos a princípio, passando a medicar os doentes em casa, entretanto foi por pouco tempo, com as recaídas, a institucionalização foi inevitável, contribuindo assim com a perpetuação dos hospícios, visando benefícios como a oferta de abrigo, comida e medicamentos, sendo favorável eco-

nomicamente falando para os proprietários através dos benefícios recebidos para manter as instituições. O modelo hospitalocêntrico tinha seus percalços, todos os sujeitos eram colocados no mesmo ambiente, com diferentes diagnósticos, muitos sem diagnóstico e todos fazendo uso da mesma medicação e dosagem (Cf. CHIAVERINI, 2011).

A questão da medicação ainda é bastante crítica, atualmente ocorrem extensas bonificações a psiquiatras pelas indústrias farmacêuticas que corroboram com a medicalização excessiva em prol de bônus fornecidos por tais empresas, um comércio lucrativo, tendo em vista que a medicação pode provocar a dependência e até o vício (Cf. GUIMARÃES, 2011).

Ao final da década de 70 tem início mais uma revolução no paradigma da saúde mental com



o início da Reforma Psiquiátrica, promovendo a redemocratização do tema, promovendo a desinstitucionalização e para isso criando redes de apoio para a saúde mental, se deu concernente ao modelo biopsicossocial de saúde, com a prevenção e promoção desta na perspectiva interdisciplinar, promovendo ainda a expansão da psicoterapia (Cf. GUIMARÃES, 2011; CHIAVERINI, 2011).

Diante de tantas reviravoltas, atualmente tem-se um conceito de saúde mental humanizado, o cuidado passa a ser visto como elemento transformador dos modos de vida, promovendo a capacidade de autoajuda e autonomia, fatores como: identidade do usuário, acolhida, vínculos familiares e sociais são indispensavelmente trabalhados, em uma perspectiva preventiva e promotora tendo a saúde como foco, utilizando de diversos artifícios

para obtê-la, não só a medicação.

Dantas (2015) diz que o que distingue o normal do anormal é uma questão de grau e não de natureza, os transtornos mentais precisam ser vistos a partir desta perspectiva da humanização, pois o que ocorre é um preconceito latente, que dificulta muitas vezes os indivíduos de admitirem que estão passando por uma condição clínica, precisando de ajuda, mas que por preconceito negam a sua insanidade mental e continuam seguindo sem o auxílio necessário. Esta situação é muito comum na saúde mental no trabalho, onde os indivíduos muitas vezes se submetem a cargas excessivas de trabalho, em situações que muitas vezes não lhes são favoráveis e costumam a admitir que estão tendo sua saúde mental afetada.

A SAÚDE MENTAL NO TRA-



BALHO COM ENFOQUE NO ESTRESSE

As relações de trabalho e saúde mental há muito são estudadas, pois percebeu-se que a saúde do trabalhador interfere na produtividade, deste modo, ainda é um pensamento capitalista. Uma recente aproximação entre estes dois conceitos configura-se na psicodinâmica do trabalho, esta abordagem destaca a centralidade do trabalho na vida do trabalhador e analisa os aspectos que envolvem saúde e doença nesta atividade. É destacado o papel da organização do trabalho no funcionamento psíquico e vida mental do trabalhador, tanto no sentido da divisão de tarefas, que diz respeito ao papel desempenhado, como a divisão dos homens, que refere-se às relações humanas naquele ambiente, conforme destacou Dejours (Cf. SIL-

VEIRA, 2009).

O homem e suas relações de trabalho remontam a um resgate tão antigo quanto as relações humanas, tendo em vista que o trabalho é também considerada uma forma de sobrevivência, é a sua ação no mundo. Independente da cultura o trabalho sempre esteve presente na vida das pessoas e ao longo do tempo vem sendo associado a diferentes concepções, como destaca Lacombe (apud MARCON, 2013, p.6): “muitos adotam o ponto de vista de que ele é um fardo, de que o homem trabalha para sobreviver, ou se for afortunado, a fim de conseguir dinheiro suficiente para poder fazer as coisas de que realmente gosta”.

A respeito do trabalho os registros que remontam a idade da pedra apontam para o trabalho de subsistência, seguido dele veio a forma de trabalho es-



cravo, onde não há possibilidade de ascensão. Após o trabalho escravo, na idade média, época feudal, configurou-se a modalidade de trabalho servil, onde estes trabalhadores conseguiam alguns benefícios e havia possibilidade de ascensão. Na evolução do tempo com a monarquia, surgem as corporações de ofício composta por mestres, companheiros e aprendizes, onde também podia haver ascensão (Cf. REIS, 2012).

A partir da revolução industrial o trabalho ganhou forma e os sindicatos passaram a lutar pelos direitos dos trabalhadores sendo pois organizada carga horária, remuneração e direitos trabalhistas, entretanto, no início persistia o regime escravo em forma de escambo, os moradores de rua vinham até as fábricas para trabalhar em troca de teto e comida com um regime de 12 horas ininterruptas. Com o advento

das máquinas e substituição do trabalho do homem ocorreu uma diminuição da mão de obra, com consequente desemprego e uma exigência de qualificação da mão de obra restante para operar as máquinas (Cf. REIS, 2012).

A completa valorização do trabalho humano só veio ocorrer mediante o Tratado de Versalhes, estabelecendo normas de proteção para a relação empregador-empregado. A partir de 50 na Convenção sobre Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais foi condenado definitivamente o trabalho escravo. Depois da década de 60 surgiu a Justiça do Trabalho, embora que a princípio tenha favorecido apenas a classe média alta, diferente da contemporaneidade, hoje existem leis trabalhistas que amparam o trabalhador e a concepção de trabalho refere-se ao sujeito que presta serviço a outrem em



troca de benefícios (Cf. PEREIRA, 2008).

A preocupação com a saúde mental no trabalho é oriunda da revolução industrial onde era frequente observar uma anulação da subjetividade em prol de que a produção não fosse prejudicada e as metas fossem cumpridas. Desta forma, ela começou a ser discutida há 50 anos aproximadamente, tem base psicanalítica através da transposição da metodologia da clínica para o ambiente de trabalho.

Sobre o trabalho convém compreender que ele é essencial na vida humana, conferindo-lhe status social, que é imprescindível certa afinidade com o trabalho que desempenha e que são observados inúmeros atributos para que o sujeito tenha motivação para o trabalho, desde características pessoais a ambientais. O trabalho assume

cinco identidades: técnica (local de trabalho e adaptação fisiológica e social), moral (motivação, consciência, satisfação e identificação), fisiológica (adaptação do meio físico, fadiga), social (fatores externos como família, associação, sindicato, etc.) e economia (geração de riqueza) (Cf. PEREIRA, 2008).

Conforme Chiavenato (2003 apud MARCON, 2013) as pessoas passam grande parte de suas vidas no trabalho e a produção de bens e serviços não se dá isoladamente, logo tem-se as relações de trabalho onde para que uma organização exista deve ter: pessoas capazes de se comunicarem, dispostas a contribuir em uma ação conjunta e com um objetivo comum.

São diversos os temas trabalhados nas organizações, dentre elas cabe destacar a saúde e segurança no trabalho. As con-



dições físicas do trabalho influenciam diretamente nas pessoas e tais consequências podem incidir a curto, médio e longo prazo, devendo ser elaboradas medidas preventivas de riscos, chamadas segurança no trabalho. “Doenças grave e lesões estão quase sempre associadas com algum tipo de angústia e trauma psicológico, principalmente quando a pessoa fica incapacitada” (MARCON, 2013, p.154).

Os dirigentes e responsáveis legais devem garantir um ambiente livre de danos físicos/mentais para seus colaboradores, pois acidentes de trabalho custam caro e diante disso há uma crescente preocupação dos empregadores que vem investindo nos equipamentos de segurança e nas condições ambientais como: iluminação, ventilação, temperatura, ruídos, relações humanas, relação empregador-empregado,

eliminação de fontes de estresse, maquinário e equipamentos adaptados e saúde do trabalhador, conforme visto, são observados aspectos ambientais físicos, psicológicos, ergológicos e de saúde ocupacional (MARCON, 2013).

Dentre os principais problemas de saúde no trabalho estão: alcoolismo e dependência química, AIDS, estresse no trabalho, exposição a produtos químicos perigosos e exposição a condições ambientais desfavoráveis, hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e automedicação. Conforme visto, o estresse é prevalente, com grande incidência, especialmente por se tratar de um problema de saúde mental o indivíduo tende a relevar e o problema vai se agravando até sair do controle e se configurar um transtorno.



METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, cujo delineamento utilizado será o levantamento, ou survey que é um método utilizado em estudos descritivos. Será pois uma pesquisa de multi-método por conter dados objetivos e subjetivos (DALBERIO; DALBERIO, 2009; SEVERINO, 2015).

PARTICIPANTES

Foram convidados a participar da pesquisa 30 pessoas que compõem o quadro de funcionários do acolhimento em estudo, entretanto, apenas 20 concordaram em participar da pesquisa, deste modo, a seleção da amostra é considerada não-probabilística por conveniência. A amostra contém indivíduos de ambos os sexos, com faixa etária

entre 28 e 63 anos, de nível escolar variado, ou seja, tem indivíduos com nível fundamental, médio e superior, bem como nota-se uma variedade no regime estatutário, onde tem funcionários concursados, celetistas, de portaria e terceirizados, com renda e composição familiar diversificadas.

INSTRUMENTOS

Foram utilizados três instrumentos, o primeiro trata-se do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), este teste fornece uma medida objetiva dos sintomas de estresse em indivíduos acima de quinze anos. O instrumento divide-se em três quadros contendo sintomas físicos e psicológicos que o indivíduo tenha sentido nas últimas 24 horas (15 itens), na última semana (15 itens) e no último mês (23 itens) consecuti-



vamente. Ao todo são 37 itens de natureza somática e 19 psicológicas que diferem em intensidade e seriedade e ilustram as três fases do estresse: fase de alerta, fase de resistência e fase de quase-exaustão (ROSSETI, 2008).

O segundo e o terceiro instrumentos foram elaborados pela pesquisadora, e consistem em um questionário sócio-demográfico contendo sete questões quantitativas: idade, sexo, escolaridade, renda, pessoas que moram na casa, tempo de serviço e regime de trabalho. Por fim, o questionário contendo as questões subjetivas da pesquisa com uma questão objetiva e cinco subjetivas coletando os dados qualitativos da pesquisa sobre a percepção de saúde mental dos sujeitos, sobre os aspectos preventivos da saúde mental na opinião dos entrevistados, se fazem uso de medicação psicotrópica e

qual delas.

PROCEDIMENTOS DE COLETA

Foram observados os aspectos éticos que regem a pesquisa com seres humanos, conforme a lei 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Inicialmente, foi enviado o requerimento para a instituição, solicitando a realização da pesquisa e clarificando os objetivos, que foi assinado pela coordenadora da instituição autorizando a pesquisa. Em seguida, os funcionários foram convidados um a um a participar da pesquisa respondendo as questões e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) onde nele eram informados os objetivos da pesquisa e autorizado a publicação dos resultados e assegurado o sigilo da identidade dos parti-



cipantes. Após a assinatura do termo, eram entregues os instrumentos de pesquisa descritos no item anterior.

PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Os dados foram analisados em dois momentos, os objetivos (quantitativos) foram observados através de uma estatística descritiva e inferencial no programa Microsoft Office Excel Professional Plus 2013. Por sua vez, os dados subjetivos (qualitativos) foram analisados através da Análise de Conteúdo de Bardin (2002) que possibilita uma análise apurada das respostas do sujeito, organizando-as através de categorias.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

Diante da pesquisa realizada, foram encontrados os seguintes dados sócio demográficos:



TABELA 01 – Dados sócio demográficos

QUESTÕES	CATEGORIAS	F	%
IDADE	28-35 anos	7	35
	36-42 anos	4	20
	43-49 anos	3	15
	50-56 anos	4	20
	57-63 anos	2	10
SEXO	Masculino	3	15
	Feminino	17	85
ESCOLARIDADE	Ensino Fundamental Incompleto	1	5
	Ensino Fundamental Completo	3	15
	Ensino Médio Incompleto	3	15
	Ensino Médio Completo	4	20
	Ensino Superior Incompleto	1	5
	Ensino Superior Completo	4	20
	Pós-Graduação	4	20
RENDA FAMILIAR	Até um salário mínimo	3	15
	De um a três salários	12	60
	Quatro ou mais salários	5	25
COMPOSIÇÃO FAMILIAR	Mora sozinho	1	5
	Mora com uma ou duas pessoas	9	45
	Mora com três ou quatro pessoas	7	35
	Mora com cinco ou mais pessoas	4	20
CARGO	ASG	5	25
	Cuidador	8	40
	Equipe Técnica	4	20
	Coordenador	1	5
	Cozinheira	2	10
REGIME	Celetista	3	15
	Concursado	4	20
	Terceirizado	9	45
	Efetivo	3	15
	Comissionado	1	5

FONTE: Dados da pesquisa, 2015

Conforme os dados no quadro funcional da instituição apresentados, observa-se uma característica predominância do sexo feminino esta predominante em toda a



Assistência Social. Sobre a faixa etária, predominando com 35% da amostra indivíduos entre 28 a 35 anos de idade, o que configura uma população jovem.

A escolaridade predominante foi de Ensino Superior Completo, com 40% da amostra, onde metade desta população possui pós-graduação, o que demonstra um interesse cada vez mais eminente dos trabalhadores de estarem capacitados para o mercado de trabalho. É interessante notar este dado, pois, observa-se que sobre os cargos predominantes desta instituição tem-se os cuidadores com 40% da amostra, cuja exigência para tal é o ensino médio, logo, apenas 20% compõem a equipe técnica, onde existe exigência de ensino superior. Desta forma, conclui-se que, independente do cargo ocupado as pessoas estão preocupadas em galgar degraus cada vez

mais altos de graduação, em busca de melhorias de vida. Destes profissionais, a maioria de 45% está em regime de trabalho terceirizado.

A renda familiar de um a três salários mínimos predominou com 60% da amostra, o que coloca a maior parte da população entrevistada na classe média, comprovado ainda pela composição familiar predominante de uma a duas pessoas com 45% das respostas obtidas.

INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS DE LIPP – ISSL

Os dados coletados no Inventário de Sintomas de Stress de Lipp compõem a tabela 2:



TABELA 02 - ISSL

CLASSIFICAÇÃO	f	%
Não configura quadro de estresse	7	35
Estresse na fase 1 – Alerta (Alarme)	0	0
Estresse na fase 2 – Resistência (Luta)	8	40
Estresse na fase 3 – Exaustão (Esgotamento)	0	0
Comorbidade Fase 1 + Fase 2	1	5
Comorbidade Fase 1 + Fase 2 + Fase 3	4	20

FONTE: Dados da pesquisa, 2015

Conforme observado, há uma predominância de estresse na fase 2, que é considerada a fase de Resistência ou Luta com 40% da amostra, e ainda vale observar para os 20% que classificou comorbidade nas três fases de estresse, aumentando pois este índice. Desta forma, a maioria da população entrevistada categorizou estresse em alguma das fases mencionadas, sendo pois importante uma melhor avaliação da saúde mental do trabalhador na Assistência Social, com destaque à PSE de Alta Complexidade como é o caso do lócus investigado, uma instituição de acolhimento de crianças, que lida diretamente com vulnerabilidades e

regime de trabalho de plantão.

DADOS QUALITATIVOS

As respostas obtidas nos questionários geraram algumas categorias de respostas que serão separadas por quadros, inicialmente, vamos abordar a primeira análise que foi em relação aos conceitos que os trabalhadores possuem acerca da saúde mental, que será ilustrado no quadro 01.



QUADRO 01 – Conceito de Saúde Mental

CATEGORIAS	f	SUBCATEGORIAS
MODO DE VIDA	6	Viver bem, relacionar-se bem com as pessoas (3) Comportamento, forma de lidar com situações (2) Um nível de qualidade de vida (1)
SAÚDE DA MENTE	7	Bem-estar psíquico, equilíbrio (2) Estado psicológico inalterado (2) Ter autocontrole (1) Bom desempenho das atividades cerebrais (1) Está bem da cabeça (1)
BIOPSIKOSSOCIAL	1	Estado psíquico, emocional e social (1)
DOENÇA	4	Conjunto de sintomas internos e externos que interferem na qualidade de vida (1) Desequilíbrio que requer tratamento (1) Distúrbio da mente (1) Estresse (1)
SEM RESPOSTA	2	-

FONTE: Dados da pesquisa, 2015

Conforme observado, a maioria das respostas obtidas foram categorizadas como “Saúde da Mente”, cujas respostas direcionaram-se ao bem-estar psíquico e só, é uma evolução em relação à saúde mental, por conceitua-la na perspectiva da saúde e do bem-estar, entretanto, a categoria contemporânea de saúde mental é o bem-estar biopsicossocial, cuja categoria só obteve uma resposta.

Acerca da conceituação de Saúde Mental, a literatura esclarece que o histórico contri-

buiu para alguns equívocos na concepção do tema, porém, por ser um conceito ainda em construção é compreensível o senso comum ter se apropriado de alguns deslizes históricos, contudo, atualmente há uma amplitude neste conceito e no tratamento dele, com a atenção psicossocial, o sujeito é considerado uma pessoa em sofrimento psíquico que é essencial ao tratamento junto com sua família e comunidade, requerendo uma equipe multiprofissional para atuar de modo interdisciplinar ofertando diversos



serviços de saúde para promover a reabilitação psicossocial e reintegração sociocultural do sujeito, logo não se trata apenas da saúde da mente, a mente é uma parte de um todo gigante (Cf. GUIMARÃES, 2011).

Na tabela 03 podemos observar como os sujeitos entrevistaram se auto-avaliaram em relação à própria saúde mental:

TABELA 03 – Auto-avaliação da saúde mental

RESPOSTA	f	%
Muito boa	11	55
Moderadamente	7	35
Pouco	2	10
De forma alguma	0	0

FONTE: Dados da pesquisa, 2015

Os dados obtidos revelam uma auto avaliação positiva dos trabalhadores, cuja maioria de 55% classificam sua saúde mental como muito boa. Estes dados não batem com os resultados obtidos no ISSL onde foram detectados diversos trabalhadores em diferentes níveis de estresse. Desta forma, infere-se que eles podem estar associando, conforme obtido na conceituação de saúde mental, a estados psíquicos

alterados e transtornos mentais mais severos e não ao bem-estar biopsicossocial conforme a saúde mental preconiza.

Esta confusão também deve-se ao que foi abordado no tópico acima, as pessoas tem um conceito equivocado sobre saúde mental, como se esta fosse o extremo da loucura, quando hoje se tem um conceito bem mais amplo e biopsicossocial, também pelo fato de o estresse não



ser considerado (dependendo do nível) uma interferência mental (Cf. GUIMARÃES, 2011).

O quadro dois demonstra o questionamento realizado sobre o que é necessário realizar para ter uma boa saúde mental, em seguida, o quadro três faz um questionamento similar sobre o que eles fazem para ter uma boa

saúde mental, ambas perguntas servem para comparar o que deveria ser feito e o que eles de fato fazem, devido as pessoas terem uma consciência do que precisa ter para prevenção e promoção da saúde mental e aquilo que elas conseguem alcançar nesta ênfase.

QUADRO 02 – O que é necessário para ter uma boa saúde mental?

CATEGORIAS	f	SUBCATEGORIAS
FINANCEIRO	4	Dinheiro (3) Boas condições de vida, está bem profissionalmente (1)
CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA	7	Não ter problemas familiares (1) Boa convivência familiar, ter atenção (1) Ser aceito (1) Viver bem consigo e com o outro, num ambiente saudável (4)
PREVENÇÃO BIOPSIKOSSOCIAL	6	Evitar estresse, preocupação (2) Ter acompanhamento médico (2) Fazer acompanhamento psicológico (1) Equilíbrio psíquico, exercícios físicos, metas, boa convivência, cuidar da saúde, lazer, amigos e emprego (1)
ESTADO PSÍQUICO	3	Ter autonomia, auto-estima, equilíbrio, competência (2) Ter capacidade de resolução dos problemas, disposição (1)

FONTE: Dados da pesquisa, 2015

A categoria que obteve mais frequência foi a convivência familiar e comunitária, com 35% das respostas, que é um fator de

grande relevância, porém, não mais importante que a prevenção biopsicossocial, que obteve o segundo lugar com 30% das



respostas. Contudo, a prevenção da saúde mental deve se dar em todos os quesitos, portanto, a categoria que mais se aproxima da resposta real é a biopsicossocial onde são considerados os exercícios físicos, a alimentação, a prevenção médica e psicológica, a boa convivência familiar, comunitária e no trabalho, a salubrida-

de e periculosidade do ambiente, entre outros aspectos, conforme visto na literatura abordada (Cf. GUIMARÃES, 2011, PEREIRA; VIANNA, 2009).

Por sua vez, no quadro três temos as respostas do que os trabalhadores entrevistados fazem para prevenção e promoção da saúde mental:

QUADRO 03 – O que você faz para ter uma boa saúde mental?

CATEGORIAS	f	SUBCATEGORIAS
RELIGIÃO	2	Busco refúgio em Deus (2)
PREVENÇÃO BIOPSIKOSSOCIAL	15	Evito cansaço, aborrecimento, agitação (2) Vou ao médico, faço exames (4) Se acalmar, resolver as situações sem internalizar (3) Aproveitar a vida, fazer o que gosta, driblar obstáculos (2) Exercícios físicos, alimentação adequada (3) Tenho robes, vou ao psicólogo, tenho hábitos saudáveis (1)
RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	3	Tenho um animal de estimação (1) Bom relacionamento com as pessoas (2)

FONTE: Dados da pesquisa, 2015

Conforme observa-se as pessoas apresentaram em sua maioria (75%) fatores preventivos como resposta, onde figuram os exercícios físicos, alimentação adequada, auto-controle, capaci-

dade de resolução de problemas, ir ao médico e ao psicólogo, fazer o que gosta, entre outros. Comparando com a outra pergunta houve uma predominância na prevenção, em virtude de que a



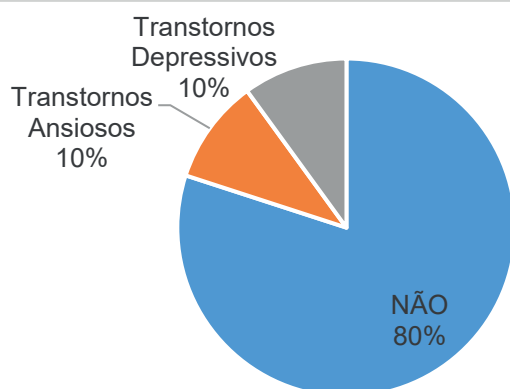
boa convivência familiar e comunitária que a categoria emergente dos fatores preventivos da saúde mental é algo que não depende exclusivamente do sujeito, já os fatores preventivos supracitados é algo que eles tem autonomia para fazê-lo

A variedade de conceitos sobre atitudes do sujeito para prevenir a saúde mental é notória a atenção biopsicossocial, difere do conceito que está mais associado ao transtorno, contudo, isso é compreensível diante da

transição de paradigmas onde os indivíduos podem ficar um pouco confusos, logo, as atitudes apresentadas são, de fato, preventivas para a saúde mental, conforme há registros na literatura (Cf. GUIMARÃES, 2011; BRASIL, 2013).

As duas últimas questões serviram para avaliar o quórum de profissionais que já tiveram algum problema mental e/ou fizeram uso de psicotrópicos, ao que obteve-se as seguintes respostas:

ILUSTRAÇÃO 01 – Diagnóstico de Transtorno Mental



FONTE: Dados da pesquisa, 2015



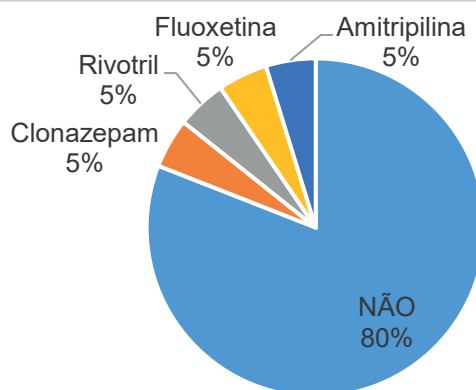
Conforme observado, os sujeitos da pesquisa possuem uma boa saúde mental, observando do ponto de vista dos transtornos psiquiátricos, que configura um dos elementos da saúde mental que é a saúde psíquica. Apenas vinte por cento da amostra já foram diagnosticados com transtornos depressivos ou ansiosos, mas este fator também pode ser devido a prevenção não ser algo frequente entre eles, como ir ao médico e ao psicólogo.

A questão do diagnóstico em saúde mental é ainda algo

muito crítico, pois a prevenção na saúde ainda é algo que está se inserindo na cultura do povo, de modo geral, a saúde mental por sua vez, só é vista em casos extremos, não é comum uma pessoa ir ao psicólogo conforme vai na academia ou realiza exames de rotina, daí, dificulta-se diagnósticos e até prevenções sobre o assunto. Autores como Pereira e Viana (2009) e Guimarães (2011) em suas pesquisas detectaram esta dificuldade na prevenção em

Saúde mental.

ILUSTRAÇÃO 02 – Fez uso de algum psicotrópico



FONTE: Dados da pesquisa, 2015



Já que poucos foram diagnosticados com algum transtorno mental, a ilustração dois é um complemento da ilustração 01, onde alguns medicamentos foram apontados, contudo não houve nenhuma prevalência neste quesito, exceto pelo fato de que a maioria (80%), assim como no questionamento anterior, não fazem uso de medicamentos psicotrópicos. Também o fato de não usarem medicamentos psicotrópicos pode estar atribuído à ausência de procura por auxílio médico, conforme salientado na questão anterior.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho consistiu em um desafio, devido a ausência de literatura que investigasse a saúde mental dos trabalhadores da Proteção Social Especial (PSE) da Assistência

Social, este é um setor público que lida diretamente com vulnerabilidades e que tem pouco amparo em relação à segurança e à exposição emocional isto em diversas situações, o que promove a incidência de sintomas mentais que podem variar de leve a severo, dependendo da função desempenhada.

Neste caso, foi aplicado o questionário de Lipp sobre estresse para detectar o nível de estresse dos funcionários do acolhimento infantil que é um órgão pertencente à PSE. No que concerne à amostra investigada, foi possível perceber que a maioria das pessoas entrevistadas possuem estresse na fase dois e uma quantidade significativa tem comorbidade entre as três fases de estresse que são: alerta, resistência e exaustão consecutivamente. Isto desperta a atenção visto que tal detecção confirma o que já se



detinha de que a PSE é bastante exposta a situações de estresse, confirmando com os dados apresentados.

Acerca da percepção de saúde mental pelos trabalhadores investigados nota-se que há pouco conhecimento sobre o tema, e ainda predomina a questão ultrapassada de ligar saúde mental à doença mental como transtorno grave, quando saúde mental é um conceito amplo e biopsicossocial onde todos estão sujeitos a sofrer alterações no seu dia-a-dia já que hoje ela inclui inclusive o grau de satisfação com a convivência social. Por outro lado, acerca das estratégias de prevenção, os investigados demonstraram ter um bom conhecimento e dizem adotar alternativas saudáveis de prevenção, isto mostra uma dicotomia pois ao mesmo tempo em que não conseguem precisar o conceito de saúde mental eles

sabem o que fazer para angariá-la, mas isto só comprova a fase de transição pela qual o conceito está passando e demonstra ainda que as pessoas aos poucos estão se apropriando dele.

Sobre a incidência de transtornos mentais pouco foi detectado na amostra, porém isso acontece devido a baixa procura de serviços de saúde mental ou prevenção à saúde mental, onde as pessoas pouco se preocupam com ela, apenas quando estão com sintomas graves, entra também em confronto com o teste aplicado já que foram detectados níveis de estresse acentuados, onde necessita-se de um amparo psicológico e até psiquiátrico em alguns casos e da adoção de alguns cuidados.

A presente pesquisa representou um desafio teórico e prático, em virtude de o campo de pesquisa ter funcionários de



plantão não sendo possível encontrar-los todos simultaneamente, contudo o material coletado foi significativo servindo como pontapé para o surgimento de novas pesquisas. Com esta não pretende-se esgotar o tema e sim inicia-lo para que ele seja ampliado e aplicado em diferentes municípios, podendo ser comparado o nível de estresse de trabalhadores da proteção social especial e da proteção social básica para obter-se este parâmetro. De qualquer forma, urge um olhar diferenciado para esta demanda, já que a psicodinâmica do trabalho tão bem explica a necessidade de que o trabalhador tenha sua saúde mental amparada em qualquer espaço, quicá em um que apresenta condições desfavoráveis para sua sanidade mental.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Orientações técnicas: serviços de acolhimento para crianças e adolescentes. 2 ed. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Brasília, 2009.

CHIAVERINI, D.H. (Org.). Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva,



- 2011.
- DALBERIO, O.; DALBERIO, M.C.B. Metodologia Científica: Desafios e caminhos. São Paulo: Paulus, 2009.
- GUIMARÃES, A.N. A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial: histórias contadas por profissionais da enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.
- MARCON, D. Psicologia Organizacional. Portal da Educação. Campo Grande: Portal Educação, 2013.
- PEREIRA, A.A.; VIANNA, P.C.M. Saúde Mental. Belo Horizonte: Nescon, 2009.
- PEREIRA, A.R. Evolução do trabalho e trabalho em tempos globalizados (2008). Disponível em: www.estudosdotrabalho.org/anais6seminariodotrabalho/andrearenepereira acesso em 20 dez. 2015.
- REIS, J.T. História do trabalho e seu conceito (2012). Disponível em: blog.newtonpaiva.br/direito/wp-content/uploads/2012/.../PDF-D6-10.pdf acesso em 20 dez. 2015.
- ROSSETI, M.O. et al. O inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL) em servidores da polícia federal de São Paulo. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. v.4, n.2, p.108-119, 2008.
- SEVERINO, A.J. Metodologia do Trabalho Científico. 23 ed. 12 reimp. São Paulo: Cortez, 2007, 2013.



SILVEIRA, A.K. Saúde Mental e Trabalho. Monografia (Especialização em Gestão de Recursos Humanos) – Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, 2009.



AVALIAÇÃO DO HÁLITO DE PACIENTES EM USO DE APARELHO ORTODÔNTICO E SUA ASSOCIAÇÃO COM O BULLYING

HALITOSIS ASSESSMENT IN PATIENTS WITH ORTHODONTIC APPLIANCE AND THEIR ASSOCIATION WITH BULLYING

Walkiria Mendes de Lima

Melaine de Almeida Lawal

Celi Novaes Vieira

Resumo: Halitose é o termo usado para definir o odor desagradável exalado através do ar expirado, o qual pode estar sinalizando uma condição patológica, fisiológica ou adaptativa. A maior parte dos indivíduos que apresenta esta alteração experimenta desconforto pessoal, embaraço social e angústia emocional, podendo trazer sérios transtornos de convivência, principalmente no ambiente escolar. A etiologia da halitose é multifatorial, mas sua causa

principal advém da formação de compostos sulfurados voláteis (CSV) resultantes da ação bacteriana proteolítica sobre a matéria orgânica estagnada na cavidade bucal. O uso do aparelho ortodôntico pode ser um agente relacionado ao desenvolvimento dessa alteração, uma vez que favorece o acúmulo de resíduos orgânicos, a descamação epitelial, a inflamação gengival, além de dificultar a higiene local. Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo



avaliar o hálito de pacientes portadores de aparelho ortodôntico e também a possível presença de bullying relacionada a tal evento, em adultos jovens com idade variando de 18 a 24 anos, estudantes da Universidade Paulista de Brasília. A avaliação do hálito foi realizada através de teste organoléptico (padrão ouro), que se dá pelo olfato do examinador, e pelo monitor portátil Halimeter®, e a avaliação da saliva foi realizada através de exame sialométrico, onde avaliou-se a quantidade salivar. A possível relação com o bullying foi avaliada através de questionário específico. Dos doze estudantes incluídos no estudo, sete apresentaram halitose quando avaliados através do teste organoléptico, no entanto destes sete apenas dois apresentaram parâmetros compatíveis com halitose, quando avaliados pelo Halimeter®. Em relação ao

bullying este estudo mostrou que o mesmo estava presente na vida de muitos entrevistados, porém não necessariamente por causa do hálito.

Palavras Chaves: Halitose. Bullying. Aparelho ortodôntico.

Abstract: Halitosis is the term used to define the unpleasant odor exhaled through exhaled air, which may be signaling a pathological, physiological or adaptive condition. Most individuals who present this alteration experience personal discomfort, social embarrassment and emotional anguish, which can cause serious disturbances of coexistence, especially in the school environment. The etiology of halitosis is multifactorial, but its main cause comes from the formation of volatile sulfur compounds (VSC) resulting from



the proteolytic bacterial action on stagnant organic matter in the oral cavity. The use of orthodontic appliances may be an agent related to the development of this alteration, since it favors the accumulation of organic residues, epithelial desquamation, gingival inflammation, in addition to making local hygiene difficult. Therefore, the present study aims to evaluate the breath of patients with orthodontic appliances and also the possible presence of bullying related to such an event, in young adults aged between 18 and 24 years, students at Universidade Paulista de Brasília. Breath assessment was performed using an organoleptic test (gold standard), which is performed by the examiner's sense of smell, and a Halimeter® portable monitor, and saliva assessment was performed using a sialometry test, in which the amount of

saliva was evaluated. The possible relationship with bullying was assessed through a specific questionnaire. Of the twelve students included in the study, seven presented halitosis when evaluated through the organoleptic test, however, of these seven only two presented parameters compatible with halitosis, when evaluated by the Halimeter®. In relation to bullying, this study showed that it was present in the lives of many respondents, but not necessarily because of breath.

Keywords: Halitosis. Bullying. Braces.

Introdução

O conhecimento científico é fundamental para qualquer cirurgião dentista realizar o correto diagnóstico e tratamento das doenças e alterações bucais.



A etiologia da halitose é multifatorial, mas sua causa principal é a decomposição de material orgânico por microrganismos da cavidade oral (Uliana RMB, Briques W, Conti R , 2002). Pode envolver condições bucais e não bucais. Aproximadamente 80% à 90% de todos os casos são causados por condições bucais (Delangue G, Ghyselen J, Van Steenberghe D , 1997), dentre estas destaca-se as alterações periodontais, que favorecem a formação do biofilme lingual. Alterações nas vias aéreas superiores são responsáveis por 5% a 10% dos casos, seguidas pelas alterações em tonsilas palatinas com 3%, sendo que menos de 1% tem origem abaixo da região das tonsilas (Neto Oliveira JM , 2010). Desta forma, estabelecer procedimentos de diagnóstico padronizados, reprodutíveis, de baixo custo, de fácil execução, rápido

e confiável, bem como conhecer os mecanismos de formação dos odoríferos ofensivos ao olfato humano, principalmente dos mais prevalentes nesta condição, são de fundamental importância.

A maior parte dos indivíduos com halitose experimenta um desconforto pessoal, além de embaraço social, levando à angústia emocional (Pedrazzi V, Sato S, de Mattos Mda G, Lara EH, Panzeri H, 2004). A dificuldade das pessoas em conviverem com o portador de halitose somado a comum não percepção do mesmo sobre o problema, gera grande impacto na qualidade de vida de ambos, podendo esta situação ser promotora de constrangimento, chacota e isolamento do indivíduo, principalmente no ambiente escolar.

Sendo assim, este trabalho teve como objetivo atualizar conceitos sobre halitose, seus



meios de diagnóstico, além de avaliar a relação do aparelho ortodôntico como indicador de risco para o estabelecimento dessa alteração. Realizar pesquisa clínica sistematizada a fim de avaliar a incidência de halitose nessa população estudada, e comparar os resultados entre os dois grupos, portadores de aparelho ortodôntico, e não portadores, determinando assim uma possível correlação do aparelho ortodôntico com alterações no hálito. Ademais, investigar o impacto social da halitose no ambiente escolar, avaliando possíveis situações de bullying correlacionadas.

Revisão de literatura

Revisão sistemática de Silva et al. (2018) concluiu que a prevalência de halitose em adolescentes e adultos no mundo é de 31,8% (IC 95% 24,6–39,0%).

Afirmam que as diferentes formas de análise do hálito não resultaram em viés relevante - medida organoléptica 30,7% (IC 95% 10,7-50,6), através de monitores portáteis 28,0% (IC95% 21,4–34,6) e autorelatada 33,9% (24,4-43,4), entretanto sabe-se que o exame organoléptico é ainda considerado padrão ouro de análise do hálito e as outras formas de avaliação devem ser utilizadas como exames complementares (Delangue G, Ghyselen J, Van Steenberghe D , 1997).

A halitose pode se manifestar de diferentes formas, como um sinal e/ou um sintoma, quando se manifesta como um sintoma não é perceptível pelo examinador e nem por terceiros, porém é sentida pelo paciente; e quando se manifesta como um sinal, geralmente não é perceptível pelo portador, só pelas pessoas de sua convivência (Neto Oliveira JM



, 2010). Desta forma, sugere-se que o método de análise baseado em “self reported” - halitose autorreferida- pode favorecer a resultados falsos positivos e falsos negativos (Pedrazzi V, Sato S, de Mattos Mda G, Lara EH, Panzeri H, 2004). Quanto aos monitores portáteis, que medem a concentração de alguns compostos sulfurados voláteis (CSV), são conhecidamente de baixa sensibilidade e especificidade (Liu XN, Shinada K, Chen XC, Zhang BX, Yaegaki K, Y Kawaguchi, 2006), o que os torna uma ferramenta pouco valiosa no diagnóstico da halitose.

A halitose pode ser observada durante a anamnese, durante atendimento clínico ou até mesmo no ar do ambiente em que o paciente se encontra. A sua percepção depende da qualidade olfativa do examinador e da atenção dada a este importante sinal

clínico. A maioria das alterações bucais que ocasionam a halitose é devido à degradação de substratos orgânicos, como mucinas, peptídeos, e proteínas presentes na saliva, no fluido crevicular, nos tecidos moles bucais e nos debrís retentores (Liu XN, Shinada K, Chen XC, Zhang BX, Yaegaki K, Y Kawaguchi, 2006).

O biofilme lingual visível é uma massa sobre o dorso lingual (tongue coating) formada por microrganismos, células epiteliais descamadas, glicoproteínas salivares do tipo mucina e restos alimentares protéicos que são metabolizados por bactérias proteolíticas Gram negativas anaeróbias, originando compostos voláteis ofensivos ao olfato humano, denominados compostos sulfurados voláteis (CVSs), como o sulfeto de hidrogênio (H₂S), metilmercaptanas (CH₃SH), e dimetilsulfeto (Neto



Oliveira JM , 2010). Em 0,2 mm de espessura do biofilme lingual já se encontra um ambiente de anaerobiose, necessário para o crescimento bacteriano responsável pela formação dos CSVs *. Proteínas contendo aminoácidos sulfurosos cisteína e metionina, assim como triptofano e lisina são substratos causais da halitose. Alguns produtos de degradação microbiana são componentes voláteis que contém enxofre. Em particular os sulfidretos (H₂S) e as metilmercaptanas (CH₃SH) são responsáveis por aproximadamente 90% do odor bucal e apresentam ação deletéria sobre os tecidos periodontais (Neto Oliveira JM , 2010), resultando numa condição causal bidirecional.

“Bullying” é um fenômeno através do qual crianças e adolescentes são sistematicamente expostos a atos agressivos (di-

retos e indiretos), que acontecem sem uma motivação aparente (Salmivalli C, Voeten M, 2004). A halitose é um problema significativo, que pode ser utilizado como fragilidade para o estabelecimento do processo de bullying, causando conseqüentemente problemas sociais e psico-afetivos. Além disso, o uso do aparelho ortodôntico também pode ser visto como um estigma, principalmente quando associado à halitose. Trata-se de um sintoma embaraçoso para o paciente, provocando mudanças no padrão comportamental do indivíduo e afetando suas relações interpessoais (Elias MS, Ferriani MGC, 2006).

Sendo assim, é indicado avaliar o possível estabelecimento de episódios de bullying no ambiente escolar relacionados ao uso do aparelho e à halitose. A saúde emocional é de fundamental importância para todos os



aspectos da vida do indivíduo e, portanto, podemos afirmar que todos os profissionais da área da saúde, em especial dentistas devem dar uma atenção especial a esta queixa de seus pacientes.

Metodologia

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Forças Armadas Departamento de Ensino e Pesquisa. O número do protocolo é o 003/2011/CEP/HFA, e o número do CAAE é 0002.0.376.000-11.

A metodologia adotada utilizou uma abordagem indutiva, com procedimentos comparativos e técnicas de documentação direta. Para este estudo foram selecionados 25 indivíduos pertencentes a uma população institucionalizada (Universidade Paulista Campus Brasília), de ambos

os gêneros e idades, variando de 18 a 24 anos. Foram incluídos no estudo voluntários, sendo o grupo de estudo formado por 12 portadores de aparelho ortodôntico e o grupo controle por 13 não portadores de aparelho ortodôntico, que não fossem tabagistas, e que não estivessem sob uso de medicação contínua ou fazendo uso de antibioticoterapia até 3 semanas anteriores a realização dos exames.

Todos apresentaram termo de consentimento livre e esclarecido preenchido.

Os dados dos pacientes foram coletados em ficha clínica específica. Os indivíduos foram separados em dois grupos: portadores de aparelho ortodôntico e não portadores de aparelho ortodôntico. Sendo realizado exame detalhado da boca, da língua e da parte dentária, em busca de sinais de higienização precária, gengi-



vites e periodontites, e principalmente do biofilme lingual visível.

O processo de calibração dos examinadores foi desenvolvido de acordo com as seguintes etapas: A) teórico: estudo das técnicas de exames clínicos e métodos de diagnóstico e anamnese, B) prática: anamnese e exame clínico e C) apuração e análise dos resultados.

A avaliação foi realizada sempre por 2 examinadores. Foram realizados os seguintes testes:

Mensuração organoléptica – Método de avaliação organoléptica Vieira e Falcão (2003):

Foram dadas orientações por escrito, antes da realização do exame, tais como: não fumar, não realizar práticas de higiene mascaradoras, não estar sob uso de antibióticos e não ingerir comidas contendo alho, cebola, pimenta ou qualquer condi-

mento aromático.

Todos os pacientes foram convidados a se sentar na cadeira odontológica com a coluna ereta e mãos apoiadas no braço da cadeira. Foi utilizada uma régua de 15 cm, posicionada no sulco mentoniano do paciente em direção à base do nariz do examinador (Figura 1). Em seguida, o paciente exalou lentamente o ar contido na boca.

Após a coleta realizou-se a mensuração classificando o odor pelos seguintes escores:

0: Ausência de odor

1: Odor natural

2: Percepção do odor a partir de 15cm (halitose da intimidade)

3: Percepção do odor a partir de 50cm (halitose do interlocutor)

4: Percepção do odor no ambiente (halitose social)



Para os escores 3 e 4 não se fez necessário o emprego da régua, uma vez que odor era perceptível à distância de conversação e no ambiente, respectivamente 8.

Mensuração com monitor portátil - Halimeter®: A avaliação com o Halimeter® foi realizada através da introdução de um canudo descartável conectado ao monitor de sulfeto. O canudo é colocado entre os lábios e introduzido somente na região anterior da cavidade bucal, para avaliar a halitose bucal, e deve ser introduzido ao máximo até a região mais posterior da boca, cerca de 4cm, para a avaliação da halitose sistêmica. O paciente permaneceu com os lábios entreabertos e respirou apenas pelo nariz. A bomba suga o ar que passa através do sensor, que por sua vez registra o nível de sulfetos. O resultado é dado pelo nível

mais alto de sulfetos registrados pelo sensor (Vieira CN, Falcão DP, 2007).

A avaliação do hálito bucal e do hálito sistêmico é realizada com o canudo, cada paciente fez o exame três vezes seguido (Figura 3), sendo os picos mais altos registrados para posterior realização de uma média.

Com relação à presença ou ausência de halitose, os resultados podem ser identificados da seguinte maneira: até 80 ppb = ausência de halitose; de 80 a 100 ppb = odor perceptível, às vezes considerado como halitose; 100 a 120 ppb = halitose moderada; 120 a 150 ppb = halitose mais pronunciada; acima de 150 ppb = halitose severa (Vieira CN, Falcão DP, 2007).

Avaliação dos padrões salivares: Avaliação feita pelo teste de Sialometria na qual foi medido e analisado o fluxo sali-



var. Em um fluxo salivar muito baixo o pH poderá ficar ácido: 5,3, enquanto que na presença de fluxo salivar abundante o pH poderá ficar alcalino: 7,8. Não há na literatura científica artigos que estabeleçam o padrão de viscosidade salivar que comprometa o hálito. Entretanto, este assunto tem sido objeto de pesquisa, e es-

tabelece os seguintes parâmetros (Van Den Broek AM, Feenstra L, De Baat C, 2007).

ml/ min	SIGNIFICADO CLÍNICO
0,0	ausência de saliva (assialia)
0,1 a 0,4	hipossalivação grave
0,5 a 0,9	hipossalivação moderada
1,0 a 1,4	hipossalivação leve
1,5 a 2,5	Ideal
acima de 2,5	hipersalivação

Foi realizada a coleta de saliva durante 5 minutos, tanto para saliva em repouso quanto estimulada. O material foi coletado em copos descartáveis e posteriormente aspirado por uma seringa de 10 ml, para se estabe-

lecer quantitativamente a produção de saliva (ml/minuto).

(a) Avaliação do fluxo salivar em repouso: Paciente de olhos abertos, sentado no mocho com os pés apoiados no chão e o corpo inclinado, apoiando os



cotovelos na parte superior das pernas. Cabeça inclinada o máximo possível, com um copinho descartável bem próximo ao lábio inferior, para permitir que a saliva fluísse gravitacionalmente, sem movimentos de lábios, bochechas e língua (Figura 4).

(b) Avaliação do fluxo salivar estimulado: A posição do paciente foi a mesma, para estimulação foi utilizado um dispositivo de silicone montado envolto pelo fio dental que o paciente será orientado a segurar durante todo o tempo de mastigação. O primeiro minuto de coleta será desprezado, e a partir de então a saliva formada é depositada lentamente no copinho, com o mínimo de movimento e sem cuspir (Figura 4).

Todos os dados obtidos foram submetidos à análise e após análise completa dos mesmos foi diagnosticado a presença

ou não da halitose e definida a sua classificação.

A avaliação do bullying foi realizada através de entrevista individualizada e questionário direcionado.

Quando alterações físicas e/ou psíquicas foram diagnosticadas os voluntários receberam encaminhamento para o tratamento pertinente.

Resultados

A amostra obtida foi de 25 casos dos quais 12 portadores de aparelho ortodôntico e 13 sem aparelho ortodôntico. Tais indivíduos foram separados em grupo de estudo, com aparelho ortodôntico e grupo controle, sem aparelho ortodôntico.

No que se refere ao gênero, no sexo feminino a higiene bucal apresenta-se melhor que no sexo masculino, em geral a maio-



ria das mulheres apresentam uma boa higiene bucal enquanto os homens apenas regular.

1) Higiene bucal de

acordo com o Gênero

Higiene bucal	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Boa	2	12	14
Regular	6	5	11
Total	8	17	25

Observa que não há correlação entre pacientes com e sem aparelho ortodôntico e o teste organoléptico, uma vez que a variação dos escores se apresenta

com grau de variância semelhante.

2) Teste Organoléptico

tico

Variable	N	Minimum	Maximum	Label
x1	25	0	1	Com Ap, Ort,
x2	25	0	2	Escore do teste organoléptico 1
x3	25	0	3	Escore do teste organoléptico 2

Spearman Correlation Coefficients, N = 25

Prob > |r| under H0: Rho=0

	x1	x2	x3
Com Ap, Ort,	1	-0,01875	0,03003
		0,9291	0,8867



Escore do teste organoléptico	-0,01875	1	0,51183
1	0,9291		0,0089
Escore do teste organoléptico	0,03003	0,51183	1
2	0,8867	0,0089	

Não há diferença entre a sialometria em repouso e a sialometria estimulada, uma vez que o teste aplicado apresentou resultado insignificante.

3) Sialometria em repouso e estimulada

Teste-F: duas amostras para variâncias

	<i>Sialometria em repouso (cor)</i>	<i>Sialometria estimulada (cor)</i>
Média	0,2688	0,9736
Variância	0,017102667	0,539924
Observações	25	25
Gl	24	24
F	0,031676063	
P(F<=f) uni-caudal	6,91891E-13	
F crítico uni-caudal	0,504093347	

Foi analisado o biofilme lingual, sendo assim todos os pacientes portadores de aparelho ortodôntico apresentaram algum tipo de biofilme lingual. Entre-

tanto nem todos os pacientes sem aparelho ortodôntico apresentaram biofilme lingual com espessura significativa. Dos 6 pacientes com aparelho ortodôntico



apresentaram biofilme lingual apenas 2 tinham extensão do biofilme ao dorso posterior da língua, os outros 4 pacientes extensão em dorso posterior e médio,

sendo o biofilme com coloração branca e espessura baixa.

4) Biofilme lingual

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	2	3,7854	0,1507
Likelihood Ratio Chi-Square	2	5,2753	0,0715
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	1,7277	0,1887
Phi Coefficient		0,3891	
Contingency Coefficient		0,3626	
Cramer's V		0,3891	
WARNING: 67% of the cells have expected counts less than 5, Chi-Square may not be a valid test,			

Statistic	Value	ASE
Pearson Correlation	0,2683	0,1679
Spearman Correlation	0,2366	0,1848

Cochran-Mantel-Haenszel Statistics (Based on Table Scores)				
Statistic	Alternative Hypothesis	DF	Value	Prob
1	Nonzero Correlation	1	1,7277	0,1887
2	Row Mean Scores Differ	1	1,7277	0,1887
3	General Association	2	3,6340	0,1625

Discussão

(2003), dentistas precisam estar alertas para a halitose, pois ela De acordo com Faber pode ser uma questão fisiológica,



mas pode ser indicadora de problemas patológicos. No estudo realizado nesta pesquisa, foi percebido a importância do cirurgião dentista ter conhecimento no diagnóstico da halitose, bem como seu tratamento. Entretanto, quando se trata dos critérios de diagnóstico das alterações do hálito, os estudos incluídos se dividem em diferentes formas de análise: o exame organoléptico (realizado pelo olfato humano), em “self reported” (halitose autorreferida) e por monitores portáteis que mensuram a concentração de alguns compostos sulfurados voláteis (CSV), o que na prática pode resultar em mal-entendidos e tratamentos incorretos. De acordo com Cartaxo e Padilha (2010), em um estudo comparativo de procedimentos de diagnósticos para halitose a auto-percepção é um procedimento falho para o diagnóstico,

sendo a avaliação organoléptica importante no diagnóstico clínico da halitose.

No presente trabalho foi possível observar que a avaliação da halitose através do teste organoléptico foi mais eficiente do que através da halimeter®, uma vez que pacientes com aparelho ortodôntico que não apresentaram alterações do hálito quando analisados através do halimeter, foram diagnosticados como possuidores de halitose da intimidade ou até mesmo do interlocutor através do teste organoléptico. O padrão ouro no diagnóstico da halitose ainda é a avaliação organoléptica ou sensorial, os resultados obtidos através do halimeter ainda são questionáveis, devido à sua falta de sensibilidade para outros compostos que podem influenciar na halitose como cadeias curtas de ácidos graxos voláteis, compostos nitrogenados e



cetonas, e a impossibilidade de quantificação de cada composto separadamente (Van Den Broek AM, Feenstra L, De Baat C, 2007).

A relação da doença periodontal com o desenvolvimento de alterações do hálito também está clara na literatura, e se dá não pela gravidade da doença, mas sim pela formação de biofilme lingual visível resultante do mecanismo de defesa do hospedeiro (Vieira et al., 2010), entretanto no presente trabalho a avaliação da condição periodontal foi baseada somente na presença de sangramento ou não, à sondagem. Baseando-se nesses dados, um maior número de pacientes que usavam aparelho ortodôntico apresentou sangramento à sondagem, sua condição periodontal era mais favorável ao desenvolvimento da halitose. O que está de acordo com o teste organoléptico,

contudo se contrapõe aos resultados obtidos através do halímetro.

Ademais, observou-se neste estudo, que o biofilme lingual visível ou sub-clínico (em forma de coágulo viscoso transparente, rico em mucina salivar) esteve presente em 69% dos pacientes sem aparelho ortodôntico e 100% dos pacientes com aparelho ortodôntico. O que pode estar relacionado a alterações no hálito desses pacientes, mas não em todos os casos, uma vez que nem todos os pacientes que apresentaram biofilme foram diagnosticados com halitose.

Vieira et al. (2010) demonstraram que a presença do biofilme lingual é um indicador de risco para o aumento dos escores do teste organoléptico e sugerem que a avaliação da presença da halitose no exame clínico básico pode ser utilizada como mais uma ferramenta de diag-



nóstico e um promissor objeto de investigação.

Carvalho, Rodrigues e Chaves (2008), afirmam que a halitose é uma alteração do hálito, podendo acontecer em todas as idades, nos mais variados graus de complexidade. Apresenta etiologia multifatorial, necessitando de diagnóstico preciso e elaboração do plano de tratamento multidisciplinar capaz de promover a melhoria das relações biopsicossociais em pacientes com mau hálito. Desmistificando, com isso, o assunto junto à sociedade e esclarecendo que a halitose tem cura e que a cooperação do paciente é fundamental para o sucesso do tratamento.

Geralmente os indivíduos que são submetidos ao bullying têm um auto-conceito social negativo, são emocionalmente instáveis e têm baixa auto-estima. Em geral são também

ansiosas, sofrem mais de depressão, faltam muito à escola, são mais centradas em si próprias e são rejeitadas pelos seus pares (Garcia DJ, Correia I).

Considerações finais

A partir dos resultados obtidos nesta pesquisa foi possível concluirmos que a halitose está presente na faixa etária estudada, e que o incômodo é grande quando presente. Implicando muitas vezes na vergonha de praticar hábitos corriqueiros como falar, beijar, respirar próximo aos outros. Foi possível concluir também que o teste organoléptico é soberano aos outros testes em determinar a presença da halitose, assim como descrito na literatura.

Cientes de que mais de 80% das causas da halitose se relaciona a problemas na cavidade



bucal, o conhecimento científico sobre este assunto é fundamental para qualquer cirurgião dentista realizar o correto diagnóstico e tratamento das patologias e alterações bucais correlacionadas. Porém, a halitose é pouco estudada, sendo um assunto praticamente ausente na grade científica dos cursos de graduação de dentistas e médicos, apesar de tantos portadores na comunidade esperando a ajuda destes profissionais de saúde.

O bullying está presente em todas as épocas escolares e que infelizmente a sociedade não dá a devida importância aos problemas físicos, sociais e de saúde dos nossos semelhantes.

O cirurgião dentista é indispensável no diagnóstico da halitose, sendo necessário que o mesmo tenha conhecimento a respeito do assunto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Uliana RMB, Briques W, Conti R. Microbiota oral e suas repercussões no hálito. São Paulo: Artes Médica, 2002. p. 297-308.

Delangue G, Ghyselen J, Van Steenberghe D. Experiences of a Belgian multidisciplinary breath odour clinic. *Acta Otorhinolaryngol Bel* 1997; 51(1): 43-48.

Neto Oliveira JM. Avaliação clínica em estudo cruzado e randomizado de diferentes métodos para a redução da halitose matinal. 2010. 119 f. Dissertação (Mestrado) - USP, Ribeirão Preto, 2010.

Pedrazzi V, Sato S, de Mattos Mda G, Lara EH, Panzeri H. Tongue cleaning methods: A comparative clinical Trial employing a



toothbrush and a tongue scraper. J Periodontol 2004; 75(7):1009-1012.

Liu XN, Shinada K , Chen XC , Zhang BX , Yaegaki K , Y Kawaguchi. Oral malodor-related parameters in the Chinese general population. J Clin Periodontol, 2006; 33(8):31-36.

Salmivalli C, Voeten M. Connections between attitudes, group norms, and behaviors associated with bullying in schools. Int J of Beh Develo 2004. 28:246-258.

Elias MS, Ferriani MGC. Historical and social aspects of halitosis. Rev Lat-Am Enf 2006; 14(5): 821- 823.

Vieira CN, Falcão DP. Tratamento imediato da halitose. Cap. 20 In: Vieira CN, Falcão DP. Odontologia arte e conhecimento. São

Paulo: Artes Médicas, 2003. cap 20, p.375-385.

Vieira CN, Falcão DP. Teoria e Prática Halitose: Diretrizes para o diagnóstico e plano de tratamento. In: Brunetti MC, Fernandes MI, Moraes T. Fundamentos da Periodontia. São Paulo: Artes Médicas, 2007, cap.20, p.292-310.

Van Den Broek AM, Feenstra L, De Baat C. A review of the current literature on aetiology and measurement methods of halitosis. Journal of Dentistry 2007; 35(6):27-35

Faber J. Halitose. R Dental Press Ortodon Ortop Facial maio/jun. 2003; 14(3): 14-15.

Cartaxo RO, Padilha WWN. Estudo comparativo entre procedimentos diagnósticos para halitose: uma abordagem preliminar.



- Pesq Bras Odontoped Clin Integr, 2010 jan./abr; 10(1): 113-119. doi: 10.1007/s00784-017-2164-5. PMID:28676903,2018.
- Carvalho MF, Rodrigues PA, Chaves MGAM. Halitose: revisão literária. RHU 2008; 34(4): 273-279.
- Vieira CN, Falcão DP, Faber J, Nunes FP, Leal SC. Evaluation of periodontal condition and tongue coating as risk factors for halitosis. R. Periodontia 2010; 20(2):53-60.
- Garcia DJ, Correia I. Quem é quem no Bullying? In-Mind Português, 1(2-3):22-29.
- Silva M.F., Leite F.R.M., Ferreira L.B., Pola N.M., Scannapieco F.A., Demarco F.F., Nascimento G.G. Estimated prevalence of halitosis: a systematic review and meta-regression analysis. Clin Oral Invest Jan; 22(1):47-55.
- Baharvand M., Maleki Z., Mohammadi S., Alavi K., Moghaddam K., Jalali E. Assessment of oral malodor: a comparison of the organoleptic method with sulfide monitoring. J Contemp Dent Pract.; 9(5): 76-83, 2008.
- Falcão D.P., Vieira C.N., Amorim R.F.B. Breaking paradigms: a new definition for halitosis in the context of pseudo-halitosis and halitophobia. J. Breath Res.; 6 (7):01-05, 2012.
- Pham TA, Ueno M, Shinada K, Kawaguchi Y. Comparison between self-perceived and clinical oral malodor. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.; 113(1):70-8, 2012.



Rosenberg M., Kulkarni G.V.,
Bosy A., Mcculloch C.A.G. Re-
producibility and sensitivity
of oral malodor measurements
with a portable sulphide moni-
tor. J Dent Res.; 70:11:1436-1440,
1991b.



AVALIAÇÃO DO HÁLITO INVASIVAS PARA O TRATAMENTO DE MANCHAS BRANCAS POR FLUOROSE – CASO CLÍNICO

MINIMALLY INVASIVE SOLUTIONS FOR THE TREATMENT OF WHITE SPOTS BY FLUOROSE - CLINICAL CASE

Walkiria Mendes de Lima

Raynara Machado de Andrade

Livia Roberta Malpeli Gomes

Elaine Auxiliadora Vilela Maia

Fernanda Villas Boas

Resumo: Objetivo: A proposta deste relato de caso clínico é apresentar soluções que gerem o mínimo desgaste em estrutura sadia no tratamento de manchas brancas por fluorose dentária, expondo benefícios e desafios ao sugerir uma Odontologia minimamente invasiva. Relato de caso: Paciente de 28 anos, sexo feminino, que compareceu à Clínica Integrada Odontológica do

Centro Universitário UNIEURO para atendimento queixando-se da estética de seu sorriso, notou-se a presença de manchas brancas uniformes na região incisal dos dentes anteriores exibindo notória opacidade. Iniciou-se o tratamento com Clareamento Dental de consultório associado à técnica de clareamento caseiro durante 1 mês, em seguida foi aplicada uma resina fotopolime-



rizável de baixa viscosidade (altamente fluida) comercialmente chamada de Icon® (DMG, Hamburgo, Alemanha) de acordo com as recomendações do fabricante. Conclusão: os resultados foram satisfatórios, as técnicas apresentaram-se como uma excelente resolução para o caso, houve uma significativa melhora na estética do sorriso, implicando também na autoestima e autoconfiança da paciente em seu convívio social, ao sorrir e falar.

Palavras chaves: Fluorose dentária; Estética; Clareamento dental; Odontologia; Icon®.

Abstract: Objectives: The proposal of this clinical case report was to show the solutions that generate minimal tooth structure wear on treatment of white spots by dental fluorosis, showing the benefits and limitations by su-

ggesting a minimally invasive dentistry. Case report: Patient 28 year old, women, attended in Integrated Dentistry Clinic of the University Center UNIEURO complaining about the aesthetics of her smile, noticed the presence of uniform white spots in the incisal region of the anterior teeth with notorious opacity. The treatment with Dental Whitening started with home bleaching technique for 1 month, then the Icon® system (DMG, Hamburg, Germany) as recommended by the manufacturer. Conclusion: The results were satisfactory, the techniques were excellent for the resolution of the case, there was an improvement in the aesthetics of the smile, also directly enhancing the self-esteem and self-confidence of the patient in their social life, when smiling and talking.



Keywords: Dental fluorosis; Esthetics, Dental; Dental Bleaching; Dentistry; Icon®.

RELEVÂNCIA CLÍNICA

Na busca incessante de uma Odontologia baseada em procedimentos cada vez mais conservadores, é primordial lançar mão de técnicas que gerem o mínimo desgaste possível a estrutura dental, favorecendo a preservação de esmalte sadio e a harmonização da estética do sorriso em casos de fluorose dentária.

INTRODUÇÃO

A descoberta das propriedades do fluoreto representa um marco importante para a Odontologia. Sua capacidade anticariogênica viabilizou estudos que vieram a corroborar medidas

eficazes na promoção de saúde e prevenção contra a cárie. A suplementação sistêmica de flúor em pré-natais foi um método bastante utilizado há alguns anos, com o intuito de incorporar a partícula de flúor no esmalte durante o processo de mineralização, formando a fluorapatita, ao invés de hidroxiapatita, tornando o esmalte dentário mais resistente ao processo de desmineralização. Atualmente, a fluoretação da água de abastecimento público mostrou-se uma das principais e mais importantes medidas de saúde coletiva, sendo considerado um método coletivo de controle da cárie dentária eficaz.

Nos dias atuais existe uma preocupação com a utilização indiscriminada e inadequada desses fluoretos, tendo em vista a sua eficácia na prevenção de cárie dentária, e os impactos que proporciona na saúde bucal quan-



to na qualidade de vida da população, o seu uso tornou-se muito mais prevalente tanto na água de abastecimento como em outras formas de exposição, como dentífricos, enxaguatórios bucais e aplicações profissionais (NAGA, B. & PRADEEP, V. R. N, 2009). Em casos de ingestão descontrolada ou acima da concentração recomendada, pode-se desenvolver fluorose dentária que, diante o exposto, caracteriza-se pela hipomineralização do esmalte dentário devido ao excesso de ingestão de flúor durante o período de formação dos dentes permanentes.

A apresentação clínica da fluorose é notada no esmalte do dente e pode variar desde linhas brancas (horizontais) até manchas marrons e intervenções no esmalte, como depressões (OLIVEIRA, B. H.; MILBOURNE, P, 2001). Estes defeitos no

esmalte, principalmente nos dentes anteriores, acabam por comprometer a estética e a saúde dos dentes, implicando em questões psicológicas, financeiras e comportamentais das pessoas perante a sociedade, envolvendo também a aceitação do público na utilização de fluoretos (AHOKAS, J. T.; DEMOS, L.; DONOHUE, D. C.; KILLALEA, S.; McNEIL, J. & RIX, C. J., 1999).

Existem diversas maneiras para ser conseguida a resolução estética da fluorose dentaria, sendo comumente utilizadas na atualidade: a microabrasão e a infiltração. Tais técnicas promovem uma espécie de camuflagem destas manchas brancas, possuindo cada uma sua limitação e indicação devida, uma vez que a microabrasão por mais que minimamente invasiva, ainda assim promove um desgaste ao esmalte (PARIS, S.; MEYER-



-LUECKEL, H., 2009). O clareamento dentário também é uma forma bastante eficaz que iguala a refração da luz nessas manchas, e mascara-as previamente á infiltração resinosa, removendo e amenizando fatores extrínsecos que venham á destacar a mancha branca por fluorose.

A infiltração resinosa com resina fotopolimerizável de baixa viscosidade consiste na aplicação de um ácido sobre a superfície dentária para aumentar a permeabilidade do esmalte que receberá a resina altamente fluida e incolor na região hipomineralizada por meio de forças capilares. (TIRLET, G.; CHABOUIS, H. F.; ATTAL, J. P, 2013)

A proposta do presente relato de caso é apresentar as vantagens da associação das técnicas de clareamento, microabração e infiltração resinosa com o uso do Icon® como tratamento

para mancha branca por fluorose.

RELATO DE CASO

Paciente E.R.M.X, 28 anos de idade, gênero feminino, compareceu á Clínica Integrada Odontológica do Centro Universitário UNIEURO para atendimento. Durante o exame clínico intra-oral notou-se a presença de manchas brancas uniformes na região incisal dos dentes anteriores e na parte cervical dos dentes posteriores exibindo notória opacidade (figura 1). A paciente reside em local com abastecimento público de água por mais de 25 anos, relatou ter ingerido dentifrícios na infância, e sua mãe durante a gravidez ter tomado suplementação de flúor no pré-natal, expos também sua insatisfação com as manchas refletindo no seu comportamento perante a sociedade, em sua timidez ao falar e sorrir, e convívio social.





Figura 1 | Aspecto inicial em vista frontal com manchas brancas estriadas decorrente de fluorose na região incisal e cervical dos dentes. A cor amarelada também era queixa da paciente e foi efetuado o teste de cor com a escala de cores Vita Classical – Wilcos/Alemanha, verificou-se a cor A2.

Durante a primeira consulta após o preenchimento da Anamnese e estudo de seu histórico médico e odontológico, traçou-se o plano de tratamento baseada em procedimentos minimamente invasivos. Foi realizada uma profilaxia prévia, moldagem

anatômica e confecção das placas de Clareamento dental caseiro supervisionado á base de peróxido de carbamida a 22% (Whiteness Simple 22% - FGM Produtos Odontológicos ®).

Na consulta de entrega das moldeiras e da bisnaga



de clareamento dental caseiro, foram expostas as instruções de uso verbalmente e por escrito para a paciente, tais como: tempo de permanência do produto (2 horas diárias); restrição de alimentos corantes (pelo menos 2 horas após o tratamento); fumo; possíveis efeitos colaterais, como a sensibilidade; e importância do comparecimento nas consultas de retorno para supervisão e avaliação do grau de clareamento obtido bem como a saúde gengival; entre outras. Expôs-se também a probabilidade de as manchas brancas ficarem mais evidentes durante o tratamento, uma vez que o clareamento dental tem seu mecanismo por difusão.

Após 3 semanas a paciente retornou para avaliação e realização da técnica de Clareamento de Consultório podendo observar significativa mudança no croma dos dentes. Foi rea-

lizado com produto à base de peróxido de Hidrogênio 35% (Clareador Total Blanc Office - NOVADFL®), houve a proteção dos tecidos moles com gel vaselina sólida nos lábios, bochecha, língua e gengiva. Em seguida, realizou-se o isolamento dos tecidos gengivais com barreira fotopolimerizável (TOPDAM, FGM® Produtos Odontológicos) e a aplicação do produto sobre a superfície dental dos primeiros pré-molares, caninos, incisivos laterais e centrais de acordo com as recomendações do fabricante.

Na consulta seguinte (certa de 1 semana depois) realizou-se os procedimentos de micro-infiltração de ICON®. O produto necessita de duas etapas prévias à aplicação da resina de baixa viscosidade propriamente dita. Iniciou-se o procedimento com a realização da proteção dos tecidos gengivais com barreira



fotopolimerizável (TOPDAM, FGM® Produtos Odontológicos) (figura 2). Em seguida aplica-se o Icon-Etch (figura 3 A-B) que consiste em um ataque ácido composto por ácido clorídrico e ácido silícico pirogênico, tal etapa tem o intuito de condicionar o esmalte para recebimento da resina. A aplicação do ácido dura 2 minutos e deve ser removido com lavagem abundante durante 30 segundos. A segunda etapa prévia consiste em aplicação de uma generosa camada de Icon-Dry, (figura 4) trata-se de um composto de etanol a 99% que hidrata a superfície para avaliar a efetividade do condicionamento feito guiando o momento da infiltração da resina, e evapora a umidade restante presente no esmalte. Durante o caso clínico, pôde-se observar mancha branca no dente hidratado, e devido á profundidade de algumas manchas, notou-se

a necessidade de uma segunda aplicação em toda a superfície dos dentes, e uma terceira aplicação em ponta de caninos e incisivos de Icon- Etch, sendo preciso ao final de cada aplicação, repetir a aplicação de Icon-Dry, a fim de eliminar toda umidade presente no esmalte para prepará-lo para receber o Icon - infiltrant.





Figura 2 | Fotografia obtida após a conclusão do clareamento dental e durante a realização do isolamento dos tecidos gengivais com barreira fotopolimerizável.



Figura 3 (A-B) | Aplicação do Icon- Etch na superfície do esmalte (ácido clorídrico 35%) durante 2 minutos, seguido de lavagem abundante e jatos de ar por 30 segundos.





Figura 4 | Aplicação do Icon-Dry para hidratar a superfície para avaliar a efetividade do condicionamento feito.

Por ser uma resina infiltrativa fotopolimerizável, recomendou-se retirar luzes diretas e reduzir o máximo de luminosidade possível no consultório, posicionou-se matriz de poliéster nas áreas interdentais (figura 5), e se iniciou a aplicação permitindo que o esmalte ficasse bastante embebido favorecendo sua infiltração por capilaridade de

maneira efetiva durante 3 minutos, o excesso é retirado com pequenos jatos de ar e inicia-se a fotopolimerização. A intensidade da luz deve ser no mínimo de 800 mW/cm^2 e ter duração de 40 segundos em cada dente (Figura 6). Em seguida, foi aplicada novamente uma camada de resina e aguardou-se 1 minuto, repetiu-se o processo de fotopolimerização



após retirar-se os excessos, as matrizes de poliéster foram removidas finalizando com acaba-

mento com pasta delicada, feltro e borracha para polimento. (Figuras 7)



Figura 5 | Colocação de matrizes de poliéster nas áreas interdetais e aplicação do Icon - infiltrant® de forma generosa.

Figura 6 | Fotopolimerização com aparelho de Led VALO (Ultradent) durante 40 segundos em cada dente no modo Xtra Power com intensidade de 3000mW.





Figura 7 | Resultado imediato.

A paciente retornou em 8 e 9) 15 dias para polimento final e novas fotografias, demonstrando satisfação com o resultado que atendeu todas suas expectativas. Avaliou-se a persistência de algumas manchas na parte cervical dos dentes, mas como um todo o resultado foi satisfatório. (Figura





Figura 8 e 9 | Foto do resultado final após 15 dias de micro infiltração e polimento final.

DISCUSSÃO

A ingestão prolongada de flúor durante a formação dos dentes provoca um aumento na

porosidade do esmalte, refletindo um aumento no espaço entre os cristais desse, cujo espaço é preenchido por água e proteínas. Para isso, a observação das ca-



racterísticas da fluorose devem ser realizadas em boa iluminação, após profilaxia e secagem prévia dos dentes (AGOSTINI, M, 2011)

A aparência macroscópica de esmalte fluorótico é determinada pela gravidade da fluorose.⁷ Essa condição é dependente da concentração e quantidade de flúor ingeridos, do tempo de exposição à fonte e também do estado nutricional do paciente. (ALVAREZ JA, REZENDE KMPC, MAROCHO SMS, ALVES FBT, CELIBERTI P, CIAMPONI AL, 2009)

Existem vários índices que classificam as manchas por fluorose, dentre eles o TF - Thystrup e Fejerskov - 9, que classifica a fluorose dentária em nove graus de severidade, e propõe diferentes categorias de comprometimento do esmalte dentário nas formas mais graves, utilizando profilaxia

prévia e secagem durante o exame clínico. Costuma ser o mais indicado para populações com altas exposições a fluoretos ou alta prevalência da doença.

O índice de Dean (1934) é baseado em variações no aspecto estético do esmalte, desde normal/questionável até a forma grave, abrangendo seis categorias. É um índice bastante utilizado, embora seja incapaz de descrever com clareza gradações importantes das formas mais severas da doença, já que estas estão agrupadas em uma única categoria.

Já o índice TSIF, proposto por Horowitz em 1987, utiliza a superfície dental (oclusal, vestibular e lingual) como unidade de análise, classificando-as em oito categorias, sendo de 1 a 3 variações nos graus de opacidade, enquanto de 4 a 8 graus de manchamento ou cavitação da estrutura.



Classificações da fluorose	Sinais clínicos	Severidade	Abordagem Clínica
TF0	Esmalte com translucidez normal mesmo após secagem prolongada com ar.	-	-
TF1	Finas linhas brancas interceptam o esmalte	Muito leve/leve	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nenhum tratamento ▪ Tratamento clareador ▪ Microabrasão ▪ Associação de tratamentos
TF2	Linhas brancas opacas pronunciadas que seguem o padrão de formação das periquimácias		
TF3	Padrão de formação das periquimácias entre áreas de opacidade difusa e irregular.		
TF4	A superfície exibe notável opacidade	Moderada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clareamento dental ▪ Microabrasão ▪ Tratamento restaurador direto ▪ Associação de tratamentos
TF5	A superfície inteira opaca com depressões arredondadas.		
TF6	Pequena depressões se fundindo ao esmalte opaco formando faixas com menos de 2mm de altura vertical.	Severa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clareamento dental ▪ Microabrasão ▪ Tratamento restaurador direto ▪ Tratamento restaurador indireto ▪ Associação dos tratamentos.
TF7	Perda irregular de esmalte externo em áreas com o esmalte opaco restante.		
TF8	Perda de esmalte externo envolvendo 50% do esmalte.		
TF9	Perda estrutural significativa do esmalte com mudança anatômica dental.		

• Fonte: VIEIRA-JUNIOR, *et al.* 2015.

Apresentação clínica da fluorose segundo classificação de Thylstrup e Ferjeskov, 1978 e possíveis indicações para abordagem clínica baseadas nas referências científicas.



Para o tratamento da fluorose dentária o cirurgião-dentista poderá lançar mão de diversas alternativas. Dentre as possibilidades podem-se realizar procedimentos operatórios mais complexos que sugerem a realização de desgaste na estrutura dentária através de restaurações diretas com resina composta, facetas laminadas ou ainda coroas metalocerâmicas (GRESNIGT, M. M; KALK, W.; OZCAN, M, 2012). Em fluorose com severidade leve e moderada, dentre os planos de tratamento conservadores propostos estão o clareamento dental, microabrasão e restauração em compósitos.

Dentro do conceito atual buscam-se na odontologia restauradora, por tratamentos estéticos conservadores que preservem a estrutura dentária. Uma técnica considerada minimamente invasiva muito utilizada no tratamen-

to estético da fluorose dentária é a microabrasão do esmalte (SINGH, A.; MORRIS, R. J, 2010). O que gera controvérsia por, ao mesmo tempo de ser considerada minimamente invasiva, a aplicação de um ácido como agente abrasivo pode remover parte de estrutura dental e agravando ainda mais a lesão, deste modo, causando erosões e desgaste de estrutura sadia, e muitas vezes evidenciando ainda mais essas manchas, por em alguns casos remover a camada superficial do esmalte e expor uma extensão muito maior da que encontrava-se camuflada por essa camada anterior.

Uma nova terapia foi lançada no mercado e propõe mascarar manchas brancas através de modificações das propriedades ópticas do esmalte (PARIS, S.; MEYER-LUECKEL, H, 2009). A aplicação de infiltrante



em área estética tem como finalidade preencher as microporosidades de esmalte hipomineralizado com uma resina de propriedades próximas ao de um esmalte saudável para mascarar as alterações de coloração presentes no esmalte, buscando a máxima preservação do tecido dentário (TIRLET, G.; CHABOUIS, H. F.; ATTAL, J. P, 2013).

As técnicas de clareamento dental são distinguidas com base nas concentrações dos produtos usados e em suas formas de aplicação. Podendo ser de maneira caseira supervisionada por um profissional, necessitando de uma moldeira confeccionada pelo mesmo e produtos com concentração inferior aos que são usados na técnica de aplicação direta efetuada por clínicos em ambiente ambulatorial, como no caso do clareamento de consultório, com produtos em concentra-

ção maior.

Outra técnica que defende a proposta da Odontologia minimamente invasiva é a infiltração resinosa que pode otimizar e complementar a técnica de clareamento dentário, para que haja soluções para as alterações morfológicas de coloração dos dentes causadas pela fluorose. A resina fluida do ICON® penetra no esmalte, movida a forças capilares infiltrativas para preencher os espaços de água e proteínas incorporados durante o desenvolvimento dentário nos prismas de esmalte, que causam a mancha branca. É um tratamento que vem crescendo no meio clínico, manifestando resultados excelentes em solucionar sem que haja desgaste de esmalte sadio manchas brancas causadas por fluorose.

Como as resinas convencionais, os infiltrantes resinosos



possuem uma camada superficial que tem sua polimerização inibida na presença do oxigênio, o que torna a superfície mais disposta a manchamentos. Tal manchamento é proveniente á degeneração por mudanças de temperaturas na cavidade oral a longo prazo, o que pode afetar a durabilidade da cor dos materiais. (BORGES A, CANEPPELE T, LUZ M, PUCCI C, TORRES C, 2014)

Um estudo recente analisou a resistência da infiltração resinosa á pigmentos, e tal processo pode ser possível quando em contato com alimentos que possuem corantes. Tendo em vista, tal estudo, é de se afirmar que o grau de pigmentação desta restauração varia de acordo com os hábitos do paciente, dieta e higiene bucal. Em função da presença do HEMA, um grupo de hidroxilo, que torna o ICON® hidrofílico, este infiltrante resinoso

favorece a absorção de corantes a base de água aumentando a suscetibilidade do material a coloração. Entretanto, o próprio estudo ressalva que tal pigmentação só será proveniente associada ao tempo de imersão da resina nos corantes e ausência de escovação, e ainda, que a diluição do corante pela saliva associado a escovação e dentifrícios resultam em uma maior resistência da resina infiltrante a coloração. Deste modo, é importante que o paciente seja orientado sobre seu grau de coloração, para que os alimentos com corante sejam minimizados, visando aumentar a longevidade dos resultados (BORGES A, CANEPPELE T, LUZ M, PUCCI C, TORRES C, 2014). A fotopolimerização é uma etapa primordial para que a última camada superficial seja removida e toda infiltração seja aderida aos prismas de oxigênio



da lesão de mancha branca por fluorose. (TORRES CR, BORGES AB, 2018)

O polimento em lesões infiltradas é de extrema importância, pois aumenta a resistência a coloração e favorecer a melhoria da estabilidade da cor, devido a diminuição da rugosidade de superfície e possível remoção da camada superficial de inibição de oxigênio (COHEN-CARNEIRO F, PASCARELI AM, CHRISTINO MR, VALE HF, PONTES DG, 2014).

A característica minimamente invasiva da infiltração com ICON® é um dos aspectos principais deste tratamento que faz a utilização de ácido clorídrico apenas para promover a permeabilidade da mancha branca, e permitir que a resina tenha uma infiltração por capilaridade muito maior, preservando o tecido dentário (TORRES CR, BOR-

GES AB, 2018).

Outra característica desta técnica é alterar o índice de refração da luz para que a mancha branca por fluorose não sofra tanta dispersão de luz, tendo capacidade de mascaramento comparado ao esmalte hígido. Isso porque o índice de refração do esmalte é de 1,62 e a infiltração resinosa chega aproximadamente á 1,52. Tornando a mancha branca muitas vezes, visualmente imperceptível comparada a cor do esmalte hígido. (BORGES A, CANEPPELE T, LUZ M, PUCCI C, TORRES C, 2014)

Por ser um tema um tanto quanto atual, certas questões ainda estão sendo estudadas á longo prazo referente ao tratamento com resinas infiltrantes, sua capacidade de pigmentação e estabilidade da cor. O que é comprovado e podemos afirmar, é que de fato trata-se de uma



nova visão que veio somar para a Odontologia minimamente invasiva, e corroborar para a preservação cada vez mais da estrutura dental, ainda assim favorecendo resultados excelentes e que atendem as perspectivas da odontologia estética. É necessário salientar também que cada caso clínico deve ser avaliado de maneira singular e única, e cabe ao cirurgião dentista estar integrado das técnicas mais seguras e atuais para proporcionar ao paciente o plano de tratamento integrado que melhor lhe cabe e atenderá suas expectativas.

CONCLUSÃO

Traçar o plano de tratamento ideal é uma etapa fundamental para o sucesso, e satisfação do paciente. Conhecer cada vez mais técnicas que tenham um bom resultado sem que haja

tanta perda de estrutura sadia é uma competência que agrega um valor enorme ao Cirurgião Dentista. A mancha branca causada por fluorose foi um desafio estético enfrentado, e a proposta de associar o clareamento dental com a microinfiltração geraram resultados do excelentes, e corroboraram para se chegar em uma melhora da estética do sorriso da paciente influenciando também significativamente em sua autoconfiança e autoestima.

REFERÊNCIAS

NAGA, B. & PRADEEP, V. R. N. Fluorosis in the early permanent dentition: evaluating gene-environment interactions. 2009. 154p. Dissertação (Mestrado Saúde Pública Bucal) - University of Iowa, Iowa, 2009.

OLIVEIRA, B. H.; MILBOUR-



NE, P. Fluorose dentária em incisivos sup. permanentes em crianças de escolas públicas do Rio de Janeiro, Art. Científico, Rio de Janeiro, 2001.

AHOKAS, J. T.; DEMOS, L.; DONOHUE, D. C.; KILLALEA, S.; McNEIL, J. & RIX, C. J., 1999. Review of Water Fluoridation and Fluoride Intake from Discretionary Fluoride Supplements. Melbourne: National Health and Medical Research Council.

CLARK, D. C.; HANN, H. J.; WILLIAMSON, M. F. & BERKOWITS, J., 1993. Aesthetic concerns of children and parents in relation to different classifications of the Tooth Surface Index of Fluorosis. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 21:360-364.

TOUATI, B. et al. Odontologia estética e restaurações cerâmicas. Livraria editora Santos. 1ª edição. P. 77-78, 2000.

AGOSTINI, M. Fluorose Dentária: Uma revisão da literatura. Campos Gerais – Minas Gerais, 2011.

THYLSTRUP A, FEJERSKOV O. Clinical appearance dental fluorosis in permanent teeth in relation to histologic changes. Community Dent Oral Epidemiol. 1978; 6: 315-28.

ALVAREZ JA, REZENDE KMPC, MAROCHO SMS, ALVES FBT, CELIBERTI P, CIAMPONI AL. Dental fluorosis: exposure, prevention and management. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009; 14:103-7.

FEJERSKOV O, LARSEN MJ,



RICHARDS A, BAEUM V. Dental tissue effects of fluoride. *Adv Dent Res.* 1994; 8(1):15-31.

GRESNIGT, M. M; KALK, W.; OZCAN, M. Randomized controlled split-mouth clinical trial of direct laminate veneers with two micro-hybrid resin composites. *J Dent*, v. 40, n. 9, p. 766-775, 2012.

SINGH, A.; MORRIS, R. J. The Yin and Yang of bone morphogenetic proteins in cancer. *Cytokine Growth Factor Rev*, v. 21, n. 4, p. 299-313, 2010.

PARIS, S.; MEYER-LUECKEL, H. Masking of labial enamel White spot lesions by resin infiltration—a clinical report. *Quintessence Int*, v. 40, n. 1, p. 713-718, 2009.

TIRLET, G.; CHABOUIS, H. F.;

ATTAL, J. P. Infiltration, a new therapy for masking enamel white spots: a 19-month follow-up case series. *Eur J Esthet Dent*, v. 8, n. 2, p. 180-190, 2013.

TIRLET, G.; CHABOUIS, H. F.; ATTAL, J. P. Infiltration, a new therapy for masking enamel white spots: a 19-month follow-up case series. *Eur J Esthet Dent*, v. 8, n. 2, p. 180-190, 2013.

BORGES A, CANEPPELE T, LUZ M, PUCCI C, TORRES C. Color stability of resin used for caries infiltration after exposure to different staining solutions. *Operative dentistry*. 2014;39(4):433.

PARIS S, SCHWENDICKE F, KELTSCH J, DÖRFER C, MEYER-LUECKEL H. Masking of white spot lesions by resin infiltration in vitro. *J Dent*. 2013;41



Suppl 5:e28-34.

COHEN-CARNEIRO F, PAS-
CARELI AM, CHRISTINO
MR, VALE HF, PONTES DG.
Color stability of carious inci-
pient lesions located in enamel
and treated with resin infiltration
or remineralization. *Int J Paedia-
tr Dent*. 2014;24(4):277-85.

TORRES CR, BORGES AB.
Color masking of developmen-
tal enamel defects: a case series.
Oper Dent. 2015;40(1):25-33.

TORRES CRG, BORGES AB,
TORRES LMS, GOMES IS, DE
OLIVEIRA RS. Effect of caries
infil-tration technique and fluori-
de therapy on the colour masking
of white spot lesions. *Journal of
Dentistry*. 2011;39(3):202-7.

PARIS S, MEYER-LUECKEL
H. Masking of labial enamel

white spot lesions by resin infil-
tra-tion--a clinical report. *Quin-
tessence Int*. 2009;40(9):713-8.

MEYER-LUECKEL H, PARIS
S, KIELBASSA AM. Surface
layer erosion of natural caries le-
sions with phosphoric and hydro-
chloric acid gels in preparation
for resin infiltration. *Caries Res*.
2007;41(3):223-30.

TABELA – VIEIRA-JUNIOR,
W. et al. Resolução estética de
um caso de fluorose através de
clareamento dental: relato de
caso clínico. *Arch Health Invest*
2015; 4(5): 41-45.



LIPOASPIRAÇÃO SUBMENTAL MECÂNICA

MECHANICAL SUBMENTAL LIPOSUCTION

Dayanny Elyzabeth De Queiroz Carneiro¹

Vinícius Belém Rodrigues Barros Soares²

Andréia Gomes Moreira³

Resumo: O padrão de beleza estético vem sendo umas das buscas mais incessantes por milhares de pessoas independentes de sexo, raça, gênero e sociais. De acordo com institutos de pesquisa, mais de 70% dos brasileiros almejam realizar alguma correção de caráter facial. Este relato de caso buscou na literatura o conhecimento de estética facial e harmonização orofacial em relação à área do pescoço, área esta que incomoda

grandemente as pessoas por estar intimamente ligada ao fator idade e impressão de juventude. O pescoço desempenha um papel crucial na estética da face e aparência geral. Com isso as medidas da análise facial bem como ângulo entre mandíbula e pescoço são entre 90 e 110 graus, resultando em traços definidos, agradáveis e atraentes. Considerando a importância da lipoaspiração mecânica de papada na harmonização oro-

1 Aluno do curso de especialização em Harmonização Orofacial da ESPEO – Recife-PE

2 Docente do curso de especialização em Harmonização Orofacial da ESPEO – Recife-PE

3 Docente do curso de especialização em Harmonização Orofacial da ESPEO – Recife-PE



facial e por ser uma área de atuação do cirurgião dentista, propus a revisão de literatura e a avaliar clínica e fotograficamente os sinais indicativos de harmonização antes e após a lipoaspiração mecânica de papada. Com base nos artigos analisados foi possível concluir que a lipoaspiração é um procedimento altamente eficaz quando bem indicado e bem realizado.

Palavras-chave: Contorno Mandibular, Lipoaspiração submandibular, lipoaspiração de papada, lipoaspiração mecânica de papada.

Abstract: The standard of beauty has been one of the most incessant aesthetic quests by thousands of people regardless of sex, race, gender and social status. According to research institutes, more than 70% of Brazi-

lians want to perform some facial correction. This report searched the literature for knowledge of facial aesthetics and orofacial harmonization in relation to the neck area, an area that greatly bothers people because it is closely related to the age factor and the impression of youth. The neck will play a crucial role in the aesthetics of the overall appearance. With that as facial measurements as well as angle between jaw and neck, between 90 and 110 degrees, resulting in structures, and attractive. Considering the importance of mechanical double chin liposuction in orofacial harmonization and as it is an area of expertise of the dental surgeon, we proposed to evaluate the literature and clinically and photographically the indicative signs of harmonization before and after mechanical double chin liposuction. Based on the liposuction



analyzed, it was possible that the recommendation is effective and well performed.

Keywords: Mandibular contour, Submandibular liposuction, double chin liposuction, mechanical double chin liposuction.

INTRODUÇÃO

A sociedade contemporânea vem buscando cada vez mais a excelência nos padrões de beleza, e como consequência houve um aumento significativo no crescimento dos procedimentos estéticos voltados a harmonização orofacial nos últimos anos, atraindo tanto homens como mulheres. A restauração de um contorno estético do pescoço é considerada um componente integrante do rejuvenescimento facial, com isso a estética e a odontologia não apenas restabelecem

função e bem-estar, mas principalmente buscam por harmonia e melhora na autoestima dos pacientes. O tratamento estético promove a recuperação da face e pescoço, sendo capazes de trazer vários benefícios. Novos tratamentos modernos têm sido cada vez mais procurados, trazendo diversas técnicas e possibilidades de atingir equilíbrio e assimetria, resolvendo assim questões funcionais, harmonizando os traços faciais, trazendo um ar de jovialidade e oferecendo qualidade de vida melhor ao indivíduo. (TAKACS; VALDRIGHI; FERREIRA, 2002).

As pessoas frequentemente expressam insatisfação com o contorno do pescoço durante a consulta inicial para rejuvenescimento facial. A lipectomia realizada para procedimentos estéticos tem como objetivo a retirada de gordura em



pacientes saudáveis e redução do acúmulo de gordura localizada, a chamada lipodistrofia, levando à melhora no contorno facial, esse procedimento é realizado em ambiente ambulatorial por cirurgiões-dentistas especializados na área ou hospitalar por cirurgiões plásticos. A Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica estabelece um limite seguro de retirada de gordura, que não pode exceder 7% do peso total do paciente (SOUZA; MEJIA, 2008).

O aumento do volume da região submental pode estar associado a diversos fatores, tais como condições genéticas, posicionamento dos ossos da maxila e mandíbula, acúmulo de gordura na região, gerando o excesso de pele e tecido adiposo sob a mandíbula, causando o aspecto de queixo duplo com um consequente desconforto e angústia, levando pacientes a buscarem

por procedimentos cirúrgicos para melhorar o efeito estético. Com base em diversos estudos, principalmente nos Estados Unidos, sugere-se que a lipoaspiração mecânica para a redução de gordura localizada tem resultados excelentes quando realizados corretamente (PRETTO, 2014).

O objetivo do trabalho é relatar através de caso clínico, que dentro da área de harmonização orofacial, existem procedimentos estéticos como a lipoaspiração mecânica de papada sendo realizada com eficácia pelo cirurgião-dentista habilitado.

RELATO DE CASO

A participante do estudo foi uma paciente com idade de 25 anos, do sexo feminino, que tem apresentado insatisfação com a estética do seu rosto na área submentoniana. Sua queixa



principal foi o excesso de tecido adiposo na região submentoniana, adquirido pelo ganho de peso corporal ocasionando assim o queixo duplo. O período que foi realizado o tratamento foi durante uma manhã, não havendo necessidade de retoque. A paciente devidamente esclarecida, informada a respeito da técnica do tratamento, riscos, cuidados pós-operatório e esclarecida em relação ao termo de consentimento livre e esclarecido, onde os mesmos foram devidamente assinados.

PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS

Inicialmente foi feita a consulta inicial, nessa consulta foi realizada a anamnese, com a finalidade de conhecer melhor a paciente, com perguntas e esclarecimentos, logo em seguida a re-

alização do exame físico, foram feitas fotografias iniciais da paciente. Foi iniciado o preparo da solução de Klein (figura 3), pois é necessário que aguarde no mínimo 10 minutos após sua diluição para que possa ser aplicado na região a ser lipada, em seguida foi realizada a assepsia com clorexidina 2% e álcool 70% na área submentoniana para diminuir os microrganismos da pele e com o uso da caneta cirúrgica foram demarcados pontos na área na papada onde será aplicada a solução de Klein. Logo após, foi aplicada a anestesia local para aliviar o desconforto, feito o pertuito onde passa a cânula para injetar a solução de Klein e em seguida realização da sucção de toda gordura localizada.

Na finalização do procedimento encontra-se uma região eritematosa com edema, e o volume da área tende a aumentar tem-



porariamente, pois em algumas regiões há o acúmulo de líquido que serão drenados na massagem linfática (SOUZA; MEJIA, 2008). Para avaliação final do caso, foram realizadas fotografias finais da área submentoniana após 15 dias do procedimento.

RESULTADO E DISCUSSÃO

DIAGNOSTICO DAS POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

O paciente poderá apresentar edema, hematoma, dor, eritema e fibrose. Menores de 18 anos não são aptos a realizar este procedimento, assim como as gestantes, para não ocasionar problemas posteriormente no bebê (KILMER, 2016).

CONSULTA INICIAL

Inicialmente é realizado um diagnóstico completo, disponibilizando as melhores ferramentas para o profissional. O diagnóstico do paciente consiste em anamnese e exame clínico, no exame clínico são obtidos os dados que contribuem para o diagnóstico e conduta clínica. Portanto, deve-se dar a mesma importância para esta etapa quanto é dada para o exame do paciente, pois é neste momento que o profissional interage pela primeira vez com o paciente (BENSE, 2013).

Os instrumentais utilizados para a lipoaspiração mecânica de papada foram as cânulas para lipoaspiração com o auxílio da bomba a vácuo, após a inserção da Solução de Klein composta por Soro fisiológico 0,9%, Lidocaína 2%, Adrenalina e Bicarbonato de sódio 8,4%.

Após reconstituição de



toda solução de Klein, é realizada a aplicação injetada na cama-

da subcutânea para degradação da gordura localizada.



Figura 1: Demarcação da região submentoniana a ser lipoaspirada

O procedimento inicia-se com a lipoaspiração nas áreas infiltradas, que correspondem à área a ser descolada, compreendendo a região submental delimitada pela área de atuação do cirurgião dentista, indo em direção cervical, borda anterior na prega submental e ângulo do limite posterior e limites laterais na linha abaixo do vinco man-

dibular. A lipoaspiração foi de acordo com a espessura do tecido adiposo. Foi utilizada cânula de 2,5 ou 3 mm, com incisões de acesso na borda anterior na prega submental. Foram de escolha para realização da lipoaspiração: bomba de sucção e seringa/manual, pois foram ideais para fornecer o mecanismo de sucção eficaz. Após o tratamento reali-



zado é aplicado o curativo compressivo que será usado por até 5 dias associado ao uso da faixa modeladora de cabeça e pescoço por 30 dias, também foi indica-

do drenagem facial linfática para dispersão dos líquidos e acomodação dos tecidos que ficaram sem o suporte de gordura.



Figura 2: Aplicação imediata da solução de Klein



Figura 3: Curativo compressor para o pós-operatório imediato

Após remoção da gordura foi aplicado o curativo e faixa compressora para modelar as regiões de mandíbula, queixo e

pescoço.





Figura 4: Fotografias faciais em vista lateral no pré-operatório e pós-operatório em lipoaspiração mecânica de papada



Figura 5: Fotografias faciais em vista diagonal no pré-operatório e pós-operatório em lipoaspiração mecânica de papada





Figura 6: Pontos de fibrose e equimoses

RESULTADO DO CASO CLÍNICO

O resultado demonstrou uma boa satisfação da paciente com a cirurgia realizada. As complicações foram de equimoses e poucas regiões de fibrose que foram amenizadas com massagens linfáticas (SOUZA; MEJIA, 2008). Não houve relato de dor no pós-operatório, a paciente retornou as suas atividades de

rotina no dia seguinte, com restrições e utilização da medicação prescrita: Antibioticoterapia realizada com Amoxicilina na dosagem de 500mg de 08/08 horas por 07 dias, Dexametasona na dosagem de 4mg de 12/12 horas por 03 dias, Nimesulida na dosagem de 100mg de 12/12 horas por 05 dias e dipirona na dosagem de 500mg de 06/06 horas em caso de dor.



CONCLUSÃO

A lipoaspiração da face promove um descolamento seletivo e efetivo, com mobilidade e segurança do tecido adjacente. Apresenta grande satisfação do paciente e retorno rápido às atividades, Portanto é uma boa opção para tratamento das deformidades faciais acarretadas pelo excesso de gordura localizada do indivíduo. Tendo em vista estas constatações, concluímos que a lipoaspiração mecânica de papada é eficaz para promover a harmonização facial, criando o contorno adequado para a região do pescoço.

REFERÊNCIAS

- BENSE, I. M. Anamnese, exame clínico e exames complementares como testes diagnósticos. v. 92, n. 4, p. 236–241, 2013.
- BRITO, H. Anatomia da Cabeça e Pescoço. Fortaleza: Hospital Universitário Walter Cantídio, 2012. 38 slides, color.
- CAVALCANTI, A. N. Harmonização orofacial: A Odontologia além do sorriso. Revista Bahiana de Odontologia. Salvador: v. 8, n. 2, p.28-29. Escola Bahiana de Medicina e Saude Publica, 2017.
- KILMER et al. Lasers Surg. Med, 48: 3-13, 2016.
- KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e Bioética: Para dar início à reflexão. 2005. Teste (Especialista) em Metodologia do Ensino, Mestres Curso de Enfermagem. Santa Catarina, São José, 2005.
- PRETTO NETO, AngeloSyrillo et al. Lipoenxertia Facial: Rotina



do Serviço de Cirurgia Plástica da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Jornada Sulbrasileira de Cirurgia Plástica, Gramado/rs, v. 43, n. 1, p.91-94, set. 2014.

SILVA, R.M.V.; SANTIAGO, L.T.; FONSECA, W.T.; FERREIRA, A.L.M; LOPES, K.L.D.; MEYER, P.F.; Avaliação da fibrose cicatricial no pós-operatório de lipoaspiração e/ou abdominoplastia. Rio Grande do Norte: Catussaba, 2014.

SOUZA, Larissa Silva de; MEJIA, Dayana Priscila Maia. A eficácia da drenagem linfática no pós-operatório de lipoaspiração. 2008. 12 f. Tese (Doutorado) - Curso de Fisioterapia, Faculdade Cambury, Sao Paulo, 2008.

TAKACS, A. P.; VALDRIGHI, V.; ASSENCIO-FERREIRA,

V. J. Fonoaudiologia e Estética: Unidas a Favor da Beleza Facial. 2002. 6 f. Tese (Doutorado) - Curso de Fonoaudiologia e Estética, Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, São Paulo, 2002.



TOXINA BOTULÍNICA PARA CORREÇÃO DO SORRISO GENGIVAL

BOTULINUM TOXIN FOR CORRECTION OF GINGIVAL SMILE

Ivanilda Nunes Dantas¹

Adna Carolina Marques de Oliveira²

Mayara Barros da Cruz Brito³

Rennaly de Freitas Lima⁴

Vinícius Belém Rodrigues Barros Soares⁵

Andréia Gomes Moreira⁶

Resumo: O sorriso gengival é uma preocupação estética que afeta uma grande parcela da população, um sorriso esteticamente aceitável deve ser harmonioso quanto ao conjunto dentes, lábios e tecido gengival. Quando o fator etiológico é a hiperfunção muscular, uma opção de tratamento é a aplicação de toxina botulínica

1 Aluno do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB

2 Aluno do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB

3 Aluno do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB

4 Aluno do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB

5 Docente do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB

6 Docente do curso de especialização em Harmonização Orofacial do IOA – Campina Grande-PB



tipo A nos músculos responsáveis pela elevação do lábio superior, sendo assim o objetivo desse relato de caso é demonstrar o uso da toxina botulínica para correção do sorriso gengival. Paciente do sexo feminino, idade, 32 anos, Fototipo II, procurou atendimento na Clínica de Especialização em Harmonização Orofacial do IOA-IOP, Campina Grande-PB, em decorrência do excesso de exposição gengival ao sorrir. Após avaliação clínica foi observado que a paciente apresentava hiperatividade dos músculos elevadores do lábio superior e uma exposição gengival de 4mm. Foi proposto a paciente a aplicação da toxina botulínica para o tratamento do sorriso gengival e em seguida foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido especificando todas as possíveis intercorrências que poderiam vir acontecer, bem como os

benefícios e os resultados. Após as fotografias e as demarcações, foi aplicado 2 unidades no músculo levantador do lábio superior, bilateralmente e 2 unidades no septo nasal. Passados 15 dias da aplicação a paciente foi reavaliada demonstrando um excelente resultado sem exposição excessiva da gengiva e não houve necessidade de nova aplicação. Concluiu-se que a TBA trouxe um resultado bastante satisfatório para correção do sorriso gengival e configura em um tratamento seguro e eficaz.

Palavras chaves: Toxina Botulínica Tipo A, Estética, Sorriso.

Abstract: The gingival smile is an aesthetic concern that affects a large portion of the population, an aesthetically acceptable smile must be harmonious as to the set of teeth, lips and gingival tis-



sue. When the etiological factor is muscle hyperfunction, a treatment option is the application of botulinum toxin type A in the muscles responsible for lifting the upper lip, so the objective of this case report is to demonstrate the use of botulinum toxin to correct gummy smile. . Female patient, age 32, Phototype II, sought care at the Specialization Clinic in Orofacial Harmonization of the IOA-IOP, Campina Grande-PB, due to excessive gingival exposure when smiling. After clinical evaluation, it was observed that the patient had hyperactivity of the levator labii superioris muscles and a gingival exposure of 4 mm. It was proposed to the patient the application of botulinum toxin for the treatment of gummy smile and then the Free and Informed Consent Term was signed specifying all possible complications that could happen, as well

as the benefits and results. After the photographs and demarcations, 2 units were applied to the levator labii superioris muscle bilaterally and 2 units to the nasal septum. After 15 days of application, the patient was reassessed, demonstrating an excellent result without excessive exposure of the gingiva and there was no need for a new application. It was concluded that TBA brought a very satisfactory result for the correction of the gummy smile and constitutes a safe and effective treatment.

Keywords: Botulinum Toxin Type A, Aesthetics, Smile.

INTRODUÇÃO

A Toxina Botulínica é um agente biológico obtido laboratorialmente, sendo uma



substância cristalina estável, liofilizada em albumina humana e apresentada em frasco a vácuo estéril, para ser diluída em solução salina. É produzida naturalmente pelo *Clostridium botulinum*, uma bactéria anaeróbia, que produz oito tipos sorológicos de toxina, sendo a do tipo-A (TBA) a mais potente e por isto utilizada clinicamente (SPOSITO, M M M, 2004).

A substância age seletivamente no terminal nervoso periférico colinérgico, inibindo a liberação de acetilcolina. Ela por outro lado, não ultrapassa a barreira cerebral e não inibe a liberação de acetilcolina ou de qualquer outro neurotransmissor a esse nível. A sequência da ação inclui: difusão, neurotropismo, ligação, internalização e toxicidade intracelular que é exercida pela alta afinidade da toxina com os receptores específicos da pa-

rede intracelular do terminal pré-sináptico. A toxina não se liga às fibras nervosas dos troncos nervosos ou da região pós-sináptica (SPOSITO, M M M, 2004).

A toxina botulínica foi inicialmente empregada no tratamento do estrabismo, a partir de 1970. Entretanto, considerando sua aprovação no Brasil pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 2000, e pela Food and Drug Administration (FDA) em 2002, seu uso crescente vem auxiliando no tratamento de diversas patologias e condições (CARVALHO, R. C. R.; SHIMAOKA, A. M.; ANDRADE, A. P, 2021).

Na odontologia é indicada para disfunções temporomandibulares, distonia orofacial, bruxismo, hipertrofia de masseter, sialorreia, assimetrias faciais de origem muscular, sorriso gengival, assimetrias labiais que



podem causar exposição acentuada da gengiva. Recentemente, vem sendo indicada a aplicação profilática em casos após reabilitações sobre implantes dentários, reduzindo forças mastigatórias e protegendo as próteses e implantes (CARVALHO, R. C. R.; SHIMAOKA, A. M.; ANDRADE, A. P, 2021).

Segundo autores, os grandes responsáveis pelo sorriso gengival são os músculos: zigomático maior, zigomático menor, levantadores do lábio superior e da asa do nariz (PEDRON, I. G, 2014). Gonçalves (2013) relata que cerca de 75% dos casos de sorriso gengival é ocasionado por problemas musculares, situação está onde a aplicação de toxina botulínica nos principais músculos envolvidos, reduz consideravelmente a exposição gengival.

Alguns fatores devem ser obrigatoriamente considera-

dos para o diagnóstico do sorriso gengival durante a avaliação clínica, tais como: arco do sorriso, características morfofuncionais do lábio superior, distância interlabial em repouso, proporção largura/comprimento dos incisivos superiores, exposição dos incisivos superiores durante o repouso e a fala 1.

Algumas características devem ser observadas para que o sorriso seja harmônico, tais como: exposição gengival em até 3 mm da margem dos incisivos superiores, dentes com forma e estética favoráveis, harmonia entre os segmentos anteriores e posteriores, paralelismo entre o lábio inferior e os bordos incisais dos dentes superiores e simetria e harmonia entre a margem gengival maxilar e o lábio superior (MACHADO AW, 2015).

Quando a etiologia do sorriso gengival relaciona-se com



à presença de um lábio superior curto ou hiperativo, normalmente não é necessário a realização de algum procedimento cirúrgico periodontal (MATOS,M.B, VALE. LSEMB, MOTA, A.R, NAVES,R.C., 2017). Nesses casos, a indicação mais ponderada na literatura é a aplicação da TBA, pois trata-se de um método simples, rápido, seguro e que apresenta um resultado praticamente rápido (PAULO,E.V, OLIVEIRA, R.C.G, FREITAS.K.M.S, de Oliveira RCG., 2018).

O sorriso gengival é uma preocupação estética que afeta uma grande parcela da população, com uma prevalência estimada variando entre 10,5% e 29%. Recentemente, tem recebido uma ênfase crescente na literatura odontológica e várias opções de tratamento estão agora disponíveis para sua correção, a depender da sua etiologia (PAU-

LO,E.V, OLIVEIRA, R.C.G, FREITAS.K.M.S, de Oliveira RCG., 2018). A aplicação da TBA para o tratamento do sorriso gengival é uma terapia segura e eficaz, minimamente invasiva, não cirúrgica e que pode melhorar significativamente a estética do sorriso e a satisfação do paciente, além de apresentar a garantia de efeitos completamente reversíveis.

No entanto, este presente trabalho tem como objetivo relatar o uso da toxina botulínica para correção do sorriso gengival através de caso clínico, melhorando a autoestima dos pacientes.

RELATO DE CASO

Paciente leucoderma do sexo feminino, idade, 32 anos, Fototipo II, procurou atendimento na Clínica de Especialização em Harmonização Orofacial do



IOA-IOP, Campina Grande-PB, em decorrência do excesso de exposição gengival ao sorrir. Após avaliação clínica foi observado que a paciente apresentava hiperatividade dos músculos elevadores do lábio superior e uma exposição gengival de 4mm.

Foi proposto a paciente a aplicação da toxina botulínica para o tratamento do sorriso gengival e em seguida foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido especificando todas as possíveis intercorrências que poderiam vir acontecer, bem como os benefícios e os resultados.

Inicialmente foi realizado as fotografias de vista frontal e lateral (Imagem 1e 2) e em seguida a paciente foi convidada a realizar higienização do rosto com sabonete antisséptico complementando com a clorexidina a 2 %. Foi realizado a demarcação

dos músculos elevadores do lábio superior e do septo nasal com a paciente em posição sentada e aplicação do anestésico tópico Dermomax (4% de lidocaína e um creme de uma mistura eutética de 2,5% de lidocaína e 2,5% de prilocaína) nos pontos marcados. Posteriormente a anestesia foi aplicado 2 unidades em cada lado do musculo do lábio superior e 2 unidades no septo nasal com a Toxina Botulínica Botulift (Laboratório Químico farmacêutico Bergamo Ltda, Rua Rafael de Marc, 43, Jardim das Oliveiras Tabão da Serra, SP, Brasil) reconstituída de 100 U/2ml de soro fisiológico estéril a 0,9%.

Foi entregue a paciente todas as recomendações necessárias para obtenção de um bom resultado e foi esclarecido que ela retornaria ao consultório após 15 dias da aplicação para observar os resultados (Imagem 3 e 4).



O tratamento apresentou um excelente resultado sem exposição excessiva da gengiva e não houve necessidade de nova aplicação TBA.



Imagem 1: Vista frontal antes da aplicação da TBXA



Imagem 2: Vista lateral.





Imagem 3: Resultado após 15 dias de aplicação da TBAX, vista frontal.



Imagem 4: Resultado após 15 dias de aplicação da TBAX, vista lateral.



DISCUSSÃO

Nasr et al (2015) relataram que quando o sorriso se encontra desarmonioso e o fator causador for a hiperatividade muscular, o tratamento com toxina botulínica é uma alternativa eficaz, rápida, segura, menos invasiva, de efeito reversível e produz resultados harmônicos e agradáveis quando comparado aos procedimentos cirúrgicos.

Os efeitos da toxina e as expectativas do paciente quanto ao tratamento são fatores importantes a se considerar antes de iniciá-lo, o esclarecimento ao paciente evita posterior desapontamento. Efeitos colaterais transitórios após a aplicação, como hematomas, dor de cabeça, náuseas e fraqueza dos músculos adjacentes são incomuns, mas devem ser explicadas ao paciente previamente (SILVESTRE, V.F, 2016).

É contraindicado o uso da toxina botulínica durante a gravidez ou amamentação, presença de inflamação/infecção no local da injeção, alergia à albumina humana, neuropatia muscular, desordem muscular como Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Síndrome de Lambert Eaton, Distrofia Muscular, Esclerose Múltipla, quem faz uso de bloqueadores de canais de cálcio e aminoglicosídeos (SENISE, I. R.; MARSON, F. C.; PROGIANTE, P. S.; SILVA, C., 2015).

Al-Fouzan et al (2017) realizaram um estudo com 23 pacientes do sexo feminino e com exposição gengival excessiva, as quais foram tratadas com aplicação de toxina botulínica, sendo o ponto de injeção localizado ao nível da asa do nariz na inserção do músculo elevador do lábio superior e da asa do nariz. Após duas semanas do tratamen-



to a porcentagem média de melhora na exibição gengival foi de 99,6%.

O profissional que vai executar o tratamento deve ser muito bem treinado, pois o terço médio e o inferior da face apresentam uma grande quantidade de músculos que podem ser atingidos pela difusão da toxina (GASSIA V, BEYLOT C, BÉ-CHAUX S, MICHAUD T, 2009). Para o tratamento dessa região, baixas doses são indicadas, evitando assim, provocar efeitos indesejáveis como a impossibilidade da elevação do lábio superior (TAMURA ,B.M., 2010). Os efeitos adversos relatados são: cefaleia, olhos secos, edema palpebral, visão turva. Já os efeitos sistêmicos são raramente relatados e podem incluir: fraqueza transitória, fadiga, náuseas e prurido (MAJID, O. W, 2010).

CONCLUSÃO

Portanto, a Toxina Botulínica do Tipo A trouxe um resultado bastante satisfatório para correção do sorriso gengival e configura em um tratamento seguro e eficaz. É de fácil previsibilidade, desde que o profissional tenha capacitação para realizar o procedimento, conhecimentos acerca da toxina e da anatomia facial.

O trabalho está em concordância com os estudos citados, pois a aplicação de toxina botulínica reduziu a hiperatividade dos músculos responsáveis pelo excesso de exposição gengival e o tratamento não apresentou nenhuma complicação no pós-operatório.

REFERÊNCIAS

SPOSITO, M M M. Toxina bo-



- tulínica tipo A - propriedades farmacológicas e uso clínico. Toxina botulínica tipo A - propriedades farmacológicas e uso clínico. ACTA FISIÁTR, 2004.
- CARVALHO, R. C. R.; SHIMAOKA, A. M.; ANDRADE, A. P. O Uso da Toxina Botulínica na Odontologia. Disponível em: <<http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2011/05/toxina-botulinica.pdf>>. Acesso em: 25 Agost. 2021.
- PEDRON, I. G. Aplicação da toxina botulínica associada à clínica integrada no tratamento do sorriso gengival. Journal of the Health Sciences Institute, v. 32, n. 4, p. 365-9, 2014.
- GONÇALVES; B.M. Uso da toxina botulínica em odontologia. [Trabalho de conclusão de curso]. Universidade Federal de Santa Catarina,2013.
- MACHADO AW. Os 10 mandamentos da estética do sorriso. Dental Press J Orthod. 2014 19(4):136-57.
- MATOS,M.B, VALE. LSEMB, MOTA, A.R, NAVES,R.C. O uso da toxina botulínica na correção do sorriso gengival-revisão de literatura. Braz J Periodontol-September, 2017;27(03):29-36.
- PAULO,E.V, OLIVEIRA, R.C.G, FREITAS.K.M.S, de Oliveira RCG. Comparação entre o uso de toxina botulínica e outros procedimentos na correção do sorriso gengival. Revista UNINGÁ, 2018;55(2):188-199.
- DAYAKAR, M. M.; GUPTA, S.; SHIVANANDA, H. Lip repositioning: An alternative cosmetic treatment for gummy smile. J In-



dian Soc Periodontol, v. 18, n. 4, p. 520-523, jul. 2014.

NASR, M.W, JABOUR, S.F, SIDAOUI, J.A, HABER ,R.N, KECHICHIAN,E.G. Botulinum toxin for the treatment of excessive gingival display: a systematic review. Aesthetic surgery journal. 2015 Aug 7; 36(1):82-8.

SILVESTRE, V.F. Utilização do botox para a correção neuromuscular do sorriso gengival (Doctoral dissertation), 2016.

SENISE, I. R.; MARSON, F. C.; PROGIANTE, P. S.; SILVA, C. O. O uso da toxina botulínica como alternativa para o tratamento do sorriso gengival causado pela hiperatividade do lábio superior. Revista UNINGÁ Review, v. 23, n. 3, p. 104-110, 2015.

AL-FOUZAN, A.F, MOKEEM,

L.S, AL-SAQAT,R.T, ALFA-LAH ,M.A, ALHARBI,M.A, AL-SAMARY ,A.E. Botulinum Toxin for the Treatment of Gummy Smile. The journal of contemporary dental practice. 2017 Jun; 18(6):474-8.

GASSIA V, BEYLOT C, BÉCHAUX S, MICHAUD T. Les techniques d'injection de la toxine botulique dans le tiers inférieur et moyen du visage, le cou et le décolleté. Le néfertiti lift. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2009; 136:111-18.

TAMURA ,B.M. Anatomia da face aplicada aos preenchedores e à toxina botulínica – Parte II. Surg Cosmet Dermatol. 2010;2(4):291-303.

MAJID, O. W. Clinical use of botulinum toxins in oral and maxillofacial surgery. Int J Oral Maxil-



lofac Surg, v. 39, n. 3, p. 197-207,
mar. 2010.



DIABETES: UMA REVISÃO DA LITERATURA

DIABETES: A LITERATURE REVIEW

Izabel Ferreira de Miranda¹

Sarah Silva Costa Barros²

Pedro Lívio Gomes Moura³

Ana Luíza de Lima Gonçalves⁴

Mateus Celso Fernandes Monteiro⁵

Elizabeth Maria Neves Silva Souza⁶

Júlia Almeida Saraiva⁷

Carlos Alberto Feitosa dos Santos⁸

Resumo: A diabetes mellitus surge em consequência da resistência à insulina ou diminuição de sua produção. Este trabalho consiste em analisar os diversos fatores imunológicos e fisiopatológicos da diabetes mellitus. Esta é uma revisão bibliográfica, descritiva, qualitativa, tendo como fonte de pesquisar livros, diretrizes e artigos no acervo pessoal dos autores e internet. No caso do diabetes mellitus tipo I seu desenvolvimento se dá por

1 Médica - UNIFACISA

2 Centro Universitário Santo Agostinho (TERESINA-PI). Enfermagem

3 Graduando em Medicina, Faculdade Santa Maria Cajazeiras/Paraíba

4 Centro Universitário Maurício de Nassau - Recife - PE. Medicina

5 Medicina - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (Faculdade de Medicina do Mucuri)

6 Medicina - Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)

7 Medicina - UNIFOR

8 Universidade Ibirapuera - UNIB/São Paulo



alterações genéticas localizadas principalmente no cromossomo 6 resultando em reações imunológicas mediadas por citocinas inflamatórias como IL-6 e TNF- α no sentido de atacar diretamente as ilhotas pancreáticas, diminuindo a população de células produtoras de insulina. Em contrapartida, no diabetes mellitus tipo II, é o tecido adiposo, secretor das mesmas citocinas inflamatórias que agem antagonizando a insulina, apesar de ser observado grande associação com hereditariedade e algum fator genético ainda não esclarecido. Esse aumento da reatividade do sistema imunológico impacta ainda em associação com outras doenças imunomediadas, quadro mais grave e aumento da resposta inflamatória em doenças infecciosas. Concluímos a partir da pesquisa realizada, a importância do fator genético e imunológico

envolvido na diabetes mellitus abrindo portas para criação de novos tratamentos e também maior cuidado com os doentes visto sua maior morbidade.

Palavras-chave: Diabetes mellitus. anticorpos. antígenos. ilhota pancreática. células β -pancreáticas. linfócitos. citocinas. insulina.

Abstract: Diabetes mellitus arises as a result of insulin resistance or a decrease in its production. This work consists of analyzing the various immunological and pathophysiological factors of diabetes mellitus. This is a bibliographic, descriptive, qualitative review, having as a source of researching books, guidelines and articles in the authors' personal collection and internet. In the case of type I diabetes mellitus, its development occurs through



genetic alterations located mainly on chromosome 6, resulting in immunological reactions mediated by inflammatory cytokines such as IL-6 and TNF- α in the sense of directly attacking the pancreatic islets, reducing the population of producing cells of insulin. On the other hand, in type II diabetes mellitus, it is the adipose tissue, which secretes the same inflammatory cytokines that act by antagonizing insulin, despite a strong association with heredity and some genetic factor that has not yet been clarified. This increased reactivity of the immune system also impacts in association with other immune-mediated diseases, a more severe condition and an increase in the inflammatory response in infectious diseases. We conclude from the research carried out, the importance of the genetic and immunological factor involved

in diabetes mellitus opening doors for the creation of new treatments and also greater care for patients given their greater morbidity.

Keywords: Diabetes mellitus. antibodies. antigens. pancreatic islet. pancreatic β -cells. lymphocytes. cytokines. insulin.

INTRODUÇÃO

O Diabetes mellitus é uma doença multifatorial caracterizada por hiperglicemia crônica decorrente da ausência ou do comprometimento da ação da insulina (SENIO et al., 2010; REINEHR, 2013). O diabetes pode ser classificado em Diabetes tipo I, Diabetes tipo II e Diabetes gestacional, este último é caracterizado por uma hiperglicemia diagnosticada durante a gravidez, geralmente de caráter



não contínuo, podendo retornar anos depois (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Os termos diabetes tipo 1 e tipo 2 são utilizados para a classificação com base na etiologia. No diabetes tipo 1 ocorre uma destruição das células beta do pâncreas causada por um processo autoimune, desencadeado por associação entre fatores genéticos e ambientais que induzem uma autorreatividade do sistema imunológico (DAVINI; SILVA, 2008; SENIO et al., 2010). Acomete principalmente crianças e adolescentes e possui um início abrupto, sendo frequentemente observado um processo de acidose metabólica devido a ausência da insulina e por isso o paciente torna-se insulino dependente (LUCENA, 2007).

No Diabetes tipo 2, não há reação autoimune e portanto destruição das células beta do

pâncreas. Ela é caracterizada por uma resistência à insulina que pode ser provocada pelo acúmulo de tecido adiposo dificultando sua ação, pois os adipócitos secretam maiores concentrações de TNF-alfa e IL-6 que são antagonistas da insulina (CAMPOS et al., 2006). Ainda que exista uma forte influência hereditária (de causa multigênica) Reinehr (2013) afirma que os fatores ambientais tem um grande potencial de influência. Embora sua incidência seja prevalente na fase adulta, em pessoas com mais de 40 anos (LUCENA, 2007), de acordo com Reinehr (2013), sua prevalência vem aumentando consideravelmente em crianças e adolescentes.

Os distúrbios metabólicos causados pelo Diabetes estão associados a diversas complicações que acometem pequenos vasos, podendo causar retinopatia,



nefropatia e neuropatia; doenças cardiovasculares, perda da acuidade visual, maior susceptibilidade à infecções e gangrena, acidente vascular cerebral e doença arterial oclusiva das extremidades inferiores o que pode levar a amputações (REINEHR, 2013; LUCENA, 2007; CAMPOS, 2006). Estas complicações constituem as principais causas de morbidade e mortalidade em pacientes diabéticos. Estima-se que em 2025, 5,4% da população mundial apresentará diabetes (FERREIRA, 2009).

DESENVOLVIMENTO

PÂNCREAS

1. Diminuição das células beta nas ilhotas de Langerhans;
2. Diretamente ligado à autoimunidade;

3. Aumento das MHC tanto classe I como classe II;

4. Variados antígenos;

5. Reação cruzada.

Dois auto anticorpos despertaram maior interesse dos pesquisadores: anticorpos contra antígenos citoplasmáticos da célula da ilhota pancreática e anticorpos contra a insulina.(BALDA & PACHECO-SILVA, 1999). O risco de desenvolvimento do diabetes tipo 1 na presença desses anticorpos parece variar na dependência do título de anticorpos, ou seja partículas antigênicas são misturadas com distintas diluições de soro da paciente e observa-se a precipitação e aglutinação da reação antígeno-anticorpo, e da idade do indivíduo pesquisado, chegando-se a conclusão de que há maior risco em



indivíduos de faixa etária mais baixa e com títulos altos de anticorpos.(BALDA & PACHECO-SILVA, 1999).

Outra teoria que acarreta no diabetes tipo 1 é destruição das ilhotas pancreáticas por reação cruzada, que ocorre entre os antígenos das ilhotas e antígenos exógenos. Porém, tal relação ainda precisa ser validada. Um possível exemplo deste fato é a reação entre proteína do leite de vaca e um antígeno protéico de 69 kd presente nas ilhotas.(BALDA & PACHECO-SILVA, 1999).

TIPOS DE DIABETES

- Tipo 1 (ou insulino dependente): anteriormente conhecido como infanto-juvenil, aparece geralmente em menores de 25 anos.Ao contrário do que se imaginava a evolução da doença não é aguda e sim um pro-

cesso de autoagressão de evolução lenta, a qual provavelmente se desenvolve durante anos numa fase pré-clínica (BALDA & PACHECO-SILVA, 1999). Seus pacientes são dependentes do uso de insulina pois a produção dessa após anos se torna nula. Há uma predisposição genética devido à presença de antígenos do complexo HLA (antígeno leucocitário humano). Portanto este tipo constitui uma doença autoimune. De difícil controle, se houver sua evolução o paciente pode apresentar cetoacidose diabética, coma diabético e êxito letal (BALDA & PACHECO-SILVA, 1999).

- Diabetes Tipo 2 (ou não insulino dependente), também conhecida como diabetes com o início da maturidade, geralmente se inicia após os 40 anos. 80% pacientes são obesos com predomínio do sexo feminino. Fatores



ambientais associados com uma predisposição genética estão relacionados a esse tipo de diabetes. Não há evidências da origem deste tipo de diabetes com antígenos de histocompatibilidade ou com alterações imunológicas (BALDA & PACHECO-SILVA, 1999).

- Diabetes secundária é sempre causada por outra condição (que não a genética) ou evento. A exemplo da fibrose cística, neoplasia maligna do pâncreas, pancreatectomia, efeitos adversos de fármaco ou intoxicação.

- Diabetes gestacional ocorre no período gestacional como o nome sugere, e o início ou diagnóstico é diabetes mellitus ou intolerância a glicose (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Ocorre em casos de predisposição genética. Essa forma de diabetes altera muito o meio em que se desenvolve o concepto. Detec-

tam três vezes mais malformações congênitas e o parto pré-termo é 10 vezes mais frequente.

SUSCETIBILIDADE GENÉTICA

Múltiplos genes contribuem para a Diabetes Mellitus tipo 1 A (DM1A) que é a DM tipo 1 de maior frequência, onde mais de 20 loci conferem suscetibilidade no locus IDDM, localizados no cromossomo 6,11,1 e 2 (6,9-11) e no sistema HLA (locus IDDM 1), onde os genes do MHC com maior risco relativo se encontram, relacionados com 3 a 50 principais genótipos, os quais podemos citar genes do locus MHC classe I (HLA locus A, B e C), classe II (HLA locus DR, DQ e DP) e classe III, além de genes não-MHC (BALDA & PACHECO-SILVA, 1999).

Segundo ABBAS



(2011), entre 90% a 95% das pessoas caucasianas com DM tipo I, apresentam HLA-DR3, ou DR4, ou ambos, em contraste com 40% dos indivíduos normais, e 40% a 50% dos pacientes são heterozigotos DR3/DR4, em contraste com 5% dos indivíduos normais.

O mecanismo pelo qual o MHC atua na predisposição do DM1A não está completamente elucidado, sendo uma hipótese a deleção de clones linfocitários autorreativos no TIMO (SESTERHEIM et al, 2007).

Outros tipos de DM tipo 1 podem estar relacionados à:

-INS-VNTR (locus IDDM2) - Segundo maior locus de susceptibilidade para o DM1A, denominado IDDM2, situa-se na região 5' do gene da insulina (INS), no cromossomo 11p15, em uma região de 4,1 kb que abrange o gene da insulina, o da tirosina hidroxilase, o do fator

de crescimento insulina-símile IGF-2 (9,19) e contribui com 10% da suscetibilidade genética para a doença.

-CTLA-4 (locus IDDM12) - Outra região relacionada ao DM1 está localizada no cromossomo 2q33 e contém os genes das moléculas CTLA-4, CD28 e ICOS, em desequilíbrio de ligação, mas a associação foi confirmada para o gene CTLA-4 (locus IDDM12) (6,8,9) e inúmeros polimorfismos do gene CTLA4 têm sido associados ao DM1A.

-PTPN22 – não receptor tipo 22 da proteína Tirosina fosfatase-no cromossomo 1p13, codifica a proteína tirosina fosfatase, que é expressa primariamente nos tecidos linfóides, também chamada Lymphoid-TyrosinePhosphataseLyp). Lyp é uma proteína intracelular que interage com a quinase regula-



dora negativa Csk, formando um complexo que inibe a ativação de células T.

- SUMO4 (locus IDDM5) -Na região genômica do locus IDDM5, cromossomo 6q25, o polimorfismo 163 A > G no domínio CUE do gene SUMO4, com troca do aminoácido metionina por valina (M55V), tem alta associação com DM1A;

-NEUROD1 (loci IDDM7, IDDM12 e IDDM13) - O gene NEUROD1, cromossomo 2q31-35, correspondente aos loci de suscetibilidade IDDM7, IDDM12 e IDDM13, codifica um fator de transcrição para o gene da insulina expresso no pâncreas e está envolvido no desenvolvimento das ilhotas pancreáticas;

- Receptor da Vitamina D (VDR) - A vitamina D é reconhecida por sua ação imunomoduladora. A 1,25 dihidroxivitamina D3 estimula a fagocitose e

a morte de bactérias e reduz a capacidade de apresentação de antígenos pelas células dendríticas in vitro e a produção de citocinas.

Os polimorfismos do gene do receptor da vitamina D também têm sido estudados como marcadores da suscetibilidade genética do DM1A, com resultados diversos (SILVA, MORY & DAVINI, 2008).

HIPERSENSIBILIDADE TIPO IV

Ocorre através da lesão tecidual devido a uma indução de inflamação pelos linfócitos T CD4+ TH1 reativos a antígenos das ilhotas pancreáticas (incluindo insulina) recrutados e ativados pela ação de citocinas, ou diretamente pela morte das células-alvo, que sofrem citólise pela ação da CTL CD8+ com produção local de citocinas (TNF



e IL-1), que leva a morte celular direta, além da produção de auto anticorpos contra as ilhotas pancreáticas.

IMUNIDADE CELULAR

A Diabetes Melitus tipo 1 auto imune (DM1A) ocorre de uma alteração no equilíbrio nos mecanismos de tolerância aos antígenos próprios. Há uma evidente destruição das células β -pancreáticas em um processo denominado insulite. As células secretoras de insulina são os maiores alvos desta desregulação imunológica pois estão em maior número, justificando o fato de que as células produtoras de outros hormônios como glucagon e somatostatina, também presentes nas ilhotas pancreáticas, serem poupadas deste processo (BALDA, CA et al, 1999). Histologicamente, a DM1A é caracterizada

por um infiltrado inflamatório composto de linfócitos T e B, macrófagos e células dendríticas (SILVA, M 2008).

Os linfócitos são as células do corpo responsáveis pelo reconhecimento e distinção de antígenos específicos portanto, são as células responsáveis pela imunidade específica (BALDA, CA et al, 1999). Os linfócitos podem ser divididos em subclasses importantes:

- Linfócitos B: responsáveis pela produção de anticorpos → imunidade humoral

- Linfócitos T: medeiam e participam da resposta celular específica.

- Linfócitos “Natural Killer” ou células NK: capaz de lisar células tumorais ou infectadas sem que haja o estímulo específico

Os linfócitos T ainda



podem ser divididos em duas populações:

- Linfócitos T CD4+: auxiliares ou “helper”
- Linfócitos T CD8+: citotóxicos

Os linfócitos T CD8+ são as células mais abundantes no processo de insulite. Esse processo ocorre expressivamente nas áreas em que existem células β metabolicamente ativas, isto é, que estão secretando insulina. À medida que o processo inflamatório vai reduzindo, essas células também vão diminuindo em número (BALDA, CA et al, 1999). Isso confirma o fato de que quando é feito o diagnóstico dessa patologia, apenas 10% dessas células são encontradas. As demais células das ilhotas pancreáticas não são atingidas, e persistem produzindo glucagon (células- α) e somatostatina (células- Δ) (SIL-

VA, M 2008).

Os linfócitos precisam de um apresentador para que sejam capazes de reconhecer um antígeno e desencadear uma resposta específica. A molécula responsável por essa apresentação é o MHC (Complexo de Histocompatibilidade). As moléculas apresentadoras de antígeno (MHC) da classe I expoe esses antígenos aos linfócitos T CD8+ enquanto que as de classe II apresentam aos linfócitos T CD4+ (BALDA, CA et al, 1999). Algumas pesquisas indicam que o MHC classe I está mais presente nas células beta das ilhotas enquanto o MHC classe II é encontrado no endotélio vascular e nos macrófagos (BALDA, CA et al, 1999).

O linfócito TCD4+, quando ativado, secreta citocinas entre elas a IL-2 que atua como uma coestimuladora dele mesmo, do linfócito TCD8 e também do



Linfócito B, além da secreção de citocinas como interleucina 1 (IL-1), interferon γ (IFN- γ) e fator de necrose tumoral alfa (TNF- α) culminando na morte de células β (SILVA, M 2008). Já o linfócito T CD8+, principal linfócito destruidor das células β causam a citólise através da liberação de perforinas e granzimas, e também por indução de apoptose. (BALDA, CA et al, 1999).

As células β também atuam como apresentadoras de antígeno, importantes para expansão eficiente de células T-CD4+. Desse modo, no DM1A, além da perda da tolerância pelas células T, há também perda da tolerância pelas células B, que expressam imunoglobulinas auto-reativas. A presença de auto-anticorpos contra vários tecidos no DM1A pode ser resultado dessa alteração.

IMUNIDADE HUMORAL

O antígeno específico da célula β ainda não é específico, mas os auto-anticorpos contra componentes das células β foram detectados no soro dos pacientes diabéticos recém-diagnosticados e de indivíduos que posteriormente desenvolveram a doença (SILVA, M 2008). Esses anticorpos são pesquisados para esclarecer o mecanismo fisiopatogênico e como possíveis marcadores precoces da DM1A (BALDA, CA et al, 1999).

Os marcadores humorais mais importantes na agressão são os anticorpos antiinsulina (IAA), antiilhotas de Langerhans citoplasmático (ICA), anti enzima descarboxilase do ácido glutâmico 65 (anti-GAD65) e antiproteína de membrana com homologia às tirosino-fosfatases ou anti antígeno 2 do insulinoma (anti-IA2).



- Anticorpos antiinsulina (IAA): predomina nas crianças, principalmente do sexo masculino. São encontrados em soros de pacientes que estão em uso de insulina e nesses casos não serve como marcador específico

- Antiilhotas de Langerhans citoplasmático (ICA): anticorpo da classe IgG. É dirigido a várias estruturas celulares ao mesmo tem, por isso não é exclusivo das células β .

- Antienzima descarboxilase do ácido glutâmico 65 (anti-GAD65): pode ser associado facilmente a outras doenças autoimunes além do diabetes e sua presença não indica evolução rápida da patologia.

- Antiproteína de membrana com homologia às tirosino-fosfatases ou antiantígeno 2 do insulinoma (anti-IA2): indica rápida progressão da doença. (SILVA, M 2008).

Alguns aspectos relacionados com a participação destes antígenos merecem destaque. Os autoanticorpos tendem a desaparecer com o tempo, com exceção do anti-GAD65 que mantém constante mesmo com a progressão da doença. Além de que a frequência destes anticorpos se mantém elevada nos primeiros 5 anos da patologia (SILVA, M 2008).

A resposta tardia destes anticorpos está associada à progressão mais agressiva dessa doença e esses anticorpos podem participar de reações cruzadas entre respostas contra antígenos exógenos e antígenos pancreáticos a exemplo da proteína do leite de vaca. (BALDA, CA et al, 1999).

TRATAMENTO

O tratamento efetivo do



DM1 requer a reposição exógena da insulina, visando restringir os níveis glicêmicos para valores mais próximos da normalidade, reduzindo de forma nítida a morbidade e a mortalidade desses pacientes. Para que a terapia seja mais segura e eficaz, faz-se necessário medir a glicemia capilar, a fim de acompanhar o efeito do tratamento e detectar o surgimento de hipoglicemias. Esta medida deve ser feita no mínimo quatro vezes ao dia, antes do café da manhã, almoço, jantar e antes de dormir (MEDCURSO, 2014).

A insulina é administrada por via subcutânea e está disponível em diversas formulações. A insulina do tipo regular proporciona duração de ação que vai de 3 a 8 horas, enquanto outras formas de insulina são absorvidas mais lentamente e, conseqüentemente, apresentam efeitos que duram de 10 a 48 ho-

ras. Geralmente, o paciente portador da forma grave de DM1, recebe uma só dose de uma das insulinas com ação prolongada a cada dia (de modo a aumentar seu metabolismo dos carboidratos), e quantidades adicionais diárias de insulina regular conforme aumento do nível da glicose sanguínea. Assim cada paciente recebe tratamento com padrões individualizados. (GUYTON & HALL, 2011).

CONCLUSÃO

Com o avanço das pesquisas em estabelecer as reações imunológicas relacionadas a diabetes, foi possível desenvolver tratamentos eficazes mas também notou-se a predisposição dos indivíduos afetados desenvolver doenças autoimunes bem como formas mais graves de outras doenças com compo-



nentes imunológicos envolvidos, como é o caso da COVID-19, na qual, o infectado que já apresenta circulação e metabolismo da glicose insuficientes mas também apresentará uma resposta imunológica exacerbada. Somando-se o envelhecimento da população, piora dos hábitos de vida e dieta rica em carboidratos, é possível prever o perfil das doenças crônicas mais prevalentes no futuro bem como os desafios que a medicina preventiva e curativa enfrentará.

REFERÊNCIAS

BALDA, C. et al. Aspectos imunológicos do Diabetes Melotus Tipo 1. Revista de Associação Médica Brasileira, v.2, n.45, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Dia-

betes Mellitus, Brasília, 2006.

CAMPOS, K. et al. Obesidade e Resistência à insulina, v.34, n.9, 2006.

DIB, S. Heterogeneidade do diabetes melito tipo 1. ArqBrasEndocrinolMetab,São Paulo, v.52, n.2, p.205-218. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=000427302008000200008&lng=en&nrm=iso>. accesson 30 May 2015.

FERREIRA, C. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde - análise a partir do sistema Hiperdia. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia, 2009.

FIGUEIREDO, D. M. E RABELO F. L. A. Diabetes insipidus: principais aspectos e análise



comparativa com diabetes mellitus Diabetes insipidus: mainaspectsandcomparativeanalysiswith diabetes mellitus. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/viewFile/4344/3648>>. Acesso em: 30 maio. 2015

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. Tratado de Fisiologia Médica. 12^a ed. Rio de Janeiro, Elsevier Ed., 2011.

LUCENA, J. Diabetes Melitus tipo 1 e tipo 2. São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://arquivo.fmu.br/prodisc/farmacia/jbsl.pdf>>

MEDCURSO. Endocrinologia: Diabetes mellitus e Obesidade. Vol. 3, 2014.

M, SILVA; M, DAVINI. Marcadores Genéticos e Auto - Imunes

do Diabetes Melito Tipo 1: da Teoria para a Prática. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica, v.52, n.2, 2008.

P, SESTERHEIM; D, SAITO-VITCH; H, STAUB. Diabetes mellitus tipo 1: multifatores que conferem suscetibilidade à patologia auto-imune. Scientia Médica, v.17, n.4, 2007.

REINEHR, T. Type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. World Journal of Diabetes, v.6, n.4, 2013.

SEINO, Y. et al. Report of the committee on the classification and diagnostic criteria of diabetes mellitus. Journal of diabetes investigation, v.5, n.1, 2010.



DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CLIMATÉRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

EARLY DIAGNOSIS OF CLIMATE IN PRIMARY HE- ALTH CARE

Cicera Eduarda Almeida de Souza¹

Raylton Aparecido Nascimento Silva²

Fábio José Antônio da Silva³

Nayara Porto Valentim⁴

Caroline Torres de Almeida ⁵

Ingrid Ivonilda Sattler Maia Silva⁶

Jean Carlos Triches⁷

Ana Paula Moura Manzini⁸

Yasmim Xavier Arruda Costa⁹

Ana Yasmin Gomes de Lima¹⁰

Resumo: Introdução: A saúde da mulher tem uma história marcada por um longo processo de construção do SUS. o Programa

-
- 1 Acadêmica de Enfermagem, Faculdade Santa Maria
 - 2 Enfermeiro, Universidade Paulista
 - 3 Licenciatura Plena em Educação Física, Universidade Estadual de Londrina
 - 4 Acadêmica de Enfermagem, Centro Universitário Faesa
 - 5 Acadêmica de Medicina, Centro Universitário Tiradentes
 - 6 Acadêmica de Medicina, Centro Universitário Tiradentes
 - 7 Acadêmico de Medicina, Universidad Franz Tamayo
 - 8 Acadêmica de Medicina, Centro Universitário Tiradentes
 - 9 Acadêmica de Fisioterapia, Universidade Potiguar
 - 10 Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande



de de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), foi uma política pública implantada que tem por intuito a incorporação de serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde feminina em todo território brasileiro. Nessa perspectiva, insere-se a discussão sobre as diferentes fases de vida da mulher que ainda são negligenciados pelos serviços, como o climatério, quando relacionado aos sintomas, essa fase costuma ser acompanhada de muitas mudanças físicas e emocionais. Objetivo: Identificar a importância do diagnóstico precoce do climatério na APS, bem como as medidas de tratamento para minimizar os sintomas deste período. Método: Utilizou-se uma revisão integrativa da literatura, de abordagem descritiva e exploratória, realizada nas bases de dados: SCIELO, BDNF, BRISA e LILACS.

Resultados e Discussões: Observou-se a partir da análise da literatura, que durante a fase de climatério, as mulheres passam por muitos sintomas que causam desconfortos ao seu bem-estar, dessa maneira, foi evidenciado que a Atenção Primária à Saúde, possui um papel imprescindível voltado para a assistência à estas mulheres que envolve a implementação de práticas voltadas para o diagnóstico precoce e do tratamento dos sintomas climatéricos, destes, as consultas realizadas pela equipe multidisciplinar da APS, é um ponto de partida para a assistência à saúde da mulher, atingindo a proposta da PNAISM. Considerações Finais: O diagnóstico precoce e as orientações realizadas pela equipe multidisciplinar são de suma importância para a promoção do bem-estar à mulher. Em contrapartida, ainda é evidente



que muitos profissionais não estão preparados para ofertarem os devidos cuidados às mesmas. Portanto, sugere-se um plano de capacitação de educação permanente para os profissionais que compõem os serviços de atenção primária, especialmente às UBS.

Palavras chaves: Climatério, Atenção Primária em Saúde, Estratégia Saúde da Família.

Abstract: Introduction: Women's health has a history marked by a long process of building the SUS. The Comprehensive Assistance Program for Women's Health (PAISM) was a public policy implemented with the aim of incorporating services for the promotion, prevention, assistance and recovery of women's health throughout Brazil. In this perspective, the discussion about the different phases of a woman's

life that are still neglected by the services is inserted, such as the climacteric, when related to the symptoms, this phase is usually accompanied by many physical and emotional changes. Objective: To identify the importance of early diagnosis of climacteric in PHC, as well as treatment measures to minimize the symptoms of this period. Method: An integrative literature review was used, with a descriptive and exploratory approach, carried out in the following databases: SCIELO, BDNF, BRISA and LILACS. Results and Discussions: It was observed from the analysis of the literature, that during the climacteric phase, women go through many symptoms that cause discomfort to their well-being, in this way, it was evidenced that Primary Health Care has an essential role aimed at assisting these women, which involves the im-



plementation of practices aimed at the early diagnosis and treatment of climacteric symptoms, of these, the consultations carried out by the PHC multidisciplinary team, is a starting point for women's health care , reaching the PNAISM proposal. Final Considerations: Early diagnosis and guidance provided by the multidisciplinary team are of paramount importance for the promotion of women's well-being. On the other hand, it is still evident that many professionals are not prepared to offer the proper care to them. Therefore, a training plan for continuing education is suggested for the professionals who make up the primary care services, especially the UBS.

Keywords: Climacteric, Primary Health Care, Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

A saúde da mulher tem uma história marcada por um longo processo de construção do SUS. o Programa de de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), foi uma política pública implantada que tem por intuito a incorporação de serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde feminina em todo território brasileiro (BANAZESKI et al., 2021; SABÓIA et al., 2021); .

A saúde da mulher, antes incorporada às políticas nacionais de saúde, por volta do século 20, era diretamente relacionada à imagem da mulher com a gestação e do parto, baseada no papel social de reprodutora e cuidadora familiar. A partir disso, o PAISM foi criado em 1984 com a proposta de promover o direito das mulheres aos serviços de saúde, com



uma assistência própria voltada para elas que incluam ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação.

Dessa forma, para pensar no cuidado integral à saúde da mulher, faz-se necessário relacionar outros aspectos incorporados pelo PAISM, e devem ser colocados em práticas pelos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção, especialmente na Atenção Primária à Saúde. Nessa perspectiva, insere-se a discussão sobre as diferentes fases de vida da mulher que ainda são negligenciados pelos serviços, como o climatério.

O climatério é uma fase de transição da mulher, que passa do período reprodutivo para o não reprodutivo, tomando-se brevemente o histórico do climatério nas políticas públicas de saúde da mulher no Brasil, o Ministério da Saúde, lançou em

1999 a Norma de Assistência ao Climatério, voltada para mulheres a partir de 50 anos de idade. Aliada a PAISM, o climatério teve um destaque sobre a saúde feminina, no que tange às ações de consultas, diagnóstico precoce e medidas preventivas e terapêuticas para a mulher.

A palavra climatério tem origem do termo grego que significa klimacter, seu significado se constitui em período crítico. Quando relacionado aos sintomas, essa fase costuma ser acompanhada de muitas mudanças físicas e emocionais, até a chegada da menopausa, dentre os sintomas mais comuns, as mulheres podem sentir ondas de calor, estresse, perda de libido decorrente da redução dos níveis de hormônios femininos, alterações na pele, suores noturnos e insônias, dessa forma, algumas mulheres encaram essa fase como



como um problema de saúde (DE SOUZA et al., 2022; PEREIRA et al., 2016).

Saliente-se que os serviços de saúde, tem função imprescindível para assistência à mulher durante o período de climatério, aliado a isso, a Atenção Primária à Saúde, se caracteriza por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo a fim de diagnosticar o climatério em fase inicial, para que o processo de tratamento e orientação seja realizado pelos profissionais de saúde para propor melhor qualidade de vida e bem-estar as mesmas.

Diante disso, conhecendo a relevância dessa temática, o objetivo deste estudo foi identificar a importância do diagnóstico precoce do climatério na APS, bem como as medidas de tratamento para minimizar os sintomas deste período.

MÉTODOS

Utilizou-se uma revisão integrativa da literatura, de abordagem descritiva e exploratória, onde o intuito foi reunir informações de estudos já publicados sobre a temática. A presente revisão integrativa, foi fundamentada de acordo com a metodologia proposta por Mendes, Silveira, Galvão, (2008), percorrendo as etapas de: 1) escolha do tema e questão de pesquisa, 2) delimitação dos critérios de inclusão e exclusão, 3) extração e limitação das informações dos estudos selecionados, 4) análise dos estudos incluídos na revisão, 5) análise e interpretação dos resultados e 6) apresentação da revisão ou síntese do conhecimento.

Dessa forma, o problema da pesquisa foi reformulado na seguinte pergunta norteadora: qual a importância do diag-



nóstico precoce do climatério na APS?

Para que as respostas fossem alcançadas, dentro dos critérios de elegibilidade, as buscas foram realizadas a partir de um levantamento bibliográfico em bases de dados científicas: Scientific Electronic Online Library (SCIELO), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Banco de Dados Regional de Relatórios de Avaliação de Tecnologias em Saúde das Américas (BRISA) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando-se, nas buscas, os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), por intermédio do operador booleano AND: “Climatério”, “Atenção Primária em Saúde” e “Estratégia Saúde da Família”.

A partir do levantamento bibliográfico, foram incluídos estudos disponíveis na íntegra,

gratuitos e completos, no idioma português e publicados nos últimos 6 anos. Teses, dissertações, estudos duplicados nas bases de dados supracitadas e que não atenderam ao objetivo proposto, foram excluídos.

A partir da delimitação dos estudos, foram encontrados 84 artigos, distribuídos respectivamente em: 37 na SCIELO, 12 na BDENF, 7 na BRISA e 28 na LILACS. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade estabelecidos, este número reduziu para 52, ficando 19 na SCIELO, 14 na BDENF, 3 na BRISA e 16 na LILACS. Mediante a leitura dos títulos e resumos esse número reduziu para 16 e com a leitura na íntegra, foram selecionados 7 artigos para compor a amostra final.

RESULTADOS E DISCUSSÃO



Os artigos que foram selecionados para a amostra, foram organizados no quadro 1, seguindo as estruturas compostas por: títulos, autores, ano de publicação e objetivos, organizados dos anos de publicação mais atual para o mais antigo.

Quadro 1 - Estudos selecionados para análise.

Nº	TÍTULO	AUTOR/ANO	OBJETIVOS
1	A percepção da mulher com relação à consulta do climatério.	SANTOS et al., 2022	Descrever a percepção da consulta de enfermagem no Climatério sob a ótica das mulheres atendidas na Atenção Básica.
2	Conhecimento do Enfermeiro da Atenção Primária à Saúde sobre Sexualidade no Climatério.	ANDRADE et al., 2022	Analisar o conhecimento do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde sobre sexualidade da mulher no climatério e suas interfaces.
3	O olhar do profissional da Atenção Primária sobre o cuidado à mulher climatérica.	LUZ et al., 2021	Discutir a perspectiva de profissionais de saúde sobre o cuidado às mulheres no climatério na Atenção Primária (AP), foi realizada pesquisa-



			intervenção por meio de oficinas com uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf) de uma cidade paulista.
4	Assistência de enfermagem à mulher no climatério e menopausa: estratégia de inclusão na rotina das unidades básicas de	SABÓIA et al., 2021	Expor o valor do enfermeiro no atendimento à população feminina no climatério e menopausa.
5	Relato de experiência de Fisioterapeutas na atenção básica com mulheres no período de menopausa e climatério.	SILVA et al., 2019	O objetivo do presente trabalho é relatar uma experiência de abordagem da Fisioterapia na atenção básica com mulheres no período de menopausa e climatério.
6	Plano de Intervenção para abordagem do Climatério na Atenção Primária em Saúde, no Bairro Maria Cecília, em Londrina - PR.	LUCENA, 2019	Capacitar equipe para fornecer informações acerca dos sinais e sintomas associados à Síndrome Climatérica, suas repercussões e respectivos tratamentos.



7	A saúde da mulher no climatério.	SILVA, 2017	Identificar a atuação dos profissionais na APS, há mulheres no período de climatério.
---	----------------------------------	-------------	---

Fonte: Autores, 2022

Observou-se a partir da análise da literatura, que durante a fase de climatério, as mulheres passam por muitos sintomas que causam desconfortos ao seu bem-estar, dessa maneira, foi evidenciado que a Atenção Primária à Saúde, possui um papel imprescindível voltado para a assistência à estas mulheres que envolve a implementação de práticas voltadas para o diagnóstico precoce e do tratamento dos sintomas climatéricos (ANDRADE et al., 2022).

Aliado a isso, as consultas realizadas pela equipe multidisciplinar da APS, é um ponto de partida para a assistência à saúde da mulher, atingindo a proposta da PNAISM. Nesse contex-

to, as mulheres se sentem mais à vontade e assistidas para relatar sua vivência de acordo com sua percepção e seus sintomas, para assim traçar os cuidados necessários de acordo com cada necessidade (SANTOS et al., 2022).

Em contrapartida, a literatura também evidenciou que na maioria das vezes, quando as mulheres procuravam os serviços de saúde, com queixas relacionadas aos sintomas de climatério, as mesmas eram mal assistidas pelos profissionais que não possuem capacitação adequada para ofertar uma assistência sistematizada, e as mesmas, recebiam outros diagnósticos diversos e, conseqüentemente, tratamento inadequado. Partindo desse



ponto, para que o climatério seja diagnosticado em sua fase inicial, torna-se imprescindível o desenvolvimento de um programa de educação continuada, junto com a capacitação para os profissionais que compõem a unidade de saúde (LUCENA, 2019; SILVA, 2017).

Em paralelo a isso, devem ser agendadas consultas com o público alvo desta faixa etária, que são mulheres com idades igual ou superior a 50 anos, a fim de rastrear sintomas sugestivos do climatério, proporcionando uma escuta qualificada, orientações acerca da adesão de hábitos saudáveis, atividades físicas e orientações sobre os tratamentos disponíveis para a redução dos efeitos sintomáticos (SABÓIA et al., 2021).

A escuta qualificada é imprescindível nesse momento, pois o apoio psicológico é im-

portante para o acolhimento da mulher na unidade. No que tange a apresentação dos sintomas evidenciados pelas mesmas, o profissional de saúde pode apresentar métodos de tratamentos como a reposição hormonal, na terapia com estrogênio e progesterona.

Além disso, o profissional de fisioterapia também pode estar atuando no processo de tratamento coletivo, para a promoção e prevenção da saúde de mulheres nessa fase da vida, trabalhando o fortalecimento do assoalho pélvico para melhorar a vida sexual, promover exercícios de pilates e exercícios de kegel (SILVA et al., 2019).

Para que haja a maior efetividade possível, a consulta é realizada às mulheres na faixa etária a partir de 50 anos e deve ser executada com orientações para as mulheres sobre as mudanças que irão acontecer no seu



corpo, como alterações no ciclo menstrual, aumento de massa gorda, sudorese noturna, ondas de calor e irritações. Mediante as informações repassadas as mulheres podem passar por essa fase conhecendo todos os efeitos que ela pode causar (SABÓIA et al., 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou a importância dos profissionais de saúde na Atenção Primária, para a realização do diagnóstico precoce do climatério, bem como, na assistência à saúde da mulher durante esse período. O diagnóstico precoce e as orientações realizadas pela equipe multidisciplinar são de suma importância para a promoção do bem-estar à mulher. Em contrapartida, ainda é evidente que muitos profissionais não estão preparados para

ofertarem os devidos cuidados às mesmas. Portanto, sugere-se um plano de capacitação de educação permanente para os profissionais que compõem os serviços de atenção primária, especialmente às UBS.

REFERÊNCIAS:

ANDRADE, Ângela Roberta Lessa et al. Conhecimento do Enfermeiro da Atenção Primária à Saúde sobre Sexualidade no Climatério. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 3, p. e10011326244-e10011326244, 2022.

BANAZESKI, Ana Claudia et al. PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE A ATENÇÃO AO CLIMATÉRIO* NURSES' PERCEPTIONS ABOUT CLIMATERIC CARE* PERCEPCIONES DE LOS ENFERMEROS



SOBRE LA ATENCIÓN AL CLIMATERIO. J Nurs UFPE online, v. 15, p. e245748, 2021.

DE SOUZA, Cicera Eduarda Almeida et al. CLIMATE AND MENOPAUSE: NURSING ASSISTANCE FOR WOMEN IN PRIMARY HEALTH CARE. Health and Society, v. 2, n. 01, 2022.

LUCENA, Francisco Vinicius Gomes De. Plano de Intervenção para abordagem do Climatério na Atenção Primária em Saúde, no Bairro Maria Cecília, em Londrina-PR, 2019.

LUZ, Milene Mori Ferreira; FRUTUOSO, Maria Fernanda Petrolí. O olhar do profissional da Atenção Primária sobre o cuidado à mulher climatérica. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 25, 2021.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de atenção à mulher no climatério/ menopausa. Brasília, DF; 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf

MACIEL, Josielen Barroso Leal et al. Vivência e concepção da mulher acerca do climatério: Uma revisão bibliográfica. Research, Society and Development, v. 10, n. 6, p. e9710615557-e9710615557, 2021.

PEREIRA, Angela Bete Severino et al. Atenção ao climatério realizada por profissionais da estratégia saúde da família [Care by family health strategy personnel during the climacteric]. Revista Enfermagem UERJ, v. 24, n. 1, p.



13122, 2016.

SILVA, José Felipe Costa et al.
Relato de experiência de Fisioterapeutas na atenção básica com mulheres no período de menopausa e climatério. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 24, p. e883-e883, 2019.

SABÓIA, Bruna Aguiar et al.
Assistência de enfermagem à mulher no climatério e menopausa: estratégia de inclusão na rotina das unidades básicas de saúde. Scire Salutis, v. 11, n. 3, p. 80-89, 2021.

SANTOS, Carmem Lúcia et al.
A percepção da mulher com relação à consulta do climatério. Nursing (São Paulo), v. 25, n. 285, p. 7204-7221, 2022.



**BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA ASSIS-
TÊNCIA AO PACIENTE COM DRENO DE TÓRAX**

**GOOD NURSING PRACTICES IN ASSISTANCE TO
PATIENTS WITH CHEST DRAINAGE**

Andressa Ferreira Barros¹

Wanderson Alves Ribeiro²

Larissa Christiny Amorim dos Santos³

Andressa Campolino Sobral⁴

Giovanna Alhan de Oliveira⁵

Camilla Mello Araujo⁶

Miriam Maria Ferreira Guedes⁷

Enimar de Paula⁸

Daiana Silva Lima⁹

Kemely de Castro¹⁰

Pedro Oscar Lopes Salvati¹¹

-
- 1 Universidade Iguazu
 - 2 Universidade Iguazu
 - 3 Universidade Iguazu
 - 4 Universidade Iguazu
 - 5 Universidade Iguazu
 - 6 Universidade Iguazu
 - 7 Universidade Iguazu
 - 8 Universidade Iguazu
 - 9 Universidade Iguazu
 - 10 Universidade Iguazu
 - 11 Universidade Iguazu



Resumo: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa que, objetivou em descrever as boas práticas de enfermagem na assistência ao paciente com dreno de tórax. A intervenção cirúrgica caracteriza-se como um procedimento invasivo, que pode ocasionar traumas. A ferida cirúrgica se caracteriza pela sutura das bordas do tecido a partir de uma incisão profunda, mecânica e intencional. Devido a sua complexidade, em muitos casos há a necessidade de dispositivos que auxiliem na saída de líquidos e gases oriundos deste processo. Nesses casos, o uso do dreno que é inserido durante o procedimento, se torna eficaz e seu manuseio fica sob responsabilidade da equipe de enfermagem que, precisa utilizar as boas práticas, frente as necessidades do paciente. Os dados foram coletados em base de

dados virtuais. Para tal utilizou-se a BVS, na seguinte base de informação: LILACS; BDNF e Google Acadêmico no período de janeiro a fevereiro de 2022. Para seleção da amostra, houve recorte temporal de 2017 a 2021. Após a associação de todos os descritores foram encontrados 80 artigos, excluídos 66 e selecionados 14 artigos. Posterior à leitura reflexiva emergiram duas categorias: Complicações relacionadas ao dreno torácico e Cuidados de Enfermagem com o dreno torácico. Concluiu-se que a assistência é de fundamental importância, visto que o profissional de enfermagem atua em todos os períodos de atendimento a desde o período pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. Assim, os profissionais de enfermagem que atuam nessa área devem estar em constante atualização profissional, ter bom conhecimento



sobre os processos envolvidos na execução da técnica de drenagem torácica e da mecânica ventilatória, prestando assistência de qualidade e prevenindo o surgimento de agravos.

Palavras-Chave: Cuidados de Enfermagem; Drenagem; Procedimentos Cirúrgicos Torácicos.

Abstract: This is a bibliographic research with a qualitative approach that aimed to describe good nursing practices in patient care with chest drain. Surgical intervention is characterized as an invasive procedure, which can cause trauma. The surgical wound is characterized by suturing the edges of the tissue from a deep, mechanical and intentional incision. Due to its complexity, in many cases there is a need for devices that assist in the exit of liquids and gases from this pro-

cess. In these cases, the use of the drain that is inserted during the procedure becomes effective and its handling is under the responsibility of the nursing team, which needs to use good practices, in view of the patient's needs. Data were collected in a virtual database. For this purpose, the VHL was used, in the following information base: LILACS; BDEF and Google Scholar from January to February 2022. For sample selection, there was a time frame from 2017 to 2021. After associating all descriptors, 80 articles were found, 66 were excluded and 14 articles were selected. After the reflective reading, two categories emerged: Complications related to the chest tube and Nursing Care with the chest tube. It was concluded that assistance is of fundamental importance, since the nursing professional works in all periods of care from



the preoperative, intraoperative and postoperative periods. Thus, nursing professionals working in this area must be in constant professional updating, have good knowledge of the processes involved in performing the chest drainage technique and ventilatory mechanics, providing quality care and preventing the emergence of diseases.

Keywords: Nursing Care; Drainage; Thoracic Surgical Procedures.

INTRODUÇÃO

A intervenção cirúrgica caracteriza-se como um procedimento invasivo, que pode ocasionar traumas. A ferida cirúrgica se caracteriza pela sutura das bordas do tecido a partir de uma incisão profunda, mecânica e intencional. Devido a sua com-

plexidade, em muitos casos há a necessidade de dispositivos que auxiliem na saída de líquidos e gases oriundos deste processo. Nesses casos, o uso do dreno que é inserido durante o procedimento, se torna eficaz e seu manuseio fica sob responsabilidade da equipe de enfermagem que, precisa utilizar as boas práticas, frente as necessidades do paciente (PETERNUSSO; KRIEGER, 2016; OLIVEIRA et al., 2020)

As boas práticas de Enfermagem constituem-se pela busca por ações que garantam que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem. Assim, o Processo de Enfermagem reforça o escopo da enfermagem, com resultados positivos no que se refere à redução de danos, menor permanência no ambiente hospitalar, cuidado seguro, prática clínica segura ali-



cerçada no conhecimento científico e resultados que fortalecem a profissão e sua proposta de cuidado integrado, expandido e complexo (ALBUQUERQUE LINS et al., 2022).

Para promover uma assistência de qualidade ao paciente cirúrgico é necessária a participação de toda equipe multiprofissional. Estabelecer um vínculo de comunicação eficaz é fundamental para construir parcerias em prol de uma assistência perioperatória (período que engloba as fases do processo operatório, entendida como pré-operatória, transoperatória e pós-operatória) mais qualificada e segura, reduzindo assim a ocorrência de erros durante os processos assistenciais (JOST et al., 2018) e este estudo se limitara na abordagem ao dreno de tórax.

Os drenos de tórax correspondem a dispositivos invasi-

vos utilizados para restabelecimento e manutenção da pressão negativa do espaço pleural, recuperando a função cardiopulmonar e estabilidade hemodinâmica. São utilizados com a finalidade de retirada de algum líquido sanguinolento, purulento, seroso ou para a remoção de ar (HASSELMANN et al., 2021).

A utilização de drenos torácicos refere-se à terapêutica empregada em casos de pós-operatórios de grandes cirurgias, traumas de tórax de origens variadas, tais como, derrame pleural, empem, hemotórax, pneumotórax, sangramento, falha mecânica, edema. A colocação deste tipo de dispositivo tem como finalidade a retirada de fluidos, ar, sangue e secreção, por isso os cuidados com os drenos de tórax são de extrema relevância (HASSELMANN et al., 2021).



Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a utilização de drenos torácicos refere-se à terapêutica empregada em casos de pós-operatórios de grandes cirurgias. A colocação deste tipo de dispositivo tem como finalidade a retirada de fluidos, ar, sangue e secreção, por isso os cuidados com os drenos de tórax são de extrema relevância (OLIVEIRA et al., 2020; TANAKA et al., 2021).

A Inserção de dreno de tórax é uma abordagem médica, contudo, muitos aspectos do cuidado com drenos são responsabilidades da equipe de enfermagem. O parecer da Câmara Técnica nº001/2016/CTLN/COFEN ressalta a capacidade técnica do Enfermeiro para o manuseio de drenos e prevê como prática avançada de enfermagem a manipulação e retirada de dreno pleural tubular (COFEN, 2016).

Embora compreenda-se

que a inserção do dreno de tórax é de responsabilidade de outro profissional da saúde, a equipe de enfermagem é a principal responsável pelo manejo desse dispositivo em clientes durante o pós-operatório imediato e tardio, devendo, portanto, buscar a redução de complicações associadas à utilização deste (ALMEIRA et al., 2018).

Hasselmann et al., (2021) refere que o uso de dreno de tórax pode levar a complicações, tais como, infecção, desposicionamento do dreno, retirada acidental, obstrução, sangramento, exteriorização entre outros, que podem gerar um aumento no tempo de hospitalização, morbidade, mortalidade. Os autores ainda apresentam que as principais complicações relacionadas ao uso do dreno de tórax são obstrução do sistema (58%), seguido de enfisema (6%), in-



fecção Peri-dreno, deslocamento acidental do dreno e pneumotórax (1%).

Por ser um procedimento invasivo, o sistema de inserção, manutenção e retirada do dreno de tórax, requer capacitação, boas práticas e atenção para a profilaxia de agravos. A incorreta manipulação do dreno de tórax pode acarretar em uma série de complicações que podem resultar em aumento da morbidade, prolongamento da hospitalização e, em alguns casos, a morte (COREN-SP, 2011).

As boas práticas em enfermagem podem ser consideradas como o conjunto de técnicas, processos e atividades que são entendidas como as melhores disponíveis para realizar uma determinada tarefa, guardando consistência com valores, objetivos e evidências da promoção da saúde e possuindo entendimen-

to do ambiente no qual são desenvolvidas (BRANDÃO et al., 2018).

A Enfermagem brasileira, além de administrar serviços de saúde e executar técnicas e procedimentos, consolida-se como ciência, no século atual, por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pela qual compete ao Enfermeiro a atenção à saúde, tomada de decisões, administração e gerenciamento, perfil de comunicação e liderança e educação permanente (COREN-BA, 2016).

Tendo em vista o caráter científico das práticas de Enfermagem pressupostas pela SAE, o presente artigo objetiva apresentar as atribuições da enfermagem nos cuidados voltados ao paciente com dreno de tórax visando a qualidade do cuidado assistencial e a prevenção de complicações. O trabalho justifica-se, portan-



to, pelo fortalecimento da Assistência da Enfermagem como ciência, visa também descrever as complicações relacionadas ao dreno torácico e ainda, copilar os cuidados de enfermagem com dreno torácico, com ênfase nas boas práticas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa. Cabe ressaltar que a pesquisa bibliográfica que é desenvolvida com auxílio de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Contudo em grande parte dos estudos seja exigido algum tipo de trabalho deste gênero, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas (GIL, 2008).

Em relação ao método qualitativo, Minayo (2013), dis-

corre que é o processo aplicado ao estudo da biografia, das representações e classificações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, edificam seus componentes e a si mesmos, sentem e pensam.

Os dados foram coletados em base de dados virtuais. Para tal utilizou-se a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na seguinte base de informação: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Google Acadêmico no período de janeiro a fevereiro de 2022.

Optou-se pelos seguintes descritores: Cuidados de Enfermagem AND Drenagem AND Procedimentos Cirúrgicos Torácicos que se encontram nos Descritores em Ciência da Saúde (DECS). Após o cruzamento dos descritores com a palavra-chave,



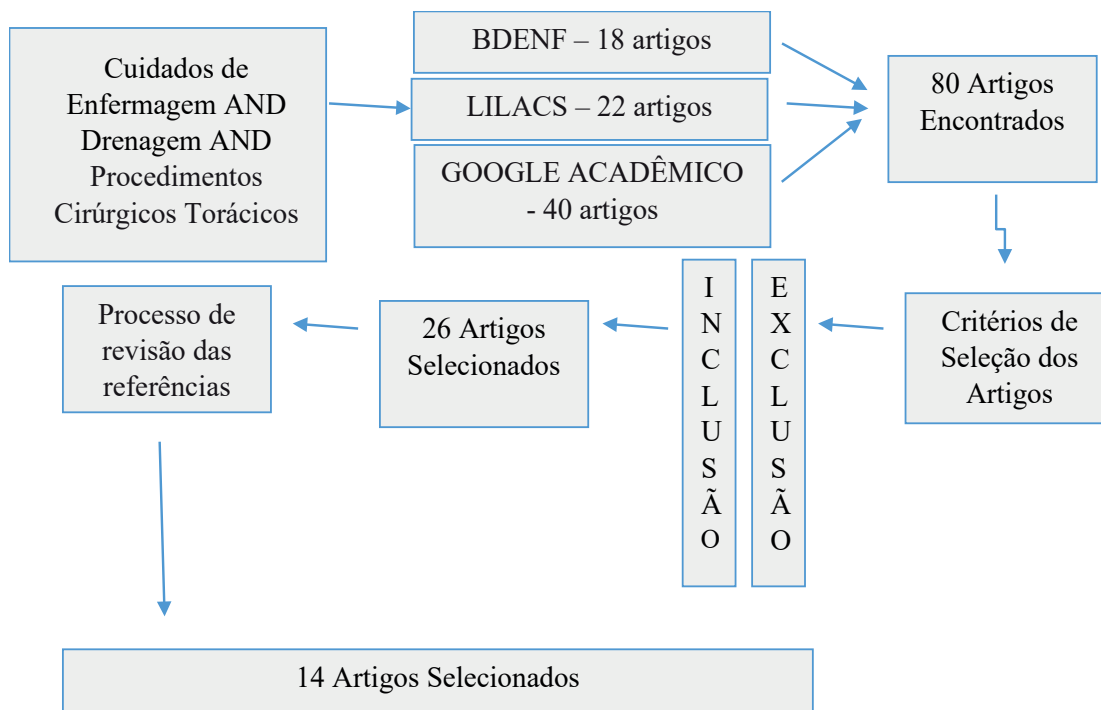
utilizando o operador booleano AND, foi verificado o quantitativo de textos que atendessem às demandas do estudo.

Para seleção da amostra, houve recorte temporal de 2017 a 2021, pois o estudo tentou capturar todas as produções publicadas nos últimos 05 anos. Como critérios de inclusão foram utilizados: ser artigo científico, estar disponível online, em português, na íntegra gratuitamente e versar

sobre a temática pesquisada.

Cabe mencionar que os textos em língua estrangeira foram excluídos devido o interesse em embasar o estudo com dados do panorama brasileiro e os textos incompletos, para oferecer melhor compreensão através da leitura de textos na íntegra.

Após a associação de todos os descritores foram encontrados 80 artigos, excluídos 66 e selecionados 14 artigos.



Fonte: Produção do autor (2022).



DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Finalizado esse percurso de busca, realizou-se a leitura dos resumos e os que apresentavam relevância para subsidiar a discussão do tema foram selecionados e lidos na íntegra.

A partir dessa leitura preliminar, foram selecionados 14 artigos que mantinham coerência com os descritores acima apresentados e com os objetivos do estudo.

Posterior à leitura reflexiva emergiram duas categorias: Complicações relacionadas ao dreno torácico e Cuidados de Enfermagem com o dreno torácico.

Complicações relacionadas ao dreno torácico

O trauma torácico é responsável por 25% de todos os

óbitos, primariamente devido ao comprometimento das vias aéreas e da ventilação. A ventilação pode estar alterada por lesões torácicas isoladas ou associadas, como hemotórax, pneumotórax, contusão pulmonar, fraturas de arcos costais e lesões de vasos intercostais (TANAKA et al., 2021; CAVALCANTI et al., 2021).

As complicações, quando ocorrem, podem ser originadas por dois fatores: técnico, por desconhecimento da anatomia torácica, treinamento inadequado, falta de experiência ou deficiência de supervisão, quando realizado por médico em treinamento, e/ou infeccioso, quando o procedimento é realizado em ambiente inapropriado ou sem cuidados de assepsia e antisepsia (CARDOSO et al., 2019). Complicações por exemplo:

Hemotórax: Ocorre em 5 a 30% dos pacientes com trau-



ma torácico sendo o principal fator de risco para o desenvolvimento de empiema. Quando não tratado pode resultar em fibrotórax, encarceramento pulmonar e redução da função pulmonar. Quando a drenagem inicial não é eficiente, observa-se a persistência de coágulos na cavidade pleural após 24 horas da drenagem (ALMEIDA et al., 2018; CAVALCANTI et al., 2021).

Pneumotórax: Sua causa principal são procedimentos invasivos, tais como toracocentese, bloqueio intercostais além da ventilação mecânica com uso de pressão positiva. Complicações infecciosas: São raras e provavelmente podem ser prevenidas com uma técnica de degermação adequada, uso de materiais estéreis e uso de máscara facial pelo médico que realizará o procedimento (OLIVEIRA et al., 2020; TANAKA et al., 2021).

Quando analisadas as atividades que abordam os sinais e sintomas de pneumotórax, a monitorização da ocorrência destes foi considerada mais importante que a supervisão da resolução. Tal fato pode influenciar na frequência de realização das atividades na prática, uma vez que os enfermeiros realizam tal monitorização, mas, ainda, existe incipiência na avaliação do resultado da intervenção. Acredita-se que a inclusão na intervenção desses sinais e sintomas poderia oferecer mais segurança para o enfermeiro, uma vez que se suspeitaria da ocorrência desse agravo (TANAKA et al., 2021; OLIVEIRA et al., 2021).

Sangramentos: Podem ocorrer sangramentos graves decorrentes de laceração vascular durante a toracocentese. Essa complicação, na maior parte das vezes, pode ser evitada realizan-



do a punção na borda superior do arco costal inferior. O uso da ultrassonografia com doppler pode auxiliar a identificação do feixe vaso-nervoso (CAVALCANTI et al., 2021)

Além de todos citados acima, pode ocorrer, hemorragias, lesões no baço, fígado, coarção, diâgrama, dispneia, hematomas, ansiedade, tosse (com ou sem escarro), obstrução do dreno, deslocamento do dreno e perfuração da membrana pleural. Por esses motivos que os cuidados com os pacientes com dreno torácico devem ter atenção redobrada, cuidado na hora de manusear o paciente e na limpeza do curativo, evitar puxar pois pode lesionar e causar uma infecção (COSTA et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2020).

Cuidados de Enfermagem com o dreno torácico na ótica do en-

fermeiro

A importância da correta manipulação do dreno caracteriza-se por intervenções de enfermagem como manter o frasco de drenagem abaixo do nível do tórax, clampar os drenos quando estiverem acima do nível do tórax e mantê-los dessa maneira no menor tempo possível, manter o sistema de drenagem no nível vertical, higienizar as mãos antes e após inserção do dreno, realizar troca do curativo a cada 24 horas ou quando necessário, monitorar sinais e sintomas de pneumotórax, realizar a limpeza ao redor do dreno com solução fisiológica a 0,9%, utilizar gaze com soro, secar e ao redor realizar a limpeza com álcool a 70%, utilizar clampes não traumáticos, monitorar através da radiografia o posicionamento do dreno, tem-



po de troca dos frascos de drenagem torácica e trocar os frascos de sistema de drenagem sempre que necessário; realizar ordenha quando indicado orientar o paciente e a família sobre a necessidade de cuidados com o dreno; evitar a oclusão do frasco. Em relação à ordenha e à utilização de clampes ainda há uma escassez de pesquisas, demonstrando se pode ou não ser realizada (HASSELMANN, 2021; CAVALCANTI et al., 2021).

Presumindo o parecer da câmara técnica N° 001/2016 CTLN/COFEN, cabe ao enfermeiro adotar medidas de prevenção e oferecer orientação à equipe de enfermagem e os familiares nos cuidados na manutenção dos drenos torácicos. Acrescenta-se também que o profissional enfermeiro possui conhecimento para a retirada de drenos torácicos em drenagem estabilizada e sob

prescrição médica, identificando desta maneira, que a ação profissional deve ser pautada pela Sistematização de Assistência a Enfermagem (SAE) e enriquecida por protocolo institucional (ALMEIDA et al., 2018; CAVALCANTI et al., 2021).

Perante aos parâmetros gerais de cuidado ao cliente pela equipe de enfermagem destaca-se, portanto, o papel fundamental do enfermeiro na consolidação da assistência direta e indireta ao paciente nos três níveis da assistência, com intuito de prever evitar as principais complicações clínicas no uso de drenos torácicos. As complicações imediatas mais comuns na drenagem são: Posicionamento inadequado do dreno deixando-o não funcionando e sangramento, que podem ocorrer decorrentes de lacerações vasculares (TANAKA et al., 2021).



Estas complicações podem ser evitadas com a realização técnica adequada. Outros cuidados gerais compreendem, confirmar se o dreno está livre de tração ou pinçamento, data e hora da troca da água destilada no frasco coletor, marcação da altura da água destilada (2cm) no selo d'água, posição do frasco coletor em relação ao piso/fixado na cama ou suporte, bem como nível do tórax (OLIVEIRA et al., 2021).

No que se refere à resposta do paciente ao uso do dreno, o instrumento permite confirmar orientação quanto ao uso, presença de dor e o padrão respiratório. Tal instrumento permite sistematizar a assistência de enfermagem, nos cuidados relativos a pacientes críticos que utilizam o dreno torácico. Ademais, para além do uso adequado do instrumento, o registro em prontuário

pode indicar se a assistência de enfermagem foi prestada de forma segura ao paciente (HASSELMANN, 2021; CAVALCANTI et al., 2021).

Fica claro que que observa aspecto e qualidade de drenagem, manter uma boa fixação do dreno, manter o frasco abaixo do nível do tórax, manter cabeceira elevado são uns dos cuidados de enfermagem prioritários para manter boas práticas de enfermagem na assistência ao paciente com dreno de tórax. Em suma, as maiores recomendações para os cuidados são: Cuidados gerais com o dreno de tórax, no transporte e cuidados ao retirar o dreno (TANAKA et al., 2021).

Através de programas implantados para a melhoria da qualidade de vida do paciente, temos diversas manobras que podem ser utilizadas para o processo de cuidados com o pacien-



te que possui um dreno torácico, como por exemplo a reabilitação pulmonar com a fisioterapia respiratória, analgesia para ajudar no controle da dor desse paciente entre outras (OLIVEIRA et al., 2020).

Acerca da limpeza, a maior parte dos estudos aborda sobre essa prática e que a mesma deve ser realizada por meio de técnica asséptica, com gaze, limpeza no primeiro momento com soro fisiológico a 0,9% e, após, álcool a 70%. Entretanto, no sistema de padronização Nursing Interventions Classification (NIC), essa limpeza deve ocorrer ao redor do local da inserção do dreno, seguindo o protocolo da instituição (ALMEIDA et al., 2018; COSTA et al., 2019; CAVALCANTI et al., 2021).

Logo, pode ocorrer mudanças de método ou de usos de materiais de uma instituição

para outra, permitindo assim uma diferenciação na técnica. A Troca de curativo deve ser realizada pela equipe de Enfermagem avaliando sua frequência e seu aspecto, ressaltando que a troca deve ocorrer de 24 a 48 horas após a inserção do dreno. Enquanto tem-se na Nursing Interventions Classification (NIC) que a troca deve ocorrer de 24 até 72 horas após a inserção do dreno ou quando houver a necessidade, conforme o protocolo institucional.

O posicionamento do paciente deve ser observado durante a permanência do dreno além dos cuidados com clampers. Dependendo da posição pode ocorrer a mudança de pressão prejudicando a função do dispositivo. A equipe de enfermagem deve ficar em alerta quanto a posição, além de promover um maior conforto ao paciente (OLI-



VEIRA et al., 2020)

Sobre a intervenção remoção do dispositivo o parecer 001/2016 do COFEN, afirma que enfermeiro está apto para a remoção do dispositivo de drenagem mesmo sendo uma prática exercida muitas vezes por outro profissional (ALMEIDA et al., 2018; RIBEIRO et al., 2019).

Para se obter uma prática segura e correta, se faz necessário a organização de guia de auxílio para retirada de tal dispositivo destacando um passo a passo desse dispositivo atentando se desde a posição mais confortável possível do paciente até a forma estéril da oclusão da lesão cirúrgica (RIBEIRO et al., 2019; COSTA et al., 2019).

As consequências do manuseio inadequado do dreno torácico podem ser graves, até mesmo fatais, entretanto, não há consenso a respeito da padroni-

zação dos cuidados necessários, o que motivou o desenvolvimento do presente estudo. O manejo com o dreno torácico é baseado em protocolos institucionais, políticas individuais com variação entre os profissionais (PANTOJA et al., 2021).

Devido à ausência de padronização em relação ao manejo com dreno torácico, há muitas variações em relação a prática clínica. Foi identificado que o enfermeiro é o principal agente na tomada de decisão em relação a substituição e manipulação do dreno torácico, assim como a monitoração da quantidade e aspecto da drenagem (CAVALCANTI et al., 2021).

A inserção e manejo imediato dos drenos de tórax configura-se competência médica, contudo o enfermeiro é o principal profissional responsável pelos cuidados pós inserção, cabendo



a ele a realização das trocas do sistema de drenagem; aferição de débito drenado curativos; ordenha, transporte do paciente e retirada do dreno, desde que prescrito por médico (RIBEIRO et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2021).

Cabe mencionar ainda que, é dever do enfermeiro, também, capacitar a equipe técnica no auxílio aos cuidados com drenos de tórax: troca de selo de água, aferição do débito e curativo, sobre base teórica da SAE com vistas à segurança do cliente. Nesse sentido, a abordagem do técnico de enfermagem frente aos cuidados com drenos fica restrita ao quadro clínico do paciente, ao protocolo institucional e a necessidade do setor. Nos casos não amparados pelo conselho/protocolo institucional, o técnico fica responsável por auxiliar e prestar assistência de

baixa complexidade e cuidados assistidos ao paciente de média complexidade (ALMEIDA et al., 2018; COSTA et al., 2019).

CONCLUSÃO

Concluiu-se que a assistência é de fundamental importância, visto que o profissional de enfermagem atua em todos os períodos de atendimento a desde o período pré-operatório, transoperatório e pós-operatório.

Assim, os profissionais de enfermagem que atuam nessa área devem estar em constante atualização profissional, ter bom conhecimento sobre os processos envolvidos na execução da técnica de drenagem torácica e da mecânica ventilatória, prestando assistência de qualidade e prevenindo o surgimento de agravos.

Sugere-se que novos estudos sobre o tema sejam rea-



lizados para melhor evidenciar a atuação dos profissionais de enfermagem em todos os estágios de atendimento de pacientes com dreno torácico. Estudos que avaliem o nível de conhecimento sobre as técnicas de drenagem torácica existentes, pois a presente pesquisa observou que são escassas as publicações que evidenciem o papel do enfermeiro e suas intervenções durante esse procedimento.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE LINS, Rodrigo et al. Boas práticas executadas pela enfermagem ao paciente submetido a revascularização miocárdica. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 2, p. e43611225920-e43611225920, 2022.

ALMEIDA, Raquel Constantino

et al. Intervenção de enfermagem: cuidados com dreno torácico em adultos no pós-operatório. *Rev Rene*, v. 19, p. 1-8, 2018.

BRANDÃO, M. A. G; BARROS, A. L. B. L. D; CANIÇALI, C; BISPO, G. S. LOPES, R. O. P. Teorias de enfermagem na ampliação conceitual de boas práticas de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2019, 72: 577-581. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/3brMK-jSs5RzRq8Hf9JNy4Cn/?lang=pt&format=pdf>. [Acesso em: 26 jan. 2022].

CARDOSO, Iana Bruna Parente; MARINHO, Daliane Ferreira. Tecnologia educativa para o autocuidado de pacientes submetidos ao dreno torácico. *Revista de Atenção à Saúde*, v. 17, n. 61, 2019.



CAVALCANTI, K. S; OLIVEIRA BACHINI, L. C; SEMCZYSZM, P. T; LIMA SOARES, S. C. Cuidados de enfermagem no manuseio de drenos de tórax na profilaxia de agravos. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 11, p. 107730-107743, 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/40068>. [Acesso em: 26 jan. 2022].

CAVALCANTI, Karolayne Soares et al. Cuidados de enfermagem no manuseio de drenos de tórax na profilaxia de agravos. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 11, p. 107730-107743, 2021.

CECÍLIA ARAÚJO MENDES¹; ELCIO SHIYOITI HIRANO. Fatores preditores de complicações da drenagem de tórax em pacientes vítimas de trauma. TCBC-SP.

<https://www.scielo.br/j/rcbc/a/xDg65t8G8HfNShHFv4t8mm-N/?format=pdf&lang=pt>

COFEN. Atribuições do enfermeiro na retirada do dreno pleural tubular. Parecer de câmara técnica nº 001/2016/ctln.2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-no-0012016-cofen-ctln_38023.html [Acesso em: 26 jan. 2022].

COREN/ SP - <https://portal.cofen-sp.gov.br/sites/default/files/dreno-de-torax.pdf>

COREN-BA.SAE-um guia para a prática.2016. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/wpcontent/uploads/2016/07/GUIA_PRATICO_148X210_COREN.pdf [Acesso em: 26 jan. 2022].

COREN-SP. Boas Práticas- Dre-



- no de Tórax , 2011. Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/dreno-de-torax.pdf>> [Acesso em: 26 jan. 2022].
- COSTA, Vitória Régia Rêgo et al. METODOLOGIA ATIVA EM DRENAGEM TORÁCICA: RELATO DA EXPERIÊNCIA EM GRUPO DE ESTUDO DE ENFERMAGEM. Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC), v. 4, n. 1, 2019.
- GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo. Ed. Atlas, 2008.
- HASSELMANN, Barbara Nino Ornellas et al. Boas práticas de enfermagem na utilização de dreno de tórax: revisão integrativa. Global Academic Nursing Journal, v. 2, n. Sup. 2, p. e173-e173, 2021.
- JOST, M. T; VIEGAS, K; CARIGNATO, R. C. A. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória na segurança do paciente: revisão integrativa. Rev. SOBECC, p. 218-225, 2018. Disponível em: <https://search.bvsalud.org/portal/resource/en/biblio-967933> [Acesso em: 26 jan. 2022].
- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo, SP: Editora Hucitec, 2013.
- OLIVEIRA, C. Z. D.; QUEIROZ, D. T.; SANTOS, Z. M. de S. A.; PENAFORTE, K. L.; FARIAS MOTA, J. V.; MOTA, F. G. de A.; ROCHA, T. M.; NETO, M. D. M. Assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: revisão integrativa a partir



do conhecimento do enfermeiro. *Conjecturas*, [S. l.], v. 21, n. 7, p. 433–449, 2021. DOI: 10.53660/CONJ-437-506. Disponível em: <http://www.conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/437>. [Acesso em: 26 jan. 2022].

OLIVEIRA, Camilla Zayra Damasceno et al. Assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: revisão integrativa a partir do conhecimento do enfermeiro. *Conjecturas*, v. 21, n. 7, p. 433-449, 2021.

OLIVEIRA, TGS; CARMO, TG do; TEODORO, LCL; TINOCO, J. de MVP; FLORES, PVP Intervenções de enfermagem com drenos no perioperatório: uma revisão integrativa. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, [S. l.], v. 9, n. 7, pág. e206974048, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i7.4048. Dispo-

nível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4048>. Acesso em: 18 fev. 2022.

PANTOJA, Gessica Kelem Carvalho et al. Drenos torácicos mal posicionados diagnosticados por exame de imagem. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 4, p. e27410414135-e27410414135, 2021.

PETERNUSSO, M; KRIEGER, D. Manual da saúde para manuseio de sondas, drenos e cateteres. (14.ed.). São Paulo: Yends. 2016.

REINALDO, Luis. Drenagem de tórax em pacientes com COVID-19. *Jornal de ciências da saúde*, p.19, 2021.

RIBEIRO, Elaine. Utilização de metodologia ativa no ensino da assistência de enfermagem em



pacientes com drenos torácicos, cerebral e abdominais: relato de caso. In: Congresso Científico da Faculdade de Enfermagem da UNICAMP. 2018.

Rocha et al. Cartilha de orientações sobre cuidados em Sala de Recuperação Pós-Anestésica. 2021.

RIBEIRO, Elaine. Utilização de metodologia ativa no ensino da assistência de enfermagem em pacientes com drenos torácicos, cerebral e abdominais: relato de caso. In: Congresso Científico da Faculdade de Enfermagem da UNICAMP. 2018.

RODRIGUES, Bárbara Soares. Conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre manejo de dreno torácico por meio da simulação realística. 2018. 65 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem)—Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

TANAKA, Ana Karina Silva da





HEALTH & SOCIETY



Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA