

# *In Focus 3*

*Coletânea de Iniciação Científica da Área de  
Ciências Biológicas e da Saúde da  
Universidade de Marília*

© 2012 by Autor(a)

**CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO-NA-FONTE**  
**SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ**

F672

In focus 3 : coletânea de Iniciação Científica da área de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade de Marília / Walkiria Martinez Heinrich Ferrer (org.).

- São Paulo : Arte & Ciência ; Marília, SP : Editora UNIMAR, 2012.

264p. : il. ; 21 cm

Inclui bibliografia e índice

ISBN 978-85-61165-90-1

1. Universidade de Marília. 2. Pesquisa - Marília (SP) 3. Ciências Médicas - Pesquisa - Metodologia. I. Ferrer, Walkiria Martinez Heinrich. II. Universidade de Marília.

12-7038.

CDD: 378.1

CDU: 378

27.09.12 09.10.12

039331

Proibida toda e qualquer reprodução desta edição por qualquer meio ou forma, seja ela eletrônica ou mecânica, fotocópia, gravação ou qualquer meio de reprodução, sem permissão expressa do editor. Todos os direitos desta edição, em língua portuguesa, reservados à Editora Arte & Ciência



**Editora Arte & Ciência**

**LDE-Livraria, Distribuidora e Editora LTDA. EPP**

Av. Paulista, 2200 - Consolação - 16º andar

São Paulo - SP - CEP 01310-300

Tel.: (011) 3258-3153

E-mail: editora@arteciencia.com.br

www.arteciencia.com.br

**Editora UNIMAR**

Av. Higyno Muzzi Filho, 1001

Campus Universitário - Marília - SP

Cep 17.525-902 - Fone (14) 2105-4000

www.unimar.com.br

# *In Focus 3*

*Coletânea de Iniciação Científica da Área de  
Ciências Biológicas e da Saúde da*

*Universidade de Marília*

Walkiria Martinez Heinrich Ferrer  
Organizadora



2012

***Direção Geral***

Henrique Villibor Flory

***Supervisão de Editoração***

Benedita Aparecida Camargo

***Diagramação***

Rodrigo Silva Rojas

***Capa***

Rodrigo Silva Rojas

***Revisão***

Letizia Zini Antunes

***Conselho Editorial Acadêmico******Coordenação Geral***

Suely Fadul Villibor Flory

Ana Gracinda Queluz – UNICSUL

Anamaria Fadul – USP/UMESP

Antonio Celso Ferreira – UNESP

Arilda Ribeiro – UNESP

Antonio Hohlfeldth – PUC-RS

Antonio Manoel dos Santos Silva – UNESP/ UNIMAR

Benjamim Abdala Junior – USP

Daniel Paulo Ferreira – Univ. São Marcos/FATEC - Centro Paula Souza

Jussara Suzi A. Nasser Ferreira – UNIMAR

Letizia Zini Antunes – UNESP

Lucia Maria Gomes Corrêa Ferri – UNESP/UNOESTE

Maria de Fátima Ribeiro – UNIMAR

Maria do Rosário Gomes Lima da Silva – UNESP

Raquel Lazzari Leite Barbosa – UNICAMP/UNESP

Romildo A. Sant’Anna – UNESP/UNIMAR

Sueli Cristina Marquesi – PUC-SP

Tereza Cariola Correa – USP/UNESP

Terezinha de Oliveira – UNESP/UEM

Walkiria Martinez Heinrich Ferrer – UNESP/UNIMAR

UNIMAR

REITOR

Dr. Márcio Mesquita Serva

VICE-REITORA

Prof<sup>fa</sup> Regina Lúcia Ottaiano Losasso Serva

PRÓ-REITORA DE AÇÃO COMUNITÁRIA

Dra. Fernanda Mesquita Serva

PRÓ-REITOR DE GRADUAÇÃO

Prof. José Roberto Marques de Castro

PRÓ-REITORA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof<sup>fa</sup> Dr<sup>a</sup> Suely Fadul Villibor Flory

COORDENADORES DE CURSO

ENFERMAGEM

Profa. Ms Tereza Lais Menegucci Zutin

FISIOTERAPIA

Prof. Ms. Mauro Audi

MEDICINA

Profa. Dra. Maria Elizabeth da Silva Hernandes Corrêa

ODONTOLOGIA

Profa. Dra. Beatriz Flavia de Moraes Trazzi

PSICOLOGIA

Profa. Ms Carmen Valeria dos Santos Andrade

## CONSELHO EDITORIAL DA UNIMAR

### PRESIDENTE

Profa. Dra. Walkiria Martinez Heinrich Ferrer

### MEMBROS

Prof. Ms. Carlos Alberto da Silva Giandon  
Profa. Ms. Fernanda Paula Cerântola Siqueira  
Prof. Dr. Heron Fernando de SouzaGonzaga  
Profa. Dra. Lucia Helena Tiosso Moretti  
Prof. Dr. Luis Ricardo Martinhão Souto  
Profa. Dra. Maria Elizabeth da Silva Hernandes Corrêa  
Prof. Dr. Sergio Koodi Kinoshita  
Profa. Ms. Tereza Lais Menegucci Zutin

### COORDENAÇÃO DA PUBLICAÇÃO

Prof. Dr. Sergio Koodi Kinoshita  
Profa<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Walkiria Martinez Heinrich Ferrer

### PREPARAÇÃO DE TEXTOS

Profa<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Walkiria Martinez Heinrich Ferrer

Os textos da presente obra é de exclusiva responsabilidade de seus autores.

Endereço para correspondência:

UNIMAR – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Aplicadas - Bloco II  
Av. Higyno Muzzi Filho, 1001 – Marília/SP – CEP 17525-902 Brasil  
Tel: (014) 2105-4000 – <http://www.unimar.br>

Órgão financiador da publicação: UNIVERSIDADE DE MARÍLIA



# SUMÁRIO

**APRESENTAÇÃO** ..... 11

**ALEITAMENTO MATERNO E DOENÇA RESPIRATÓRIA  
EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE**

Fernanda Paula Cerântola SIQUEIRA

Tereza Laís Menegucci ZUTIN

Cristóvam Emílio HERCULIANI

Claudia Aparecida Medeiros da SILVA

Larissa Agostinho CARLI

Talisse Carli de SOUZA ..... 15

**ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A  
EPIDEMIOLOGIA DA AIDS**

Sandra Maria Luciano POZZOLI

Janaína Alves de ALMEIDA

Elias MONTEIRO

Meline Naiara Neves de CARVALHO

Rafaela Donato STRABELLI

Táise Mariane FERREIRA ..... 39

**PRÁTICA DO AUTOEXAME DAS MAMAS ENTRE AS  
ACADÊMICAS DO CURSO DE GRADUAÇÃO  
EM ENFERMAGEM**

Fernanda Paula Cerântola SIQUEIRA

Tereza Laís Menegucci ZUTIN

Moacir Lobo COSTA JUNIOR

Patrícia RAMOS

Maély ALCÂNTARA

Daiana Roberta Munhoz MARCARI

Francielli Paula Lembo LANCINE ..... 63

**INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM LINFEDEMA PÓS  
MASTECTOMIA POR MEIO DO ENFAIXAMENTO  
COMPRESSIVO E DA CORRENTE DE ALTA  
VOLTAGEM: ESTUDO DE CASO**

Mauro AUDI

Caroline Brilhante JACON

Camomila Montouro de MEDEIROS ..... 105

**ESTUDO DA EXPOSIÇÃO SOLAR E DO USO DE FOTOPROTE-  
TORES EM DUAS AMOSTRAS POPULACIONAIS DO  
MUNICÍPIO DE MARÍLIA / ESTADO DE SÃO PAULO**

Heron Fernando de Sousa GONZAGA

Amanda de Queiroz Assis ANDREOTTI

Cecília Torres Carvalho BRANDÃO

Roseane Eloíza Máximo SILVA

Maria Augusta JORGE ..... 125

**LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO COM LESÕES  
ANULARES - RELATO DE CASO E REVISÃO DA  
LITERATURA**

Heron Fernando de Sousa GONZAGA

Edgar BALDI-JÚNIOR

Walkyria Rodrigues SILVA

Edgar Baldi CASTRO

Iara Daiane Alves de ALMEIDA

Maria Augusta JORGE ..... 149

**REFLEXÕES SOBRE A MORTE E SEUS VÁRIOS  
SIGNIFICADOS**

Heron Fernando de Souza GONZAGA

Ana Cristina NAZARI

Ana Carolina Nazari BONESSI

Daiane Cristina Gonçalves da SILVA

Jaqueline Zampar de AZEVEDO

Lás Bacar de GÓES

Raquel Rodrigues HENN

Renata Coradine MEIRELES

Maria Augusta JORGE ..... 175

**ESTÉTICA: O PAPEL DA DENTÍSTICA NA MELHORA DA AUTOESTIMA**

Luis Anselmo MARIOTTO

Élida Epifânio CANALI

Riane Barreto PEDREIRA ..... 203

**OBESIDADE: O EXCESSO DE PESO COMO SINTOMA**

Érica Flávia MOTTA

Patrícia MALHEIROS ..... 217

**OS AUTORES** ..... 263



## Apresentação

Honrou-me sobremaneira apresentar a obra *IN FOCUS 3: Coletânea de Iniciação Científica da área de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade de Marília*, especialmente pelo privilégio da leitura desta importante obra de trabalhos científicos desenvolvidos de forma brilhante pelos alunos e seus orientadores da área de Ciências Biológicas e da Saúde e cuidadosamente organizado pela Profa. Dra. Walkiria Martinez Heinrich Ferrer.

Trata-se de uma obra ao mesmo tempo diferente e exemplar. Diferente porque representa um veículo de divulgação de trabalhos científicos desenvolvidos pelo corpo docente e discente da área de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade de Marília, valorizando o esforço e o trabalho produzido por professores e alunos dessa Universidade. Exemplar, porque mostra a todos nós que a Universidade de Marília está, sim, atenta e empenhada na promoção das atividades de pesquisa, que todos sabemos ser extremamente necessária para a construção do conhecimento científico, imprescindível para a formação de profissionais dotados de senso crítico e conscientes de suas responsabilidades. Exemplar, ainda, porque demonstra, por parte da Universidade

de Marília, toda a sua confiança na capacidade de construção do saber científico de seu corpo docente e discente.

Ao ler esta obra, senti-me como se fosse novamente um aluno, convivendo com meus mestres na elaboração de trabalhos científicos, motivado pela sede de conhecimento e pela alegria de participar da construção de novos saberes. Sem dúvida, a aprendizagem universitária pode ser resumida num único objetivo: aprender a pensar.

A proposta dos organizadores de apresentar, neste livro, trabalhos de iniciação científica realizados na área de Ciências Biológicas e da Saúde foi plenamente coroada de sucesso.

Em *Aleitamento materno e doença respiratória em crianças menores de 5 anos de idade*, os autores nos mostram o importante efeito do aleitamento materno como fator protetor de doenças respiratórias em crianças, contribuindo, assim, para ações de saúde que visem à prevenção de doenças respiratórias na infância.

*Envelhecimento populacional e a epidemiologia da AIDS* traz uma melhor compreensão sobre as possíveis causas do aumento da contaminação do vírus HIV na terceira idade e sobre a dificuldade dos profissionais da saúde em lidar com essa nova situação.

Em *Prática do autoexame das mamas entre as acadêmicas do curso de graduação em enfermagem*, os autores discutem a importância do autoexame para o diagnóstico precoce do câncer de mama e a importância da divulgação dessa prática pelos profissionais de saúde.

*Intervenção fisioterapêutica em linfedema pós-mastectomia por meio de enfaixamento compressivo e da corrente de alta voltagem: estudo de caso* nos traz a perspectiva de novos recursos fisioterapêuticos para essa complicação das mastectomias.

Em *Estudo da exposição solar e do uso de fotoprotetores em duas amostras populacionais do município de Marília-SP*, há a importante informação da necessidade da autoinspeção da pele desde a infância e de medidas educativas com a finalidade de reduzir o câncer de pele.

*Lupus eritematoso sistêmico com lesões anulares: relato de caso e revisão da literatura* apresenta toda uma revisão atualizada sobre diagnóstico, evolução e tratamento dessa importante doença.

Os autores, em *Reflexões sobre a morte e seus vários significados*, relatam, desde os primórdios da humanidade, essa experiência universal que é a morte, com suas dimensões religiosa, social, filosófica, antropológica, espiritual e pedagógica.

Em *Estética: o papel da dentística na melhora da autoestima*, o relato do caso clínico nos traz a importância das restaurações dentárias diretas e estéticas para a nossa aparência e autoestima e para nosso convívio social.

*Obesidade: o excesso de peso como sintoma*, tema de grande importância no contexto atual, nos desperta para os aspectos interessantes dos inúmeros significados existentes no interior da pessoa obesa, com todas as suas implicações psíquicas.

Como se observa, são pesquisas de alta qualidade técnica e científica, o que demonstra claramente a valiosa participação de alunos e professores na produção científica e engrandece, cada vez mais, a Universidade de Marília no seu projeto de formação de profissionais competentes.

Está de parabéns a Universidade de Marília, porque mostra, dessa forma, que está plenamente comprometida com a consolidação da Iniciação Científica, o que traz, sem dúvida, o diferencial de qualidade do ensino para essa Instituição.

Elogios para os professores e alunos, pela dedicação incansável e pela qualidade dos trabalhos apresentados. Elogios também aos Organizadores desta obra pelo apoio, atenção, dedicação e valorização ao trabalho dos docentes e dos discentes, futuros profissionais da área da Saúde, que, com toda certeza, podem e devem se sentir realizados com a publicação de seus trabalhos neste livro.

Prof. Dr. Wandercy Bergamo

Coordenador da disciplina de Medicina Social, Medicina Legal, Ética e Bioética do Curso de Medicina da Universidade de Marília-SP. Membro do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMAR

# **ALEITAMENTO MATERNO E DOENÇA RESPIRATÓRIA EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE**

Fernanda Paula Cerântola SIQUEIRA  
Tereza Laís Menegucci ZUTIN  
Cristóvam Emílio HERCULIANI  
Claudia Aparecida Medeiros da SILVA  
Larissa Agostinho CARLI  
Talisse Carli de SOUZA

## **1 Introdução**

O aleitamento materno constitui um dos fatores fundamentais para a promoção da saúde, oferecendo vantagens tanto para as mães quanto para os bebês.

De acordo com Carrascoza; Costa Júnior; Moraes (2005), os benefícios desse aleitamento oferecido para o bebê são inúmeros: reduz o índice de mortalidade infantil, diminui a probabilidade de processos alérgicos e gastrintestinais, favorece o desenvolvimento cognitivo e psicomotor, além de propiciar o aumento do vínculo afetivo entre mãe e filho.

Devido aos benefícios do aleitamento natural, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconizou sua exclusividade

até os seis meses de vida do bebê e sua continuidade atrelada a outros alimentos até dois anos de idade (CHAVES; LAMOUNIER; CESAR, 2007).

É importante ressaltar que a preocupação com o aleitamento materno se inicia na década de 70, devido ao aumento da mortalidade infantil, quando alguns pediatras se preocuparam com a qualidade de vida das crianças precocemente desmamadas (MARTINS FILHO, 2006). Segundo o autor, naquela época a preocupação estava com o ganho de peso, que consistia em uma oferta de calorias, proteínas, lipídios e carboidratos. Não havia preocupação com a fonte do alimento e pouco se conhecia ainda sobre imunologia e o papel protetor do colostro.

Ao conviver com crianças com idade inferior a 5 anos, observamos que entre elas o agravo respiratório é frequente, o que nos tem inquietado e preocupado pelas repercussões que o acometimento desse sistema proporciona às crianças menores.

Passamos então, a buscar na literatura os fatores que predis põem o desenvolvimento do agravo respiratório. Entre os vários fatores apontados, destaca-se o desmame precoce, fato atual e frequente na prática da amamentação, tornando as crianças mais suscetíveis aos agravos respiratórios.

As doenças respiratórias na infância têm sido uma das preocupações para os profissionais de saúde em relação à elevada incidência de morbidade observada mundialmente, bem como a alta mortalidade, especialmente nos países do terceiro mundo. No Brasil, as doenças respiratórias são a primeira causa de mortalidade entre as crianças de um a quatro anos, predominando as pneumonias de origem bacteriana (CHIESA; WESTPHAL; AKERMAN, 2008).

Ao estimar a prevalência da doença respiratória na infância e estabelecer a tendência secular dessa enfermidade na cidade de São Paulo, nos períodos 1984/85 e 1995/96, verifica-se que houve aumentos expressivos na prevalência da doença respiratória alta (de 22,2% para 38,8%) e da doença respiratória baixa, sem e com chiado, (de 6,0% para 10,0% e de 0,8% para 2,8%, respectivamente) (BENICIO et al., 2000).

A infecção respiratória aguda também tem sido a principal causa de internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, em estudo realizado por Caetano et al. (2002). Os autores verificaram que 41,5% das crianças internadas apresentavam doenças do aparelho respiratório com destaque à infecção respiratória aguda (27,7%). Entre os fatores associados à hospitalização o baixo peso ao nascer, intercorrências neonatais, doença crônica, óbito de irmão menor de cinco anos, ser cuidado pela avó durante o dia, elevada densidade domiciliar e o nível de escolaridade materna.

Muitos são os fatores que levam ao acometimento dos agravos respiratórios em crianças, como sexo masculino, faixa etária menor de seis meses, aglomeração familiar, renda familiar, condições habitacionais inadequadas, desmame precoce, tabagismo materno, uso de bico, história de hospitalização e antecedentes de sintomas respiratórios. No entanto, é relevante avaliar os fatores associando-os, por exemplo, à interação do aleitamento materno com outras variáveis nutricionais, como desnutrição e baixo peso ao nascer, o grau de escolaridade materna com o desmame precoce; essas são variáveis importantes que favorecem o aparecimento de doença respiratória aguda, o que leva a um maior risco de hospitalização (MACEDO et al., 2007).

Crianças desmamadas precocemente têm maiores possibilidades de serem hospitalizadas por infecções respiratórias (ALBERNAZ et al., 2003), representando grande proporção da morbidade na infância, fato que exerce pressão sobre os serviços de saúde tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento (BENICIO et al., 2000).

O desmame precoce tem uma grande relevância como fator predisponente. Sabe-se que o aleitamento materno exclusivo é de grande importância para a manutenção da saúde da criança e as mães reconhecem a sua seriedade, porém não a compreendem em toda sua plenitude, o que as limita a continuar a amamentação. Com isso, o desmame precoce vem sendo uma prática muito habitual (ARAÚJO et al., 2008).

Embora haja o reconhecimento dos inúmeros benefícios do leite materno para a criança, mãe, família e sociedade, bem como dos movimentos sociais e ações governamentais em favor da prática da amamentação, o aleitamento materno exclusivo e duração da amamentação ainda é problema em nosso país.

Os resultados obtidos da pesquisa realizada nas capitais brasileiras apontam que ocorreu aumento da prevalência do aleitamento materno exclusivo para as crianças menores de quatro meses, passando de 35,5% em 1999, para 51,2% em 2008 e para as crianças amamentadas com idade entre 9 e 12 meses, os percentuais passaram de 42,4% em 1999 para 58,7% em 2008. Ainda, o uso de mamadeira atinge cerca de 58,4% das crianças, sendo mais frequente na região Sudeste. Embora o aumento da prevalência do aleitamento materno exclusivo na região Sudeste tenha sido o maior entre as regiões, de 15,7%, (35,5% em 1999/ 51,2% em 2008), seu índice total (50%) ainda permanece

abaixo da média nacional (51,2%). Apenas a região Nordeste tem índice menor (46%). Constatou-se também que a duração mediana do aleitamento materno é de 11,2 meses (341,6 dias) e a duração do aleitamento materno exclusivo não chegou aos dois meses de idade dos lactentes, ficando em torno de 54,1 dias, ou seja, em média, cerca de 1,8 meses. A pesquisa apontou que apenas em uma das capitais brasileiras houve diminuição da frequência de amamentação e, em que pese uma avaliação positiva dos índices da prática de amamentação no País, é preciso salientar que ainda não atingimos as metas recomendadas, em especial do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses de idade (BRASIL, 2009a).

O desmame precoce ainda se apresenta com altos índices, devido a alguns principais fatores de influência: a falta de informação durante o pré-natal; a falta de desejo materno de amamentar; dores ao amamentar; leite fraco e escasso, segundo o relato das mães; as experiências negativas vivenciadas pela mãe em relação à amamentação anterior; introdução de fórmulas lácteas precocemente; o uso de bicos e chupetas; rejeição e doenças do bebê; condições desfavoráveis de trabalho materno; a idade materna mais jovem; a falta de estrutura familiar da mãe, principalmente a falta de apoio e de incentivo de seus familiares, o que normalmente ocorre desde o período gestacional dessa mulher (VOLPINI; MOURA, 2005; ARAUJO et al., 2008).

No geral, as mulheres possuem variáveis no seu cotidiano que as impedem de amamentar por mais tempo, como o trabalho, a presença de certas doenças que as fazem parar de amamentar por ser contraindicada, tanto pela doença ou por fazerem o uso de alguma medicação; quantidade de filhos; a dificuldade do

bebê em pegar o peito; a falta de prática e a substituição do leite materno por outros alimentos. Embora as mães tenham certa noção dos valores imunológicos do leite materno, seus outros benefícios não são plenamente conhecidos por elas. Entre essas vantagens do aleitamento materno para o bebê, estão o suprimento das necessidades nutricionais por aproximadamente seis meses de vida e maior resistência a infecções, maior vínculo afetivo mãe-filho, além de outros benefícios que permanecem durante todo seu crescimento (ARAÚJO et al.,2008).

As crianças que são amamentadas se previnem das duas principais causas de óbitos, pneumonia e diarreia, que poderão ser significativamente reduzidas no primeiro ano de vida com o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade (ESCUDER; VENANCIO; PEREIRA, 2003).

A assistência pré-natal colabora para a duração do aleitamento materno, uma vez que é nesse momento que a mulher deve ser orientada sobre a importância da amamentação exclusiva, conhecendo os benefícios que esse ato traz à saúde do bebê. Se for oferecido a ela esse apoio no período pré-natal de forma eficaz, contribui-se de maneira positiva para a educação da amamentação e também para a diminuição dos agravos nas crianças, reduzindo consequentemente a mortalidade infantil (FEIN, 2009).

Após nos depararmos com esses problemas que dificultam a manutenção da saúde da criança, questiona-se o seguinte: “A duração do aleitamento materno pode interferir no desenvolvimento dos agravos respiratórios em crianças de até cinco anos de idade?” Acreditamos que esta pesquisa nos fornecerá dados para que possamos reunir subsídios para discutir a relação da amamentação com a doença respiratória. A partir dela, espera-

se contribuir para o desenvolvimento de estratégias de ensino, ações educativas e assistência às crianças menores por meio de ações de promoção à saúde, incentivando a prática do aleitamento materno, bem como ações de prevenção de doenças, uma vez que essa prática influi diretamente no crescimento saudável da criança.

## **2 Objetivo**

Verificar a relação entre o tempo de amamentação e o desenvolvimento de doença respiratória em crianças menores de 5 anos de idade.

## **3 Trajetória metodológica**

### **3.1 Tipo de pesquisa**

A pesquisa se diferencia da arte e da poesia, pois não se baseia na inspiração e abstrai a criatividade. Ela se fundamenta em conceitos, proposições, hipóteses, métodos e técnicas (MINAYO, 2009).

Dessa forma, esta pesquisa é de natureza descritiva e visa ao conhecimento de particularidades de determinado grupo (TRIVIÑOS, 1995).

### **3.2 Cenário da pesquisa**

Escola de Educação e Recreação Infantil, na cidade de Marília- SP. Foi fundada em 19 de abril de 2004 e atende a crianças de 3 meses a 6 anos de idade.

A Escola é um sonho que se tornou realidade, tanto para suas empreendedoras, que idealizaram um lugar moderno e acolhedor para receber seus próprios filhos, quanto para os pais que, não podendo estar com seus filhos todo o tempo, procuram um lugar seguro e promissor onde eles possam desenvolver-se.

A proposta pedagógica da escola tem como base o Construtivismo, metodologia em que, por meio de estímulos, jogos e brincadeiras, as crianças constroem seu próprio aprendizado. Os projetos pedagógicos foram elaborados de acordo com os Referenciais Curriculares Nacionais, voltados para o desenvolvimento da autonomia, da linguagem, autoconfiança e da criatividade, promovendo a socialização das crianças.

A escola disponibiliza o acesso dos pais em tempo integral e, principalmente quando os bebês estão sendo amamentados, as nutrizes têm total liberdade para oferecer o alimento aos seus filhos. Nesse contexto, observou-se a necessidade de analisar o período do aleitamento materno e conhecer qual a sua influência no acometimento de agravos respiratórios nas crianças de até 5 anos de idade.

Acreditamos que esse cenário seja adequado para a nossa pesquisa, pois atende crianças que ficam longe dos seus pais por um período integral ou parcial. São aproximadamente 130 crianças que variam de 3 meses a 5 anos de idade. Por se saber que o período da amamentação é uma variável que predispõe as crianças aos agravos respiratórios, ressalta-se sua grande relevância nessa faixa etária.

### **3.3 Sujeitos da pesquisa**

Mães das crianças regularmente matriculadas na Escola de Educação e Recreação Infantil no ano de 2010, que aceitaram

participar da pesquisa. Foram excluídas as mães das crianças que já haviam completado 5 anos de idade. Sendo assim, a população constituiu-se de 100 mulheres, mães de crianças menores de cinco anos, que aceitaram participar da pesquisa.

### 3.4 Coleta de dados

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o questionário (Apêndice 1). Esse consiste num conjunto de questões pré-elaboradas sistematicamente e dispostas em itens, em que as perguntas foram do tipo múltipla escolha e semiabertas (SILVA; SILVEIRA, 2007).

Os questionários foram entregues pelos pesquisadores aos responsáveis, junto com o termo de consentimento, dentro de um envelope com o nome da criança. Convidaram as mães para participarem da pesquisa e explicaram sua importância e natureza. Combinaram para o dia seguinte a devolução do questionário.

Sendo assim, as mães responderam a esse questionário, assinaram o termo de consentimento de acordo com o seu desejo e o fizeram em suas casas. Retornaram-no, no outro dia, para a professora de seu(s) filho(s).

A entrega dos envelopes foi de forma gradativa, respeitando-se a ordem das turmas, a começar com berçário I; II, Maternal I; II e terminando com Infantil I; II. Assim, tivemos um maior controle de entrega e retorno desses envelopes.

### 3.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram transcritos do instrumento para um banco de dados, e a análise deles seguiu as normas precon-

zadas para um estudo descritivo, usando-se software EPI INFO vs.6.02 (UNITED STATES, 1994).

### 3.6 Considerações éticas

Essa pesquisa obedeceu às exigências formais implícitas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996). Dessa forma, foi solicitada autorização ao responsável do serviço, bem como encaminhamento do projeto da pesquisa para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Marília/SP, sendo o mesmo aprovado sob o nº do protocolo 266. Aos participantes do estudo que aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento pós-informação foi entregue uma cópia do documento.

## 4 Resultados e discussão

Entre as 100 crianças menores de 5 anos de idade matriculadas na escola e que participaram da pesquisa, observou-se um predomínio(81%) das crianças na faixa etária de 24 a 36 meses, sendo que, desse total, 58% eram sexo masculino e 41% do sexo feminino (Tabela 1).

**Tabela 1 - Distribuição das 100 crianças menores de 5 anos de idade, segundo o sexo e a idade. Marília/SP, 2010.**

SEXO/IDADE	FEMININO %(n)	MASCULINO %(n)	NÃO CONSTA	TOTAL
Menor de 23 meses	1% (1)	1% (1)	-	2%
24 a 36 meses	36% (36)	45% (45)	-	81%
Maiores de 37 meses	4% (4)	12% (12)	-	16%
Total	41% (41)	58% (58)	01	100%

Acredita-se que o elevado número de crianças, nessa faixa etária, é devido à inserção dessas crianças no ambiente escolar, pois nas últimas décadas houve uma expansão da demanda na educação infantil (ROSEMBERG, 1999).

O predomínio de meninos pode ser ratificado pelo próprio número encontrado nos dados do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2007): no Estado de São Paulo existiam, nas faixas etárias de 24 a 36 meses, 185.915 meninos e 179.506 meninas.

A maioria das mulheres mães das crianças (97%), que constituiu a população desta pesquisa, referiu ter amamentado seus filhos (Tabela 2).

**Tabela 2 - Distribuição das 100 crianças menores de 5 anos de idade, segundo a incidência de crianças que foram amamentadas. Marília/SP, 2010.**

AMAMENTAÇÃO %(n)	
Sim	97% (97)
Não	3% (3)
Total	100% (100)

O leite da mãe traz ao bebê benefícios emocionais, nutricionais e imunológicos, sendo recomendado até os seis primeiros meses de vida do lactente como única fonte de alimentação. O aleitamento materno atua diretamente sobre a resposta imune do lactente, promovendo a maturação e a ativação desse sistema, com consequências imediatas e também duradouras (CARBONARE; CARNEIRO-SAMPAIO, 2002).

O leite materno possui muitos fatores imunológicos, sendo uma proteção à criança contra infecções. Os anticorpos IgA são um desses fatores e estão presentes como antígenos entéricos e respiratórios da mãe, porque ela os produz por ter contado prévio com agentes infecciosos; assim proporciona proteção à criança contragermens prevalentes no meio em que ela vive. Uma das funções desses anticorpos é atuar contra os microorganismos presentes nas superfícies das mucosas, porém sua maior concentração está no primeiro mês, diminuindo após esse período e mantendo constância nos meses seguintes. Existem outros fatores de proteção presentes no leite materno, como os anticorpos IgM e IgG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferri-na, lisosima e fator bífido (BRASIL, 2009b).

Ressalta-se que o sistema imunológico do lactente ainda é incapaz de produzir imunoglobulina A (IgA) na mucosa do trato respiratório, resultando em menor proteção contra infecções nessa fase de desenvolvimento (WONG, 1999). Como o trato respiratório é uma das portas mais comuns de entrada de microorganismos patogênicos, a defesa contra eles é proporcionada por anticorpos da classe IgA, que se ligam aos microorganismos e os neutralizam, bloqueando sua entrada no hospedeiro (ABBAS, 2005).

Os benefícios do leite materno para o crescimento e desenvolvimento da criança saudável são, portanto, indiscutíveis, como a prevenção de doenças infecciosas.

Verifica-se que, entre as crianças amamentadas, 61% não apresentaram doença respiratória e todas as crianças que não receberam o aleitamento materno apresentaram algum tipo de doença respiratória (Tabela 3).

**Tabela 3 - Distribuição das 100 crianças menores de 5 anos de idade, segundo amamentação e ocorrência de doença respiratória. Marília/SP, 2010.**

DOENÇA RESPIRATORIA/ AMAMENTAÇÃO	SIM %(n)	NÃO %(n)	TOTAL
Sim	36 % (36)	61% (61)	97%
Não	3%(3)	-	3%
Total	39% (39)	61% (61)	100%

Os agravos respiratórios das crianças investigadas referem-se à Bronquite (11,1%); Bronquite e Pneumonia (8,3%); Asma e Bronquite (5,6%); Broncopneumonia (5,6%); Pneumonia (5,6%); Rinite (5,6%) e Sinusite (5,6%). E a idade média de ocorrência da doença respiratória foi de 1 ano de idade. As crianças amamentadas com o tempo médio de 8,5 meses não apresentaram doença respiratória.

Em crianças menores de um ano, alguns fatores levam ao acometimento dos agravos respiratórios, como sexo masculino, que apresenta um menor calibre da via aérea, sendo a provável causa desse fenômeno. Outros fatores são a faixa etária menor de seis meses, aglomeração familiar, escolaridade materna, renda familiar, condições habitacionais inadequadas, desmame precoce,

tabagismo materno, uso de bico, história de hospitalização e antecedentes de sintomas respiratórios (MACEDO et al., 2007).

Existem fortes evidências da associação entre o tempo do aleitamento materno e menor risco de infecções do trato respiratório baixo (SPINELLI et al., 2002). Há comprovada proteção do leite materno contra infecções respiratórias, diminuindo a gravidade desses episódios. No entanto, a proteção é maior quando a amamentação é exclusiva nos primeiros seis meses (BRASIL, 2009b).

Crianças desmamadas antes do tempo recomendado têm maiores chances de serem hospitalizadas por infecções respiratórias (Albernaz et al., 2003), representando grande proporção de morbidade na infância, exercendo pressão sobre os serviços de saúde tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento (BENICIO et al., 2000).

Identificou-se nesta pesquisa que, das crianças amamentadas, 88% não foram hospitalizadas como mostra a Tabela 4. Apenas 9% das crianças amamentadas ficaram hospitalizadas por doença respiratória, sendo o tempo médio de amamentação de 5 meses.

**Tabela 4 - Distribuição das 100 crianças menores de 5 anos de idade, segundo a hospitalização por doença respiratória e amamentação. Marília/SP, 2010.**

HOSPITALIZAÇÃO POR DOENÇA RESPIRATORIA/AMAMENTAÇÃO	SIM %(n)	NÃO %(n)	NÃO CONSTA	TOTAL
Sim	9% (9)	88% (88)	3% (3)	100%
Não	0% (0)	3% (3)	-	3%
Total	9% (9)	91% (91)		100%

Em Pelotas (RS), as causas mais frequentes de hospitalizações foram pneumonia 43,7%, bronquiolite 31,0%, asma 20,3%, gripe 3,5%, otite média aguda 0,8% e laringite 0,6% (MACEDO et al., 2007).

Dentre os fatores que contribuem para o acometimento de doenças respiratória na infância, está a interação do aleitamento materno com outras variáveis nutricionais, como o baixo peso ao nascer, além da desnutrição, falta de imunizações, desmame precoce, o grau de escolaridade materna e fatores sociais, variáveis importantes que favorecem o aparecimento de doença respiratória, levando a maior risco de hospitalização (MELLO; DUTRA; LOPES, 2004; MACEDO et al., 2007).

Observa-se que todas as crianças cujas mães eram tabagistas apresentaram doenças respiratórias (Tabela 5).

**Tabela 5 - Distribuição das 100 crianças menores de 5 anos de idade, segundo a ocorrência de doença respiratória e tabagismo materno. Marília/SP, 2010.**

DOENÇA RESPIRATORIA/ TABAGISMO MATERNO	SIM %(n)	NÃO %(n)	TOTAL
Sim	2% (2)	-	2%
Não	36% (36)	62% (62)	98%
Total	38% (38)	62% (62)	100%

Crianças residentes em casas em que somente a mãe faz uso de tabaco apresentam mais chances de morbidade do trato respiratório inferior, em relação às não fumantes passivas (CARVALHO; PEREIRA, 2002).

Quando se comparam crianças que foram amamentadas com as que não receberam leite materno, os autores referem redução da mortalidade infantil, especialmente por diarreia e in-

fecção respiratória, bem como diminuição na incidência ou na gravidade de infecções respiratórias (BRESOLIN et al., 1996).

Embora nesta pesquisa se tenha identificado que a maioria das crianças não ficou hospitalizada, destaca-se que todas aquelas que não foram amamentadas tiveram agravo respiratório. Dados interessantes obtidos referem-se ao predomínio da interrupção da amamentação exclusiva no 4º mês (30%) e introdução precoce de outros alimentos, com indicação de um profissional da saúde, em 60% das crianças (Tabela 6).

**Tabela 6** - Distribuição das 100 crianças menores de 5 anos de idade, segundo a influência de alguém e o momento que foi oferecido outros alimentos. Marília/SP, 2010.

INFLUÊNCIA/ OFERECEU OUTRO ALIMENTO	AVÓS % (n)	PAI DA CRIANÇA % (n)	PROFISSIONAL DA SAÚDE % (n)	VONTADE DA PRÓPRIA MÃE % (n)	OUTROS % (n)	TOTAL % (n)
1 mês	4% (4)	-	13% (13)	2% (2)	-	19%
2 mês	-	-	3% (3)	3% (3)	1% (1)	7%
3 mês	1% (1)	-	3% (3)	3% (3)	-	7%
4 mês	1% (1)	2% (2)	18% (18)	7% (7)	2% (2)	30%
5 mês	-	-	8% (8)	4% (4)	-	12%
6 mês	1% (1)	3% (3)	15% (15)	4% (4)	2% (2)	25%
Total	7% (7)	5% (5)	60% (60)	23% (23)	5% (5)	100%

Observa-se que a 19% dessas crianças algum alimento foi oferecido quando tinham apenas 1 mês; no 4º mês houve um

percentual de 30%. Esse elevado índice pode ser justificado pelo retorno da mulher ao trabalho. Das 75% que receberam precocemente outros alimentos, a maioria os recebeu antes do 4º mês, o que, conseqüentemente, interrompe o aleitamento materno exclusivo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a exclusividade do leite materno até os seis meses de vida do bebê e sua continuidade atrelada a outros alimentos até dois anos de idade (CHAVES; LAMOUNIER; CESAR, 2007). No leite humano há uma quantidade satisfatória de anticorpos SIgA, secretores da classe referida, que, ao atuarem localizadamente, revestem e protegem a mucosa da criança (CARBONARE; CARNEIRO-SAMPAIO, 2002).

Para o lactente menor de seis meses, o leite materno é o alimento completo capaz de atender às suas necessidades nutricionais, não sendo recomendada a introdução de outras fontes de nutrição. A administração de fórmulas complementares interfere de maneira negativa na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade, além de aumentar o risco de infecções, pois diminui o efeito protetor garantido pelo produto da mãe (SILVA; SCHNEIDER; STEIN, 2009).

A introdução precoce de alimentos complementares aumenta a morbimortalidade infantil como consequência de uma menor ingestão dos fatores de proteção existentes no leite materno, além de os alimentos complementares serem uma importante fonte de contaminação para as crianças (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

O desmame precoce é um problema ainda existente quanto à prática da amamentação em nosso Estado, pois a prevalência

do aleitamento materno exclusivo na Região Sudeste é de 39,4% e no Estado de São Paulo, de 39,1% (BRASIL, 2009a).

Esse fato somado aos resultados desta pesquisa, como a introdução precoce de outros alimentos por indicação de profissionais da saúde, nos inquieta, levando-nos a questionar o preparo deles no manejo da prática da amamentação. Eles deveriam ser responsáveis por promoverem o incentivo à prática do aleitamento materno, à promoção e à prevenção do desmame, contribuindo para um crescimento saudável dessas crianças.

### **Considerações finais**

Esta pesquisa permitiu verificar que, entre a maioria das crianças que se encontrava na faixa etária de 24 a 36 meses e que foi amamentada, 61% não apresentaram doença respiratória. Em contrapartida, todas as crianças que não receberam o aleitamento materno apresentaram algum tipo de doença respiratória, ainda que 88% delas não tenham sido hospitalizadas. O desmame precoce foi fator presente, pois ocorreu interrupção da amamentação exclusiva no 4º mês para 30%, e introdução de outros alimentos, com indicação de um profissional da saúde, para 60% das crianças.

Diante desses resultados, confirma-se o efeito protetor do aleitamento materno em crianças menores. Quanto ao processo de amamentação dessas crianças, ainda se identificou um número reduzido de aleitamento exclusivo e a introdução precoce de outros alimentos, entre eles o leite, o que pode explicar a ocorrência de doença respiratória entre as crianças que foram amamentadas ou não.

Para o lactente, o leite materno é o alimento completo, capaz de atender às suas necessidades nutricionais e imunológicas, não sendo recomendada a introdução de outras fontes de nutrição. A administração de fórmulas complementares interfere de maneira negativa na absorção de nutrientes, além de aumentar o risco de infecções, pois diminui o efeito protetor garantido pelo leite materno.

Desta forma, sugere-se o acompanhamento do processo de amamentação dos lactentes por meio da puericultura para identificar precocemente problemas e/ou dificuldades que a mulher e a criança possam estar vivenciando e propor estratégias que previnam esse desmame precoce. Sugere-se também o desenvolvimento de programa de capacitação dos profissionais envolvidos na prática da amamentação, para que possam melhor subsidiar as necessidades que as nutrizes vivenciam, contribuindo, assim, para a promoção do aleitamento materno e prevenção do desmame precoce.

## Referências

- ABBAS, A. K. *Imunologia Celular e Molecular*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- ALBERNAZ, E. P. et al. Fatores de risco associados à hospitalização por bronquiolite aguda no período pós-neonatal. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.37, n.4, ago. 2003.
- ARAÚJO, O. D. et al. Aleitamento materno: Fatores que levam ao desmame precoce. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 4. Jul./Ago.2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000400015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em: 07 dez. 2009.

BENICIO, M. H. et al. Tendência secular da doença respiratória na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n.6 supl., dec. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. *Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996*. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>. Acesso em: 28 de dezembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Nutrição Infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. *Caderno de Atenção Básica nº23*. Brasília, 2009b. Disponível em:[http://www.amigasdopeito.org.br/wpcontent/uploads/2009/06/cadernoatenaobasica\\_23.pdf](http://www.amigasdopeito.org.br/wpcontent/uploads/2009/06/cadernoatenaobasica_23.pdf). Acesso em: 30 set. 2010.

BRESOLIN, A. M. B. et al. Alimentação da criança normal. In: SUCUPIRA, A. C. S. L. (Org) *Pediatria em Consultório*. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 1996. cap. 07, p. 67-74.

CAETANO, J. R. M. et al . Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 3, June 2002 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000300005-&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000300005-&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 Jan. 2010.

CARBONARE, S. B.; CARNEIRO-SAMPAIO, M. M. S. Composição do leite humano – Aspectos imunológicos. In: REGO, J. D. (org) *Aleitação Materno*. São Paulo: Atheneu, 2002. cap. 07, p. 83-97.

CARRASCOZA, K.C.; COSTA JUNIOR, A.L.; MORAES, A.B.A.de. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Estudos de Psicologia* (Campinas). v.22, n.4, out/dez, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 05 jan. 2008.

CARVALHO, L. M. T.; PEREIRA, E. D. B. Morbidade Respiratória em crianças fumantes passivas. *Jornal de Pneumologia*, v. 28, n. 1, Jan/ Feb.2002. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010235862002000100004&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010235862002000100004&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 26 out. 2010.

CHAVES, R.G.; LAMOUNIER, J.A.; CESAR, C.C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *Jornal de Pediatria* (RJ). v.83,

- n.3. Porto Alegre, maio/jun, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 05 dez. 2007.
- CHIESA, A. M.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Doenças Respiratórias Agudas: um estudo das desigualdades em saúde. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 55-69, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n1/05.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2009.
- ESCUDEY, M. M. L.; VENANCIO, S. I.; PEREIRA, J. C. R. Estimativa de Impacto da Amamentação Sobre a Mortalidade Infantil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, p. 319-325. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v37n3/15859.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2009.
- FEIN, S. B. Aleitamento Materno Exclusivo para Crianças Menores de 6 meses. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 85, n. 3, Mai/Jun. 2009. Disponível: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572009000300001&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572009000300001&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 07 dez. 2009.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Contagem da população 2007*. Disponível em;<  
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem.pdf>> Acesso em: 24 out. 2010.
- MACEDO, S. E. C. et al. Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 3, jun. 2007. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102007000300005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102007000300005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 07 dez. 2009.
- MARTINS FILHO, J. Evolução do aleitamento Materno no Brasil. In: REGO, J.D. *Aleitamento Materno*. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2006. Cap.2, p.27-39.
- MELLO, R. R.; DUTRA, M. V. P.; LOPES, J. M. A.; Morbidade respiratória no primeiro ano de vida de prematuros egressos de uma unidade pública de tratamento intensivo neonatal. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.80, n.6, set, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n6/v80n6a13.pdf>> . Acesso em: 20 set. 2010.
- MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R.(Orgs.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2009.
- MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, nov. 2004.

ROSEMBERG, Fúlvia. Expansão da educação infantil e processos de exclusão. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, n. 107, p. 7-40, jul. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n107/n107a01.pdf>. Acesso em: 20/10/2010.

SILVA, D. R. N.; SCHNEIDER, A. P.; STEIN, R. T. O papel do aleitamento materno no desenvolvimento de alergias respiratórias. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 35-42, jan./mar. 2009.

SILVA, J. M.; SILVEIRA, E. S. *Apresentação de trabalhos acadêmicos: normas e técnicas*. Petrópolis: Vozes, 2007.

SPINELLI, M. G. N. et al. A situação de aleitamento materno de crianças atendidas em creches da Secretaria da Assistência Social do município de São Paulo: região Freguesia do Ó. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 2, n.1, Jan/Abril. 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1995. 175 p.

UNITED STATES. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Centers of Disease Control. *Epi Info, versão 6*: um sistema de processamento de texto, banco de dados e estatística para epidemiologia em microcomputadores ( programa de computador). Atlanta, 1994.

VOLPINI, C. C. A.; MOURA, E. C. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 18, n. 3, Jun. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732005000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 jun. 2009.

WONG, D. L. *Whaley & Wong - Enfermagem pediátrica: Elementos essenciais a intervenção efetiva*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

## APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### 1-CARACTERIZAÇÃO DA MÃE

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Ocupação materna:** \_\_\_\_\_

**Você teve licença maternidade:** sim ( ) não ( ). Se não, por  
quê? \_\_\_\_\_

**Renda familiar:**

- ( ) De 1 a 3 salários mínimos (510,00 a 1.530,00 reais).
- ( ) De 3 a 5 salários mínimos (1.530,00 a 2.550,00 reais).
- ( ) De 5 a 10 salários mínimos (2.550,00 a 5.100,00 reais).
- ( ) Mais de 10 salários mínimos (5.100,00 reais).

**Escolaridade materna**

- ( ) Não estudou.
- ( ) Da 1ª à 4ª série do ensino fundamental (antigo primário).
- ( ) Da 5ª à 8ª série do ensino fundamental (antigo ginásio).
- ( ) Ensino médio (2º grau) incompleto.
- ( ) Ensino médio (2º grau) completo.
- ( ) Ensino superior incompleto.
- ( ) Ensino superior completo.
- ( ) Pós-graduação

**Estado civil:**

- ( ) Casada ( ) Solteira ( ) Divorciada/viúva ( ) Relação estável

**Hábitos maternos:**

**Você tem o hábito de fumar:**

- ( ) sim. Quantos cigarros? \_\_\_\_\_. Há quanto tempo  
fuma? \_\_\_\_\_
- ( ) não

### 2- CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA

**Sexo:** ( ) F ( ) M

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Seu bebê foi colocado para mamar logo após o nascimento?**

- ( ) sim ( ) não

**A criança já apresentou algum tipo de doença respiratória:**

sim. Quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 não

**Se sim, em que idade a criança começou apresentar doença respiratória:** \_\_\_\_\_

**Hospitalização por doença respiratória:**

sim. Por quantas vezes: \_\_\_\_\_ Quais doenças respiratórias?

\_\_\_\_\_  
 não

**Além da doença respiratória, a criança já apresentou outros problemas de saúde?**

sim. Quais \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 não

### **3-DADOS DA AMAMENTAÇÃO**

**Você amamentou seu(a) filho(a)?**

sim. Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

não

**Em que momento você ofereceu outros alimentos, como água, chá, leites ou papas entre outros?**

1º mês. Alimento: \_\_\_\_\_

2º mês. Alimento: \_\_\_\_\_

3º mês. Alimento: \_\_\_\_\_

4º mês. Alimento: \_\_\_\_\_

5º mês. Alimento: \_\_\_\_\_

6º mês ou mais. Alimento: \_\_\_\_\_

**Se ofereceu outros alimentos, foi por influência própria ou de alguém?**

vontade da própria mãe     avós     pai da criança     profissional de saúde

outros, \_\_\_\_\_

## ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A EPIDEMIOLOGIA DA AIDS

Sandra Maria Luciano POZZOLI  
Janaína Alves de ALMEIDA  
Elias MONTEIRO  
Meline Naiara Neves de CARVALHO  
Rafaela Donato STRABELLI  
Taíse Mariane FERREIRA

Muitos investimentos têm sido feitos para melhorar a qualidade de vida dos idosos, devido ao aumento da expectativa de vida e das relações sociais e, por que não, sexuais, já que a libido não acaba com o aumento da idade. Com isso, riscos antes característicos de faixas etárias mais jovens estão cada vez mais acometendo pessoas na terceira idade (SOUSA, 2008).

Carret et al. (2004) descrevem que as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são consideradas problema de saúde pública por ser uma das cinco principais causas de procura por serviços de saúde. No Brasil, ocorrem cerca de 12 milhões de casos de DST ao ano e, como a notificação não é compulsória, o número real de casos fica muito abaixo da estimativa, cerca de 200 mil casos ao ano. Cerca de 70% das pessoas com alguma DST procuram tratamento em farmácias.

Ao contrário do que as pessoas pensam, as DST são doenças que podem ter consequências graves. Uma pessoa com alguma DST tem chance aumentada de contaminação pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e consequente desenvolvimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

No Brasil, o comportamento da epidemia da AIDS, desde seu início, na década de 80, vem apresentando alterações importantes, permitindo identificar momentos distintos. O primeiro é caracterizado pela infecção majoritária entre homossexuais e bissexuais masculinos. O segundo é marcado pelo incremento significativo da categoria dos drogaditos, na população jovem e heterossexual. Constata-se, também, avanço acentuado da transmissão entre os grupos de baixa renda e entre as mulheres e, no momento atual da epidemia, o aumento de casos da doença em pessoas acima de 60 anos de idade (GIOVANI, 2002).

Alves (2002) aponta que, com a estimativa do aumento expressivo do número de idosos, surge um grande desafio para o Brasil, que consiste no estabelecimento de políticas públicas e estratégias que possam garantir a qualidade de vida dessas pessoas. Portanto, questões como a AIDS e o envelhecimento devem ser aprofundadas de modo a fornecer subsídios tanto para os cuidados com os portadores do HIV e da AIDS, quanto no desenvolvimento de ações e programas de prevenção.

Com reflexões semelhantes ao autor supracitado, Feitosa e Araujo (2004) colocam que a falta de campanhas de educação e prevenção da AIDS destinadas aos idosos faz com que essa população esteja geralmente menos informada que os jovens e menos consciente de como se proteger da infecção. Além disso, a descoberta dos medicamentos que melhoram o desempenho sexual

aumentou o número de relações sexuais entre adultos maiores de 50 anos. Aliado a isso, o não uso da camisinha contribuiu para o aumento da incidência do HIV nessa faixa etária.

Carreno e Costa (2006) descrevem que, embora se observe o aumento de número de casos de infecção pelo HIV e AIDS em pessoas com 60 anos e mais de idade, não é comum que essa população considere o risco para contrair DST/HIV/AIDS, e, embora essas pessoas possam se envolver em comportamentos de risco como sexo desprotegido, ainda assim não se percebem vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis. Os temas sobre sexualidade, conhecimento e comportamento em relação às DST/HIV/AIDS e à percepção de risco são, em geral, tratados apenas para alguns grupos específicos da população, como os adolescentes e os adultos em idade reprodutiva, enquanto, para a população idosa, se enfatizam aspectos relativos ao desempenho ou às disfunções sexuais, dando-se menor ênfase à promoção da saúde sexual e prevenção de DST/HIV/AIDS.

Nesse sentido, não bastam apenas as descobertas em nível dos aspectos profiláticos, etiológicos e terapêuticos, mas é necessária também uma abordagem psicossocial.

Este estudo foi desenvolvido através de levantamento bibliográfico com a finalidade de identificar o conhecimento existente sobre a epidemiologia da AIDS nos idosos, o comportamento sexual na terceira idade e a prevenção DST/HIV/AIDS. Foram consultados livros-texto e artigos científicos nas principais bases de dados como LILACS (Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde, SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e BIREME.

Para a seleção dos artigos utilizamos como descritores: Prevenção das DST/AIDS. Envelhecimento. Sexualidade nos idosos. Epidemiologia. E, para o levantamento de dados, foram considerados os artigos publicados nos últimos vinte anos, ou seja, do período de 1990 a 2010.

Após análise do conteúdo, foram abordados dois aspectos: Considerações sobre DST (IST)/ HIV/AIDS e Envelhecimento populacional: aspectos da sexualidade e da AIDS.

## **1 Considerações sobre dst (ist) / hiv / aids**

De acordo com Ministério da Saúde, o ramo da medicina que estuda as DST é denominado no Brasil “Deesetologia”. No passado, essa especialidade era conhecida como venereologia, termo em desuso, pois carrega em si muito preconceito, uma vez que, no passado, era sinônimo de atividade sexual com prostitutas. Hoje, Doença Sexualmente Transmissível (DST) é a designação pela qual é conhecida uma categoria de patologias antigamente conhecidas como doenças venéreas e, atualmente, são conhecidas como Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). São doenças infecciosas que se transmitem essencialmente, porém não de forma exclusiva, pelo contato sexual (BRASIL, 2010).

Os portadores de DST, hoje em dia, são pessoas com “vida normal” e não têm obrigatoriamente múltiplos parceiros sexuais. A falta de sintomas favorece a transmissão dos agentes e mantém a cadeia epidemiológica em crescimento exponencial, sendo inegável a existência de altas taxas de prevalência de DST assin-

tomáticas em adultos jovens de nível socioeducacional elevado, além daqueles de baixo extrato social.

Passa a ser, portanto, fundamental a necessidade de investigar doenças assintomáticas. Não é admissível que os agentes de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos etc.) continuem procurando doenças apenas nas pessoas com alguma sintomatologia ou queixa, deixando de lado um contingente enorme de pessoas doentes que não apresentam estas manifestações. Infelizmente, em se tratando de DST, o contingente de assintomáticos é expressivamente maior que o de sintomáticos. Este fato por si favorece novas infecções, impede que haja uma quebra da cadeia epidemiológica e favorece a instalação de suas sequelas, com grande repercussão orgânica e emocional para as pessoas envolvidas. (GIRALDO; AMARAL; TOMAZINI, 2007, p. 63, 64).

Quanto à AIDS, esclarece o Ministério da Saúde que:

A AIDS, *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida* (sigla do inglês: *Acquired Immune Deficiency Syndrome*) se manifesta após a infecção do organismo humano pelo *Vírus da Imunodeficiência Humana*, o HIV (sigla do inglês - Human Immunodeficiency Vírus). A *Síndrome* é um grupo de sinais e sintomas que, uma vez considerados em conjunto, caracterizam uma doença. A *Imunodeficiência* é a inabilidade do sistema de defesa do organismo humano para se proteger contra microorganismos invasores, tais como: vírus, bactérias, protozoários, etc. E *Adquirida* porque não é congênita como no caso de outras imunodeficiências. A AIDS não é causada espontaneamente, mas por um fator externo (a infecção pelo HIV). (BRASIL, 2010, p.1).

A AIDS é uma doença complexa, uma síndrome, que não se caracteriza por um só sintoma. Na realidade, o vírus HIV destrói os linfócitos, que são as células responsáveis pela defesa do organismo, tornando a pessoa vulnerável a outras infecções e doenças oportunistas, chamadas assim por surgirem nos momentos em que o sistema imunológico do indivíduo está enfraquecido (BRASIL, 2010).

Brito; Castilho e Scwarcwald (2001) descrevem que 1981, o ano de início da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, habitualmente conhecida como AIDS, tornou-se um marco na história da humanidade. A epidemia da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) causador da AIDS representa fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência, nas diferentes regiões do mundo, depende, dentre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo. A AIDS destaca-se entre as enfermidades infecciosas emergentes pela grande magnitude e extensão dos danos causados às populações e, desde a sua origem, cada uma de suas características e repercussões tem sido exaustivamente discutida pela comunidade científica e pela sociedade em geral.

### 1.1 Transmissão

De acordo com o Ministério da Saúde, a transmissão ocorre através de relação sexual (o vírus é transmitido pelo esperma, secreção vaginal e pelo sangue); transfusão do sangue contaminado; agulhas e seringas contaminadas, no uso de drogas injetáveis; da mãe infectada para o seu bebê, durante a gestação, parto e amamentação; instrumentos cortantes não esterilizados. E não é transmissível por beijo na boca e no rosto; carícias; uso de co-

pos, talheres ou pratos de outras pessoas; suor, saliva e lágrimas; sabonete, toalha, banheiro ou piscina; picada de inseto e doação de sangue (BRASIL, 2010).

## 1.2 Diagnóstico e tratamento

Atualmente existem medicamentos eficazes no tratamento da AIDS. É importante ter acesso ao diagnóstico precoce para que se possa iniciar o tratamento o quanto antes. O teste é gratuito e pode ser feito em alguns centros de saúde, hospitais e nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).

Nos CTA, a pessoa não precisa se identificar para fazer o teste, se assim desejar. Recomenda-se a realização do teste após, pelo menos, três meses da última situação de risco, isto é, três meses após a última relação sexual sem o preservativo ou ter compartilhado agulha ou seringa com alguém. Esse período de espera, que vai de três a seis meses, é chamado de janela imunológica, e é o tempo que o sistema imunológico leva para produzir anticorpos suficientes, que possam ser detectados pelo teste anti-HIV (BRITO, CASTILHO e SCWARCOWALD, 2001).

Segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, os infectados pelo HIV evoluem para grave disfunção do sistema imunológico, à medida que vão sendo destruídos os linfócitos T CD4+, uma das principais células-alvo do vírus. A contagem de linfócitos T CD4+ é importante marcador dessa imunodeficiência, sendo utilizado tanto na avaliação do tratamento e prognóstico quanto em uma das definições de caso de AIDS, com fim epidemiológico (BRASIL, 2005).

Há alguns anos, receber o diagnóstico de AIDS era quase uma sentença de morte. Mas, de acordo com o Ministério da

Saúde, atualmente, a AIDS pode ser considerada uma doença de perfil crônico. Isto significa que é uma doença que não tem cura, mas tem tratamento, e uma pessoa infectada pelo HIV pode viver com o vírus por um longo período, sem apresentar nenhum sintoma ou sinal (BRASIL, 2010).

### 1.3 Prevenção

Em relação à prevenção, o Ministério da Saúde recomenda evitar compartilhar agulhas e seringas no uso de drogas; usar preservativos durante a relação sexual seja ela anal, oral ou vaginal; utilizar agulhas e seringas descartáveis e exigir sangue testado, caso precise de transfusão de sangue (BRASIL, 2010).

Uma referencia importante vem do Ministério da Saúde em relação ao uso correto do preservativo e esclarece em seu portal eletrônico que:

Diversos estudos confirmam a eficiência do preservativo na prevenção da AIDS e de outras doenças sexualmente transmissíveis. Em um estudo realizado recentemente na Universidade de Wisconsin (EUA), demonstrou-se que o correto e sistemático uso de preservativos em todas as relações sexuais apresenta uma eficácia estimada em 90-95% na prevenção da transmissão do HIV. Os autores desse estudo sugerem uma relação linear entre a frequência do uso de preservativos e a redução do risco de transmissão, ou seja, quanto mais se usa a camisinha menor é o risco de contrair o HIV. (BRASIL, 2010).

O preconceito contra o uso do preservativo não é exclusividade da terceira idade, mas dos homens de modo geral.

Nos idosos, a função sexual é comprometida, em primeiro lugar, pelas mudanças fisiológicas e anatômicas que o envelheci-

mento produz no organismo. Existem importantes variações individuais na sexualidade durante o envelhecimento, o que indica que as mudanças da atividade no idoso são frutos de múltiplos fatores. Entre os principais está o aumento das disfunções sexuais que pode ser devido à causas médicas ou psicológicas. Portanto, uma das razões da recusa do uso do preservativo está na interferência que causa na resposta sexual, devido à disfunção erétil no homem (CAPODIECI, 2000).

As mulheres acima de cinquenta anos, na fase pós-menopausa e sem risco de engravidar, acreditam que não precisam de proteção e não exigem o uso do preservativo. Já os homens, por causa do preconceito, dispensam o preservativo e esta resistência impera quando se trata de relacionamentos extraconjugais, sejam elas heterossexuais, homossexuais ou bissexuais. Todas as pessoas, de qualquer faixa etária, situação econômica, raça, gênero, estão predispostas à infecção do vírus HIV, caso não haja prevenção (CAPODIECI, 2000).

A evolução do conceito de “grupo de risco” para “comportamento de risco” trouxe avanços nas políticas de prevenção das epidemias. Para Parker esse avanço foi significativo;

Talvez a mais importante transformação isolada em nossa maneira de pensar sobre HIV/AIDS no início dos anos 90, tenha sido o esforço para superar essa contradição entre ‘grupos de risco’ e ‘população geral’ pela passagem da noção de risco individual a uma nova compreensão de vulnerabilidade social, passagem crucial não só para a nossa compreensão da epidemia, mas para qualquer estratégia capaz de conter seu avanço. (PARKER, 1993, p. 05).

Apesar dos recursos imensos que já foram mobilizados para controlar a epidemia, a questão do estigma continua no centro de toda luta contra a pandemia global da AIDS. O conjunto de reações sociais, culturais, individuais e políticas que o fenômeno HIV/AIDS despertou no mundo foi considerado como mais preocupante e, ainda hoje, representa um dos desafios mais difíceis na luta contra a doença (PROVINCIALI, 2005).

## **2 Envelhecimento populacional: aspectos da sexualidade e a aids**

Em 1982, realizou-se, em Viena, a Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), onde, dentre várias determinações, estabeleceu-se que assumem a condição de idoso todas aquelas pessoas que completaram 60 anos de idade, como limite inferior para determinar a velhice, no ciclo de vida humano, nos países em desenvolvimento, no qual o Brasil está incluído (GROSS, 2005).

No Brasil, a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994) e o Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003) consideram como *idosos* todos que compõem a população de 60 anos e mais (BRASIL, 2006).

Estudo baseado em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2009) dá conta que existem hoje, no Brasil, aproximadamente 17,6 milhões de pessoas com sessenta anos ou mais.

Inicialmente cabe ressaltar que o Brasil não é mais considerado um país de jovens, pois sua população idosa vem crescendo significativamente. Pode-se afirmar que nosso país se encontra

em uma situação de transição, ou, como citou Camargo Jr (1995, p. 3), que: “o Brasil é um país jovem de cabelos brancos”.

De acordo com o Censo de 1980, a população de idosos era de oito milhões de pessoas e, em 1991, foi contabilizada uma população de 10,6 milhões. No ano de 2009, o Censo confirmou a tendência do envelhecimento populacional (IBGE, 2009).

Conforme Carvalho e Garcia (2003), do ponto de vista demográfico essa mudança tem sido imputada em parte ao aumento da expectativa de vida. Contribuiu para esse cenário a tendência de declínio da mortalidade por todas as causas entre os indivíduos na terceira idade, sobretudo em mulheres e nos idosos mais velhos, assim como a redução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório. Contudo, a redução da fecundidade parece ter participado do processo de envelhecimento populacional brasileiro de modo mais relevante.

Segundo o IBGE, estima-se que, no ano de 2020, a nossa população de idosos será a sexta no mundo – 33 milhões – correspondendo a 14% da população total (IBGE, 2009).

O velho, o idoso ou a pessoa da terceira idade, constitui, atualmente, uma clientela importante, na qual se estabelecem diversos enfoques que não se restringem apenas a uma área de conhecimento, mas a várias possibilidades a serem desvendadas sobre ela (PEIXOTO, 2008).

Segundo Neri: “o envelhecimento é uma sequência de mudanças biológicas de natureza genética-biológica e psicossociais” (NERI, 2003, p.7).

O envelhecimento populacional é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos nossos grandes desafios. Ao entrarmos no século XXI, o envelhecimento global causou um

aumento das demandas sociais e econômicas em todo o mundo. Esse processo de envelhecimento representa um marco na história das relações sociais, exigindo novas posturas do poder público e da sociedade como um todo, no sentido de tornar mais humanas as condições de vida daqueles que atingem a terceira idade (SOUZA, 2008).

## 2.1 Sexualidade na maturidade

De acordo com a concepção de Gross:

Conceitua-se sexualidade como sendo o modo pelo qual se vivencia o instinto sexual na busca do encontro afetivo, do acasalamento e do prazer, permeando os corpos e a psique, com gestos, entonações, adereços, perfumes: permeia tudo o que torna o indivíduo mais homem/macho e mulher/fêmea, no inexorável jogo da conquista. Na ampla teia de possibilidades da vida sexual, insere-se a relação sexual restrita ao pênis-vagina como um de seus componentes. Articula-se a fatores hormonais, emocionais e socioculturais, de um modo pessoal e singular, da mesma forma que é tecida a história de subjetividade e vida. Ela se estende da função do prazer à função da procriação. É uma função vital que permeia a vida, da infância à velhice, e instala-se junto a uma série de tabus. (GROSS, 2005, p. 37).

Na terceira idade, muitas pessoas continuam sendo sexualmente ativas, e mais da metade dos homens maiores de 90 anos referem manter interesse sexual. A crença de que o avançar da idade e o declinar da atividade sexual estejam inexoravelmente ligados envolve cada vez mais a sexualidade em mitos e preconceitos (BALLONE, 2001).

A relação sexual tem sido considerada uma atividade própria das pessoas jovens, das pessoas com boa saúde e fisicamente atra-

entes. A ideia de que as pessoas da terceira idade possam manter relações sexuais não é culturalmente muito aceita, preferindo-se ignorar e fazer desaparecer do imaginário coletivo a sexualidade da pessoa idosa. A velhice, porém, conserva a necessidade psicológica de uma atividade sexual continuada, não havendo, pois, idade na qual a atividade sexual, os pensamentos sobre sexo ou o desejo acabem (MOTTA, 2003).

Apesar da capacidade em manter relações sexuais, a literatura sugere que, de um modo geral, há uma diminuição na frequência das atividades sexuais com o avançar da idade, a qual afeta também o interesse sexual.

A diminuição da atividade sexual na terceira idade se relaciona tanto com mudanças físicas do envelhecimento, como os aspectos psicossociais, em que atitudes e expectativas impostas pelo modelo social e fatores psicológicos próprios dos idosos exercem influência na questão da sexualidade (PROVINCIALI, 2005).

Ballone (2001) apresenta alguns fatores que podem comprometer a atividade sexual do idoso na maturidade, dentre as quais podemos destacar a própria atitude do idoso diante das mudanças fisiológicas normais do envelhecimento; o progressivo aumento do período entre as ereções e a maior dificuldade para consegui-las, nos homens; e a dispareunia na mulher, podendo produzir ansiedade; a capacidade e interesse do(a) parceiro(a); o estado de saúde; efeitos colaterais de medicamentos e perda da privacidade, como por exemplo, viver na casa dos filhos.

O escrito elaborado por Souza (2008) diz que a sexualidade na maturidade é um tema emergente e que tem despertado, mais recentemente, um grande interesse científico. Vale salientar,

mais uma vez, que a idade não dessexualiza o indivíduo, o que existe, na verdade, são apenas modificações quantitativas da resposta sexual, ou seja, a vida sexual transforma-se constantemente ao longo de toda a evolução individual, porém só desaparece com a morte.

A preocupação principal referente à saúde sexual do homem idoso é constituída pelo medo da impotência. Na verdade a impotência sexual pode aparecer, de forma ocasional, praticamente em todos os homens e em todas as idades por uma série de motivos, dentre os quais: o cansaço, a tensão, as doenças, entre outros. Na maioria dos casos, o vigor sexual se restabelece sem um tratamento específico no momento em que os fatores físicos ou emotivos que o causaram forem resolvidos. (SEASON, 2002).

## **2.2 Epidemiologia da aids e a vulnerabilidade da população idosa**

Segundo o Boletim Epidemiológico AIDS (2009) elaborado pelo Ministério da Saúde, enquanto na primeira fase (1980/1996) foram notificados apenas 1856 homens e 489 mulheres com AIDS no Brasil com idade superior a 60 anos e mais, o número de casos nessa faixa etária vem crescendo sistematicamente desde então, chegando a 8829 homens e 4796 mulheres (1980/2009), totalizando 13625 pessoas idosas. (BRASIL, 2009)

A AIDS acomete indivíduos de todas as idades, mas só muito recentemente tem sido dada ênfase às características da epidemia em pessoas com idades mais avançadas, pelo aumento da proporção de indivíduos mais velhos infectados com o HIV

e o subsequente aumento do número de casos de AIDS nesse segmento populacional (LOPES, 2006).

Ao se considerar a transmissão do HIV entre a população idosa, destacam-se importantes fatores biológicos que concorrem com a expansão da epidemia nesse segmento, dentre os quais a diminuição da função imune com a progressão da idade, mudanças vaginais pós-menopausa e a maior possibilidade de contrair outras doenças de transmissão sexual pela maior vulnerabilidade biológica e social desse grupo etário. As mudanças de ereção do pênis podem causar situações difíceis no uso do preservativo e, nas mulheres, as mudanças que acontecem na vagina, por causa da idade, podem fazê-las mais vulneráveis à infecção do HIV (SANCHES, 2002).

Pesquisas recentes demonstram que os idosos ainda se encontram desinformados sobre o próprio risco de contraírem a AIDS e isso pode estar relacionado à falsa crença de que, devido à idade avançada, estão imunes à infecção pelo HIV. A vulnerabilidade para adquirir o HIV tende a aumentar quando o indivíduo não está preocupado, suficientemente sensibilizado, ou não se sente sob risco de contrair a AIDS (BATISTA, 2008).

Até meados dos anos 80, quando os métodos para seleção de doadores e controle de sangue não eram tão rigorosos, a transfusão sanguínea representava o principal fator de risco para a aquisição do vírus HIV entre os idosos, chegando a ser apontada como responsável pela maioria das contaminações ocorridas em pessoas com 60 anos ou mais. Atualmente, observa-se que a maioria dos casos de AIDS nos pacientes nesta faixa etária pode ser atribuída ao contato sexual ou ao uso de drogas injetáveis (PRILIP, 2004).

Pesquisas na área médica atribuíram o aumento da incidência de HIV/AIDS entre os idosos aos tratamentos hormonais, às próteses e aos avanços da indústria farmacêutica, que estão ampliando a vida sexual da população idosa. Constata-se que, de um lado, a população idosa carece de informações sobre a doença, tem preconceito contra o uso de preservativos; de outro, faltam ações preventivas voltadas para esse grupo (PRILIP, 2004).

Em estudo realizado pelo Instituto de Ciência da Saúde e Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em 2006, com o objetivo de avaliar o conhecimento sobre HIV/AIDS em pessoas com mais de 60 anos, foi demonstrado que 41,4% dos entrevistados acreditavam que a picada de mosquito transmite o vírus da AIDS, 80% referiram não usar preservativo durante as relações sexuais e 37% ainda consideravam a AIDS uma síndrome restrita a grupos específicos, como homens que fazem sexo com outros homens, usuários de drogas e profissionais do sexo (LAZZAROTTO et al., 2006).

A representação sobre a prevenção da AIDS ainda se configura em elementos resultantes das propagandas na mídia, mas que, na prática, são contraditórias. A não inclusão desse grupo etário em campanhas de prevenção deixa essas pessoas expostas ao risco de serem infectadas pelo HIV em relações sexuais (FONTES; SALDANHA; ARAÚJO, 2006).

Para muitos, a ideia de contrair HIV/AIDS em uma idade avançada não existe, porque a informação sobre prevenção é direcionada quase exclusivamente aos jovens e a consciência sobre fatores de risco para idosos é baixa (GORINCHTEYN, 2005).

De acordo com Gross (2005), em muitos casos, as pessoas idosas mais atingidas são aquelas que perderam o cônjuge. As-

sim, entre os idosos que se descobrem portadores do vírus há, basicamente, dois perfis clássicos: o homem casado que se infecta com uma parceira mais jovem e as viúvas que redescobrem o sexo. Em qualquer dos casos, é grande o preconceito.

A suposição de que os idosos não são sexualmente ativos impede, frequentemente, um diagnóstico precoce de infecção pelo HIV. Os idosos podem relutar em falar com os médicos sobre sua vida sexual e os médicos podem relutar em fazer perguntas desse tipo. Isso resulta em negligenciar a possibilidade de essas pessoas terem entrado em contato com o HIV. Os profissionais de saúde não valorizam as queixas sexuais do paciente idoso, o que seria importante para saber se a desinformação, associada ao preconceito, não está contribuindo para o desenvolvimento de prática tão incompatível com a área da saúde (GORINCHTEYN, 2005).

Na maioria dos idosos, o diagnóstico da infecção pelo HIV é feito quando procuram o tratamento para uma doença relacionada ao vírus. Frequentemente, a ideia de que um paciente idoso possa ter contraído HIV será a última possibilidade investigada, quando todas as opções restantes forem esgotadas (GROSS, 2005).

Sintomas adiantados da infecção, como fadiga, perda de memória e perda de peso, podem ser confundidos com sinais do envelhecimento, impedindo, dessa forma, que os infectados procurem ajuda médica precocemente, o que os ajudaria a permanecerem saudáveis e evitarem o risco da transmissão do HIV (PRILIP, 2004).

Provinciali (2005) relata que algumas distinções podem ser observadas quanto ao enfrentamento da enfermidade ou da situ-

ação de soropositividade, conforme o indivíduo envelheça contaminado pelo HIV ou adquira a infecção ou a doença propriamente dita numa fase mais avançada de sua vida. Esse último, quando se depara com esta situação, tem uma tendência natural – dependendo de toda uma complexidade psicológica, familiar e social – a ter mais medo da morte. Nessa situação, sua adesão ao tratamento é melhor, e ele passa a ter mais cuidados com alimentação e exercícios, o que resulta num sucesso terapêutico maior.

Os idosos raramente são incluídos em experimentações clínicas de terapia de drogas, e existem poucos dados disponíveis para analisar a eficácia das drogas antirretrovirais nessa população (PEIXOTO, 2008).

BRITO (2001) descreve em sua dissertação de mestrado que, em se tratando de mortalidade da AIDS, as pessoas mais velhas que adquirem a doença têm taxas maiores que as mais jovens, e, assim como elas possuem uma sobrevida menor, têm também um período mais curto entre o início da infecção pelo HIV e o diagnóstico da AIDS. Vários fatores são determinantes para a maior ou menor progressão da doença, entre os quais, o diagnóstico tardio, a conveniência da terapia antirretroviral, os fatores socioeconômicos, o déficit de função dos órgãos, a função imune, o estado nutricional e o estado mental.

A falta de consciência dos profissionais de saúde é uma barreira à educação dos idosos sobre os riscos do HIV (PRILIP, 2004). Para o autor, outra estratégia importante para prevenir o HIV está em aumentar o número de pessoas que realizam o teste anti-HIV, pois é importante ressaltar que mais da metade das infecções é transmitida por indivíduos que não sabem que estão infectados. Além disso, quando as pessoas se tornam conscientes

de sua infecção, normalmente querem tomar medidas para proteger os seus parceiros.

## Considerações finais

A experiência ao longo desta pesquisa possibilitou compreender as possíveis causas do aumento da contaminação do vírus HIV na terceira idade, questão que envolve valores morais e culturais ainda muito presente na vida dos brasileiros.

Pesquisas revelam que os profissionais não estão bem preparados para lidar com esta nova situação, devido a esses valores que os impedem de imaginar que o idoso pode ter relacionamento sexual ativo e ainda com múltiplos parceiros.

Encontramos, durante nossa pesquisa, que, em vários artigos, os autores descrevem em suas pesquisas que os médicos e ou enfermeiros (as) tem dificuldade em abordar os pacientes dessa faixa etária quanto aos seus hábitos sexuais, pois os idosos podem sentir-se constrangidos. Nesse aspecto, o idoso é segregado, não sendo prestado o atendimento correto.

O estudo apresenta um novo quadro, que demonstra, em diversos artigos publicados, que os idosos estão falando mais abertamente sobre sua sexualidade, achando até natural, fato esse devido ao incentivo na qualidade de vida desse segmento da população. Investimentos em tratamentos hormonais, próteses e outros medicamentos com a intenção de prolongar a vida sexual continuam sendo feitos, mas o uso do preservativo é dispensado, devido à implícita interferência na resposta sexual e a valores culturais e sociais trazidos pelos idosos no decorrer de suas vidas.

De um lado, há um grande incentivo à melhoria da qualidade de vida dos idosos e, de outro, uma certa despreocupação com a prevenção de doenças. A complexidade da problemática exige comprometimento efetivo de profissionais capacitados para atender essa nova demanda colocada aos serviços públicos de saúde.

Vimos que seriam necessárias informações e campanhas direcionadas especificamente para os idosos; informações relacionadas à sua sexualidade que é tão pouco discutida e campanhas que mostrem que o idoso tem uma vida sexual ativa e que precisa se prevenir contra DST/AIDS, pois as campanhas são isoladas, são de época (carnaval, dia internacional de combate à AIDS), atingindo pouco o segmento idoso.

A partir de pesquisas na área da sexualidade, com foco na questão do HIV/AIDS, observou-se uma lacuna acerca da informação da população sobre o assunto e o comportamento dela, na dificuldade de prevenção.

Apesar de grandes avanços já terem sido alcançados com relação à assistência, principalmente no tocante à legalização dos direitos da pessoa idosa, a verdade é que esse segmento ainda não é priorizado. Particularmente com relação às questões relativas à saúde, as ações dirigidas aos idosos costumam, de um modo geral, ser diluídas na assistência a outros grupos etários. É necessário que os órgãos competentes, nas três esferas do Governo, elaborem ações específicas dirigidas aos idosos, no que se refere às doenças sexualmente transmissíveis e à AIDS, tomando-se como base o avanço da epidemia nesse segmento.

Este assunto é bastante relevante para a saúde da população e torna-se necessário que a Enfermagem possa participar desta

discussão. Após pesquisas sobre o tema, verificou-se a escassez de trabalhos de enfermagem nessa área. Desse modo, o presente estudo procurou dar visibilidade a essa questão a fim de provocar a reflexão e mudança de mentalidade em nosso meio.

## Referências

- ALVES, Fap. *Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior a 50 anos em Pernambuco, 1990 a 2000* [Dissertação Mestrado]. Recife, PE: Universidade Federal de Pernambuco; 2002.
- BALLONE, G. J. O sexo nos idosos. *PsiquWeb Psiquiatria Geral*, 2001. Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/sexo/sexo65.html>>. Acesso em: 28.05.2010.
- BATISTA, A. F. O Conhecimento sobre a AIDS entre idosos participantes de Universidade Aberta à Terceira Idade. *Cad. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. n. 16. v. 4. P. 207-213, 2008.
- BERG, O. L. D. *Afinal, o que é disfunção erétil?* Verdades e mentiras sobre a impotência sexual. Rio de Janeiro: Dunya, 2000.
- BRASIL. *Estatuto do Idoso* (1996). Lei n. 8.842, de 4 de novembro de 1994. Brasília: Senado Federal.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico AIDS/DST*. 2009. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/Boletim2009.pdf>>. Acesso em: 28.05.2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *História do departamento de DST e AIDS*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398-DPTBRIE.htm>>. Acesso em: 20.06.10.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde*, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.
- BRITO, A.; CASTILHO, E.; SCWARCWALD, C. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev. Soc. Bras. Trop.* V. 34, n.2, Uberaba mar./abr. 2001.
- BRITO, A. M. *A epidemia da AIDS em Pernambuco: sobrevida dos doentes no período de 1995 a 2000* [Dissertação Mestrado]. Recife, PE: Universidade Federal de Pernambuco, 2001.

CAMARGO Jr, K. R. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos*. v.2, n.1 Rio de Janeiro, Mar./Jun. 1995.

CAPODIECI, S. *Idade dos sentimentos: amor e sexualidade após os sessenta anos*. Bauru/ SP: EDUSC, 2000.

CARRENO, I.; COSTA, J. S. D. Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. *Rev.Saúde Pública*. agosto, v. 40, n. 4,p. 720-726. 2006.

CARRET, M. L. V, FASSA, A. G., SILVEIRA, D. S., BERTOLDI, S. D., HALLAL, P. C. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. *Rev Saúde Pública*. n. 38, v. 1, p. 76-84. 2004.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. Envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad de Saúde Pública*. n. 19, v. 3, p. 725-733. 2003.

CECCATO, M. G. B.; ACURCIO, F. A.; BONOLO, P. F.; ROCHA, G.M.; GUIMARÃES, M.D.C. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Caderno de Saúde Pública*. n.20, v.5, p. 1388-1397. 2004.

FEITOSA, A. R.; ARAÚJO, A. A magnitude de infecção pelo HIV/AIDS em maiores de 50 anos no município de Fortaleza. *DST – J. Bras. Doenças Sex Transm*. V.16, n. 4, p. 32-37. 2004.

FONTES, K. S.; SALDANHA, A. A. W.; ARAUJO, L. F. *Representações do HIV na terceira idade e a vulnerabilidade no idoso*. 7º Congresso Virtual HIV/AIDS – Comunicação - Tema: Ciência Social e Comportamental – 10/10/2006. Disponível em:<<http://www.aidscongress.net>>. Acesso em: 5.06.2010.

GASPAR, M. C. *Envelhecer com dignidade*. Revista Cidade Nova. v. 22, n. 7, p. 30, 32. 2000.

GIDDENS, A. *As consequências da modernidade*. São Paulo: UNESP, 1996.

GIOVANI, E. M. *Estudo retrospectivo dos aspectos demográficos e das manifestações clínicas bucais e gerais, em pacientes com idade superior a 60 anos, soropositivos para o HIV/Aids*. [Tese Doutorado] São Paulo: Faculdade de Odontologia - USP; 2002.

GIRALDO, P. C.; AMARAL, R. L.; TOMAZINI, E. Revendo conceitos em DST: “Uma obrigação de todos”. *J. Bras. Doenças Sex. Transm*. n. 19, v.2, p. 63-64. 2007.

- GORINCHTEYN, J. C. *Agência de Notícias da AIDS*. Sociedade Brasileira de Infectologia. Disponível em: <<http://www.infectologia.org.br>>. Acesso em: 10.05.2010. 2002.
- GROSS, J. B. *Estudo de pacientes portadores de HIV/AIDS após os 60 anos de idade em duas Unidades de Saúde do estado do Rio de Janeiro*. 2005. Dissertação. (Mestrado em Medicina). Área de concentração em medicina tropical. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Oswaldo Cruz. 2005.
- IBGE. *Censo 2009*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo>> Acesso em: 12.06.2010.
- LAURENTINO N. R. S. Namoro na terceira idade e o processo de ser saudável na velhice. *Rev Bras de Ciências do Envelhecimento Humano*. 2005. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewPDFInterstitial/57/50>> Acesso em: jan. 2010.
- LAZZAROTTO, A. R.; KRAMER, A. S.; HADRICHS, M.; TONIN, M.; CAPUTO, P.; SPRINZ, E. O conhecimento de HIV/AIDS na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale dos Sinos/Rio Grande do Sul – Brasil. *Revista Ciência e Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*. N. 0384. 2006.
- LOPES, R. C. Oficinas de Orientação e Revisão do Projeto de Vida. *A Terceira Idade*, São Paulo, SESC, ano X, n. 15, p. 28-34, dez., 2006.
- MOTTA, AB. Envelhecimento e Sentimento do corpo. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA, J. R., C.E.A. (orgs) *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro; Ed. Fundação Getúlio Vargas. p. 223-235, 2003.
- NERI, A. L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI, A. L. (Org.). *Qualidade de Vida e Idade Madura*. Campinas, SP: Papirus, 2003.
- OLIVI, M., SANTANA, R.; MATHIAS, T. Comportamento, Conhecimento e Percepções de risco sobre doenças sexualmente transmissíveis em grupos de pessoas com 50 anos e mais de idade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v.16, n.4, p. 679-685. 2008.
- PARKER, R. *Corpos, Prazeres e Paixões*. Rio de Janeiro, Editora Best-Seller, 1993.
- PEIXOTO, J. M. C. *AIDS depois dos 60: um novo desafio para as políticas de saúde pública*. 2008. Congresso Virtual. Tema: Epidemiologia, Prevenção e Saúde Pública. Disponível em: <[http://www.aidscongress.net/html/article5380.html?id\\_comunicacao=85](http://www.aidscongress.net/html/article5380.html?id_comunicacao=85)>. Acesso em: 25/06/2010.
- PRILIP, N. B. A. *AIDS atinge idosos*. Portal do envelhecimento. 2004. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/pforum/aids2.htm>>. Acesso em: 28. 05. 2010.

- PROVINCIALI, R. M. *O convívio com HIV/AIDS em pessoas da terceira idade e suas representações: vulnerabilidade e enfrentamento*. 120f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- SALDANHA, A. A. W. *Implantação de um Programa de Pesquisa e Atendimento Psicossocial à AIDS. Estudo de representações sobre a AIDS e seus determinantes visando à formação profissional para o atendimento psicossocial a pacientes*. Programa de Pesquisa financiado pelo CNPQ. São Paulo /USP, 2003.
- SALGADO, M. A. *Velhice, uma nova questão social*. São Paulo: Edição SESC, 2006.
- SANCHES, K. Características epidemiológicas dos casos de AIDS em idosos no Estado do Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Epidemiologia*. n. 2, V.1, p. 308-315, 2002.
- SEASON, S. *AIDS na maturidade*. São Paulo: Lemos Editorial & Gráficos Ltda, v. 12, 2002.
- SILVA, J. M. *Disfunção Erétil*. Disponível em: <<http://www.unimeds.com.br/>> layouts/capa/temático. Acesso em: 08/04/2010.
- SOUSA, J. L. Sexualidade na terceira idade: uma discussão da AIDS, envelhecimento e medicações para disfunção erétil. *DST – J. Bras. Doenças Sex Transm.* n. 20, v.1, p. 59-64. 2008.
- SOUZA, J. L., SILVA, M. D. P., MONTARROYOS, U.R. Tendência de AIDS no grupo etário de 50 anos e mais no período anterior e posterior à introdução dos medicamentos para disfunção erétil: Brasil, 1990 a 2003. *Rev Bras. Geriatria e Gerontologia*. 2007; N.10, V.2. P. 203-216.

# **Prática do autoexame das mamas entre as acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem**

Fernanda Paula Cerântola SIQUEIRA  
Tereza Lais Menegucci ZUTIN  
Moacir Lobo COSTA JUNIOR  
Patrícia RAMOS  
Maély ALCÂNTARA  
Daiana Roberta Munhoz MARCARI  
Francieli Paula Lembo LANCINE

## **1 Introdução**

No decorrer da Graduação de Enfermagem são muitas as oportunidades de aprendizado das questões relativas à promoção de saúde e à prevenção das doenças. Entre as medidas de prevenção destaca-se a realização do autoexame das mamas, por este ser apontado como um método valioso para detecção precoce do câncer de mama.

O câncer de mama vem sendo considerado como importante problema de saúde pública, em razão de seus elevados índices, representando no Brasil a segunda maior causa de morte entre as mulheres. Além de sua incidência, prevalência e mortalidade, cabe ressaltar o sofrimento que a patologia acarreta (BRASIL, 2008).

A estatística elevada do câncer de mama ocorre devido ao estilo de vida e a muitos fatores internos e externos que não podem ser evitados, como exposição à radiação ionizante, grande ingestão de gordura saturada, menarca precoce e menopausa tardia, primeira gestação após os 30 anos, uso e abuso dos hormônios. Em apenas 10% dos casos, constata-se que esses fatores são herdados geneticamente, e a maior taxa foi encontrada em mulheres que nunca tiveram filhos. Existem, porém, fatores de prevenção como praticar atividades físicas, ter uma dieta rica em proteínas, frutas e verduras, ter primeira gestação antes dos 30 anos, frequência e duração da amamentação. Também a menarca tardia e a menopausa precoce ajudam a não incidência do câncer de mama (MOLINA; DALBEN; DE LUCA, 2003).

A mulher jovem com carcinoma de mama apresenta o pior prognóstico devido à doença estar avançada no momento do diagnóstico (CRIPPA et al., 2003). Já Molina, Dalben, De Luca (2003), dizem que a detecção precoce é a única forma de diminuir as taxas de mortalidade e, para isso, deve ser realizado o autoexame das mamas. É recomendada, uma vez ao mês, a autopalpação no 7º dia de ciclo menstrual e uma vez por ano por um profissional. Um exame clínico pode confirmar o problema em 70% dos casos e a mamografia, em 83%, procedimento importante para detectar anormalidades não palpáveis. Ainda que se afirme que o câncer de mama ocorre com maior frequência na perimenopausa, a enfermidade vem crescendo gradativamente em mulheres jovens.

Vários problemas têm sido evidenciados como fatores que limitam o seu diagnóstico, quase sempre referentes a fatores de ordem social, econômica e cultural e, dentre esses fatores, detec-

tou-se a falta de conhecimento e de intimidade com o próprio corpo, associada ao medo de tocá-lo e senti-lo sem culpa, medo de procurar o profissional de saúde e detectar qualquer mudança em seu organismo, medo de barreira nos acessos a serviços, de maus tratos e negligência pelos profissionais (DAVIM et al., 2003).

A realização do autoexame das mamas não diminui a mortalidade do câncer de mama, mas a frequência da realização permite a detecção precoce, em estágios iniciais. As descobertas no autoexame são menores que as encontradas acidentalmente, e isso pode ser explicado pelo fato de apenas 50% das mulheres realizarem o autoexame, prevalecendo ainda, no Brasil, o diagnóstico tardio dessa doença (FREITAS JUNIOR et al., 2006).

A realização da prevenção por meio do autoexame implica o conhecimento das mulheres sobre o corpo. Quando as mulheres já apresentam uma certa intimidade com o corpo, a detecção de alguma anormalidade é facilitada. Nos casos em que isso não ocorre, o câncer acaba sendo descoberto num estágio mais avançado, necessitando, muitas vezes, de uma intervenção mais invasiva, como a retirada de um quadrante da mama ou até mesmo de toda a mama. Uma intervenção dessa magnitude pode trazer um desequilíbrio emocional muito grande na vida da mulher, visto que se refere à mama, órgão que traz embutidos, além da questão da saúde, aspectos ligados à feminilidade, beleza e sensualidade da mulher (MULLER et al., 2005).

Ao conhecimento, à atitude e à prática do autoexame das mamas também foram associados fatores, como idade, escolaridade, trabalho remunerado, estado marital e renda familiar. As mulheres menos favorecidas tinham apenas a atitude, sabiam da

importância do autoexame, porém não tinham o conhecimento da técnica correta e não realizavam a prática. A prática era adequada quando relacionada com mulheres de menor idade, maior escolaridade, trabalho fora de casa e maior renda familiar (MARINHO et al., 2003).

O autoexame das mamas é de fácil execução, podendo ser realizado por qualquer mulher, independentemente de sua condição socio-cultural, mas há um distanciamento entre o conhecimento do autoexame das mamas e sua realização.

De acordo com uma pesquisa realizada por Monteiro et al. (2003), de 505 mulheres que foram entrevistadas, obteve-se como resultado que 96% conheciam o autoexame das mamas, mas menos de 1/3 o realizavam corretamente. Das pacientes que responderam já ter ido ao ginecologista, muitas referiram que o profissional não incentivava a prática do autoexame das mamas e tampouco examinava as suas mamas. Entre as que referiram não realizar o auto exame, o motivo mais apontado foi o desconhecimento da técnica, seguido por esquecimento.

É importante lembrar que, dentre os motivos da não realização, encontram-se justificativas como não achar necessário e falta de interesse. A prática do autoexame das mamas, como possibilidade de prevenção, depende das decisões pessoais da mulher, da compreensão e interpretação, por ela ser responsável pela sua própria saúde. Notou-se, ainda, que quase metade das mulheres entre 20-29 anos também não realizava o autoexame das mamas, devido à ideia de que, pela pouca idade, não haveria necessidade de prevenção nem risco de apresentar a doença (FREITAS et al., 2006).

Verifica-se, de forma empírica, no meio acadêmico, com mulheres com a faixa etária semelhante à citada, que as que cursam a Faculdade de Enfermagem da Universidade de Marília conhecem o autoexame das mamas, porém referem não realizá-lo. Diante disso, ficamos interessados em investigar o conhecimento real dessas jovens mulheres quanto à prática da realização desse exame em seu cotidiano. Se o conhecem e não o realizam, questiona-se: O que leva as futuras profissionais responsáveis por ação de promoção e prevenção de doenças a não se autocuidarem?

Apesar da realização do autoexame das mamas não diminuir a mortalidade do câncer de mama, ele contribui de forma significativa para a sobrevivência das pacientes, bem como para a diminuição do custo do tratamento (FREITAS et al., 2006).

## **2 Objetivos**

Avaliar a prática do autoexame das mamas entre as acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade de Marília.

Identificar fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama entre as acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade de Marília.

## **3 Métodos e técnicas de pesquisa**

### **3.1 Delineamento da pesquisa**

O estudo de natureza descritiva visa ao conhecimento de particularidades de determinado grupo (TRIVIÑOS, 1995).

### **3.2 Cenário da pesquisa**

Curso de Enfermagem-Noturno da Universidade de Marília – UNIMAR, por ser o cenário de atuação dos autores desta pesquisa e por possuir uma população predominantemente feminina.

### **3.3 População:**

Constituiu-se de 263 acadêmicas do Curso de Enfermagem-Noturno da Universidade de Marília – UNIMAR, regularmente matriculadas no 2º semestre do ano de 2009, que se encontravam cursando as atividades curriculares. Obviamente, como critério de inclusão, considerou-se o sexo feminino e a aceitação de participar da pesquisa. Como critérios de exclusão, além de ser do sexo masculino, estar ausente (por faltas, licenças e ou trancamento de disciplinas) das atividades curriculares no dia determinado para a aplicação do instrumento de coleta de dados e as que não aceitaram participar da pesquisa.

### **3.4 Procedimentos para coleta de dados:**

-Instrumento de coleta de dados

O questionário utilizado para coleta de dados da pesquisa constou de questões semiestruturadas em relação à identificação, ao estilo de vida, aos dados gineco-obstétricos e quanto à prática do autoexame das mamas.

O instrumento foi aplicado primeiramente a um grupo de sujeitos que não fizeram parte da pesquisa e após realizaram-se as modificações necessárias para que o questionário contemplasse o objetivo proposto.

### **- Operacionalização da coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada após autorização do responsável do Curso de Enfermagem e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Os próprios autores do projeto fizeram a entrega do questionário às acadêmicas no horário de suas atividades de aula. Para tanto, solicitaram permissão ao professor responsável no momento para não atrapalhar o desenvolvimento das aulas.

Vale ressaltar que os questionários foram autoperenchidos pelos sujeitos participantes da pesquisa de forma individual, não sem antes terem sido informadas e convidadas a participarem dela.

### **3.5 Análise dos dados**

Os dados coletados foram analisados e apresentados em gráficos e tabelas, seguindo as normas preconizadas para uma pesquisa descritiva.

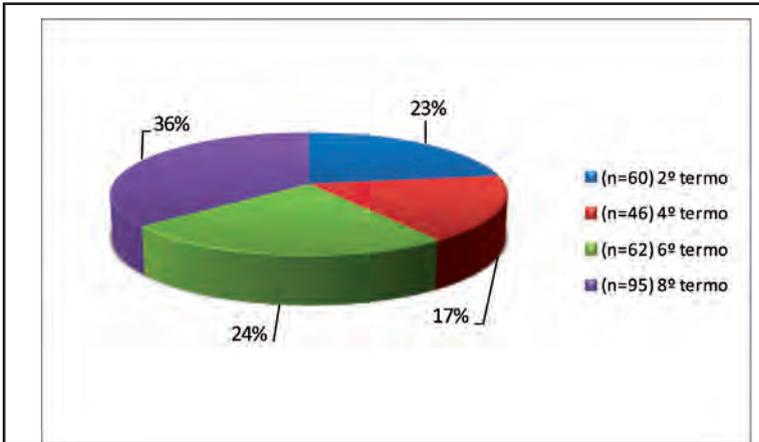
### **3.6 Considerações Éticas**

Solicitou-se autorização ao responsável do referido serviço, e o projeto da pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Marília/SP. Às participantes do estudo foi entregue o Termo de Consentimento pós-informação.

## **4 Resultados e discussão**

### **4.1 Caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa:**

Das 263 estudantes participantes da pesquisa, 36,1%(n=95) eram matriculadas no 8º termo do Curso de Enfermagem como mostra a **Figura 1**. O destaque desse 8º termo pode ser explicado pelo maior número de estudantes matriculados em relação aos demais.



**Figura 1-** Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo o termo em que estão matriculadas. Marília, 2009.

A idade das estudantes varia entre 17 e 47 anos, como mostra a **Figura 2**, prevalecendo a faixa etária mais jovem, de 17 a 25 anos, com 72,2% (n=190).

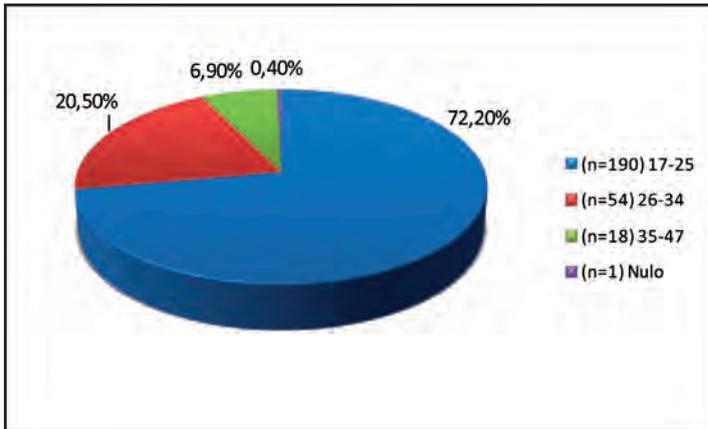


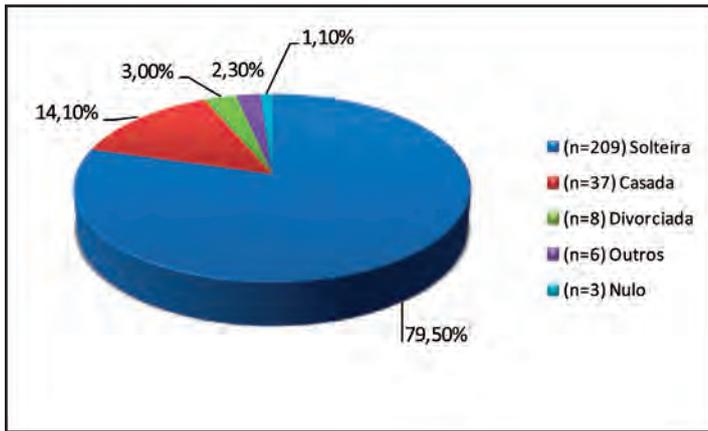
Figura 2- Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo a faixa etária. Marília, 2009.

O câncer de mama em mulheres com menos de 40 anos é incomum, constituindo aproximadamente 7% de todos os casos diagnosticados. De acordo com vários estudos epidemiológicos, esse grupo de pacientes tem despertado interesse por estar associado a um pior prognóstico quando comparado com casos diagnosticados acima dos 40 anos. A idade é vista como fator prognóstico relevante em câncer de mama localizado, por se tratar de uma patologia potencialmente curável, necessitando de um tratamento mais agressivo, principalmente por apresentar alta taxa de recorrência e baixa sobrevida (GARICOCHEA et al.,2009).

Os autores referidos têm sugerido que o mau prognóstico deve ser atribuído ao diagnóstico tardio nesse grupo de pacientes. A detecção de tumores iniciais em pacientes abaixo de 40 anos submetidas ao rastreamento com mamografia pode ser dificultado devido à alta densidade mamária. Sendo assim, o autoexame das mamas muito contribuirá na identificação precoce de tumores mamários em mulheres jovens. Sabe-se que as mulheres

acima de 30 anos conhecem e praticam mais o autoexame do que aquelas mais jovens. Isso se explica, talvez, pelo fato de que as mulheres com mais de 30 anos se importam mais com a possibilidade de terem um câncer em suas vidas do que aquelas mais jovens (FREITAS JUNIOR et al., 2006).

Quanto ao estado civil das estudantes, verifica-se que a maioria era solteira, como mostra a **Figura 3**.

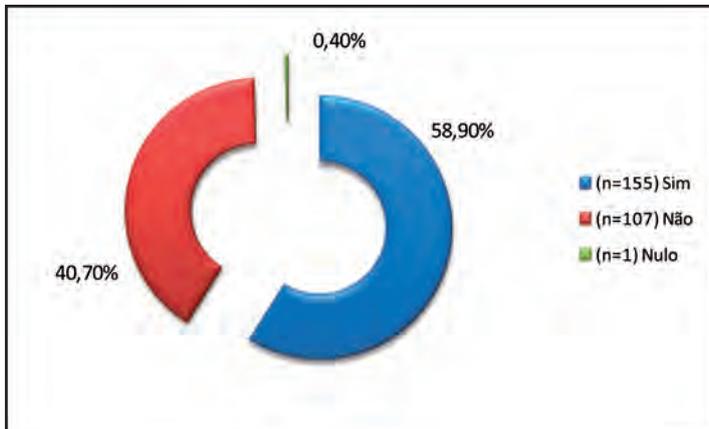


**Figura 3-** Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo o estado civil. Marília, 2009.

O estado civil não apresentou significância em estudo sobre a sobrevida do câncer e fatores associados, mas foi perceptível que mulheres solteiras tiveram pior sobrevida. Outro estudo encontrou que mulheres não casadas, acima de 65 anos, têm aumento do risco de morte por câncer de mama depois de controlados os fatores de risco relevantes, incluindo estadiamento ao diagnóstico e tratamento. É comum mulheres não casadas serem diagnosticadas com a doença mais avançada (SCHNEIDER; D'ORSI, 2009.)

O conhecimento referido sobre o autoexame das mamas foi relativamente similar em relação a estado civil, como mostra estudo realizado em Goiás com 2.073 mulheres que fossem viúvas e ou solteiras, apresentaram o mesmo conhecimento a respeito dele (FREITAS JUNIOR et al., 2006).

Observa-se, na **Figura 4**, que 58,9% (n=155) das estudantes, além das atividades acadêmicas, desenvolviam uma ocupação remunerada.



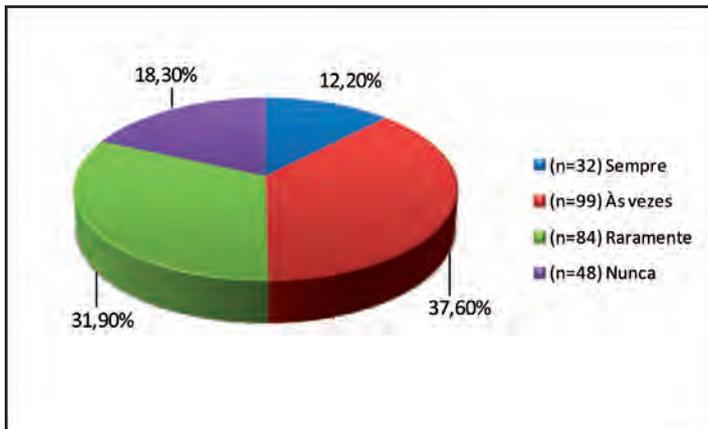
**Figura 4** - Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo a ocupação. Marília, 2009.

Estudos mostram que o conhecimento do autoexame entre as mulheres que não trabalham externamente foi 4,2 vezes maior que entre aquelas que trabalham fora, e isto se dá pelo fato de as donas de casa terem maior disponibilidade de tempo para assistirem a programas sobre o tema e por terem, também, condições associadas ao nível socioeconômico e à permanência na residência que podem ser decisivas para o conhecimento e a prática do autoexame das mamas (FREITAS JUNIOR et al., 2006).

Segundo Beghini et al. (2006), a preocupação e a ocupação com as tarefas e atividades a serem desenvolvidas em sua condição de acadêmicas são apontadas como a razão para o esquecimento e não efetivação sistemática da prevenção do câncer ginecológico de rotina, como o autoexame das mamas.

#### 4.2 Dados do estilo de vida

Verifica-se que a grande maioria das estudantes não pratica regularmente atividades físicas, como mostra a **Figura 5**.

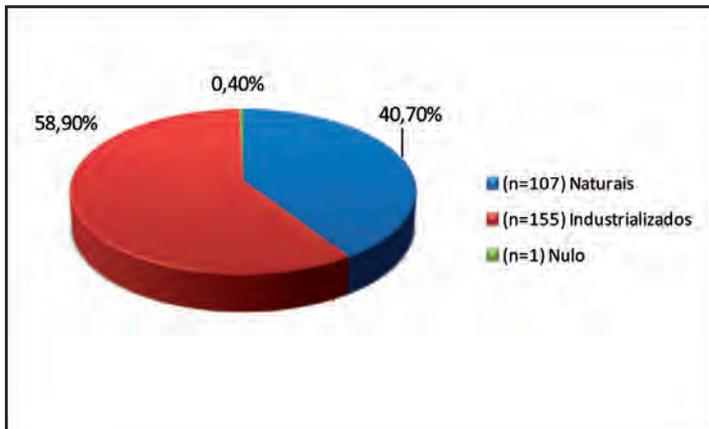


**Figura 5-** Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo a frequência de realização da atividade física. Marília, 2009.

Segundo Amorim & Titapegui (2008), a realização da atividade física leva à redistribuição do magnésio no organismo, provavelmente devido ao movimento do magnésio em direção a outros sistemas e devido ao aumento de sua excreção pelo suor e urina. Dessa forma, o magnésio é redistribuído no exercício para os locais com maior necessidade metabólica para a produção de energia ou na prevenção do estresse oxidativo. Exercício físico

normalmente diminui a quantidade de estrógeno e progesterona circulantes. Como o tumor mamário está associado a esse hormônio, fazer exercício regularmente diminui o risco de ter câncer de mama, principalmente em mulheres que fazem ou fizeram exercício regular quando jovens. A atividade física aumenta tanto a produção de radical livre como a utilização de antioxidantes. A alimentação é responsável pelo fornecimento dos antioxidantes. A deficiência dietética de antioxidantes e de outras substâncias essenciais pode causar estresse oxidativo. Dentre tais substâncias está o magnésio, mineral que participa do metabolismo energético, da regulação dos transportadores de íons e da contração muscular.

Verifica-se, ainda, que 58,9% (n=155) das estudantes consomem produtos industrializados, conforme representado na **Figura 6**.



**Figura 6** – Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo o consumo de alimentos. Marília, 2009.

No Brasil, observa-se que os tipos de câncer que se relacionam aos hábitos alimentares estão entre as seis primeiras causas

de mortalidade. O consumo de alimentos que contêm fatores de proteção está abaixo do recomendado em diversas regiões do país. Em relação ao câncer de mama, a ingestão de gordura altera os níveis de hormônio no sangue, aumentando o risco da doença. O consumo de gorduras são elevados nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, ocorrendo as maiores incidências de câncer de mama (BRASIL-INCA, 2009).

A taxa de formação de estrógeno e de andrógenos circulantes é aumentada com a obesidade. Dessa forma, uma dieta rica em gordura poderia afetar a biodisponibilidade do hormônio pela elevação da concentração de ácidos graxos séricos livres. Embora algumas pesquisas realizadas com mulheres não tenham fornecido resultados consistentes entre o consumo de gordura e o desenvolvimento do câncer mamário, estudos em ratos têm revelado que o elevado consumo de gordura, principalmente ácidos graxos derivados do ácido linoléico, aumenta o risco de desenvolvimento de tumores mamários (CIBEIRA; GUARAGNA, 2006).

Verifica-se, entre essas jovens mulheres, que 19.7% (n=52) encontram-se com o peso acima do esperado (**Figura 7**).

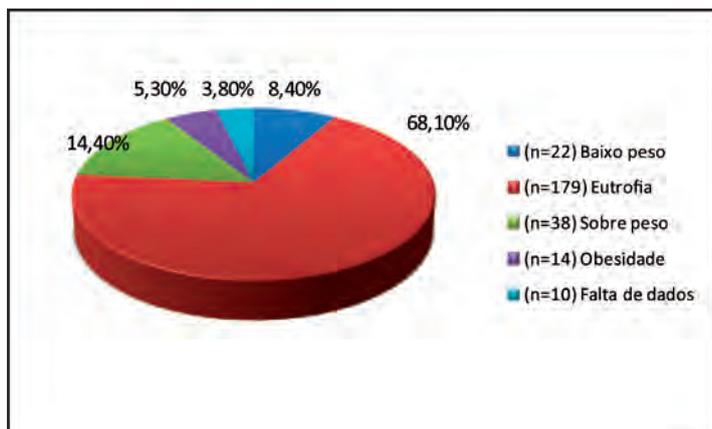


Figura 7- Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo o IMC (Índice de massa corporal). Marília, 2009.

Nesse item, considerou-se como valores de referência do IMC (Índice de massa corporal) menor que  $18,5 \text{ kg/m}^2$ , baixo peso; entre  $18,5$  e  $24,9 \text{ kg/m}^2$ , classificados como normal; entre  $25$  e  $29,9 \text{ kg/m}^2$ , classificados como sobrepeso e maior e igual a  $30$ , obesidade. O IMC é o método mais utilizado para classificação de sobrepeso ou obesidade em pessoas adultas, podendo ser calculado por valores relatados pelo avaliado, apresentando grande vantagem em relação aos métodos de avaliação da composição corporal (NUNES et al., 2009).

De acordo com estudo, realizado pelo Ministério da saúde, os brasileiros estão mais obesos. Na primeira edição da pesquisa, 11,4% dos brasileiros eram considerados obesos em 2006, número que subiu para 12,9%, em 2007, e para 13%, em 2008. Os dados recentes apontam que o índice maior é o das mulheres, de 13,6%, enquanto o dos homens foi de 12,4%. A obesidade feminina vinha em uma tendência de estabilização nas pesquisas

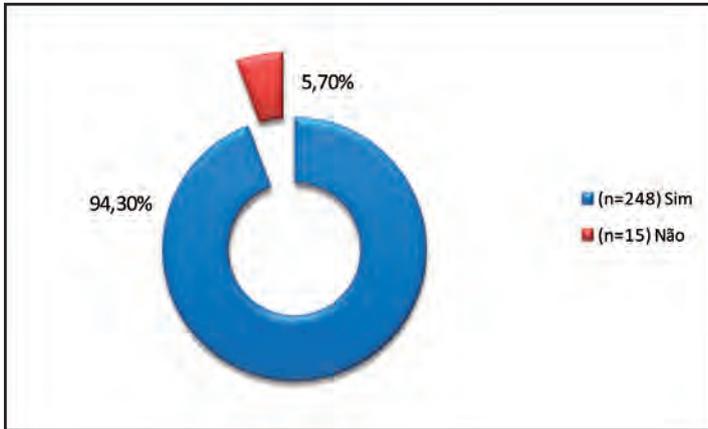
anteriores – 11,5%, em 2006, e 12%, em 2007 – e agora houve um aumento expressivo.

De acordo com Lancha Jr. (1998), a principal causa da obesidade é a vida sedentária, seguida de fatores psicológicos e hábitos alimentares inadequados. Esses resultados sustentam a hipótese de que o ganho de peso está mais relacionado às mudanças do estilo de vida do que aos fatores genéticos. Nas mulheres, a obesidade está associada com irregularidades menstruais, infertilidade e acne. Com frequência, a perda de peso produz melhora de todos esses distúrbios. Um dos tratamentos indicados para uma mulher infértil e obesa é a diminuição de peso.

Nesse grupo investigado, acredita-se que o aumento de peso pode estar relacionado a baixa frequência na realização de atividade física e também a hábitos alimentares, embora seja pouco explorado nesse momento.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a definição de obesidade em crianças e adolescentes tem uma relação com a definição em adultos. Como as doenças no período da adolescência são escassas, é particularmente importante o quanto a antropometria na adolescência pode predizer fatores de risco ou doenças na idade adulta (CIBEIRA; GUARAGNA, 2006).

Entre essas estudantes predomina o hábito adequado, quanto ao tabagismo, como aponta a **Figura 8**.



**Figura 8-** Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo o uso de cigarro. Marília, 2009.

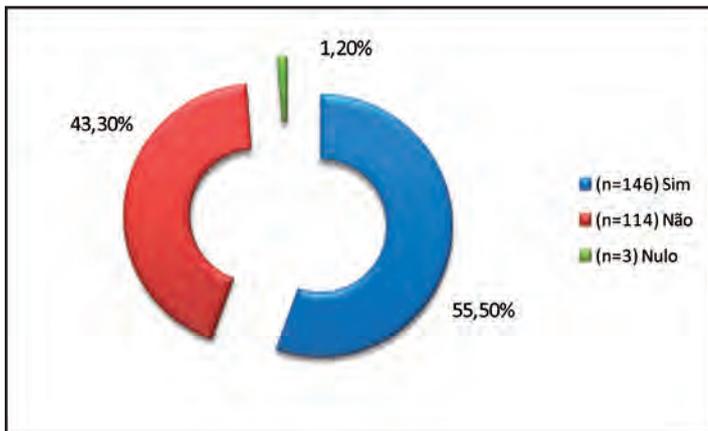
Ainda que o número de estudantes que fuma seja baixo, 5,7% (15), a maioria fazia o uso do tabaco há um ano, seguido de 4 a 24 anos de uso; verificamos que 11 (73,3%) delas fazem o uso de até 10 cigarros por dia e 4 (26,7%) de 20 cigarros por dia.

O fumo vem sendo apontado também como fator que pode estar associado ao risco de câncer de mama. Por meio de estudos caso-controle, essa associação foi mais forte em mulheres que tinham o hábito de fumar na adolescência, embora pareça ter havido tendência à diminuição do hábito de fumar entre os adolescentes, em algumas capitais brasileiras no final da década de 1980 (MENDONCA, 1993).

Mulheres que iniciam o hábito de fumar na juventude têm aumento do risco de desenvolver câncer de mama quando comparadas com não usuárias de cigarros. Mulheres que nunca tiveram filhos e fumam mais de 20 cigarros por dia têm aumentado o risco de câncer de mama (MENDONCA, 1993).

No mundo há, por sua vez, 1,3 bilhão de indivíduos que utilizam tabaco, substância que responde por 4,1% da carga global de doenças, segundo a Organização Mundial da Saúde. O tabagismo está associado à alta morbimortalidade, sendo responsável pela maior causa de morte evitável e de maior crescimento no mundo (CASTRO, 2007).

Verifica-se que 55,6% (n=146) das estudantes fazem o uso do contraceptivo hormonal (**Figura 9**), sendo que, dessas, 80,0% (n=117) fazem o uso do contraceptivo diariamente, 12,0% (n=18) usam-no mensalmente e 1,0% (n= 1) fazem o uso anualmente. As demais não responderam.

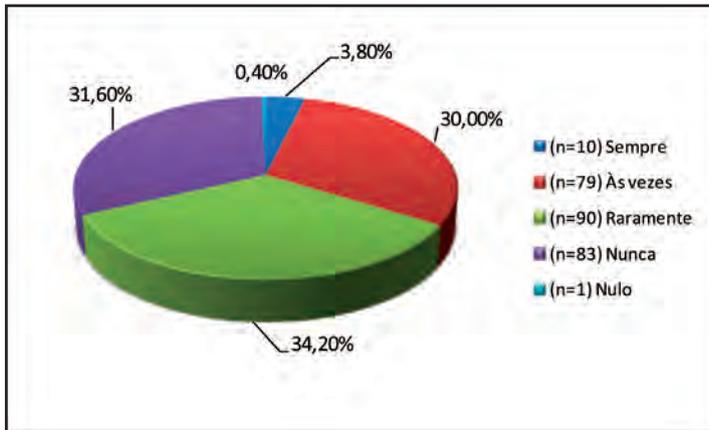


**Figura 9-** Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo o uso de contraceptivo hormonal. Marília, 2009.

Ainda é controversa a associação do uso de contraceptivos orais com o aumento do risco para o câncer de mama, apontando para certos subgrupos de mulheres como as que usam contraceptivos orais de dosagens elevadas de estrogênio, as que fizeram uso da medicação por longo período e as que usam

anticoncepcional em idade precoce, antes da primeira gravidez (BRASIL, 2008).

Quanto ao uso de bebida alcoólica, 3,8% (n=10) referiram utilizá-la frequentemente, como aponta a **Figura 10**.



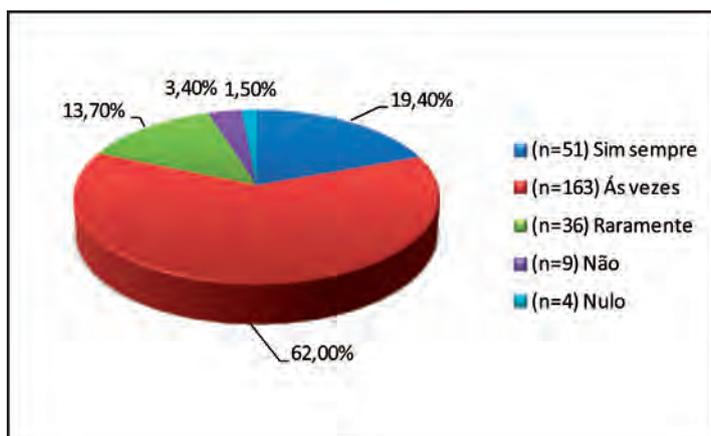
**Figura 10-** Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo o consumo de bebida alcoólica. Marília, 2009.

A ingestão regular de álcool, mesmo que em quantidade moderada, é identificada como fator de risco para o câncer de mama, assim como a exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 35 anos (BRASIL, 2008).

O uso de álcool entre adolescentes é, naturalmente, um tema controverso no meio social e acadêmico brasileiro. A prática comum do consumo de álcool pelos jovens, seja no ambiente domiciliar, em festividades, ou mesmo em ambientes públicos, tem sido condenado pela sociedade (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004). Já o consumo indevido de drogas lícitas e ilícitas é um sério problema de saúde pública que atinge, de forma preocupante, todos os países do mundo. Estima-se que,

entre os anos de 2005 e 2006, aproximadamente 200 milhões de indivíduos tenham consumido drogas ilícitas, correspondendo a quase 5% da população mundial, na faixa etária entre 15 e 64 anos. Sabe-se que o consumo de álcool é responsável por quase 4% de todas as mortes no mundo, sendo a principal causa de morte e invalidez nos países em desenvolvimento que apresentam baixa taxa de mortalidade e o terceiro principal fator de risco para a saúde, após o tabaco e a hipertensão arterial sistêmica, em países em desenvolvimento (ANDRADE, 2008).

Outro aspecto presente entre essas jovens é o estresse, como mostra a **Figura 11**.



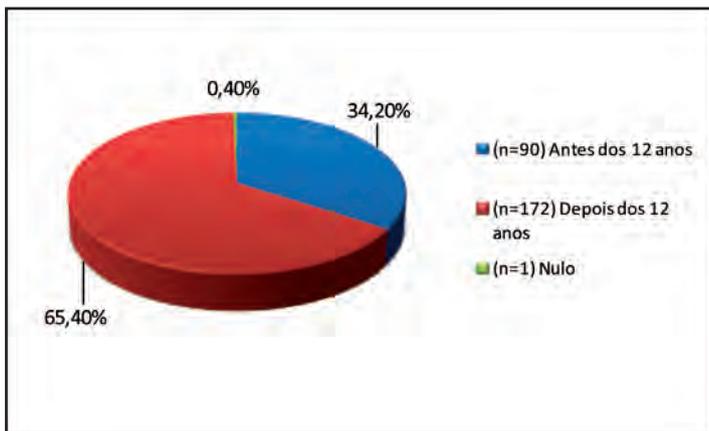
**Figura 11-** Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo o estresse. Marília, 2009.

O estresse pode aumentar os níveis de estrogênio em mulheres. Trata-se de um hormônio que pode desencadear e alimentar o câncer, visto que as células são capazes de elaborar respostas complexas de defesa, quando desafiadas por diversos tipos de estresse. Esses progressos admiráveis têm feito com que

a compreensão de doenças, síndromes e fenômenos de natureza obscura seja cada vez maior (MEYER & SILVA, 1999).

### 4.3 Dados gineco-obstétricos

Verificou-se que 34,2% (N= 90) das estudantes tiveram menarca antes dos 12 anos, como mostra a **Figura 12**.



**Figura 12-** Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo a idade da menarca. Marília, 2009.

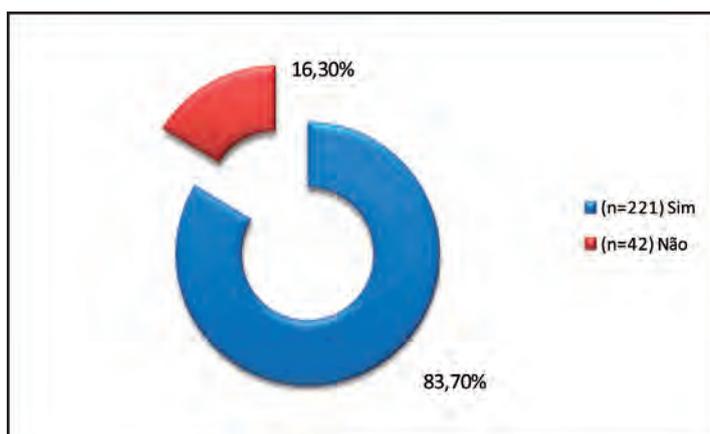
Menstruar muito cedo (com 11 anos, ou antes) ou parar de menstruar muito tarde expõe a mulher mais tempo aos hormônios femininos e isso aumenta o risco deste câncer (ZELMANOWICZ, 2009).

Hoje em dia, as mulheres menstruam até dez vezes mais que suas avós e bisavós, por dois fatores. O primeiro é que antigamente elas tinham a menarca (a primeira menstruação) mais tarde, por volta dos 17 anos, hoje há muitos casos de meninas menstruando antes mesmo dos 11 anos. O segundo é que as

mulheres modernas demoram mais para engravidar e têm menos filhos. O câncer de mama também é ligado à menstruação, mas por outros motivos. Durante o ciclo menstrual, os níveis dos hormônios femininos progesterona e estrogênio variam. Essa variação está ligada a um risco maior de câncer de mama. Durante a gravidez e a amamentação, o organismo da mulher fica “imerso” em uma quantidade constante de hormônios, o que, segundo os médicos, oferece um fator de proteção.

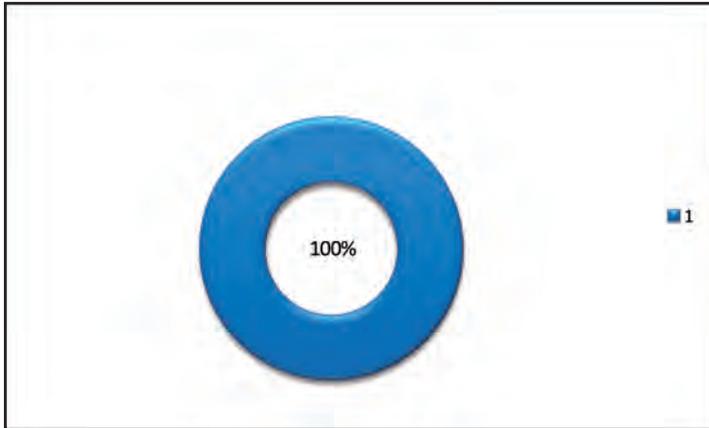
“Isso não quer dizer que mães não têm câncer de mama. Elas podem ter sim. Mas elas têm uma chance menor em comparação com as mulheres que nunca foram mães” (BERNARDI, 2009).

Quanto à maternidade dessas estudantes de enfermagem, verifica-se, como mostra a **figura 13**, que 83,7% (n=221) ainda não são mães. Porém, das 42 que eram mães, 67,4% (n=28) tinham apenas um filho, e as demais 28% (n=12) três e quatro.



**Figura 13-** Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo a maternidade. Marília, 2009.

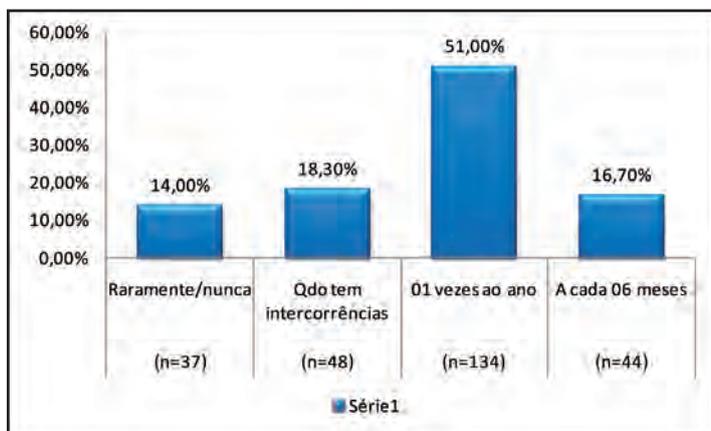
Quanto à amamentação, das 42 estudantes que tiveram filhos, verifica-se que todas amamentaram (**Figura 14**), mas o que nos chama atenção é a duração, sendo que 50,1% (n= 21) amamentaram de 5 a 7 meses, 45,2% (n=19) delas amamentaram de 8 a 16 meses e 2 delas (4,7%) não indicaram o tempo de amamentação.



**Figura 14-** Distribuição das 263 estudantes de enfermagem que tiveram filhos, segundo a amamentação. Marília, 2009.

O aleitamento materno é um fator determinante na diferença entre a menor taxa de câncer de mama. Cientistas desconhecem que os dois fatores (número maior de filhos e mais tempo de aleitamento) evitam o câncer por conta da quantidade de hormônios femininos à qual a mulher é submetida ao longo da vida. Amamentando ou ficando grávida, a mulher menstrua menos, o que estaria associado à prevenção ao câncer. Estimam que, se as mulheres amantassem cada um de seus filhos por seis meses adicionais, elas poderiam reduzir seu risco de desenvolver câncer de mama em até 7% (BERAL, 2002).

Outro aspecto investigado foi a frequência de ida dessas estudantes ao ginecologista e verificou-se que a maioria delas realiza uma consulta pelo menos a cada seis meses, como mostra a **Figura 15**.



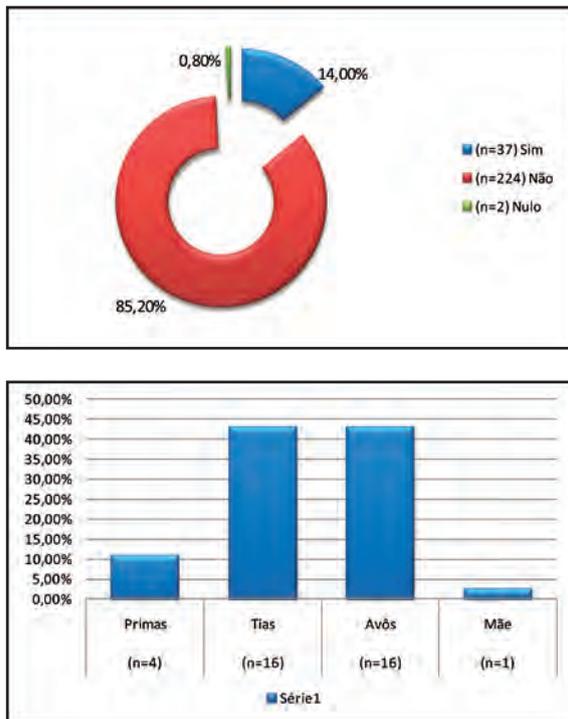
**Figura 15-** Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo a consulta ao ginecologista. Marília, 2009.

Entre as estudantes, 32,3% (n=85) referem procurar o ginecologista raramente ou quando apresentam algum problema. Entre os motivos que impedem as jovens de irem ao ginecologista, destaca-se o constrangimento de se expor e o medo de que algum instrumento cause dor (COIMBRA, 2008).

A questão de as mulheres procurarem ou não os cuidados de saúde está relacionada a políticas de conscientização com enfoque, principalmente, nas mulheres mais desfavorecidas e menos escolarizadas, já que são as que apresentaram maior probabilidade de não terem feito consulta ginecológica recentemente. Postos de saúde com horários mais flexíveis e abrangentes também são de grande importância. É necessário, ainda, capacitar

e conscientizar os médicos para atender a esse público, pois as mulheres de camadas populares sentem falta de um atendimento mais humano, com diálogo e espaço para que se sintam à vontade, não basta “tirar a roupa e pronto” (TORRES, 2008).

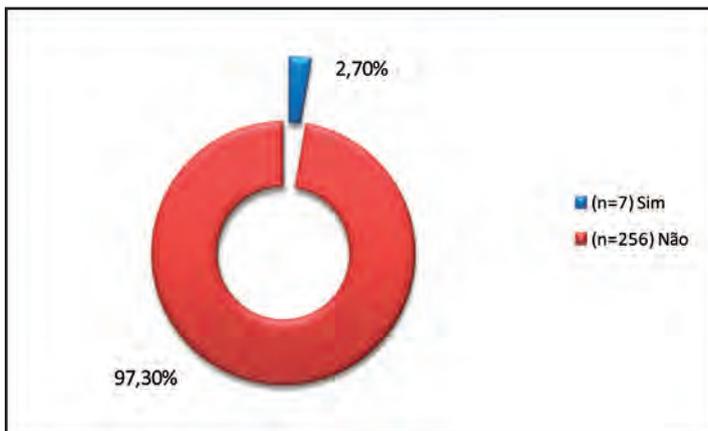
Buscar cuidados de saúde que propiciem ações preventivas e ou o diagnóstico precoce possibilitará melhor qualidade de vida às mulheres, pois, na população estudada, 14,0% (n=37) das estudantes referiram ter antecedente familiar para câncer de mama (**Figura 16**), sendo 43,2% (n=16) por avós e tias, e a menor parte referiu ter antecedentes como mãe com 2,7 % (n=1) e primas 10,9 % (n=4).



**Figura 16-** Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo o antecedente familiar para câncer de mama. Marília, 2009.

A presença de história familiar em parentes de primeiro grau aumenta duas vezes o risco relativo para a doença. O câncer de mama hereditário corresponde a uma faixa entre 3% a 9% de todas as neoplasias malignas da mama, podendo ser mais elevado quando a doença é diagnosticada antes dos 35 anos. Haveria um risco ainda mais elevado entre os familiares quando a história familiar de câncer de mama ocorreu no período pré-menopausa, sendo uma condição mais frequente nos casos diagnosticados em mulheres jovens (CRIPPA et al., 2003).

Na população estudada, há também 2,7% (n=7) das estudantes que apresentam fibroadenoma na mama, como aponta a **Figura 17**.



**Figura 17-** Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo a presença de doença benigna da mama. Marília, 2009.

O surgimento de carcinoma de mama em uma lesão fibroadenomatosa é bastante incomum; portanto ter uma doença benigna não aumenta as chances de câncer de mama. Quando

acontece, o carcinoma é um achado incidental, do tipo lobular *in situ* (BORGES, 2008).

Além de detectar doenças malignas e benignas da mama (mas que necessitam de tratamento), o autoexame também contribui para que as mulheres que não têm acesso fácil aos serviços de saúde sejam motivadas a procurá-los em casos alterados (MULLER et al. 2005).

Utilizando dados da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS), realizada no Brasil em 2003, e modelos de regressão logística, foram identificadas as características das mulheres que têm cuidados adequados com a sua saúde. A cobertura do exame ginecológico periódico como Papanicolaou foi de 65,0%, enquanto a da mamografia foi de 47,0%. Resultados para a presente análise indicam a necessidade de que seja desenvolvidas políticas de promoção de saúde direcionadas para a população feminina, a fim de modificar-se hábitos de riscos de saúde e práticas, motivando os exames preventivos periódicos e reduzindo as desigualdades na acessibilidade pela descentralização, nas estratégias, dirigidas especificamente para superar a exclusão social (LEAL et al., 2005).

Quanto à realização do exame ginecológico Papanicolaou 63.5% (167), as estudantes o realizam pelo menos a cada 6 meses, como mostra a **Figura 18**.

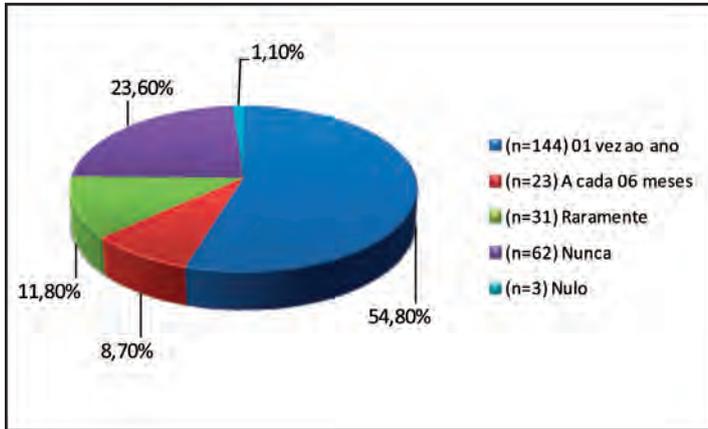


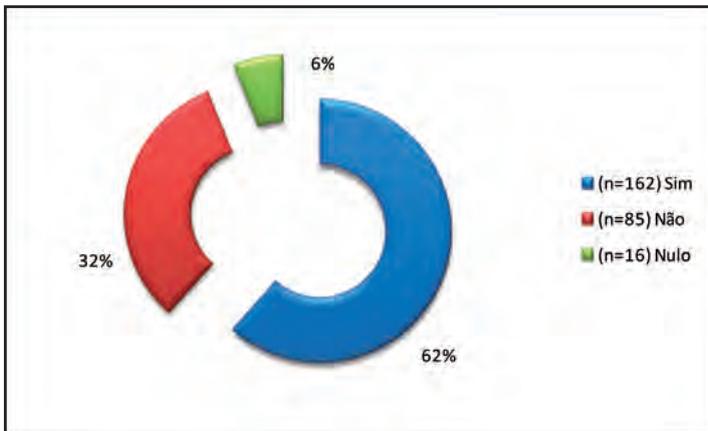
Figura 18- Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo a realização do exame Papanicolaou. Marília, 2009.

O Papanicolaou é um exame ginecológico de citologia cervical que detecta o nível hormonal (principalmente progesterona e estrogênio) e outras doenças do colo do útero antes do desenvolvimento do câncer. Deve ser realizado anualmente em todas as mulheres com ou sem atividade sexual, sendo que o primeiro teste deve ser feito aos 18 anos (ou antes, se a mulher já iniciou a vida sexual). O Papanicolaou demora poucos minutos e é feito como parte de um exame ginecológico de rotina (exame de Papanicolaou e exame das mamas). A coleta de material é feita por profissional habilitado. As amostras são obtidas por meio de esfoliação da parte interna e externa do colo do útero e da vagina. Mulheres grávidas também devem fazer o exame sem receio, pois o profissional terá o cuidado para não retirar material da parte interna do colo uterino (SOUZA, 2009).

Segundo a pesquisa realizada por Fernandes (2009), quanto à prática do exame preventivo, 85,0% das mulheres entrevistadas afirmaram ter realizado o procedimento alguma vez, ao longo da

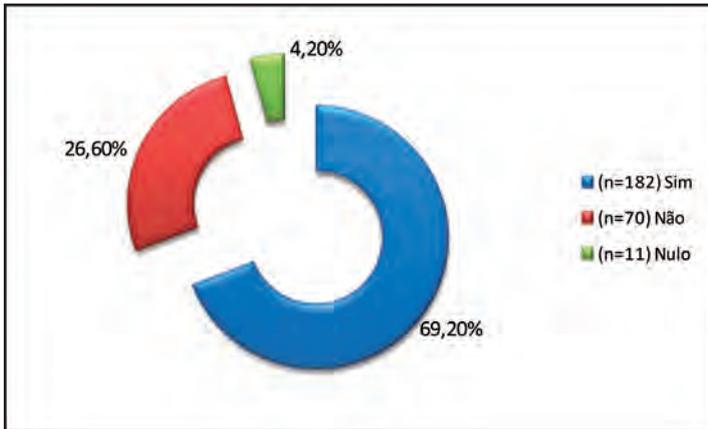
vida; 15,0% nunca o fizeram e 64,4% o realizaram pelo menos uma vez, a cada três anos, conforme recomendação do Ministério da Saúde, considerada como prática adequada. Dentre estas, a maioria (54,6%) procurou os serviços de saúde de forma espontânea para realizar o exame, tendo como motivação principal a prevenção do câncer.

Quanto à realização da avaliação das mamas durante o exame Papanicolaou, 61,6% (n=162) das estudantes afirmaram que suas mamas foram avaliadas, como aponta a **Figura 19**.



**Figura 19-** Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo a avaliação das mamas ao realizarem o exame Papanicolaou. Marília, 2009.

Além da avaliação das mamas, ao realizarem o exame Papanicolaou, os profissionais de saúde devem incentivar a realização do autoexame das mamas. Verificou-se, então, que os médicos incentivaram 69,2% (n=182) dessas estudantes a realizarem o referido exame, como mostra a **Figura 20**.



**Figura 20-** Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo o incentivo para realizar o autoexame das mamas (AEM). Marília, 2009.

Os resultados desta pesquisa divergem dos de outras, como, por exemplo, a realizada por Monteiro et al.(2003), em que se verificou que 58,7% das mulheres, que responderam já ter ido, pelo menos uma vez ao ginecologista referiram que esse não incentiva a prática do AEM, tampouco examina suas mamas.

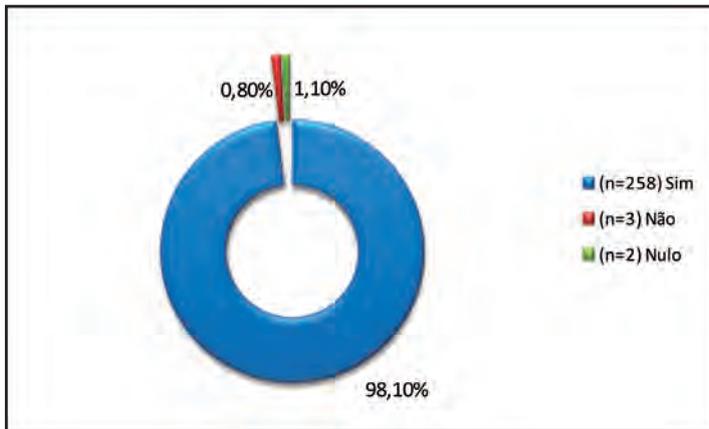
O AEM contribui de forma significativa para o detecção precoce do câncer de mama nas mulheres que o fazem regularmente, diminuindo, assim, a probabilidade de metástase e aumentando a sobrevida das mulheres, estimada em cinco anos para 75% das praticantes do AEM contra 57% das não praticantes (MONTEIRO et al.,2003).

Em relação à frequência da prática do exame, estabeleceram-se três parâmetros: a realização mensal, a realização em frequência não preconizada e a não realização. Constatou-se que a maioria das entrevistadas realizava o AEM em frequência não preconizada e mais de um terço não o realizava. (MONTEIRO et al., 2003).

A palpação das mamas pode ser realizada pela própria mulher, sendo recomendada sua realização no sétimo dia do ciclo menstrual ou em um mesmo dia do mês, escolhido pelas mulheres menopausadas (MOLINA, 2003).

### 4.3 Dados do autoexame de mamas

Verifica-se, entre as estudantes de enfermagem, que a maioria, 98,1% (n=258), tem conhecimento da importância do autoexame das mamas, como mostra a **Figura 21**.

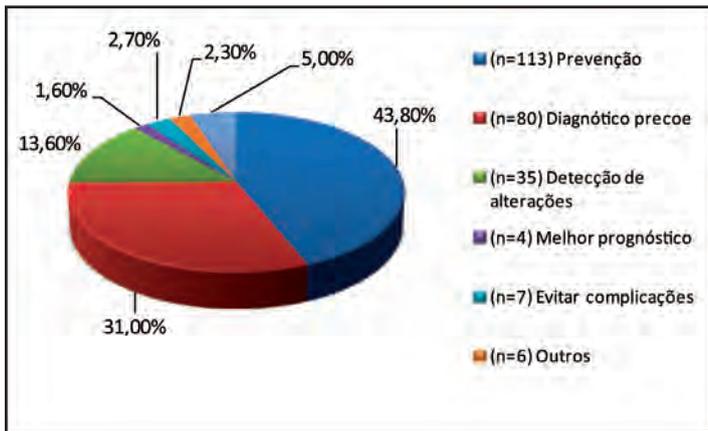


**Figura 21-** Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo conhecimento da importância do autoexame das mamas. Marília, 2009.

O câncer de mama pode ser detectado pelo autoexame das mamas, associado à mamografia e/ou ultrassonografia. Atrasos que levam à demora do diagnóstico permitem um crescimento tumoral rápido, diminuindo as chances de cura dos pacientes. Estudos mostram que o diagnóstico e o tratamento precoce do

câncer de mama podem reduzir a mortalidade (TRUFELLI et al., 2009).

As estudantes deste estudo, além de reconhecerem a importância do autoexame das mamas, apontam como principais justificativas para realizá-lo a prevenção (43,8%) e diagnóstico precoce (31,0 %) de câncer de mama, como mostra a **Figura 22**.



**Figura 22-** Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo a importância atribuída à realização do autoexame das mamas. Marília, 2009.

De acordo com uma pesquisa realizada por Nascimento, Silva, Machado (2009), as entrevistadas também reconhecem a prática do autoexame das mamas como uma forma de prevenção, vindo ao encontro da pesquisa apresentada. A detecção precoce é a única forma de diminuir as taxas de morbidade e de mortalidade do câncer de mama.

Além de reconhecer sua importância, a maioria das estudantes revela realizar o autoexame das mamas, como mostra a **Figura 23**.

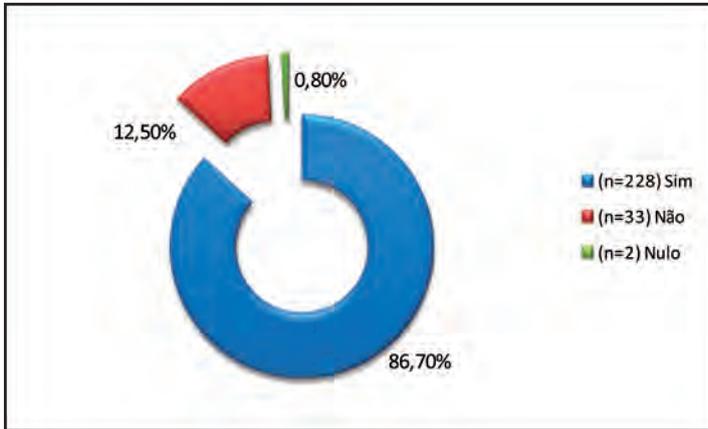


Figura 23- Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo a realização do autoexame das mamas. Marília, 2009.

Embora as estudantes desta pesquisa reconheçam a importância do AEM e referem realizá-lo, não o realizam frequentemente, apenas 32,5% (n=74) referiram realizar mensalmente, como mostra a **Figura 24**.

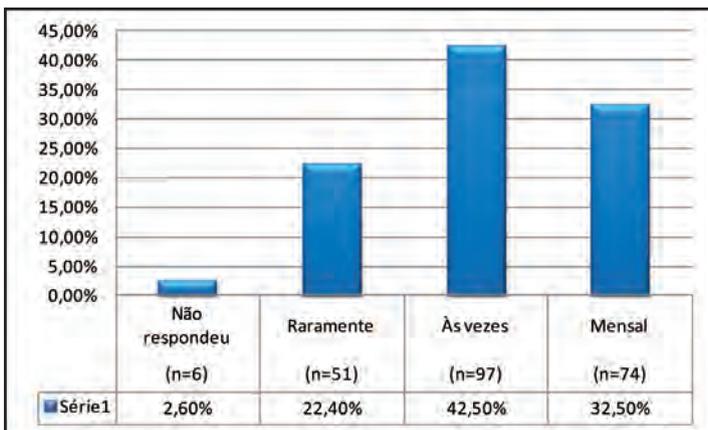
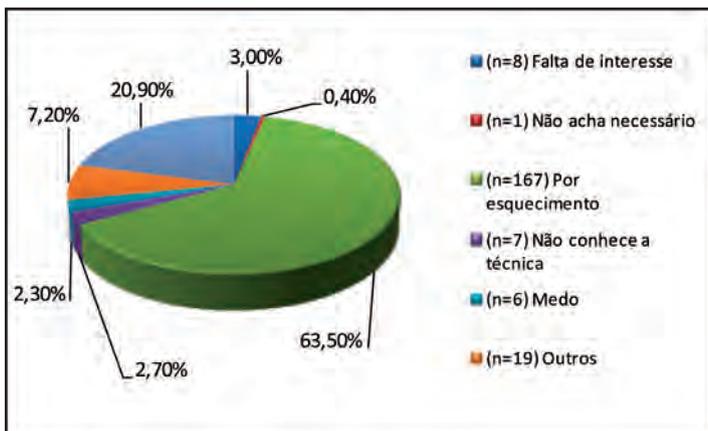


Figura 24- Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo a frequência da realização do autoexame das mamas. Marília, 2009.

De acordo com o um estudo realizado por Freitas Junior et al. (2006), 75% das entrevistadas referiram conhecer o autoexame das mamas, mas apenas 51% o praticavam regularmente.

De acordo com a pesquisa realizada por Monteiro et al. (2003), a quase totalidade das entrevistadas (96,0%) conhecia o AEM; contudo, menos de um terço delas o realizava corretamente. Já em estudos realizados por Nascimento; Silva; Machado (2009), as entrevistadas conheciam o autoexame das mamas, porém muitas não o praticavam de forma correta ou ate mesmo desconheciam a periodicidade e a técnica indicada para sua realização.

Segundo Borba (2009), a maioria das mulheres não realiza o autoexame das mamas mensalmente e a frequência da realização é maior em mulheres jovens. O motivo apontado pela maioria das estudantes para a não realização do autoexame das mamas foi o esquecimento (63,5%), como mostra a **Figura 25**.



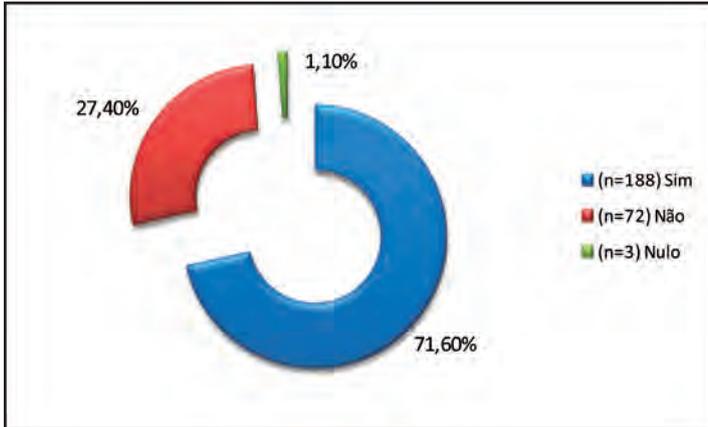
**Figura 25-** Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo os motivos para não realização do autoexame das mamas. Marília, 2009.

Segundo Monteiro et al. (2003), o principal motivo da não realização foi o desconhecimento da técnica, seguido por esquecimento; também se encontraram justificativas como não achar necessário e falta de interesse.

No estudo realizado por Freitas Junior et al. (1999), quanto às acadêmicas de medicina, observou-se que a grande maioria conhecia o AEM, porém não o realizava. Possivelmente isso se deve ao fato de que elas são jovens, fase em que a preocupação com o câncer de mama não é uma prioridade.

Os estudos realizados por Nascimento, Silva, Machado (2009), também, encontraram essas mesmas justificativas. Os autores relatam que “não achar necessário” e “falta de interesse” mostram que apenas transmitir a informação não é suficiente, já que a prática da realização do autoexame das mamas é uma decisão do cliente.

Nota-se, pela **Figura 26**, que a maioria das acadêmicas, 188 (71,5%), obteve informações sobre o autoexame das mamas na graduação, apenas 72 (27,4%) revelaram não ter informações e 3 (1,1%) não responderam à pergunta.



**Figura 26-** Distribuição das 263 estudantes de enfermagem, segundo a obtenção de informação na graduação em relação o autoexame das mamas. Marília, 2009.

Nem todas as estudantes matriculadas no curso apontaram ter recebido informações quanto ao autoexame das mamas, pelo fato de tal tema ser trabalhado nas disciplinas de Enfermagem em Saúde Coletiva e Saúde da Mulher, inseridas nos 4º e 6º termos, respectivamente.

### Considerações finais

A população estudada realiza o autoexame de mamas, porém um número expressivo entre elas aponta como motivos para não realizá-lo o esquecimento, o que nos leva a acreditar que ele não é feito frequentemente, apesar de essas jovens acreditarem no benefício do AEM.

Esse fato preocupa, pois, entre essas mulheres, identificam-se também fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama como antecedentes familiares e estilo de vida inadequado, caracterizado por sedentarismo, tabagismo, uso de bebida alco-

ólica, consumo de alimentos industrializados e estresse, o que tem contribuído para o desenvolvimento desse agravo entre as mulheres jovens.

Considerando que o autoexame das mamas é meio importante para diagnóstico precoce do câncer de mama, sua prática deve ser reforçada e divulgada pelos profissionais de saúde. Diante disso, se faz necessária a implementação de ações que incentivem a realização do AEM como método de prevenção, adotando-se, assim, práticas destinadas a minimizar o impacto do câncer de mama em mulheres jovens.

## Referências

ABRANTES, Marcelo Militão; LAMOUNIER, Joel Alves; COLOSIMO, Enrico Antônio. Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v.49, n.2, p. 162-166, 2003.

AMORIM, Aline Guimarães, TIRAPEGUI, Julio. Aspectos atuais da relação entre exercício físico, estresse oxidativo e magnésio. *Rev. Nutr.*, v.21, n.5, p. 563-575, 2008.

ANDRADE, Arthur Guerra de. A importância do conhecimento científico no combate ao uso nocivo de tabaco, álcool e drogas ilícitas. *Rev. Psiquiatr. Clín.* v.35, supl.1, p. 0-0, 2008.

BEGHINI, Alessandra Bonato et al. *Adesão das Acadêmicas de Enfermagem à prevenção do câncer ginecológico da teoria a prática*. Florianópolis, v.15, n. 004, p.637-644, out.- dez. 2006.

BERNARDI, Júlio. *Maternidade protege o organismo contra o câncer de mama*. Publicado em: 08 de maio 2009. Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Ciencia/0,,MUL1113973-5603,00-MATERNIDADE+PROTEGE+O+ORGANISMO+CONTRA+O+CANCER+DE+MAMA+EXPLICA+MEDICO.html>>. Acesso em: 19 out. 2009.

BERAL, Valerie do Charity Câncer Research Uk, na Grã- Bretanha. *Aumentar reduz os riscos de câncer de mama*. Publicado em 19 de julho 2002. Disponível em:

<[http://www.bbc.co.uk/portuguese/ciencia/020719\\_mamamtc.shtml](http://www.bbc.co.uk/portuguese/ciencia/020719_mamamtc.shtml)>. Acesso em: 19 out. 2009.

BORBA, Álvaro A. et al. . Freqüência de realização e acurácia do auto-exame das mamas na detecção de nódulos em mulheres submetidas à mamografia. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, fev. 1998. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010072031998000100007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072031998000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 17 out. 2009.

BORGES, Cássio. *Fibroadenoma de Mama*. Publicado em 10 de maio 2008. Disponível em: <<http://mastologia.wordpress.com/2008/05/10/fibroadenoma-de-mama>>. Acesso em: 20 out. 2009.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer - INCA. *Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2008. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=483](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=483)>. Acesso em: 13 maio. 2009.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer - INCA. *Hábitos Alimentares*. Rio de Janeiro: INCA; 2009. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?ID=18](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=18)>. Acesso em: 19 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)*. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=BuscaCanalCidadao&nota=680>>. Acesso em: 29 out. 2009.

CASTRO, Maria da Graça et al. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, v.34, n.2, p. 61-67, 2007.

CIBEIRA, Gabriela Herrmann, GUARAGNA, Regina Maria. Lipídio: fator de risco e prevenção do câncer de mama. *Rev. Nutr.*, v.19, n.1, 2006. Disponível em: <<http://scielo.br>>. Acesso em: 15 set. 2009.

COIMBRA, Vera Lúcia Favilla. "Estréia" no ginecologista é fundamental para adolescentes aprenderem a cuidar do próprio corpo. Publicado em 07 de abril 2008. Disponível em: <<http://www.iesb.br/moduloonline/napratica/?fuseaction=fbx.Materia&CodMateria=2680>>. Acesso em: 19 out 2009.

CRIPPA, C. G. et al. Perfil clínico e epidemiológico do câncer de mama em mulheres jovens. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v.32, n. 3. jul.-set. 2003. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/146.pdf>>. Acesso em: 15 de mar. 2009.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa et al. Auto-exame de mama: conhecimento de usuárias atendidas no ambulatório de uma maternidade escola. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*, v.11, n.1, p. 21-27, 2003.

FERNANDES, José Veríssimo et al . Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 5, out. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102009000500015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000500015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 30 out. 2009.

FREITAS JUNIOR, Ruffo et al. Conhecimento e prática do autoexame de mama. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 52, n. 5, out. 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302006000500022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000500022&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 de maio 2009.

GARICOCHEA, Bernardo et al. Idade como fator prognóstico no câncer de mama em estágio inicial. *Rev. Saúde Pública.*, v.43, n.2, p. 311-317, 2009.

LANCHA JÚNIOR, Antonio Herbert. *USP - Pesquisa tratamento da obesidade em mulheres na pré-menopausa*. São Paulo, 1998. Disponível em:<<http://www.usp.br/agen/rede359.htm>>. Acesso em: 28 out. 2009.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; FRIAS, Paulo; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Healthy lifestyles and access to periodic health exams among Brazilian women. *Cad. Saúde Pública.*, v.21, suppl.1, p. S78-S88, 2005.

MARINHO, Luiz Alberto Barcelos et al . Conhecimento, atitude e prática do autoexame das mamas em centros de saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 5, Oct. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102003000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000500005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 Aug. 2009.

MENDONÇA, Guinar Azevedo e Silva. Câncer na população feminina brasileira. *Rev. Saúde Pública.*, v.27, n.1, p. 68-75, 1993 .

MEYER, T. N; SILVA, A. L. da. Resposta celular ao estresse. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v.45, n.2, p. 181-188, 1999.

MONTEIRO, Ana Paula de Sousa et al . Autoexame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, abr. 2003. Disponível em<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010072032003000300009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032003000300009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17 out. 2009.

MOLINA, Luciana; DALBEN, Ivete; DE LUCA, Laurival A.. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 49, n.2, jun. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302003000200039&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000200039&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 07 abr. 2009.

- MULLER, Marisa Campio *et al.* A prática do autoexame das mamas em mulheres de uma comunidade universitária. *PsicoUSF*, v.10, n.2, p.185-190, dez. 2005.
- NASCIMENTO, Talita Garcia do; SILVA, Sueli Riul da; MACHADO, Ana Rita Marinho. Autoexame de mama: significado para pacientes em tratamento quimioterápico. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 62, n. 4, ago. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672009000400011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000400011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 out. 2009.
- NUNES, Raquel Ramalho et al. Confiabilidade da classificação do estado nutricional obtida através do IMC e três diferentes métodos de percentual de gordura corporal em pacientes com diabetes melito tipo 1. *Arg. Brás. Endocrinol Metab.*, v.53, n.3, p. 360-367, 2009.
- PECHANESKY, Flavio; SZOBOT, Claudia Maciel, SCIVOLETTO, Sandra. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v.26, Supl.1, p. 14-17, 2004.
- SCHNEIDER, Ione Jayce Ceola and D'ORSI, Eleonora. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública.*, v.25, n.6, p. 1285-1296, 2009.
- SOUZA, Priscila Monteiro. *A importância do Exame de Papanicolau*. Publicado em 25/09/09, postado em Saúde e Fitness. Disponível em: <<http://www.artigosonline.com.br/a-importancia-do-exame-de-papanicolau/>> . Acesso em: 20 out. 2009.
- TORRES, Maria Eponina de Abreu e; MIRANDA-RIBEIRO, Paula; MACHADO, Carla Jorge. Vai lá, tira a roupa... e... pronto...”: o acesso a consultas ginecológicas em Belo Horizonte, MG. *Rev. bBas. Estud. Popul.*, v.25, n.1, p. 49-69, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010230982008000100004&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010230982008000100004&lang=pt)>. Acesso em: 29 out. 2009.
- TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1995. 175 p.
- TRUFELLI, Damila Cristina et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 54, n. 1, fev. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010442302008000100024&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302008000100024&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 out. 2009.

ZELMANOWICZ, A. M. *Cancer de mama*. 01/11/2001, revisado em 26/03/2009. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?611>>. Acesso em: 19/10/2009.



# **Intervenção fisioterapêutica em linfedema pós mastectomia por meio do enfaixamento compressivo e da corrente de alta voltagem: estudo de caso**

Mauro AUDI  
Caroline Brilhante JACON  
Camomila Montouro de MEDEIROS

## **Introdução**

O câncer de mama representa a evolução de um grupo de células que sofre alterações genéticas, as quais se refletiram em perda da regulação de seu ritmo de crescimento, além da incapacidade de controlar sua multiplicação, podendo dobrar de tamanho a cada 100 dias (BARROS, 1994; ARRUDA, 2006).

Essa doença apresenta grandes e significativos índices de mortalidade entre as mulheres e é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre a população feminina. No Brasil, para o ano de 2008, foram esperados 49.400 novos casos, com uma taxa bruta estimada de 51 casos para cada 100 mil mulheres (REZENDE et. al., 2008).

O câncer de mama tem a sua incidência proporcional ao aumento da faixa etária, tendo um pico entre 45 e os 50 anos e uma leve queda a partir daí (MATIAS, 1994, p.2). É considerado relativamente raro antes dos 35 anos (BRITTO, 1994).

Para Frasson; Michelon; Bertuol (1994), embora as causas do câncer de mama sejam desconhecidas, alguns fatores frequentemente parecem estar associados com o desenvolvimento dessa doença, como por exemplo: idade da menarca, época da menopausa, idade da primeira gravidez, nuliparidade, obesidade, história pessoal da doença benigna do tipo hiperplasia atípica, presença de câncer lobular *in situ* ecâncer intraductal, mamografia com alta densidade, ingestão excessiva de proteínas e gordura animal e histórico familiar de câncer de mama. Além desses fatores, a doença pode ainda estar associada à ingestão de bebidas alcoólicas, fumo, uso de contraceptivos hormonais orais e terapia de reposição hormonal, esses últimos com menor influência.

Os tratamentos para o câncer de mama são cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Embora haja outros tratamentos, a cirurgia ainda é o processo mais utilizado para prevenir sua disseminação (GARCIA; GUIRRO, 2005, p. 244).

Uma das complicações que podem ocorrer em mulheres que se submetem à mastectomia é o linfedema [...]. Estima-se que de 15% a 20% das mulheres tratadas de carcinoma mamário apresentam linfedema. (GARCIA; GUIRRO, 2005, p. 244).

O linfedema de membro superior pode ser definido como um acúmulo de linfa nos espaços intersticiais, causado pela destruição dos canais de drenagem axilar, produzidas pela cirurgia e/ou radioterapia, ou ainda pela progressão locorregional da doença (BERGMANN; MATTOS; KOIFMAN, 2004).

Segundo Kisner e Colby (2005), quando o linfedema está presente, ele ocorre com mais frequência nas extremidades dos membros, principalmente nas regiões do dorso do pé ou da mão,

mas também pode se desenvolver mais centralmente, como, por exemplo, nas regiões axilares, na virilha ou ainda no tronco.

Se um paciente apresenta o risco de desenvolver linfedema devido à infecção, inflamação, obstrução ou remoção cirúrgica de estruturas linfáticas, ou, ainda, por insuficiência venosa crônica, a prevenção deverá ser a prioridade do tratamento (KISNER; COLBY, 2005).

A corrente de alta voltagem atinge a formação de edema por reduzir a permeabilidade na microcirculação, na qual esse efeito é atribuído pela diminuição do tamanho dos poros capilares, que restringiria o movimento de proteínas para o espaço intersticial (GARCIA; GUIRRO, 2005).

A alta voltagem produz reflexo também no sistema vascular, pois a contração do músculo de forma rítmica e o relaxamento muscular pela estimulação proporcionam efeito de bombeamento, no qual o fluxo de sangue no músculo e tecidos vizinhos aumenta e auxilia na redução do edema (GARCIA; GUIRRO; MONTEBELLO, 2007).

O enfaixamento compressivo é também de extrema importância no tratamento de linfedema. O seu objetivo é manter o membro superior com o menor volume possível e a compressão gera aumento moderado na pressão total do tecido e favorece a absorção da linfa nos capilares linfáticos e o bombeamento pelos linfangions, contribuindo, assim, para a diminuição do linfedema (GUIRRO; GUIRRO, 2007).

A partir das informações acima, surge o seguinte questionamento: o atendimento fisioterapêutico com base nas aplicações individuais da eletroestimulação de alta voltagem e o enfaixamento compressivo são capazes de diminuir as consequências do

linfedema em indivíduos mastectomizados? Qual dos recursos, individualmente, pode apresentar respostas mais efetivas e por períodos maiores?

## **1 Metodologia**

### **1.1 Considerações éticas**

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade de Marília-UNIMAR, seguindo as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções n.º 196/96 e Complementares do Conselho Nacional de Saúde, protocolo n.º 285.

A voluntária foi convidada a participar do trabalho e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido, na qual estavam descritos o objetivo e os propósitos do trabalho, bem como as etapas de desenvolvimento.

### **1.2 Critérios de inclusão**

- Apresentar como complicação do procedimento cirúrgico, o linfedema de membro superior unilateral à cirurgia.

### **1.3 Critérios de exclusão**

- Não apresentar riscos de metástase
- Não apresentar infecções no membro a ser tratado
- Não apresentar alteração de sensibilidade

### **1.4 Participante**

Participou uma voluntária de 52 anos, do gênero feminino, que no ano de 2002, durante o autoexame de mama, notou

um nódulo na mama direita; contudo, não deu a devida atenção não procurou o médico. Depois de dois anos, notou que o nódulo havia aumentado e que o ombro direito estava doendo muito, mas achava que era por conta de uma brincadeira com seu filho. Como a dor no ombro não cessava, resolveu procurar ajuda no posto de saúde perto de sua casa. Lá, foi atendida por uma enfermeira que disse que não era nada e que a dor era de causa psicológica. A pedido da paciente, então, foi realizada uma consulta no Hospital das Clínicas, e, após uma semana, ela foi submetida à mamografia, que não constatou nenhuma anormalidade ou doença. Porém, no mesmo dia, foi feito ultrassom em que se constatou a presença de um nódulo maligno na mama direita. Uma semana após o diagnóstico foi marcada a cirurgia para a retirada do tumor, realizada um mês após o resultado do U.S. Após a quadrantectomia, a paciente ficou com um dreno por oito dias e realizou seis sessões totais de quimioterapia, aplicadas a cada 21 dias, e 30 sessões de radioterapia. Por volta de junho de 2010, a paciente começou a notar um inchaço no seu braço direito, quando procurou ajuda no Hospital da Mulher, na cidade de Marília. Foi diagnosticado o linfedema no MSD e foi encaminhada para dez sessões de fisioterapia em Pompéia, cidade em que ela reside. Após o término das sessões, a participante foi convidada a realizar o protocolo do presente estudo para o linfedema do membro superior direito na Clínica de Fisioterapia da UNIMAR.

### 1.5 Local

O trabalho foi desenvolvido no setor de saúde da mulher, na clínica da UNIMAR, conforme autorização.

## 1.6 Equipamentos

Foi utilizado um aparelho de eletroestimulação de alta voltagem (high volt), gel condutor, eletrodos de superfície, fita adesiva, faixa compressiva de 16 cm de largura e 20 cm de comprimento, fita métrica de 1,50 cm, máquina fotográfica digital da marca Kodak com resolução de 12 megapixels, configuração smart e foco automático, tripé de apoio com nível, lápis dermográfico, mesa de 78 cm de altura, cadeira com 45 cm de altura do assento ao chão, simetógrafo e um software AutoCAD 2000.

## 1.7 Procedimentos

Este estudo foi realizado por meio de intervenção com tratamento fisioterapêutico e comparado com revisão bibliográfica que utilizou livros do acervo da biblioteca da Universidade de Marília-UNIMAR, e base de dados virtuais do *Medline*, *Lilacs*, *Scielo*.

A coleta de dados dos resultados obtidos foi avaliada por meio da perimetria e análise de imagem fotográfica com índices de frequência relativa, realizados na primeira e quinta sessões e após dois dias da quinta sessão da eletroestimulação e do enfaixamento compressivo.

Segundo Mamede (1991), a perimetria foi realizada com fita métrica de 1,50 cm em seis pontos distintos do membro superior direito: ponto A- na articulação metacarpofalangeana do segundo, terceiro, quarto e quinto dedos; ponto B- uma linha imaginária passando na direção da articulação metacarpofalangeana do primeiro dedo; ponto C- 10 cm abaixo do olécrano; ponto D- 6cm abaixo do olécrano; ponto E- 6cm acima do olecrano e ponto E- 10 cm acima do olecrano.

A fotometria foi realizada com a participante sentada em uma cadeira com os membros inferiores apoiados no chão, o membro superior direito com linfedema em uma abdução de 60°, o antebraço em pronação, punho e falanges em posição prona, apoiado em uma mesa, que promove suporte e conforto. A altura do assento da cadeira ao chão é de 45 cm, a altura da mesa ao chão é de 78 cm, a distância entre a máquina fotográfica e o simetrógrafo é de 102,5 cm, a distância entre a mesa de apoio do membro ao foco da câmera é de 60 cm, a distância entre a mesa de apoio do membro ao tripé da câmera é de 64,5 cm, a distância entre o olécrano ao simetrógrafo é de 16,5 cm, a distância entre o epicôndilo medial do cotovelo à máquina é de 91 cm, e a distância entre a cabeça do rádio à máquina é de 83,2 cm.

O estudo fotométrico foi realizado por meio de um software AutoCAD 2000. O procedimento resultou na captura da imagem no programa em escalas que mantiveram a proporcionalidade. Os pontos analisados foram: a linha articular metacarpofalangeana e a linha média do antebraço previamente estabelecida com marcadores dérmicos para garantir a marcação perpendicular do programa no mesmo ponto, a marcação estabelecida foi mensurada em unidades de medidas dimensionadas pelo programa.

Foi utilizado o equipamento de estimulação galvânica pulsada de alta voltagem (high volt). Os parâmetros estabelecidos pelo manual do aparelho são:  $R1=R2=50\text{Hz}$ , eletrodos ativos (canais 1 e 2), polaridade negativa, posicionados nos grupos musculares do membro superior na região do edema, ou seja, no terço distal do braço e terço distal do antebraço. O eletrodo dispersivo deve ser posicionado a mais ou menos 20 cm abaixo do canal 1 e 2

(eletrodos ativos), ou seja, terço proximal do braço e terço proximal do antebraço. A intensidade dos canais 1 e 2 deve ser uma estimulação motora leve e tolerável pelo paciente,  $rise=1$ ,  $on=3$ ,  $decay=1$  e  $off=9$  segundos, tempo da aplicação de 20 minutos.

O enfaixamento compressivo teve seu início dois dias após o término da aplicação do high volt; as faixas utilizadas apresentavam 16 cm de largura e 2m de comprimento, e envolveram compressivamente o membro superior acometido pelo linfedema.

Esses recursos foram aplicados com a paciente em decúbito dorsal, com uma abdução de ombro direito em  $90^\circ$ , cotovelo direito fletido em  $90^\circ$  e em supinação, punho direito em posição neutra e falanges em extensão.

As aplicações ocorreram na Clínica de Fisioterapia da Universidade de Marília-UNIMAR, por estagiário do último ano do curso de fisioterapia, com supervisão do setor de Saúde da Mulher. No período de estágio, das 13:30hs às 13:50hs, havia 20 minutos de aplicação de cada intervenção fisioterapêutica, cinco vezes por semana consecutivas, 5 sessões de eletroestimulação, 5 sessões de enfaixamento compressivo e 1 sessão para a avaliação tardia, após dois dias do término da última sessão do enfaixamento compressivo.

## 1.8 Análise Estatística

As variáveis contínuas estão apresentadas pela média e desvio-padrão ( $\pm DP$ ). Para comparar a média dos pontos do eletro e do enfaixamento, foi aplicado o teste não-paramétrico de Wilcoxon. Para comparar os momentos 1<sup>o</sup>, 5<sup>o</sup> e tardia para o enfaixamento e eletro separadamente, foi testada a homogeneidade

das variâncias e, atendido o pressuposto, aplicou-se o Teste de Anova-One-Way. O nível de significância adotado foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ). Os dados foram analisados no pacote estatístico SPSS, versão 17.0.

## 2 Resultados

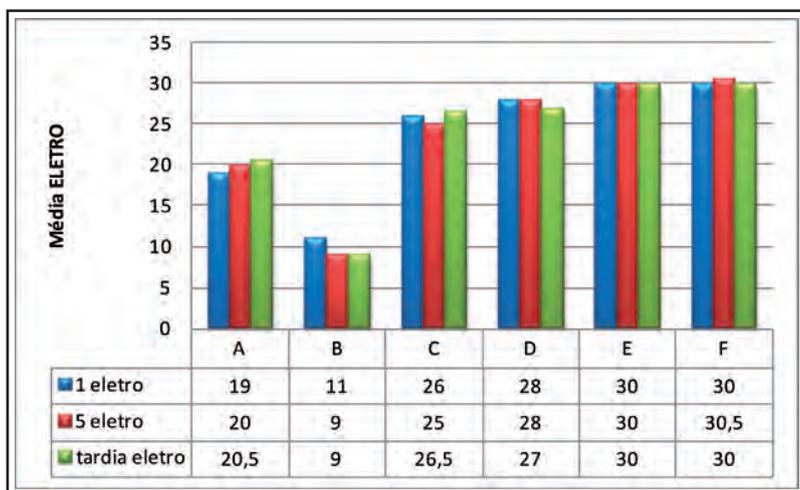
Os valores referentes à média dos seis pontos obtidos na primeira (24,00) e quinta sessões (23,75), e tardia (23,83) da eletroestimulação, mesmo adicionados ou subtraídos ao desvio-padrão (DP), não se apresentam como significativos. Estes valores são demonstrados na Tabela 1.

**Tabela 1:** Média, desvio-padrão (DP) dos pontos anatômicos A, B, C, D, E, e F, para a primeira, quinta e tardia sessões da eletroestimulação.

	N	Média	DP
1ª Eletro.	6	24,00	7,56
5ª Eletro.	6	23,75	8,19
Tardia eletro.	6	23,83	8,05
Total	18	23,86	7,46

$p=0,998$  Valor > que 0,05 caracterizado como percentual não significativo.

A Figura 1 demonstra o comportamento dos seis pontos (A, B, C, D, E e F) na perimetria do membro acometido, durante a primeira e quinta sessões e tardia da eletroestimulação. Como resultado da comparação da primeira mensuração com a tardia da eletroestimulação, no ponto A houve um aumento de 1,5 cm, no ponto B uma diminuição de 2 cm, no ponto C aumento de 0,5 cm, no ponto D uma diminuição de 1 cm e, nos pontos E e F, manteve-se a mesma mensuração.



**Figura 1:** Perimetria (cm) do membro superior com linfedema na 1ª, 5ª sessões e tardia da eletroestimulação nos diferentes pontos (A- na linha articular das metacarpofalanganasdo 2º ao 5º dedos; B- na linha articular da metacarpofalangania do 1º dedo; C e D- 10 e 6 cm abaixo do olécrano; E e F- 6 e 10 cm acima do olécrano).

Valores referentes à média dos seis pontos obtidos na primeira (23,83) e quinta sessões (23,50), e natardia (23,50) do enfaixamento compressivo, mesmo adicionados ou subtraídos ao desvio-padrão (DP), não se apresentam como significativos. Estes valores são demonstrados na Tabela 2.

**Tabela 2:** Média, desvio-padrão (DP) dos pontos anatômicos A, B, C, D, E e F para a primeira, quinta e tardia sessões do enfaixamento compressivo.

	N	Média	DP
1ª Enfaixamento	6	23,83	8,05
5ª Enfaixamento	6	23,50	8,16
Tardia enfaixamento	6	23,50	8,50
Total	18	23,61	7,74

p=0,997Valor > que 0,05 caracterizado como percentual não significativo.

A figura 2 demonstra o comportamento dos seis pontos (A, B, C, D, E e F) na perimetria do membro acometido, durante a primeira e quinta sessões e tardia do enfaixamento compressivo. Como resultado da comparação da primeira mensuração com a tardia do enfaixamento, no ponto A e no ponto B houve uma diminuição de 1 cm; já para os pontos C, D, E e F, foi mantida a mesma mensuração da primeira sessão.

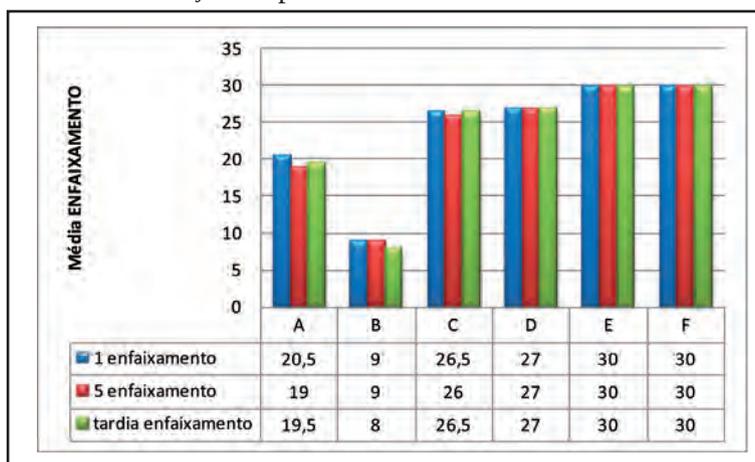


Figura 2: Perimetria (cm) do membro superior com linfedema na 1ª, 5ª sessões e tardia do enfaixamento compressivo nos diferentes pontos (A- na linha articular das metacarpofalanganas do 2º ao 5º dedos; B- na linha articular da metacarpofalanganiana do 1º dedo; C e D- 10 e 6 cm abaixo do olécrano; E e F- 6 e 10 cm acima do olécrano).

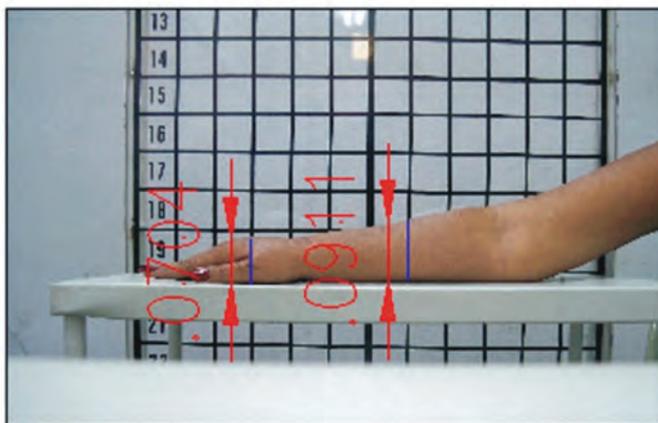
Na fotometria, os resultados obtidos como unidade de medida ( $\mu\text{m}$ ) para a eletroestimulação e para o enfaixamento compressivo realizados na linha da articulação metacarpofalangeana e na linha média do antebraço durante a 1ª sessão, 5ª sessão e tardia, são demonstrados na Tabela 3.

**Tabela 3:** Resultados da fotometria em ( $\mu\text{m}$ ) nas regiões de metacarpofalangeana e antebraço, na 1ª sessão, 5ª sessão e tardia da eletroterapia e do enfaixamento compressivo.

	1ª sessão	5ª sessão	Tardia
Eletroestimulação(metacarpofalangeanas)	0.0704	0.0690	0.0726
Eletroestimulação (antebraço)	0.0911	0.0910	0.0887
Enfaixamento (metacarpofalangeanas)	0.0726	0.0624	0.0686
Enfaixamento (antebraço)	0.0887	0.0805	0.0871

\*Considerar unidade de medida ( $\mu\text{m}$ )

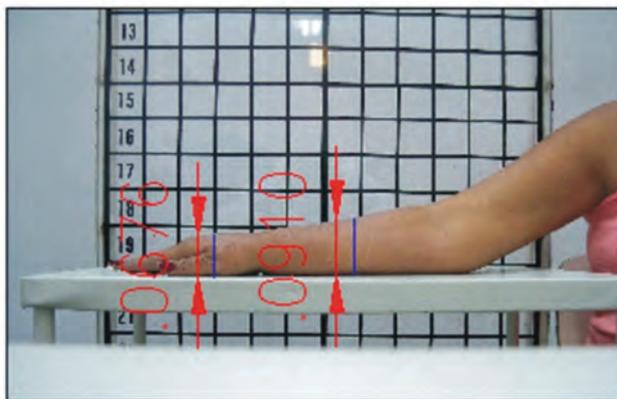
Fotometria em unidades de medidas de 0.0704 para a linha da articulação metacarpofalangeana e 0.0911 para a linha média do antebraço, na 1ª sessão pré-eletroestimulação. Conforme figura 3.



**Figura 3:** Fotometria da 1ª sessão da eletroestimulação.

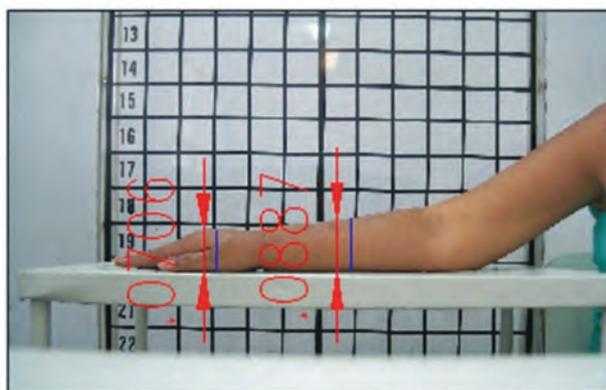
Fotometria em unidades de medidas de 0.0676 para a linha da articulação metacarpofalangeana e 0.0910 para a linha média

do antebraço, na 5ª sessão pós-eletróestimulação, é demonstrada na figura 4.



**Figura 4 :** Fotometria da 5ª sessão da eletróestimulação.

Fotometria em unidades de medidas de 0.0706 para a linha da articulação metacarpofalangeana e 0.0887 para a linha média do antebraço, na sessão tardia da eletróestimulação, conforme na figura 5.



**Figura 5:** Fotometria da sessão tardia da eletróestimulação.

Fotometria em unidades de medidas de 0.0706 para a linha da articulação metacarpofalangeana e 0.0887 para a linha média do antebraço, na 1ª sessão antes do enfaixamento compressivo, conforme figura 6.

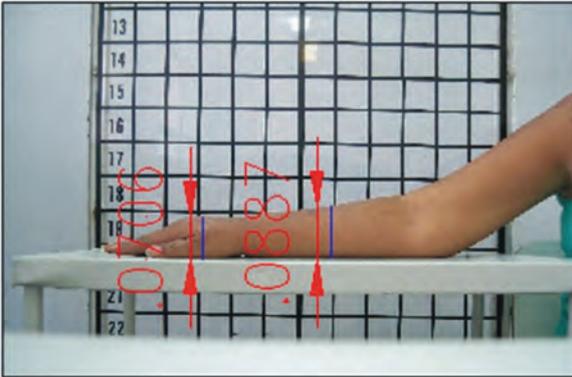


Figura 6 : Fotometria da 1ª sessão do enfaixamento compressivo.

Fotometria em unidades de medidas de 0.0624 para a linha da articulação metacarpofalangeana e 0.0805 para a linha média do antebraço, na 5ª sessão após o enfaixamento compressivo, conforme figura 7.

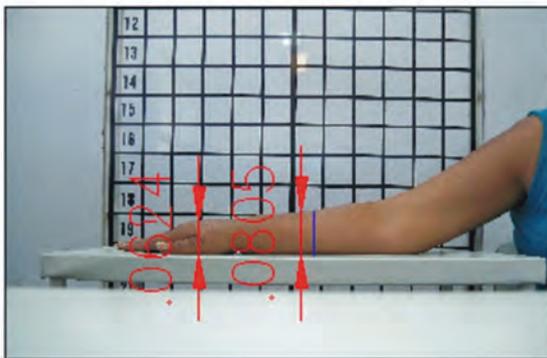


Figura 7: Fotometria da 5ª sessão do enfaixamento compressivo.

Fotometria em unidades de medidas de 0.0674 para a linha da articulação metacarpofalangeana e 0.0871 para a linha média do antebraço, na sessão tardia do enfaixamento compressivo, conforme figura 8.

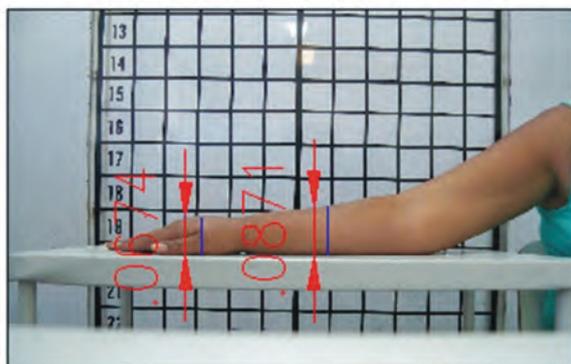


Figura 8 :Fotometria da sessão tardia do enfaixamento compressivo.

### 3 Discussão

O linfedema de membro superior é uma das complicações que ocorrem em mulheres submetidas à mastectomia (GARCIA; GUIRRO, 2005). Pode ser definido como um acúmulo de linfa nos espaços intersticiais, causado pela destruição dos canais de drenagem axilar, produzidas pela cirurgia e ou radioterapia ou ainda pela progressão locorregional da doença (BERGMANN; MATTOS; KOIFMAN, 2004).

Para Guirro; Guirro (2007), os melhores resultados obtidos no tratamento do linfedema ocorrem através da drenagem linfática manual, com a elevação do membro associada ao en-

faixamento compressivo, sabendo-se que sua direção também é determinada por fatores como gravidade e pressão.

A estimulação elétrica de alta voltagem é uma técnica frequentemente administrada na prática clínica com vários objetivos, dentre eles a diminuição e restrição do edema (GARCIA; GUIRRO; MONTEBELLO, 2007).

Para Garcia; Guirro (2005) e Garcia; Guirro; Montebello (2007), uma das técnicas mais utilizadas para a mensuração do linfedema é a perimetria do membro; e, para que ela seja considerada confiável, deve ser aplicada pelo mesmo examinador e com a mesma fita. Este estudo considerou a técnica segura e, por isso, foi adotada.

Para os autores anteriormente citados, houve uma melhora significativa na redução do edema, através da eletroestimulação durante 14 sessões. Já no presente estudo, foi aplicada a mesma técnica num período de cinco sessões, em que não houve uma redução significativa no linfedema, pois seu percentual foi de 0,998, que se apresenta maior que 0,05.

Casley-Smith et al. (1998) concluíram que quando o tratamento é iniciado precocemente os resultados tendem a ser mais satisfatórios. Neste estudo, a participante iniciou o tratamento tardiamente, o que pode ter acarretado a redução não satisfatória do edema.

A polaridade usada no protocolo de tratamento deste estudo para a aplicação da eletroestimulação foi negativa e a intensidade utilizada foi capaz de produzir um efeito de bombeamento no fluxo linfático e proporcionar conforto à participante. Conforme Garcia; Guirro (2005), os mesmos parâmetros foram executados e considerados os responsáveis pelos resultados satisfatórios.

Segundo Thornton et al. (1998), após a aplicação imediata da eletroestimulação, o edema presente torna-se incapaz de aumentar. Entretanto, neste estudo, foi analisado um aumento não significativo no edema imediatamente após a aplicação da 5ª sessão em dois dos seis pontos avaliados na perimetria.

Conforme Guirro; Guirro (1992), para se obter bons resultados a atuação fisioterapêutica no linfedema deve constituir-se da associação da massagem linfática manual com o posicionamento do segmento acometido em posição de drenagem. Com base nos achados do presente estudo, o membro afetado foi posicionado da mesma forma descrita acima, porém associado à eletroestimulação e ao enfaixamento compressivo, sendo observados resultados não significativos representados pelo  $p > 0,05$ .

Posteriormente, Guirro; Guirro (2007) concluíram que os melhores resultados foram obtidos com a união da drenagem linfática manual ao enfaixamento compressivo, e que essa é parte essencial na terapia do linfedema. O presente estudo fez uso do enfaixamento associado à elevação do membro e, como resultado, obteve-se um percentual de 0,997, o que implica num valor não significativo por ser maior que 0,05.

Para Soares; Sancho; Lucena (2007), o enfaixamento compressivo, como uma das técnicas fisioterapêuticas no tratamento do linfedema, apresenta-se eficaz na redução do membro acometido. Neste estudo, observou-se uma redução no edema, porém não significativo do ponto de vista estatístico.

Na fotometria, foi possível observar que houve uma pequena diminuição nas unidades de medidas das regiões metacarpo-falangeana e antebraço, porém, essa redução se mostrou semelhante aos valores iniciais.

## Conclusão

Os resultados deste estudo permitem concluir que houve redução no edema do membro acometido em alguns pontos da perimetria, durante um período de tratamento de 5 sessões para cada técnica fisioterapêutica, porém, esta se apresenta de forma não significativa estatisticamente, pois o percentual obtido foi maior que 0,05.

Na fotometria, os resultados obtidos como unidade de medida permitem concluir que houve pequena redução no edema em algumas sessões, mas elas se apresentam com valores parecidos.

## Considerações Finais

É importante realizar novas pesquisas que analisem a eficácia da aplicação dos outros recursos fisioterapêuticos no tratamento do linfedema, e que tenham como objetivo manter o membro acometido com menor volume possível.

## Referências

ARRUDA, Gustavo Alfredo C. F. de. *O câncer de mama no alvo da moda: análise da campanha publicitária do IBCC*. 2006. 167 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Universidade de Marília - UNIMAR, Marília, 2006.

BARROS, Alfredo C.S.D. Carcinogênese Mamária. In: COSTA, Maurício M.etal. *Câncer de mama para ginecologistas*. 1.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1994. cap. 2.

BERGMANN, Anke; MATTOS, Inês E.; KOIFMAN, Rosalina J. Diagnóstico do linfedema: Análise dos métodos empregados na avaliação do membro superior após linfadenectomia axilar para tratamento do câncer

de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, AnkeBergmann, v. 50, n. 4, p. 311-320, dez. 2004.

BRITTO, Anna Valéria de. Epidemiologia Descritiva do Câncer da Mama. In: FARIA, Sérgio Luiz; LEME, Luis Henrique da Silva; OLIVEIRA FILHO, Juvenal A. de. *Câncer da Mama: Diagnóstico e Tratamento*. 1. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. Cap. 1.

CASLEY-SMITH JR, BORIS M, WEINDORF S, LASINSKI B. Treatment for lymphoedema of the arm – The Casley – Smith method. *Cancer Supplement*, 1998.

FRASSON, Antonio L.; MICHELON, João da R.; BERTUOL, Mauro. Fatores de Risco. In: COSTA, Maurício M. et al. *Câncer de mama para ginecologistas*. 1.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1994. cap. 4.

GARCIA, Luana B.; GUIRRO, Elaine C. O. Efeito da estimulação e alta voltagem no linfedema pós- mastectomia. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, Piracicaba, v.9, n.2, p.243-248, ago. 2005.

GARCIA, Luana B.; GUIRRO, Elaine C. O.; MONTEBELLO, Maria I. L. Efeitos da estimulação elétrica de alta voltagem no linfedema pós-mastectomia bilateral: estudo de caso. *Fisioterapia e Pesquisa*, Americana, v. 14, n.1, p. 67-71. Abr. 2007.

GUIRRO, Elaine C. O.; GUIRRO, Rinaldo R. J. *Fisioterapia Dermatofuncional: fundamentos, Recursos, Patologias*. 3. ed. Barueri, 2007.

KISNER, Carolyn; COLBY, Lynn A. *Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas*. 4.ed. Barueri: Manole, 2005.

MATIAS, Maciel. Epidemiologia. In: COSTA, Maurício M. et al. *Câncer de mama para ginecologistas*. 1.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1994. cap. 1.

REZENDE, Laura F. de. et al. Avaliação das compensações linfáticas no pós-operatório de câncer de mama com dissecação axilar através da linfocintilografia. *Jornal Vacular Brasileiro*, Porto Alegre, v. 7, n. 4, p. 1-7, dez. 2008.



# **Estudo da exposição solar e do uso de fotoprotetores em duas amostras populacionais do município de Marília / Estado de São Paulo**

Heron Fernando de Sousa GONZAGA  
Amanda de Queiroz Assis ANDREOTTI  
Cecília Torres Carvalho BRANDÃO  
Roseane Eloíza Máximo SILVA  
Maria Augusta JORGE

## **Introdução**

A exposição solar tem ocorrido de forma irracional por grande parte da população mundial. A mudança dos hábitos de vida com relação à mesma, aliada à diminuição da camada de ozônio e descuido por parte das pessoas quanto ao uso de fotoprotetores, tem contribuído para o aumento significativo da incidência de câncer cutâneo, envelhecimento precoce, máculas hipercrômicas e queimaduras nas últimas décadas (ANGELI & MALLMANN, 1997; HORA & BATISTA, 2003; COSTA & WEBER, 2004).

Todas as pessoas estão expostas à radiação solar ultravioleta. A exposição ao sol com a vida em uma atmosfera rica em oxigênio provoca fotolesões indesejadas. A pele queimada é um fator

de risco para câncer melanoma e não melanoma. A exposição aos raios ultravioleta provoca imunossupressão através de vários mecanismos na pele (MASNEC et al., 2010).

O câncer é uma doença causada por mutações genéticas que conferem às células algumas características especiais, como capacidade ilimitada de proliferação, perda de resposta a fatores de inibição de crescimento, evasão de apoptose (morte celular programada), capacidade de invadir outros tecidos (metástases) e produção de novos vasos sanguíneos (angiogênese). Sendo assim, a maioria dos tumores malignos cutâneos não herdados resulta de mutações causadas por carcinógenos que, de alguma forma, promovem o crescimento celular e a invasão de outros tecidos (MARTINEZ et al., 2006).

O câncer de pele se tornou, nas últimas décadas, um problema de saúde pública no Brasil, correspondendo a 25% do total dos tumores malignos registrados. Estima-se que, em 2010, o câncer de pele não melanoma seja o mais incidente na população brasileira, com um total de 114 mil casos novos, sendo 53.410 homens e 60.440 mulheres. Estes valores correspondem a um risco estimado de 56 casos novos a cada 100 mil homens e 61 para cada 100 mil mulheres (Instituto Nacional de Câncer, **2010**).

O tipo de câncer de pele mais frequentemente encontrado na população brasileira é o não melanoma, representado pelos carcinomas basocelular e espinocelular. Em 2003, foram registrados 82.155 novos casos dessa variável de tumor cutâneo, que apesar de ser considerada uma forma pouco agressiva, se não diagnosticada e tratada precocemente, pode levar a deformidades físicas graves, afetando a qualidade de vida do indivíduo (Insti-

tuto Nacional de Câncer, **2010**; POPIM et al., 2008; HAACK et al, 2008).

A transformação maligna de uma célula da camada basal da epiderme ou dos anexos dá origem ao carcinoma basocelular, tumor que apresenta como principais características a indolência e o crescimento lento, sendo localmente destrutivo e raramente produzindo metástases (MARTINEZ et al., 2006).

O carcinoma basocelular é o mais comum em humanos, correspondendo a 70% de todas as neoplasias epiteliais (POPIM et al., 2008). Origina-se de células da camada basal da epiderme e de outras partes do aparelho folicular. Ocorre, geralmente, após os 40 anos de idade, em pessoas de pele clara e com história prévia de exposição solar excessiva, principalmente durante a infância (SAMPAIO & RIVITTI, 2008). **Localiza-se preferencialmente** nos dois terços superiores da face, sendo que 30% das lesões ocorrem no nariz. Não ocorre em palmas, plantas e mucosas. O carcinoma basocelular apresenta algumas variáveis clínicas como nódulo-ulcerativo, esclerosante, superficial e pigmentado. O tipo clínico nódulo-ulcerativo é o mais comum e é caracterizado inicialmente por uma pápula rósea que cresce formando um nódulo com bordas cilíndricas, translúcidas, de aspecto perolado com telangiectasias, e posterior evolução para ulceração central e formação de crosta, podendo sangrar. O diagnóstico diferencial deve ser realizado com o carcinoma espinocelular. O tipo esclerosante é caracterizado por uma placa branco amarelada, dura, lisa, com bordas mal definidas, podendo haver telangiectasias, sendo parecido com o quadro de esclerodermia. Já o tipo superficial ocorre em tronco e consiste de lesões eritêmato-escamosas, pouco infiltradas, bordas irregulares e ligeiramente elevadas. O

diagnóstico diferencial deve ser realizado com psoríase e eczema seborréico. O carcinoma basocelular pigmentado se apresenta como um nódulo ulcerativo com pigmentação, lembrando o melanoma (SAMPAIO & RIVITTI, 2008; BURNS & BREATHNACH, 2004).

Os carcinomas basocelulares de alto risco são caracterizados pela possibilidade aumentada de extensão subclínica, excisão incompleta, comportamento agressivo de invasão ou recorrência local (MARTINEZ et al., 2006).

Há poucos estudos científicos publicados na literatura brasileira sobre os dados epidemiológicos envolvendo o carcinoma basocelular isoladamente. A razão disso é que os carcinomas basocelulares, somados aos carcinomas espinocelulares, são classificados como cânceres de pele não melanoma e estão publicados sob essa denominação. Sabe-se, no entanto, que a incidência do carcinoma basocelular tem aumentado progressivamente ao longo dos anos. Esse aumento pode ser devido à maior demanda de exames histopatológicos de lesões suspeitas, maior conscientização e inquietude em relação a esses tumores por parte da população, maior número de médicos dermatologistas e fruto de campanhas educacionais e preventivas (CUSTÓDIO et al., 2010).

O carcinoma espinocelular corresponde a 25% das neoplasias epiteliais malignas (POPIM et al., 2008). Origina-se da proliferação descontrolada de células da camada espinhosa (queratinócitos suprabasais), apresentando um caráter genético e frequentemente se origina de lesões precursoras como queratose solar, leucoplasia, radiodermite crônica, xeroderma pigmentoso (defeito na reparação do DNA), cicatrizes de queimaduras e úlceras crônicas. Sua origem também é atribuída ao vírus papiloma

humano (HPV) dos tipos 6 e 11. É mais comum em homens após 50 anos de idade, acometendo principalmente lábio inferior, orelhas, dorso de mãos, genital externo e mucosa bucal, o qual apresenta forte relação com o tabagismo. Manifesta-se clinicamente na pele como uma placa eritematosa queratósica, que pode evoluir para a formação de um corno cutâneo, de acordo com o grau de proliferação da camada córnea, que, ao crescer, pode ulcerar. Já a lesão na mucosa geralmente se inicia como uma placa de leucoplasia ou como uma lesão infiltrativa vegetante (SAMPAIO & RIVITTI, 2008; BURNS & BREATHNACH, 2004).

O carcinoma verrucoso é uma variante do carcinoma espinocelular, com evolução lenta e benigna, apresentando-se como uma tumoração exofítica verrucosa, que, de acordo com sua localização, recebe denominações específicas, sendo Papilomatose florida, quando na cavidade oral; Condiloma acuminado gigante de Buschke-Loewenstein, se na região anogenital, e Epitelioma *cuniculatum*, quando na região plantar (SAMPAIO & RIVITTI, 2008; BURNS & BREATHNACH, 2004).

As metástases acontecem em 0,5 a 6% dos casos de carcinoma espinocelular, sendo mais frequentes nos carcinomas de mucosa, dorso de mãos e cicatriz de queimaduras. O diagnóstico diferencial deve ser realizado com queratose actínica, carcinoma basocelular, queratose seborréica e melanoma amelanótico (SAMPAIO & RIVITTI, 2008).

O melanoma de pele corresponde a apenas 4% dos tumores cutâneos; entretanto sua letalidade é alta, devido ao seu grande poder de metástase. Nos Estados Unidos, foi o câncer que registrou aumento mais expressivo nas últimas quatro décadas

(POPIM et al., 2008). Em populações de pele clara, a incidência de melanoma cutâneo é maior no verão e menor no inverno (CHAILLOL et al., 2010)

Esse tipo de câncer cutâneo é o mais agressivo, representando a maior causa de morte entre as doenças primárias da pele. Decorre da transformação maligna dos melanócitos ou de células névicas. Ocorre geralmente em adultos entre 30 e 60 anos de idade e, quando se desenvolve na puberdade, é mais comum em homens. Entre os fatores de risco no desenvolvimento desse tipo de neoplasia, a exposição solar tem sido amplamente demonstrada visto que existe correlação significativa entre radiação solar e incidência de melanoma. A exposição solar na infância e a fotoexposição intermitente levando a queimaduras são fatores mais importantes para o melanoma do que a exposição contínua e sem queimaduras. Os principais fatores relacionados à queimadura solar são o sexo masculino, pele clara, história familiar de câncer de pele e alto nível socioeconômico (HAACK et al, 2008).

Outro argumento utilizado em relação ao papel da radiação ultravioleta na gênese do melanoma é que esse tipo de câncer é menos frequente em áreas do corpo não expostas ao sol e, além disso, é raro ocorrer em negros e em indivíduos de pele clara que não se bronzeiam de forma indevida. Outros fatores estão envolvidos, como história familiar e a presença de nevos melanocíticos, principalmente se houve mais de 50 dessas lesões por todo o corpo (SAMPAIO & RIVITTI, 2008).

O melanoma apresenta três tipos clínicos: melanoma extensivo superficial, nodular e lentiginoso acral, além das formas particulares, como melanoma de mucosa, amelanocítico, desmo-

plástico e de origem indeterminada. O melanoma extensivo superficial é a forma mais frequente de melanoma, correspondendo a 70%, e é o que mais se associa a lesões névicas precursoras, ocorrendo preferencialmente em tronco e dorso, nos homens, e membros inferiores, nas mulheres. Clinicamente, é caracterizado por lesão levemente elevada, margens irregulares, de coloração acastanhada a negra, com áreas azuladas, esbranquiçadas, acinzentadas ou vermelhas. O melanoma nodular corresponde a 15-30% dos melanomas e é caracterizado por lesão nodular, placa ou pólipo de coloração negro-azulada (SAMPAIO & RIVITTI, 2008; BURNS & BREATHNACH, 2004). O melanoma lentiginoso acral ocorre nas regiões palmo-plantares, extremidades digitais, mucosas e semimucosas. É mais frequente em não brancos (35 a 60%). Não tem predileção por sexo, sendo mais frequente na sétima década de vida. Nas extremidades digitais pode-se apresentar como lesão tumoral acastanhada subungueal, melanoníquia estriada, fragmentação longitudinal da lâmina ungueal, além de paroníquia crônica e persistente (FERNANDES et al, 2005).

Algumas regras básicas permitem o imediato reconhecimento do melanoma cutâneo em lesões melanocíticas: alterações de cor, tamanho, forma e superfície; crescimento rápido, descamação, ulceração, sangramento, prurido, dor e desenvolvimento de áreas papulosas ou nodulares sobre máculas pigmentadas (FERNANDES et al, 2005).

A biópsia incisional nas lesões suspeitas de melanoma é procedimento simples, ambulatorial e fornece tecido representativo. Por outro lado, nenhum aumento nas porcentagens de recorrência local ou nenhuma alteração nas curvas de sobrevida foram

registrados com o método. Esses dados de literatura conferem segurança ao procedimento (FERNANDES et al, 2005).

Inúmeros fatores de risco estão relacionados ao desenvolvimento do câncer de pele não melanoma e melanoma, sendo eles, idade adulta, cor da pele (raça caucasiana), maior sensibilidade ao sol, história prévia ou familiar de câncer de pele, imunodepressão, presença de lesões pigmentares irregulares e, principalmente, exposição solar excessiva e cumulativa (raios ultravioletas) (COSTA & WEBER, 2004; POPIM et al., 2008; HAACK et al, 2008; SAMPAIO & RIVITTI, 2008).

Os raios ultravioletas podem ser classificados em A, B e C (UVA, UVB e UVC, respectivamente). Os raios UVA estão relacionados ao envelhecimento precoce, interferem no colágeno e na elastina da pele e são importantes no desenvolvimento do câncer de pele, quando a exposição ao sol é contínua e ao longo de muitos anos. Os raios UVB apresentam maior incidência entre 10 e 15 horas, sendo responsáveis por provocar eritema, ardor, descamação, queimadura e estão relacionados intrinsecamente ao surgimento do câncer cutâneo, pois penetram na camada superficial da pele, causando alterações no DNA das células da epiderme. Os raios UVCs são altamente carcinogênicos (Instituto Nacional de Câncer, 2010; POPIM et al., 2008; ERENO, 2010).

No que tange ao comportamento fotoimunológico, sabe-se que a capacidade de a radiação ultravioleta B (UVB) alterar o sistema imunitário cutâneo tem sido amplamente documentada, além de ser um importante fator de risco para o desenvolvimento do câncer de pele induzido pela luz solar. Fortes evidências epidemiológicas e moleculares relacionam a exposição solar ao

desenvolvimento do melanoma maligno, sendo esse o fator de risco mais importante nesse tipo de câncer de pele (NASSER, 2010).

A camada de ozônio é responsável por reduzir a penetração desses raios na atmosfera, protegendo assim contra o aparecimento de alterações cutâneas, principalmente o câncer de pele. Em decorrência da destruição dessa camada, a incidência de raios UVB vem aumentando progressivamente e está possibilitando que os raios UVC se aproximem cada vez mais da atmosfera (POPIM et al., 2008).

Apesar do UVA ser o mais abundante (90%), o UVB é cerca de mil vezes mais eficiente em causar queimaduras na pele. A exposição da pele ao UV afeta a sobrevivência e proliferação de células epidérmicas e dérmicas e altera várias funções cutâneas. Os efeitos agudos da exposição solar ao UV são os mais adversos e incluem lesão no DNA, apoptose, eritema, imunossupressão, envelhecimento e câncer (MARTINEZ et al., 2006).

Um dos efeitos do UV no desenvolvimento do câncer está no dano direto ao DNA. A absorção do UVB pelo DNA pode causar dois tipos de lesões: os fotoprodutos 6-4 e os dímeros de pirimidinas ou ciclobutanos. Os danos são causados por ligação errônea de duas pirimidinas na mesma fita de DNA. Em vez de ocorrer o pareamento clássico AT ou CG, as bases podem ligar-se por meio de CC, TT ou CT. Dímeros de pirimidina são considerados mais carcinogênicos do que fotoprodutos 6-4, formando-se cerca de três vezes mais e sendo menos eficientemente reparados. Ambos os tipos podem levar a mutações genéticas, tais como transições C→T e CC→TT. UVB pode causar também

transversões de C→A e G→T, além de quebras no DNA, em fita simples e dupla (MARTINEZ et al., 2006).

Outros tipos de lesão que podem acometer o DNA são aqueles ocasionados por espécies reativas de oxigênio (ROS, *reactive oxygen species*), as quais são geradas por excessiva exposição ao UV, caracterizando, assim, um efeito indireto da radiação. Essas moléculas podem levar à formação de adutos nas bases que compõem a molécula de DNA, causando pareamentos errôneos e, dessa maneira, podem causar a mutações e rearranjos cromossômicos que podem levar ao câncer (MARTINEZ et al., 2006).

As pessoas se expõem ao sol, principalmente, durante as atividades profissionais, prática de atividades físicas ou lazer. Quando esta exposição passa a ser prolongada e irracional, o risco de desenvolver alterações cutâneas relacionadas à exposição solar passa a ser maior, sobretudo em pessoas de pele clara. Crianças, adolescentes e adultos jovens constituem as faixas etárias que permanecem maior tempo em atividades ao ar livre. As crianças se expõem anualmente ao sol três vezes mais que os adultos (COSTA & WEBER, 2004).

O Brasil, por se localizar geograficamente em uma zona de grande incidência de raios ultravioletas, associado ao estilo de vida de sua população e baixo poder aquisitivo de seus habitantes, é um país propício ao desenvolvimento de alterações dermatológicas relacionadas à exposição solar (HORA & BATISTA, 2003).

Para a amenização de tais problemas, torna-se necessário o uso de fotoprotetores, destinados a proteger a pele dos efeitos nocivos do sol. Há meios físicos de proteção, como chapéu, boné, guarda-sol e camiseta, e meios químicos, como o uso de filtro solar (COSTA & WEBER, 2004; POPIM et al., 2008;

HAACK et al, 2008; SZKLO et al., 2007). Esse proporciona a formação de uma camada opaca na pele que reflete ou absorve os raios ultravioletas, não atingindo, assim, os melanócitos (KEME & SABATOVICH, 2004).

A eficácia dos fotoprotetores é classificada de acordo com a proteção contra a queimadura solar (Fator de Proteção Solar-FPS) e resistência contra sua remoção sob determinadas condições. O FPS se refere ao número de vezes em que se intensifica a proteção natural de determinado indivíduo. Assim, uma pessoa que ficasse com eritema após 1 hora de exposição solar, ao utilizar um filtro de FPS10, só apresentaria a mesma intensidade de eritema após 10 horas de exposição (KEME & SABATOVICH, 2004). O FPS decresce, após 8 horas da aplicação, em torno de 55% nas pessoas que praticam atividade física e 25% quando não se realizam essas atividades (BEYER et al., 2010).

A maioria dos filtros protege quase que exclusivamente contra os raios UVB, que apresentam maior incidência de seus raios no período entre 10 e 15 horas, horário esse em que a exposição solar deve ser evitada. Os protetores solares devem ser reaplicados ao longo do dia, e em média, as aplicações devem ser repetidas após intervalos de 3 a 4 horas (KEME & SABATOVICH, 2004).

Os filtros solares são comumente usados como proteção contra os danos solares. Eles reduzem a penetração de ondas ultravioletas solares na pele pela reflexão ou por absorvê-los. Esses filtros são muito valiosos, mas têm limitações. Devem ser utilizados de forma adequada para obter o efeito total. Além disso, eles têm o problema de fotoinativação, que é a degeneração do filtro ultravioleta, em consequência da exposição aos raios ultra-

violetas, resultando na perda da capacidade de absorção. Os produtos com fator de proteção imune contêm enzimas de reparo do DNA e antioxidantes que podem reduzir mutações e ativar o sistema imunológico para combater o fotoenvelhecimento. O uso de antioxidantes e polifenóis pode exercer um efeito anti-envelhecimento, preventivos e até mesmo reverter danos do sol. A fotoproteção adequada é essencial para controlar a fotocarcinogênese e o fotoenvelhecimento (MASNEC et al., 2010)

Estudo realizado por Rosenblat et al. (2010) testaram a capacidade de molécula lipídicas púnicas, alcoóis graxos polihidroxilados (PFA), extraídas de abacate, para reduzir o dano induzido por UVB e inflamação na pele. A introdução de PFA em queratinócitos, antes que fossem expostos ao UVB, exerceu um efeito protetor, aumentando a viabilidade celular, diminuindo a secreção de IL-6 e PGE e promovendo reparo do DNA. Em explantes de pele humana, o tratamento com PFA reduziu significativamente o dano celular induzido por UV. Esses resultados reforçam a ideia de que PFA poderia desempenhar um importante papel como agente fotoprotetor em dano cutâneo induzido por UV.

A aplicação apropriada de filtro solar é fundamental como estratégia eficaz de saúde pública para prevenção de câncer de pele. A aplicação insuficiente é comum entre aqueles que apreciam o banho de sol, resultando em menor proteção solar e, conseqüentemente, podendo aumentar o dano causado à pele pelo ultravioleta. No entanto, não existe atualmente disponível uma medida objetiva de espessura de aplicação de filtro solar para uso em campo (BAUER et al., 2010)

Além do uso de fotoprotetores, medidas educativas como a conscientização da proteção solar desde a infância são necessárias para tentar diminuir a incidência dos cânceres de pele (SZKLO et al., 2007; SARAYA et al., 2004).

Entretanto, uma exposição solar adequada traz benefícios à saúde, principalmente relacionado à produção de vitamina D. Uma exposição sem danos poderia ocorrer no final da tarde nos meses de inverno ou mesmo durante os meses de verão com uma proteção solar adequada (DOWN et al., 2009). Alguns investigadores sugeriram o uso de dispositivos de bronzeamento artificial (solário) para prevenção de doença decorrente da deficiência de vitamina D, como raquitismo em crianças e osteomalácia em adultos, estando os mesmos predispostos ao risco aumentado de osteoporose e fraturas. No entanto, o uso de solários aumenta o risco do câncer de pele e foi classificado como carcinogênico para o homem. Os efeitos positivos para a saúde não estão documentados suficientemente (VEIEROD et al., 2010)

Este trabalho teve como objetivo avaliar a frequência de exposição solar e o uso de fotoprotetores por pessoas de diferentes faixas etárias e níveis socioculturais em duas amostras populacionais do Município de Marília, Estado de São Paulo.

## Material e métodos

Foram aplicados 181 questionários, sendo 100 no Terminal Rodoviário Urbano e 81 num *Shopping Center* da cidade.

Para o estudo, foi desenvolvido um questionário composto por 19 questões abertas relacionadas à identificação pessoal, nível socioeconômico e cultural, exposição solar, uso de fotoprote-

tores, conhecimento sobre os efeitos nocivos da exposição solar e história de câncer cutâneo na família.

Três acadêmicos do Curso de Medicina, previamente treinados por um professor médico dermatologista, aplicaram o questionário na forma de entrevista aos entrevistados, que, espontaneamente, se apresentaram num local previamente disponibilizado.

Os dados foram agrupados e trabalhados no programa Microsoft Excel e foi feita análise descritiva, considerando-se valores absolutos e relativos.

## Resultados

A amostra foi constituída de 118 indivíduos do sexo feminino (65,19%) e 63 do sexo masculino (34,81%).

Foram entrevistadas pessoas de diferentes faixas etárias, entre 11 e 68 anos, com média de 39,5 anos. As idades foram divididas em grupos de 11 a 20 anos (25,41%), 21 a 30 (28,73%), 31 a 40 (16,02%), 41 a 50 (16,02%) e mais de 50 anos (20,44%).

Com relação à cor da pele, 143 (79%) eram brancos, 33 (18,2%) negros e 5 (2,8%) de raça amarela.

Quanto à escolaridade, no Terminal Rodoviário Urbano, predominaram indivíduos com Ensino Médio Completo, representando por 37% da amostra dessa localidade, enquanto que, no *Shopping Center*, houve prevalência de pessoas com Ensino Superior Completo, correspondendo a 35,8%.

A renda familiar levantada foi referente ao total de salários mínimos somando-se todos os moradores da casa do entrevistado em questão e foi dividida em: menos de 1, de 1 a 3, de 4 a 7

e mais de 7 salários mínimos. No Terminal Rodoviário Urbano, predominou renda entre 1 e 3 salários mínimos, no total de 56% dessa amostra. Já no *Shopping Center*, a maioria (44,5%) apresentava renda familiar maior que 7 salários mínimos.

Referente ao horário de exposição, 20,44% da amostra total permanecia maior tempo exposta ao sol antes das 10 horas, 42,54% entre às 10 e 15 horas, 18,78% após às 15 horas e 18,23% de forma variável. Das pessoas que se expunham no período entre 10 e 15 horas, 55,84% não utilizavam o filtro solar como forma de proteção e 35,06% dos entrevistados com idade inferior a 20 anos se expunham mais no horário entre 10 e 15 horas (Tabela 1).

Tabela 1. Relação dos entrevistados segundo a idade e o horário de exposição solar.

IDADE (anos)	Horário de exposição solar									
	antes das 10 horas		10 às 15 horas		após às 15 horas		Variável		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
11 – 20	5	2,76	27	14,92	9	4,97	5	2,76	46	25,41
21 – 30	5	2,76	25	13,81	12	6,63	10	5,52	52	28,73
31 – 40	8	4,42	10	5,52	3	1,66	8	4,42	29	16,02
41 – 50	4	2,21	5	2,76	3	1,66	5	2,76	17	9,39
Mais de 50	15	8,29	10	5,52	7	3,87	5	2,76	37	20,44
Total	37	20,44	77	42,54	34	18,78	33	18,23	181	100,00

Quanto ao uso de protetor solar, 30,94% do total da amostra usava regularmente, 16,02% eventualmente e 53,04% não usava. Desses, 43% também não utilizavam outras formas

de fotoproteção. Referente ao sexo, 26,52% das mulheres e 4,42% dos homens entrevistados usavam diariamente o filtro solar (Tabela 2).

Tabela 2. Relação dos entrevistados segundo o sexo e o uso de filtro solar.

Sexo	Uso de filtro solar							
	Eventual		Não		Sim		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Feminino	22	12,15	48	26,52	48	26,52	118	65,19
Masculino	7	3,87	48	26,52	8	4,42	63	34,81
Total	29	16,02	96	53,04	56	30,94	181	100

Com relação ao uso de filtro solar e ao local onde o questionário foi aplicado, observou-se que, no *Shopping Center*, 14,92% usava eventualmente e esse mesmo percentil foi encontrado para o não uso e o uso adequado do protetor. No Terminal de Ônibus, 1,10% dos entrevistados usavam eventualmente, 38,12% não utilizava e 16,02% faziam o uso correto do filtro solar (Tabela 3).

Tabela 3. Relação dos entrevistados segundo o local da pesquisa e o uso de filtro solar.

Local da pesquisa	Uso de filtro solar							
	Eventual		Não		Sim		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Shopping Center	27	14,92	27	14,92	27	14,92	81	44,75
Terminal de ônibus	2	1,10	69	38,12	29	16,02	100	55,25
Total	29	16,02	96	53,04	56	30,94	181	100

A mídia foi citada como fonte de orientação para o uso do filtro solar por 20,99% dos entrevistados que usavam de forma eventual ou diariamente, enquanto que o dermatologista foi citado como fonte de orientação por 13,26% dessa amostra (Tabela 4).

Tabela 4. Relação dos entrevistados segundo o uso de filtro solar e a fonte de orientação.

Uso de filtro solar	Fonte de orientação para o uso							
	Dermatologista		Mídia		Outros		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Eventual	5	2,76	19	10,50	5	2,76	29	16,02
Sim	19	10,50	19	10,50	18	9,94	56	30,94
Total	24	13,26	38	20,99	23	12,71	85	46,96

Do total da amostra, 85,08% tinham conhecimento sobre os efeitos nocivos do sol e 14,92% não souberam citar nenhum agravo à saúde provocado pela exposição solar inadequada (Tabela 5). Dos entrevistados que desconheciam os efeitos danosos da exposição solar, 14,82% eram frequentadores do *Shopping Center* e 85,18% do terminal de Ônibus.

Tabela 5. Relação dos entrevistados segundo o local da pesquisa e o conhecimento sobre os efeitos nocivos do sol

Local da pesquisa	Conhecimento sobre efeitos nocivos					
	Não		Sim		Total	
	N	%	N	%	N	%
Shopping Center	4	2,21	77	42,54	81	44,75
Terminal de ônibus	23	12,71	77	42,54	100	55,25
Total	27	14,92	154	85,08	181	100

Dentre os entrevistados, 12,15% referiram história familiar de câncer cutâneo.

## Discussão

A maioria da amostra era composta de mulheres (65,19%), com o predomínio de pessoas entre 21 e 30 anos de idade (28,73%) e da raça branca (79%), sendo que esse é um importante fator de risco para o desenvolvimento do câncer de pele.

Ao se analisar os dados referentes ao nível de escolaridade e renda familiar, observou-se um maior nível socioeconômico e cultural na amostra do *Shopping Center* do que no Terminal Rodoviário Urbano.

De todos os entrevistados, 42,54% se expunham ao sol no período entre 10 e 15 horas (Tabela 1), sendo que, desses, 35,06% apresentavam idade inferior a 20 anos. O horário de maior incidência dos raios ultravioletas é entre 10 e 15 horas, desta forma, a exposição solar nesse horário deveria ser evitada. Entretanto, observa-se um hábito inadequado por parte da po-

pulação estudada, uma vez que a maioria da amostragem se expõe ao sol nesse período do dia. Das pessoas que se expunham entre 10 e 15 horas, a maioria é composta de jovens, grupo esse que, segundo a literatura, apresenta maior prevalência de queimadura solar, devida realização de atividades ao ar livre com maior frequência, sobretudo a prática de esportes, e por apresentar uma maior necessidade de se bronzear (BROWN et al., 2006; SARIDI et al., 2009). Esses achados são alarmantes, uma vez que episódios repetidos de queimadura são fatores de risco importantes no desenvolvimento do câncer de pele, principalmente, o melanoma (COSTA & WEBER, 2004; HAACK et al, 2008; SZKLO et al., 2007; SAMPAIO & RIVITTI, 2008). Como os jovens são mais propensos à queimadura solar e mais vulneráveis aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de pele, medidas educativas desde a infância deveriam ser implantadas, como por exemplo, conscientização e orientação aos pais, através do uso precoce de filtro solar e de outras formas de fotoproteção nos filhos (HAACK et al, 2008; SARAYA et al., 2004; SARIDI et al., 2009).

Durante as atividades diárias habituais, o uso de proteção apropriada contra a exposição solar ultravioleta deve prevenir as alterações clínicas, celulares e moleculares. Em regiões da pele expostas regularmente ao sol, o dano causado pelo ultravioleta se sobrepõe à degeneração tecidual resultante do envelhecimento cronológico. Estudos demonstram que proteção em amplo espectro com hidratantes e produtos para cuidados diários podem prevenir os efeitos suberitematosos acumulados “silenciosos” da radiação ultravioleta decorrentes da exposição solar inadvertida (SEITE et al., 2010). A maioria da amostra deste trabalho,

ou seja, 53,03% (Tabela 2) não utilizava o filtro solar de forma regular ou mesmo eventual. Esse dado demonstra hábitos inadequados de vida da população estudada, referentes à proteção solar e à prevenção do câncer de pele. Quanto ao uso diário do filtro solar, a maioria era do sexo feminino, representado por 85,72%, enquanto que apenas 14,28% dos homens o faziam. Este dado está de acordo com a literatura e poderia ser explicado devido à maior preocupação das mulheres com relação à saúde e à estética, quando comparadas aos homens (COSTA & WEBER, 2004; SZKLO et al., 2007).

Houve uma diferença significativa quanto ao uso eventual do filtro solar comparação dos dois locais onde a pesquisa foi realizada, sendo que, a maioria se encontrava no *Shopping Center* (Tabela 3). Isto poderia estar relacionado ao uso de protetor solar apenas nos períodos de lazer, principalmente ao frequentar praias, local no qual a chance é maior de ocorrer queimaduras de pele. Essa forma de lazer foi mais citada entre as pessoas frequentadoras do *Shopping Center*, que apresentam maior nível socioeconômico que as pessoas do Terminal Rodoviário Urbano. O não uso do filtro solar foi mais frequente entre os entrevistados do Terminal Rodoviário Urbano. Esse dado poderia ser explicado pelo fato de essa amostra específica da pesquisa ter maior dificuldade de adquirir o produto, devido ao seu alto custo.

Os dados acima condizem com a literatura, que relata que, quanto maior a renda familiar, maior a prevalência de queimadura de pele, principalmente durante as atividades de lazer e com o uso de filtro solar (HAACK et al, 2008; BROWN et al., 2006). A associação entre o uso de filtro e queimadura solar pode ser explicada pelo uso inadequado do mesmo ou pela exposição

prolongada decorrente de uma percepção errônea de maior proteção ao se aplicar o filtro solar (POPIM et al., 2008; HAACK et al, 2008; SZKLO et al., 2007).

A mídia foi a principal fonte de orientação para o uso de fotoprotetor (Tabela 4), enquanto que o dermatologista ficou como o segundo mais citado. Isto demonstra um importante papel da mídia na saúde da população em geral, referente principalmente à prevenção primária do câncer de pele, através de informação dos riscos da exposição solar inadequada e de orientação sobre o uso correto do filtro solar. Esse meio de comunicação deveria receber maiores investimentos, para assim agir realmente como um poderoso veículo de informação à população em geral sobre o câncer de pele.

Com relação ao conhecimento dos efeitos nocivos provocados pelo sol, a maioria da amostra, ou seja, 85,08% (Tabela 5), levando em consideração os dois locais da pesquisa, soube citar algumas alterações provocadas pela exposição inadequada ao sol, entre elas: manchas, queimaduras, alergia e câncer de pele, sendo que esse foi o item mais lembrado pelos entrevistados.

Das pessoas que não tinham conhecimento dos danos provocados pelo sol, a maioria (85,18%) se encontrava no Terminal Rodoviário Urbano, podendo ser explicado por esse local apresentar um nível de escolaridade menor em comparação com a população do *Shopping Center*.

Dentre as medidas a serem adotadas, pode-se citar: maior divulgação dos casos crescentes das neoplasias cutâneas mundialmente e localmente, fatores de risco envolvidos, complicações da doença, importância da autoinspeção da pele, informação da necessidade da procura de profissionais especializados, prin-

principalmente o dermatologista na vigência de alterações cutâneas suspeitas, além da educação na infância e adolescência já citada, na tentativa de diminuir-se a incidência desse tipo de neoplasia, que, a cada ano, cresce de maneira alarmante.

## Conclusão

Entre os entrevistados predominou indivíduos do sexo feminino. Mais de 50% não utilizavam filtro solar nem de forma eventual, independente da classe sócio-econômico-cultural. A mídia foi a principal fonte de informação. A maioria dos entrevistados tinha conhecimento dos efeitos nocivos do sol, mas não usavam medidas de proteção e filtro solar. O trabalho mostra a necessidade de incremento de medidas educativas.

## Referências

- ANGELI, CAB; MALLMANN, LC. Estudo comparativo sobre o conhecimento e comportamento de adolescente e adultos frente à exposição solar. *An. Bras. Dermatol.*, 72(3):241-245, 1997.
- HORA C; BATISTA, CVC. Avaliação do conhecimento quanto a prevenção do câncer da pele e sua relação com exposição solar em frequentadores de academia de ginástica, em Recife. *An. Bras. Dermatol.*, 78(6):693-701, 2003.
- COSTA, FB; WEBER, MB. Avaliação dos hábitos de exposição ao sol e de fotoproteção dos universitários da Região Metropolitana de Porto Alegre, RS. *An. Bras. Dermatol.*, 79(2):149-155, 2004.
- MASNEC, IS; KOTRULIA, L.; SITUM, M; PODUJE, S. New option in photoprotection. *Coll. Antropol.*, 34(Suppl. 2):257-62, 2010.
- MARTINEZ, MAR; FRANCISCO, G; CABRAL, LS; RUIS, IRG; FESTA NETO, C. Genética molecular aplicada ao câncer cutâneo não melanoma. *An. Bras. Dermatol.*, 81(4):405-19, 2006.

Instituto Nacional de Câncer. *Estimativas 2010: Incidência de Câncer no Brasil*.

POPIM, CR; CORRENTE JE; GEROMEL, J.A.M; ARANTES, C.S. Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de risco na cidade de Botucatu. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 13(4): 1331-1336, 2008.

CHAILLOL, I; BONIOL, M; MIDDLETON, R. DORÉ, JF, AUTIER, P, GAVIN, A. Seasonality of cutaneous melanoma diagnosis in Northern Ireland with a review. *Melanoma Res.*, 2011 [Epub ahead of print]

HAACK, RL; HORTA LB; et al. Queimadura solar em jovens: estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 42(1): 26-33, 2008.

SZKLO, AS; ALMEIDA, LM; et al. Comportamento relativo à exposição e proteção solar na população de 15 anos ou mais de 15 capitais brasileiras e Distrito Federal, 2002-2003. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(4): 823-834, abr. 2007.

SAMPAIO, SAP; RIVITTI, EA. *Dermatologia*. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 1163-7, p. 1237-45.

BURNS, T.; BREATHNACH, S. et al. *Rook's: Textbook of Dermatology*. 7. ed. Blackwell Science, 2004. Vol. 2. Cap 36. 1-2 p, Cap 38. 23-39p.

CUSTÓDIO, G; LOCKS, LH; COAN, MF; GONÇALVES, CO; TREVISOL, DJ; SCHUELTER-TREVISOL, F. Epidemiologia dos carcinomas basocelulares em Tubarão, Santa Catarina (SC), Brasil, entre 1999 e 2008. *An. Bras. Dermatol.*, 85(6):815-26, 2010.

FERNANDES, NC; CALMON, R; MACEIRA, JP; CUZZI, T, SILVA, CSC. Melanoma cutâneo: estudo prospectivo de 65 casos. *An. Bras. Dermatol.*, 80(1):25-34, 2005.

NASSER, N. UVB: suscetibilidade no melanoma maligno. *An. Bras. Dermatol.*, 85(6):843-8, 2010.

KEME, MPV; SABATOVICH, O. *Dermatologia Estética*. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 83-90.

ROSENBLAT, G; MERETSKI, S; SEGAL, J; TARSHIS, M; SCHROEDER, A; ZANIN-ZHOROV, A; LION, G; OMGBER, A; HOCHBERG, M. Polyhydroxylated fatty alcohols, derivated from avocado suppress inflammatory response and provide non-sunscreen protection against UV-induced damage in skin cells. *Arch. Dermatolol. Res.*, 27, 2010 [Epub ahead of print].

- BAUER, U; O'BRIEN, DS; KIMILIN, MG. A new method to quantify the application thickness of sunscreen on skin. *Photochem. Photobiol.* , 2010 [Epub ahead of print].
- BROWN, T.T. et al. The epidemiology of sunburn in the US population in 2003. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 55(4):577-83, 2006.
- ERENO D. Pele protegida. *Pesquisa FAPESP*, 167: 74-5, 2010.
- SARAYA, M; GLANZ, K; et al. Interventions to prevent skin cancer by reducing exposure to ultraviolet radiation: a systematic review. *Am. J. Prev. Med.*, 27(5):422-66, 2004.
- BEYER, DM; FAURSCHOU, A; et al. Sun protection factor persistence on human skin during a day without physical activity or ultraviolet exposure. *Photodermatol. Photoimmunol. Photomed.*, 26(1):22-7, 2010.
- SARIDI, M; PAPPAS V; et al. Knowledge and attitudes to sun exposure among adolescents in Korinthos, Greece. *Rural Remote Health.*, 9(4):1162, 2009.
- DOWNS, NJ; SCHOUTEN, PW; et al. Measurements of the upper body ultraviolet exposure to golfers: non-melanoma skin cancer risk, and the potential benefits of exposure to sunlight. *Photodermatol. Photoimmunol. Photomed.*, 25(6):317-24, 2009.
- VEIEROD, MB; NILSEN, LT; ROBSAHM, TE. Solaria, vitamin D and skin cancer. *Tidsskr Nor Laegerforen*, 130(18):1818-21, 2010.
- SEITE, S; FOURTANIER, A; ROUGIER, A. Photoprotection in moisturizers and daily-care products. *G. Ital. Dermatol. Venereol.*, 145(5): 631-6, 2010.

## **Lúpus eritematoso sistêmico com lesões anulares: relato de caso e revisão da literatura**

Heron Fernando de Sousa GONZAGA  
Edgar BALDI-JÚNIOR  
Walkyria Rodrigues SILVA  
Edgar Baldi CASTRO  
Iara Daiane Alves de ALMEIDA  
Maria Augusta JORGE

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica, multissistêmica, de causa desconhecida e de natureza autoimune, caracterizada pela presença de diversos autoanticorpos. Caracteriza-se por evoluir com manifestações clínicas polimórficas, com períodos de exacerbações e remissões. De etiologia não totalmente esclarecida, o desenvolvimento da doença está ligado à predisposição genética e a fatores ambientais, como luz ultravioleta e alguns medicamentos (BORBA et al; 2008).

Estudos epidemiológicos apontam que o LES é mais frequente entre mulheres, numa proporção de nove mulheres para cada homem, sendo sua incidência maior entre os 15 e 45 anos (ZERBINI & FIDELIX, 1989). No Brasil, não há estudos epidemiológicos mostrando a incidência de LES na população, enquanto que, nos Estados Unidos, estima-se que uma pessoa em

cada 2000 apresenta a doença (SATO, 1999). Contudo, na cidade de Natal, num estudo realizado por Villar (2003), a incidência encontrada foi de 8,7/100.000/ano, o que parece ser maior que em outras partes do mundo, provavelmente em virtude da permanente presença de luz solar com alto índice de raios ultravioleta (ARAÚJO, YÉPES, 2007).

Na prática, para o diagnóstico de LES se utilizam os critérios de classificação propostos pelo “American College of Rheumatology”, em 1982, e revisados em 1997 (BORBA et. al. 2008). O diagnóstico se fundamenta na presença de, pelo menos, 4 (quatro) dos 11 critérios descritos no Quadro 1.

**Quadro 1 - Critérios de classificação de LES do “American College of Rheumatology” revisados em 1997.**

1. Eritema malar: lesão eritematosa fixa em região malar, plana ou em relevo.
2. Lesão discoide: lesão eritematosa, infiltrada, com escamas queratóticas aderidas e tampões foliculares, que evolui com cicatriz atrófica e discromia.
3. Fotossensibilidade: exantema cutâneo como reação não usual à exposição à luz solar, de acordo com a história do paciente ou observado pelo médico.
4. Úlceras orais/nasais: úlceras orais ou nasofaríngeas, usualmente indolores, observadas pelo médico.
5. Artrite: não erosiva envolvendo duas ou mais articulações periféricas, caracterizadas por dor e edema ou derrame articular.
6. Serosite: pleuris (caracterizada por história convincente de dor pleurítica, atrito auscultado pelo médico ou evidência de derrame pleural) ou pericardite (documentado por eletrocardiograma, atrito ou evidência de derrame pericárdico).
7. Comprometimento renal: proteinúria persistente (> 0,5 g/dia ou 3+) ou cilindrúria anormal.
8. Alterações neurológicas: convulsão (na ausência de outra causa) ou psicose (na ausência de outra causa).

9. Alterações hematológicas: anemia hemolítica ou leucopenia (menor que 4.000/mm<sup>3</sup> em duas ou mais ocasiões) ou linfopenia (menor que 1.500/mm<sup>3</sup> em duas ou mais ocasiões) ou plaquetopenia (menor que 100.000/mm<sup>3</sup> na ausência de outra causa).

10. Alterações imunológicas: anticorpo anti-DNA nativo ou anti-Sm ou presença de anticorpo antifosfolípide com base em:

- a) níveis anormais de IgG ou IgM anticardiolipina;
- b) teste positivo para anticoagulante lúpico; ou
- c) teste falso-positivo para sífilis, por, no mínimo, seis meses.

11. Anticorpos antinucleares: título anormal de anticorpo antinuclear por imunofluorescência indireta ou método equivalente, em qualquer época, e na ausência de drogas conhecidas por estarem associadas à síndrome do lúpus induzido por drogas.

Esses critérios foram desenvolvidos com o objetivo de uniformizar os estudos científicos da doença. A avaliação laboratorial pode auxiliar sobremaneira o diagnóstico por ocasião da constatação de alterações hematológicas (leucopenia e/ ou linfopenia e / ou plaquetopenia e / ou anemia hemolítica) e alterações do sedimento urinário. Embora raro, é possível se haver pacientes com lúpus que não apresentem quatro dos critérios de classificação, principalmente quando apresentam anticorpo específico de LES (anti-DNA nativo em títulos moderados/altos ou anti-Sm) e apenas uma manifestação clínica. De particular importância para o diagnóstico é a pesquisa de anticorpos ou fatores antinucleares por imunofluorescência indireta, utilizando-se como substrato as células HEp-2, conforme proposta do II Consenso Brasileiro sobre Laudos de FAN. A positividade desse teste, embora não específico, serve como triagem em razão de sua sensibilidade (maior que 95%), sendo altamente improvável a presença da doença se o teste resultar negativo. A pesquisa de anticorpos como anti-DNA nativo, anti-Sm e antinucleossomo pode contribuir para melhor caracterização laboratorial do quadro. Nos raros casos da doen-

ça com pesquisa de FAN negativa, particularmente com lesões cutâneas fotossensíveis, recomenda-se a realização da pesquisa de anticorpos anti-Ro/SSa (BORBA et al, 2008).

Existem tipos de variações do Lúpus, como o discóide, o sistêmico, o induzido por drogas, a paniculite lúpica, o lúpus neonatal. O Lúpus Eritematoso Discóide é sempre limitado à pele e mucosas. É identificado por inflamações cutâneas e/ou mucosas. Aproximadamente 10% a 20% desses casos podem acabar progredindo para o estágio mais grave da doença, que é o Lúpus Sistêmico. O Lúpus Sistêmico não fica limitado à pele e mucosas, pois pode afetar quase todos os órgãos e sistemas. Essa variação de lúpus, em algumas pessoas, pode surgir na pele, como a Discóide, mas também provoca lesões nas articulações; já, em outras, podem predominar nas articulações, rins, pulmões e outros órgãos. Como citado, existem diversas manifestações cutâneas do Lúpus eritematoso e podem ser divididas em específicas e inespecíficas, de acordo com as suas características clínicas e histológicas. As lesões cutâneas específicas são classificadas como lesão aguda, subaguda e crônica. Essas lesões ocorrem exclusivamente no Lúpus eritematoso, diferentemente das lesões inespecíficas, que são encontradas também em outras doenças.

A paniculite lúpica, também chamada de lúpus eritematoso profundo, é uma variante que pode surgir tanto na forma cutânea quanto sistêmica. Pode se manifestar na face, dorso, membros superiores e nádegas como nódulos subcutâneos firmes, de limites nítidos, pouco dolorosos, que, ao regredirem, deixam cicatrizes deprimidas (SAMPAIO; RIVITTI, 2007).

O lúpus neonatal é uma síndrome rara caracterizada por lesões cutâneas transitórias subagudas e/ou bloqueio cardíaco

congênito, que ocorre em neonatos de mães com manifestação clínica ou subclínica de lúpus eritematoso, síndrome de Sjögren ou artrite reumatóide. Decorre da transmissão placentária de anticorpos anti-RO/SSA e/ou anti-LA/SSB e, ocasionalmente, anti-nRNP, que são anticorpos IgG1 direcionados ao antígeno RO. As lesões cutâneas surgem nos primeiros dias de vida, são raras no nascimento e desaparecem em torno do sexto mês. São lesões anulares eritemato-escamosas, com descamação leve e discreta atrofia central, que, ao involuírem, podem deixar telangiectasias e leve discromia (SAMPAIO; RIVITTI, 2007).

No lúpus eritematoso cutâneo agudo, as lesões cutâneas surgem durante a atividade sistêmica da doença. Uma associação de lesões é vista, sendo as mais comuns, o eritema macular, apresentando, desde o início, a fotossensibilidade.

O Lúpus eritematoso cutâneo subagudo se caracteriza clinicamente pelas lesões apresentadas como descamação, manifestadas como placas eritematosas e descamativas ou anulares.

Já o Lúpus eritematoso cutâneo crônico, por sua vez, apresenta-se, como quadro clássico, lesões discóides, citadas acima. Esse ocorre nas áreas fotoexpostas, principalmente na face, couro cabeludo, orelhas, mãos, porção anterior do tórax e superfície de extensão dos membros superiores. (VIANNA et. al., 2010).

## 1 Características clínicas

O LES é uma doença que acomete com maior frequência a articulação e a pele e, de forma mais grave, o rim e o sistema nervoso. O quadro é, no entanto, pleomórfico, podendo envolver qualquer órgão ou sistema. As manifestações podem aparecer

isoladamente, ou de forma consecutiva no decorrer do tempo ou, ainda, apresentar múltiplos acometimentos simultâneos. Em geral, os primeiros 5 anos da doença definem os locais preferenciais de seu acometimento sistêmico. O corticosteróide conquistou o papel de principal modalidade terapêutica da doença na década de 50. Nos últimos anos, a associação dessa droga com imunossuppressores tem demonstrado resultados promissores (SATO, 2004).

## 2 Sintomas gerais e constitucionais

Queixas constitucionais como adinamia, mal-estar, fadiga, anorexia e perda insidiosa de peso, constatadas numa grande variedade de doenças crônicas, também podem ocorrer no LES e até preceder, em alguns meses, o aparecimento de outra manifestação orgânica. A febre como primeiro sinal do lúpus é encontrada em aproximadamente 48% dos casos. Apesar de ser identificada em qualquer faixa etária, a febre associada aos sintomas consuptivos é observada com maior frequência no início da doença, principalmente em crianças e adolescentes. Não raro, após período variável de febre, o lúpus se manifesta de maneira intensa em múltiplos órgãos, inclusive hematológico e renal.

Não existe um padrão febril característico na doença, o que dificulta o seu diferencial com outras doenças sistêmicas ou, mesmo, infecções. Não obstante sua alta frequência, o LES como causa de febre de origem indeterminada perfaz menos de 5% dos casos. A febre combinada com linfadenopatia impõe a pesquisa de doenças infecciosas e linfoproliferativas, sendo indispensável a biópsia do linfonodo para esclarecimento diagnóstico. É importante lembrar que a linfadenopatia no LES ocorre em

30 a 78% dos pacientes, notadamente adolescentes, podendo ser generalizada ou localizada, indolor e não aderente, com predomínio das cadeias cervical e axilar (SATO, 2004).

- Comprometimento cutâneo

Ocorre em cerca de 80% dos casos, ao longo da evolução da doença. A lesão em asa de borboleta ou vespertílio (50-60%) é caracterizada por ter início agudo, ser eritematosa, com localizações em regiões malares e dorso do nariz. Outras lesões agudas são as lesões eritematomaculares, papulares ou maculopapulares, e as lesões bolhosas, também de localização preferencial em áreas expostas ao sol. As lesões do lúpus cutâneo subagudo são pápulas eritematosas ou pequenas placas, de aspecto anular ou policíclico, lembrando eritema anular centrífugo. As lesões crônicas costumam iniciar como pápulas ou placas eritematosas que evoluem tornando-se espessadas e aderidas, com hipopigmentação central. Com a progressão da lesão, ocorre formação de “plug” folicular com cicatriz e atrofia central, acompanhadas de alterações discrômicas também localizadas em áreas expostas ao sol. A fotossensibilidade tem ocorrência variada (40-60%) e é muito frequente no Brasil(SATO, 2004).

- Comprometimento articular

A artrite geralmente se localiza em articulações das mãos, punhos e joelhos, sendo de caráter simétrico e intermitente e, caracteristicamente, não apresenta erosões ósseas. Mais raramente, a artropatia pode cursar com deformidades redutíveis (artropatia de Jaccoud), decorrentes de subluxações, em razão do acometimento de tendões e cápsulas. A frequência da artrite varia de

69 a 95%. A necrose avascular acomete, geralmente, a cabeça e côndilos femorais, tubérculo umeral e platô tibial e ocorre em cerca de 10% dos pacientes, podendo ser causada pela doença em atividade, anticorpos antifosfolípidos ou uso de corticosteróides (MEINÃO; SATO, 2004).

#### - Comprometimento hematológico

As alterações hematológicas podem ser observadas em fases precoces do LES, muitas vezes precedendo, em anos, o diagnóstico da doença. A série branca é a que mais frequentemente se mostra alterada, sendo os principais achados a leucopenia e a linfopenia, isoladas ou associadas. A monitorização desses parâmetros laboratoriais é útil para o acompanhamento da doença, já que a diminuição no número dessas células costuma refletir, de forma precisa e precoce, atividade do lúpus, desde que excluídas outras causas, em particular o uso de drogas imunossupressoras (YOSHINARI; BONFÁ, 2000).

#### - Comprometimento renal

O comprometimento renal é caracterizado pela presença de proteinúria  $> 0,5\text{g}/24$  horas, cilindrúria anormal, ou de aumento dos níveis séricos de creatinina, sem outra causa. Alteração do sedimento urinário e ou proteinúria ocorre em cerca de 50% dos pacientes, ao longo da evolução da doença. Cerca de 10% dos pacientes com nefrite lúpica evoluem para insuficiência renal terminal após 5 anos de evolução. A hipertensão arterial é uma complicação frequente, sendo encontrado em cerca de 40% dos pacientes. A nefrite lúpica é classificada, segundo critérios da OMS (SATO, 2004), em:

Tipo I: normal

Tipo II: glomerulonefrite mesangial:

a) com depósito mesangial,

b) com hiper celularidade mesangial;

Tipo III: glomerulonefrite proliferativa focal ou segmentar;

Tipo IV: glomerulonefrite proliferativa difusa; e

Tipo V: glomerulonefrite membranosa.

Além do tipo histológico, é importante saber se a lesão renal é ativa, portanto passível de tratamento, ou crônica e irreversível. São considerados índices de atividade: hiper celularidade endocapilar, infiltrado leucocitário, necrose fibrinoide/ cariorrexe, crescentes celulares, depósitos hialinos subendoteliais e infiltrado intersticial. Como índices de cronicidade são considerados: esclerose glomerular, crescente fibrosa, fibrosa intersticial e atrofia tubular. Varia de *score* zero (ausente) a 3, sendo que crescente celular e necrose/cariorrexe são pontuados no dobro. Desta maneira, o *score* máximo de atividade é 24 e o máximo de cronicidade é 12. A hipertensão arterial é uma complicação frequente, sendo encontrada em cerca de 40% dos pacientes. Embora não haja consenso com relação a alguns fatores (cor negra, idade < que 20 anos), por ocasião do início da nefrite, outros fatores como síndrome nefrótica, alto índice de cronicidade, hipocomplementemia, classe IV e hipertensão arterial estão associados a um pior prognóstico renal em diversos estudos (SATO, 2004).

- Comprometimento neurológico

O comprometimento dos sistemas nervoso central e periférico no lúpus é bastante pleomórfico e ocorre em 24 a 59%

dos casos. Pode se manifestar como estado confusional agudo, disfunção cognitiva, psicose, distúrbios do humor, distúrbios da ansiedade, cefaléia, doença cérebro vascular, mielopatia, distúrbios do movimento, síndromes desmielinizantes, convulsões e meningite assépticas. Neuropatia cranial, polineuropatia, plexopatia, mononeuropatia simples ou múltipla, polirradiculoneuropatia aguda inflamatória desmielinizante, distúrbio autonômico e miastenia gravis são manifestações que podem decorrer do comprometimento do sistema nervoso periférico (SATO, 2004).

- Serosites

Pleurites e/ou pericardite são encontradas em cerca de 50% dos pacientes durante a evolução da doença, quando a investigação incluir exames subsidiários mais sensíveis como a radiografia ou o ecocardiograma, mas manifestações clínicas são observadas em menor frequência (SATO, 2004).

- Comprometimento pulmonar

A pleurite é a manifestação mais usual, aparecendo em 40 a 60% dos pacientes, enquanto que o derrame pleural esta presente em 16 a 40% dos casos durante o curso da doença. A doença intersticial pulmonar é rara e pode se manifestar de forma aguda ou crônica, sendo essencial, no entanto, o diagnóstico diferencial com infecções bacterianas ou oportunistas. A hipertensão pulmonar pode ocorrer de forma leve, em até 10% dos pacientes. As formas graves são mais raras e o diagnóstico diferencial inclui a pesquisa de trombos pulmonares recorrentes e de outras doenças que provocariam um estado de hipercoagulabilidade (YOSHINARI; BONFÁ, 2000).

- Comprometimento cardíaco

As alterações cardíacas mais comumente descritas no LES são a pericardite, miocardite, endocardite e as lesões coronarianas. Em relação à prevalência das lesões cardíacas no LES, observam-se grandes diferenças entre os vários estudos clínicos realizados, desde a frequência até a localização das lesões cardíacas, o que poderia ser explicado pelas diferentes metodologias empregadas nos diversos estudos clínicos, porém os estudos anatomopatológicos apresentam as frequências dos achados de lesão cardíaca mais uniformes e confiáveis. Através de técnicas não invasivas, estudos têm detectado cardiopatia em um terço dos pacientes com LES (GALINDO; VEIGA, 2010).

- Comprometimento vascular

O fenômeno de Raynaud é referido em 20 a 40% dos casos e geralmente ocorre na fase ativa da doença. A vasculite costuma ocorrer em artérias de pequeno calibre, afetando sobretudo mucosa oral ou nasal e polpas digitais de mãos e pés. Vasculites acometendo vasos de médio calibre poderão ocasionar úlceras isquêmicas profundas ou necroses digitais. As isquemias cutâneas ou viscerais também podem ser decorrentes de fenômenos tromboembólicos, devido a anticorpos antifosfolípidos, na ausência de inflamação vascular. A vasculite de coronárias é uma ocorrência muito rara e, na maioria dos pacientes com LES apresentando corionariopatia, a lesão arterial deve-se à aterosclerose, mesmo em indivíduos jovens (SATO, 2004).

### - Comprometimento do sistema digestivo

Costuma ser pouco frequente o comprometimento desse sistema no LES, sendo representado por vasculites mesentéricas, com isquemia intestinal, hepatoesplenomegalia e pancreatite. Os sintomas digestivos mais comuns, como náuseas, que podem ocorrer em 53% dos casos, geralmente são devidos a efeitos colaterais de medicamentos. A hepatomegalia, que ocorre em 10 a 30% dos pacientes, também pode ser decorrente do uso de corticosteróides. O diagnóstico diferencial deve ser feito com hepatite crônica ativa de origem autoimune, que tem nos anticorpos antimicrosossomais a sua diferenciação característica. A cirrose biliar primária, embora mais frequentemente associada à esclerodermia, pode estar presente concomitantemente ao LES. A esplenomegalia tem sido associada ao lúpus em 20% dos pacientes e a incidência de pancreatite varia de 1 a 23% (MEINÃO; SATO, 2004).

### - Comprometimento ocular

No que diz respeito ao próprio olho, “pontos algodonosos” na retina são geralmente citados como sendo a lesão mais comum, seguida, em frequência, pelo comprometimento da córnea e conjuntiva, apenas em os pacientes que exibem uveíte ou esclerite. Embora ainda incomum, o dano na retina é mais comum com uso de antimaláricos utilizados no tratamento de LES (provavelmente a maior causa de perda visual), do que o comprometimento da retina que ocorre no curso natural da doença. Pontos de Algodão (um termo oftalmológico) não são patognomônicos para o lúpus e resultam de isquemia focal. Eles ocorrem, preferencialmente, na parte posterior da retina e, muitas vezes, envol-

vem a cabeça do nervo óptico. Cada ponto algodinoso aparece como um exsudato branco-acinzentado, com média de cerca de um terço do diâmetro do disco (KLIPPEL et al, 2008).

#### - Alterações endócrinas

Alterações do ciclo menstrual podem ocorrer em fase ativa da doença; a menopausa precoce também é descrita em pacientes com LES, mesmo na ausência de uso de ciclofosfamida (SATO, 2004).

### 3 Testes laboratoriais

Em pacientes com o diagnóstico ou a suspeita diagnóstica de LES é muito importante fazer alguns exames laboratoriais rotineiros como o hemograma completo, urina I ou análise do sedimento urinário e a avaliação da função renal para avaliar possíveis órgãos comprometidos, assim como sua gravidade (SATO, 2004).

Hemograma: pode mostrar anemia normocrômica e normocítica, devido a doença inflamatória crônica e, mais raramente, anemia hemolítica caracterizada por aumento dos reticulócitos, bilirrubina indireta e positividade do teste de Coombs. A leucopenia, com ou sem linfopenia, é um achado frequente na fase ativa da doença. A plaquetopenia, também, pode ocorrer devido a anticorpos dirigidos contra antígenos específicos da membrana plaquetária ou a anticorpos antifosfolípides.

Exame do sedimento urinário: pode mostrar cilindrúria e hematúria, geralmente com dismorfismo eritrocitário e proteinúria em graus variados. Nos casos em que a nefropatia for grave, aumento dos níveis de uréia e creatinina podem ser encontrados.

A estimativa da depuração de creatinina também é importante nos casos com nefrite lúpica.

Eletroforese de proteínas: pode mostrar hipergamaglobulinemia do tipo policlonal (base larga), com ou sem hipoalbuminemia (depende da perda renal).

Anticorpos antinucleares (AAN): utilizando imunofluorescência indireta (IFI) em células Hep2, -AAN são encontradas em mais de 95% dos pacientes com LES em atividade. Qualquer padrão de fluorescência pode estar presente, e, em mais de 60% dos casos, durante a evolução da doença, dois ou mais diferentes anticorpos antinucleares podem ser identificados.

Anticorpos anti-DNA nativo: por IFI tendo como substrato a *Crithidia luciliae* é considerado específico para LES; entretanto, a sua sensibilidade é baixa (50 a 60% em doença ativa). Embora a sensibilidade aumente com o uso de técnicas como ELISA, há diminuição de sua especificidade. É considerado um dos parâmetros de atividade do LES.

Anticorpos anti-Sm: pesquisados por imunodifusão dupla, também é considerado específico do LES, mas a sua sensibilidade é de apenas 30%.

Anticorpos anti-U1-RNP: anticorpo inespecífico, presente em cerca de 40% dos casos de LES.

Anticorpos anti-Ro/SS-A: presente em cerca de 40% dos casos, está associado à lesão cutânea fotossensível, lúpus cutâneo subagudo e lúpus neonatal. Também não tem especificidade, estando presente em cerca de 70% de pacientes com síndrome de Sjögren.

Anticorpos anti-La/SS-B: presente em cerca de 15% dos casos de LES; também não tem especificidade, podendo ser encontrado em pacientes com síndrome de Sjögren.

Outros anticorpos: o anti-p ribossomal e o anti-PCNA também são considerados específicos do LES, mas sua prevalência é muito baixa (<10%).

Fator reumatóide: presente em cerca de 25 a 30% dos casos. A dosagem de complemento hemolítico total ou dos componentes do complemento mostra que mais da metade dos pacientes apresenta diminuição desses complementos, ao longo da evolução da doença. Queda dos níveis do complemento é um dos parâmetros de atividade da doença, mas algumas de suas frações também podem estar diminuídas ou até ausentes, por deficiência geneticamente determinada.

Crioglobulinas do tipo misto: podem ser encontradas em alguns casos na fase ativa, geralmente acompanhados de consumo dos níveis de complemento.

Anticorpos antifosfolípides: podem ser detectados como anticoagulante lúpico em testes funcionais, ou como anticorpos anti-cardiolipina pela técnica de ELISA. Apresenta associação com fenômenos trombóticos venosos ou arteriais e perda fetal de repetição (síndrome do anticorpo antifosfolípide secundário). Sua positividade é variável de acordo com o teste utilizado para a detecção de anticorpo lúpico. Anticorpos anti-cardiolipina são positivos em cerca de 40% dos pacientes com LES.

#### **4 Relato do caso**

Paciente feminina, branca, de 54 anos, natural e procedente de Marília. Referia há 20 anos, lesões eritematosas anulares no braço esquerdo. Progressivamente, as lesões se disseminaram

para os membros superiores e região posterior do tórax. Há 4 anos, estas lesões se disseminaram para as pernas.

Ao interrogatório sobre os diversos aparelhos, referiu artrites intermitentes nas articulações das mãos e pés, depressão, ganho de peso, xerofthalmia, xerostomia, edema vespertino em tornozelos, adinamia, hiperemia palmar e fotossensibilidade.

Nos antecedentes pessoais, a paciente relatou acidente vascular encefálico isquêmico há 5 anos e menopausa precoce aos 42 anos. Era tabagista.

Ao exame dermatológico, observou-se presença de placas eritematosas, papulosas, anulares com centro esmaecido na região posterior do tórax, membros superiores, regiões palmares, membros inferiores e dorso dos pés.

A paciente preenchia critérios diagnósticos de LES (artrite não erosiva, fotossensibilidade, FAN positivo e leucopenia). Como apresentava lesões cutâneas anulares, o que possibilitava diagnósticos diferenciais, como o granuloma anular, realizou-se biópsia cutânea por *punch*. O exame microscópico demonstrou dermatite linfocitária perivascular, corroborando o diagnóstico de Lúpus eritematoso.

#### 4.1 Resultados laboratoriais:

- Hemograma: Hemoglobina 14,6g/dl
- Hematócrito: 43,8%
- Leucócitos: 3.300/mm<sup>3</sup>
- Plaqueta: 228.000/mm<sup>3</sup>
- Urina I: 4-6 leucócitos/campo
- VHS: 17mm/h
- DNAn negativo, Anti-Ro negativo
- Bilirrubinas normais.

- Complemento: C3: 129mg/dl; C4: 27,7mg/dl; CHSO: 158U/ml
- Creatinina: 0,8mg/dl
- FAN positivo( 1/80) Nuclear Pontilhado Fino
- Fosfatase alcalina: 80U/L
- PCR: 1,4mg/dl
- AST: 15U/L ; ALT: 17U/L
- Eletroforese de proteínas: normal

Após métodos para confirmação diagnóstica, a paciente foi medicada com Prednisona 20mg/dia, Azatioprina 150mg/dia, difosfato de cloroquina 200mg/dia, corticóide tópico não fluorado e instruída para o uso de fotoprotetor tópico diário 2 a 3 vezes por dia.

Na consulta seguinte, após 4 meses, apresentava os seguintes achados:

- FAN positivo: 1/40
- Hemograma: Hemoglobina: 15.3mg/dl
- Hematócrito: 45.2%
- Leucócitos: 3700/mm<sup>3</sup> (10% de bastões)
- Plaquetas 280.000/mm<sup>3</sup>
- Urina I: normal
- AST: 80U/L; ALT: 20U/L
- Triglicerídeos: 104mg/dl
- Colesterol total: 209mg/dl
- HDL: 69mg/dl
- Glicemia 59mg/dl

Foi ao oftalmologista, sendo observadas xeroftalmia e ceratite. Relatou melhora do quadro cutâneo e articular, estando bem após o uso das medicações.



Figura 1: Lesões eritematosas anulares no membro superior.



Figura 2: Detalhe das lesões anulares.



Figura 3: Lesões eritematosas nos membro inferiores.



Figura 4: Detalhe das lesões anulares no membro inferior.



Figura 5: Presença do eritema palmar.



Figura 6: Lesões anulares no dorso do pé.

## 5 Discussão

O Lúpus Eritematoso Sistêmico é uma doença que tem preferência pelo sexo feminino, como observado no caso clínico relatado. Compromete mulheres em idade fértil (15 a 45 anos), mas pode ocorrer em qualquer idade; neste caso, foi diagnosticado em idade mais avançada. Vale salientar que a proporção feminino/masculino depende da idade, alcançando 15:1 em adultos, mas reduzindo-se para 2:1 em crianças pequenas e idosos (fora da faixa etária reprodutiva) (SATO, 2004). Existe predomínio na raça negra (3 a 4 vezes mais frequente que nos brancos) (AYACHE, COSTA; 2005), o que não foi observado no caso.

A realização de testes neuropsicométricos na população de pacientes lúpicos tem mostrado resultados surpreendentes, revelando que cerca de metade dos casos apresenta alguma disfunção cognitiva, geralmente leve, como déficit de memória ou dificuldade para se concentrar. Um estudo recente realizado em São Paulo, citado textualmente num dos maiores tratados de Reumatologia da atualidade, *Klippel Textbook of Rheumatology*, identificou desordens psiquiátricas em 63% dos pacientes com LES ativo. A depressão pode ocorrer em cerca de 28% (AYACHE, COSTA; 2005), como relatado no caso da paciente em questão.

As manifestações neurológicas podem ocorrer de forma isolada, mas geralmente só aparecem na vigência de um quadro sistêmico (AYACHE, COSTA; 2005). No caso apresentado, a paciente relatou acidente vascular encefálico isquêmico nos antecedentes pessoais. O acidente vascular encefálico isquêmico no LES pode ser resultado de três processos: trombose cerebral

na síndrome do anticorpo antifosfolípido, embolia cerebral na endocardite de Libman-Sacks e vasculite cerebral. A vasculite cerebral é uma condição que deve ser considerada.

O LES pode cursar com vários tipos de lesões, como já citado na revisão de literatura. No caso, a paciente apresentava lesões cutâneas anulares. A prevalência desse tipo de lesões varia entre 7 e 27% (BERBERT, MANTESE; 2005), fazendo diagnóstico diferencial com granuloma anular. O granuloma anular é uma dermatose benigna de causa desconhecida, caracterizada exclusivamente por lesões cutâneas com pápulas dérmicas necrobióticas constituídas por infiltrado inflamatório granulomatoso, confluentes, de morfologia anular, com degeneração do colágeno central e granulomas periféricos. Essa doença é universal, com maior incidência em crianças, adultos jovens, sobretudo do sexo feminino. O aspecto mais comum é o de lesões papulosas dispostas em anel. A coloração é a da pele ou discretamente eritematosa. O diagnóstico é clínico e confirmado pela histopatologia (SAMPAIO, RIVITTI, 2007; AZULAY, AZULAY, 1999; GOODFIELD et al., 2004). A realização da biópsia cutânea, cujo resultado histopatológico foi dermatite linfocitária perivascular, sem a presença de granuloma, corroborou para o diagnóstico do LES.

A paciente preencheu os critérios diagnósticos de LES (BORBA et. al. 2008), como artrite não erosiva (com acometimento de, pelo menos, duas articulações periféricas), fotossensibilidade (erupção cutânea como resultado de reação incomum a luz solar), FAN (anticorpo antinuclear) positivo e leucopenia (distúrbio hematológico inferior a  $4.000/\text{mm}^3$  em duas ou mais ocasiões), fechando-se, assim, o diagnóstico.

O tratamento do LES deve abordar orientações gerais, que incluem a educação do paciente sobre a doença, sua evolução. O tratamento adequado, na grande maioria dos pacientes, permite uma vida longa, produtiva e com boa qualidade. Um acompanhamento médico periódico, com boa aderência ao tratamento, é muito importante para evolução da doença e seu prognóstico (SATO, 2004).

Na conduta do paciente é fundamental dar orientações gerais sobre a proteção solar, dieta, atividade física, tratamento da hipertensão arterial e da dislipidemia (SATO, 2004). Quanto à proteção solar, deve-se evitar exposição solar e usar protetor solar com FPS > 15, de preferência > 30. A dieta deve ser balanceada e rica em cálcio, para a prevenção de osteoporose, dislipidemia e obesidade. Pode ser necessária a restrição de atividade física em pacientes na fase muito ativa da doença. Após o controle da fase inflamatória, deve-se estimular atividade física regular e progressiva para melhorar o condicionamento cardiovascular, manter o trofismo muscular e prevenir a diminuição da massa óssea e doenças cardiovasculares. É fundamental, evitar ou eliminar o tabagismo (SATO, 2004).

O tratamento adequado da hipertensão arterial com os inibidores da enzima conversora da angiotensina são os anti-hipertensivos de eleição, desde que não haja contraindicação para seu uso. O tratamento de dislipidemia deve ser realizado com dieta e com o uso de estatinas para todos os pacientes que não conseguem manter controlados os níveis de colesterol, principalmente do LDL-colesterol (SATO, 2004).

O tratamento medicamentoso deve ser avaliado para cada paciente e dependerá dos órgãos ou sistemas acometidos, assim

como da gravidade desses acometimentos. O paciente deverá ser orientado para o tratamento do comprometimento mais grave. É muito importante o diagnóstico diferencial ou de concomitância de processo infeccioso (SATO, 2004).

Há indicação de antimaláricos a todos os pacientes com diagnóstico de LES, desde que não haja contraindicação, no sentido de tentar-se reduzir o número de atividade da doença e a necessidade de corticosteróide (efeito poupador de CE). Trabalhos mostram um efeito adicional benéfico dos antimaláricos no controle da dislipidemia (o uso concomitante de antimalárico diminui a hipercolesterolemia que costuma ocorrer com o uso de CE), além da ação antiagregante dos antimaláricos, podendo ser mais relevante em pacientes com anticorpos antifosfolípidos, que apresentam maior tendência à hipercoagulabilidade (SATO, 2004). Alternativamente, podem ser utilizados dapsona, talidomida e, nos casos refratários, os imunossupressores, em particular a azatioprina (SATO, 2004). A paciente, no caso apresentado, fez uso de prednisona, azatioprina, difosfato de cloroquina e fotoprotetor, apresentando melhora do quadro.

Percebe-se, como demonstrado nesse relato, que o LES é uma doença polimórfica, possibilitando diagnósticos diferenciais com várias doenças, como o granuloma anular. Além de comprometer o aparelho tegumentar, também se manifesta em diversos órgãos e sistemas, envolvendo, em seu diagnóstico e tratamento, uma equipe multidisciplinar e multiprofissional, com diferentes profissionais, tais como reumatologistas, dermatologistas, nefrologistas, hematologistas, fisioterapeutas e psicólogos.

## Referências

- ARAÚJO, A.D. *Expressões e sentidos do lúpus eritematoso sistêmico*. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n2/a03v12n2.pdf> >. Acesso em: 16 mar. 2011.
- AYACHE, D.C.G.; COSTA, I.P. *Alterações da personalidade do Lúpus Eritematoso Sistêmico*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v45n5/27993.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2011
- AZULAY, R.D.; AZULAY, D.R. *Dermatologia*; Rio de Janeiro; editora: Guanabara Koogan; 2. ed. 1999. p. 150-1.
- BERBERT, A.L.C.V.; MANTESE, S.A.O. *Lupus eritematoso cutâneo - Aspectos clínicos e laboratoriais*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n2/a02v80n02.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2011
- BORBA, E.F. et al. *Consenso de Lúpus Eritematoso Sistêmico*. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v48n4/v48n4a02.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011
- GALINDO, C.; VEIGA, R. *Características clínicas e diagnósticas do lúpus eritematoso sistêmico: uma revisão*. Disponível em: <[www.revistas.ufg.br/index.php/ REF/article/download/13231/8552](http://www.revistas.ufg.br/index.php/REF/article/download/13231/8552)>. Acesso em: 15 mar. 2011
- GOODFIELD, M.J.D, JONES S.K, VEALE D.J.. The connective tissue diseases. Lupus erythematous. In: BURNS T. et al. *Rook's textbook of dermatology*. 7. Ed. Blackwell Science, 2004. p. 56.2-70, p. 57.109-19.
- KLIPPEL, J. H. et al. *Primer on the rheumatic diseases*. New York: Springer. 13. ed. 2008. p. 303-338.
- MEINÃO, I.M.; SATO, E.I. *Lúpus eritematoso sistêmico de início tardio*. Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/774-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS40-47.pdf>> . Acesso em: 15 mar. 2011.
- SAMPAIO; S. A. P.; RIVITTI E. *Dermatologia*; São Paulo; Artes médicas; 3 ed. 2007. p. 455-73.; p. 875-7.
- SATO, E. I. et al. *Guia de reumatologia*. São Paulo: Manole, 2004. p.139-154
- SATO, E. I. *Lúpus Eritematoso Sistêmico - O que é? Quais são suas causas? Como se trata?* São Paulo: Sociedade Brasileira de Reumatologia, 1999. p. 5-8.

VIANNA, R.; SIMÕES, M.J.; INFORZATO, H.B. *Lúpus Eritematoso Sistêmico*. Disponível em: <[http://sites.unisanta.br/revistaceciliana/edicao\\_03/1-2010-1-3.pdf](http://sites.unisanta.br/revistaceciliana/edicao_03/1-2010-1-3.pdf)>. Acesso em: 16 mar., 2011

VILAR, M.J.P. *Incidência de lúpus eritematoso sistêmico em Natal- RN- Brasil*. *Rev. Bras. Reumatol.*, Brasil, v. 43, n. 6, p. 347-351, 2003.

ZERBINI, C.A.F.; FIDELIX, T.S.A. *Conversando sobre lúpus: um livro para o paciente e sua família*. São Paulo: Roca, 1989.

YOSHINARI, N.H.; BONFÁ, E.S.D.O. *Reumatologia para o clínico*. São Paulo: Roca, 2000. p.25-33.



## **Reflexões sobre a morte e seus vários significados**

Heron Fernando de Souza GONZAGA

Ana Cristina NAZARI

Ana Carolina Nazari BONESSI

Daiane Cristina Gonçalves da SILVA

Jaqueline Zampar de AZEVEDO

Laís Bacar de GÓES

Raquel Rodrigues HENN

Renata Coradine MEIRELES

Maria Augusta JORGE

### **Introdução**

A morte é um processo biológico natural e necessário. É condição indispensável à sobrevivência da espécie. Através da morte, a vida se alimenta e se renova. Dessa maneira, a morte não seria a negação da vida e sim um artifício da natureza para tornar possível a manutenção da vida (MARTINS, 2008).

O homem é o único animal que tem consciência de sua própria morte. Segundo Kovács (1998, p.87): “O medo é a resposta mais comum diante da morte. O medo de morrer é universal e atinge todos os seres humanos, independente da idade, sexo, nível sócio-econômico e credo religioso”.

Ariès, um dos maiores historiadores sobre a questão da morte e do morrer, nos aconselha sabiamente ao nos convidar para um estudo da morte: “Não é fácil lidar com a morte, mas ela espera por todos nós... Deixar de pensar na morte não a retarda ou evita. Pensar na morte pode nos ajudar a aceitá-la e a perceber que ela é uma experiência tão importante e valiosa quanto qualquer outra.” (ARIÈS, 2003, p.20).

A morte é uma experiência humana universal. Morte e morrer são mais do que eventos biológicos; eles têm uma dimensão religiosa, social, filosófica, antropológica, espiritual e pedagógica. Questões sobre o significado da morte e o que acontece quando nós morremos são preocupações centrais para as pessoas em todas as culturas, desde tempos imemoriais. A preocupação humana com relação à morte antecede ao período da história escrita. Arqueólogos encontraram evidências de tributo aos mortos com flores em locais de enterro datados da idade de bronze (DESPELDER & STRICKLAND, 2002, p.42). Em locais de enterro, ainda mais antigos, como da época dos Neandertais, que começaram a habitar a Europa há, aproximadamente ,150.000 anos, aparecem ornamentos de concha, implementos de pedra e comida, enterrados junto com o morto, implicando na crença de que tais itens seriam úteis na passagem da terra dos vivos para a terra dos mortos. Em muitos desses locais de enterro, o corpo está pintado com vermelho ocre e colocado em uma postura fetal, sugerindo idéias sobre revitalização do corpo e renascimento. Em culturas tradicionais, a morte é tipicamente vista não como um fim, mas como uma mudança de status, uma transição da terra dos vivos para o mundo dos mortos (Idem, 2002, p.42).

Morin (1988) nos relata qual era o fundo do pensamento do homem primitivo com relação ao conceito de morte: “Nas consciências arcaicas em que as experiências elementares do mundo são as das metamorfoses, das desaparecimentos e das reaparições, das transmutações, toda morte anuncia um renascimento, todo nascimento provém de uma morte - e o ciclo da vida humana inscreve-se nos ciclos naturais de morte-renascimento. O conceito cosmomórfico primitivo da morte é o da morte-renascimento, para o qual o morto humano, imediatamente a seguir ou mais tarde, renasce num novo vivo, criança ou animal”. (MORIN,1988, p.103).

Os egípcios pensavam que deveriam preservar os corpos para que os espíritos dos mortos pudessem habitá-los novamente no futuro. (KRAMER, 1988). Claramente, o fato mais significativo sobre as atitudes dos egípcios em relação à morte é a ênfase na questão do julgamento. Esse será o primeiro tipo de medo que se desenvolverá com relação à morte, ou seja, o medo da pós-vida, que está associado psicologicamente com o medo de castigo e rejeição, quando relacionado com a própria morte, ou com o medo da retaliação e ou perda de relacionamento, quando associado com a morte de outros.

Posteriormente, no decorrer do desenvolvimento da civilização ocidental surgirão outros tipos de medos, tais como os que Kastenbaum e Aisenberg (1983) vão denominar medo da extinção, exemplificado, primariamente, através do medo básico da morte ou da destruição do ego.

Para Sócrates, o medo da morte devia-se ao fato de que ninguém saberia exatamente o que aconteceria no momento da morte. Entretanto, desde que a pessoa não tivesse mais dúvida do que realmente acontecesse no momento da mor-

te, esse medo ficaria sem fundamento ou razão de ser: “Sem a convicção de que vou me encontrar primeiramente junto de outros deuses, sábios, e bons, e depois de homens mortos que valem mais do que os daqui, eu cometeria um grande erro não me irritando contra a morte.” Portanto, não havia nada trágico sobre a morte e as pessoas deveriam morrer em uma atitude de reverência, agradecimento e paz, com paciência e aceitação. (PLATÃO, 2004, p.25).

Os ensinamentos da Igreja influenciaram consideravelmente as maneiras pelas quais as pessoas morriam e tinham esperança para a vida após a morte. Esse período tem sido caracterizado pelo historiador francês Phillipe Ariès como o da “morte domada”. No seu entendimento, a morte domada caracteriza-se assim:

“A atitude antiga em que a morte é ao mesmo tempo próxima, familiar e diminuída, insensibilizada, opõe-se demasiado à nossa onde faz tanto medo que já não ousamos pronunciar o seu nome. É por isso que, quando chamamos a esta morte familiar a morte domada, não entendemos por isso que antigamente era selvagem e que foi, em seguida, domesticada. Queremos dizer, pelo contrário, que hoje se tornou selvagem quando outrora o não era. A morte mais antiga era domada”. (ARIÈS, 2000).

Nos dias de hoje, segundo Maranhão (1985), as pessoas são destituídas do direito outrora fundamental. Não se morria sem antes ter tido tempo para saber que se ia morrer. O homem tinha consciência do seu fim próximo, seja porque o reconhecia espontaneamente, seja porque cabia aos outros adverti-lo. A morte súbita, repentina, era considerada desonrante, uma verdadeira maldição, não só porque impedia o ato de arrependimento,

como também privava o homem de organizar e presidir solenemente a sua morte. O que era reconhecido passou a ser dissimulado. Atualmente, o ideal é que o homem morra sem se dar conta de sua morte, que ele jamais saiba que o seu fim se aproxima; nesse sentido, os familiares cuidam disso e podem contar com a cumplicidade do pessoal médico. Se, apesar de tudo, a pessoa adivinha, fingirá não saber para não criar embaraços, pois sabe que, no fundo, o que dele esperam é que respeite as convenções sociais, não perturbando os que sobreviverão (MARANHÃO, 1985).

Atualmente, os sinais que possam alertar o doente do seu real estado são cuidadosamente afastados. Um dos fatores importantes nessa mudança de atitude foi o deslocamento do lugar da morte. Mais da metade de todos os moribundos, nas nossas grandes cidades, passa a última etapa de suas vidas em um hospital, situação essa que tende a crescer em larga escala. Entre outros motivos, a transferência da morte para o hospital foi gerada pelo extraordinário avanço tecnológico da Medicina e da Cirurgia lembramos, dentre outros fatores: o surgimento das especialidades médicas; o desaparecimento da figura do médico de família; o número elevado de pacientes que, em geral, os médicos assumem, o que os impede de se deslocarem continuamente; a presença, nos hospitais, de instrumentos de alta tecnologia, pesados e em pequeno número, que permitem tratamentos mais eficazes do que os dispensados em casa. Tudo isto é correto, mas o hospital impõe, em contrapartida, aos moribundos uma agonia muitas vezes mais penosa que a vivida em casa. Ele possibilita o prolongamento da vida dos doentes pelo maior tempo possível, mas não os ajuda a morrer (MARANHÃO, 1985).

Já não se morre em casa, rodeado pela família, mas no hospital, sozinho. Aí não há lugar mais para a cerimônia ritualística que era dirigida pelo moribundo em meio à assembléia de seus parentes e amigos. O moribundo é, doravante, um paciente entre inúmeros outros pacientes, não mais o pai agonizante ou o vizinho a falecer. Os parentes, deixados a sós com os seus medos e dúvidas, terão que representar o papel de visitantes, tolerados somente em certos horários (MARANHÃO, 1985).

A equipe médica, por sua vez, não consegue suprir as inúmeras carências dos seus pacientes porque a estrutura da instituição hospitalar não possibilita a criação de vínculos pessoais. A organização do pessoal hospitalar em plantões escalonados pode fazer com que, num intervalo de 24 horas, mais de 20 pessoas diferentes trabalhem no corpo de um homem doente. Pode acontecer que o paciente passe todo o período de internação sem sequer conhecer o nome das pessoas que o tratam. Acresce o fato que os médicos e auxiliares não se sentem suficientemente preparados para lidar emocionalmente com pacientes com poucas chances de recuperação. Por receio de envolvimento afetivo ou da instauração de um conflito de desempenho de papel, ocasionada pela possível morte de um paciente entregue aos seus cuidados profissionais, o “staff médico”, numa atitude de autodefesa, restringe sua atuação apenas às tarefas técnicas exigidas pelas suas especialidades. Assim perdem, cada vez mais, a capacidade de contato e lida com os moribundos. Não há de se estranhar, por conseguinte, que o paciente deixe de ser visto como pessoa, para ser “um caso a mais”, tornando-se menos importante que seus eletrólitos (MARANHÃO, 1985).

A morte não se passa mais à maneira antiga, com suavidade, na presença dos entes queridos à beira do leito de morte e com a naturalidade que deveria ter. Antes domada, passa à condição de selvageria segundo as definições do historiador francês Ariès, que relata também o início da medicalização da morte. (ARIÈS, 2000, p.322).

Pesquisas feitas em diversos países comprovam que o idoso não sofre por medo da morte se perceber que sua vida teve um sentido ou deixou um legado. O bom desenvolvimento psicológico dos velhos e dos pacientes terminais deve, portanto, incluir uma boa relação com a perspectiva da morte (MARTINS, 2008).

### **Revisão de literatura**

A morte é biologicamente definida como a cessação total e permanente das funções vitais: cerebral, respiratória e circulatória. Quando há o comprometimento irreversível da vida de relação e do coordenação da vida vegetativa, a condição do indivíduo é diagnosticada como morte encefálica. A morte encefálica do paciente deverá ter causa conhecida e ser um processo irreversível, clinicamente justificado por coma aperceptivo, ausência da atividade motora supraespinhal e apnéia, e, complementarmente, por exames que comprovem a ausência da atividade elétrica cerebral, ou ausência das atividades metabólica cerebral, ou ausência de perfusão sanguínea cerebral (GALVÃO, 2011).

Existem também outras classificações de morte, como morte aparente e morte relativa. A morte aparente é o estado patológico que simula a morte com intenso comprometimento das

funções vitais, observando-se inconsciência, batimentos cardíacos e movimentos respiratórios imperceptíveis. Esse estado pode ser gerado por asfixia, envenenamento, fulguração, entre outros. Alguns exemplos desse estado são o coma epiléptico, a catalepsia e os estados sincopais (GALVÃO, 2011).

A morte relativa é a parada efetiva e duradoura das funções vitais que podem ser reversíveis por manobras terapêuticas extraordinárias. Se as manobras terapêuticas forem efetivas dão início à morte intermédia, que é o reaparecimento de alguns sinais vitais após as manobras, podendo haver vida artificial por algum tempo (GALVÃO, 2011).

Quanto à causa jurídica, a morte pode ser violenta, quando existem causas externas de instalação abrupta; acidental, criminosa, voluntária, como no caso do suicídio (GALVÃO, 2011).

Define-se suicídio a atitude individual de extinguir a própria vida, podendo ser causada, entre outros fatores, por um elevado grau de sofrimento, que tanto pode ser verdadeiro como ter sua origem em algum transtorno psiquiátrico, como a psicose aguda (quando o indivíduo sai da realidade, porém não percebe), ou a depressão delirante ou outro transtorno afetivo. Em todos os três casos, a probabilidade de atitude tão extrema é consideravelmente potencializada, se houver uso continuado de drogas e de bebidas alcoólicas (MOODY, 1975).

Outro caso de morte provocada é a eutanásia. A eutanásia (esse termo já existe desde o século XVII), na visão clássica, consiste em se provocar a morte de uma pessoa antes do previsto, pela evolução natural da moléstia, como um ato misericordioso devido a um padecimento não suportável, decorrente de uma doença sem cura. Essa maneira de causar a morte de outrem

pode se dar de uma maneira ativa ou passiva, de um jeito direto ou indireto, ou como um ato voluntário ou não voluntário do paciente (SOUZA, 2011).

A tentativa de elucidar o significado da morte, desde os Vedas (textos sagrados indianos, escritos há, aproximadamente, 3 mil anos) até o atual movimento existencialista, constitui uma das tarefas centrais de alguns dos nossos principais sistemas de pensamento filosófico. A filosofia, afirmava Platão, não é senão uma meditação da morte, *meditatio mortis* (MARANHÃO, 1985).

A reprodução da pintura da *Dança dos mortos* que ficava num dos muros do *Cimetière des Innocents* (1424) em Paris, mostrando cada pessoa dançando com sua própria morte, simboliza a convivência permanente do homem com a morte. Essa convivência só é possível porque, além de ter em comum com os animais o vivenciar da morte enquanto acontecimento, o homem experimenta sua companhia no plano do pensamento. Essa última forma de vivenciar a morte é a que mais nos interessa, pois o acontecimento da morte é comum a todos os seres, mas o pensamento da morte é exclusivo do homem. É pelo pensamento que o homem pode vivenciar a presença da morte sem morrer de fato e essa é mais uma das razões pela qual permitimo-nos falar da morte (ABBAGNANO, 1982).

Segundo ARENDT (1993), pensamento é a capacidade de interromper toda ação, todas as atividades habituais. Um objeto de pensamento é sempre uma representação, isto é, a presença de algo no espírito sem a necessidade de que esse algo esteja simultaneamente presente na realidade. É a faculdade de pensar o meio pelo qual o homem voluntariamente se retira desse mundo.

Sem ser platônicos, poderíamos, de fato, dizer que há dois mundos: o do pensamento e o das atividades habituais do cotidiano. A relação íntima entre o ato de pensar, a filosofia e a morte está em que o filósofo é alguém que se habituou ao ato de pensar e, se entendemos que a morte é a interrupção de toda ação, pensar é parecido com morrer. Se o ato de pensar, não importando sobre o que se pensa, já é parecido com a morte, o que se deve dizer do pensar sobre a morte? Esse pensar tem um efeito duplicado porque a “interrupção das atividades habituais” é intensificada em dobro: primeiro porque qualquer pensamento é já interrompedor; segundo porque esse objeto pensado chamado morte — especialmente nos dias atuais em que o tema parece estar banalizado — não faz parte das atividades habituais da maioria das pessoas (ARENDDT, 1995).

Sob o ponto de vista da reflexividade, imaginemos o que significaria pensar sobre a própria morte. Além da reflexibilidade vinculada ao próprio ato de pensar, acrescenta-se a que vem disso que chamamos “própria morte”, a qual: a) não apresenta qualquer sinal aparente; b) pertence exclusivamente à vida interior do espírito e c) é capaz de interromper as atividades habituais (ARENDDT, 1995).

Pensar sobre a própria morte é pensar hiper-reflexivamente porque é sobre algo que está exclusivamente “dentro de nós”. Não é o mesmo que simplesmente pensar sobre a morte, que pode implicar em se estar pensando sobre algo “fora de nós”, como a morte dos outros ou a morte de uma maneira geral. Uma questão se coloca aqui: O hábito de pensar hiper-reflexivamente (o pensar sobre a própria morte) implicaria necessariamente na negação da sociabilidade humana (ARENDDT, 1995).

Sartre (1997) dedicou-se ao problema da liberdade. Para ele, não há algo como uma natureza mortal necessária ao conceito de homem ou uma ordem cósmica que impõe a exigência absoluta e metafísica de que todo homem morra. A frase *todo homem é mortal* teria o mesmo sentido de *todo homem é natal*, isto é, a morte não será necessária para o indivíduo assim como não foi necessário que ele nascesse. O nascimento é um fato idêntico ao da morte. São, ambos, fatos ocasionais, podem ou não acontecer, e quando acontecem fazem, respectivamente, aparecer e desaparecer o indivíduo do palco do mundo. A morte de alguém é algo que não tem qualquer significado para a sua própria vida — nem é sequer um fato da vida — ela simplesmente acontece e tira-o do mundo. A existência humana ocorre em meio aos nada (ou ao único nada?), cujos limites são o nascimento e a morte. O principal aspecto de *existenz* é o fato de estar condenado a ser livre, ele é o ser que se cria a partir de nenhum fundamento, nenhuma certeza, nenhuma verdade, a não ser a de que ele é absolutamente livre (SARTRE, 1997).

Heidegger (1964) dá ênfase ao sentimento de angústia do homem diante da morte. A angústia da morte é algo que altera tão radicalmente o homem que o transforma em *existenz*, o único ser autêntico, o único ser individual, o único ser realmente mortal. Todos os seres vivos morrem, é verdade, mas vivem e morrem enquanto espécie, não podem ter consciência da mortalidade individual. *Oexistenz*, entretanto, já não existe como espécie e sim como indivíduo. A angústia diante da própria morte libera, individualiza e destaca *oexistenz* do homem-massa, eleva o homem-espécie à condição de um existente autêntico.

O filósofo e psicanalista Karl Jaspers verá na morte um componente importante para a estrutura interna do homem. Ele a define como uma situação-limite, conceito que convida a uma abordagem mais psicanalítica que filosófica. Situações-limite são aquelas em que o homem “se acha como na frente de um muro contra o qual bate sem esperança”. Pode ser um “dever tomar a seu cargo uma culpa”, um “não poder viver sem luta e sem dor” etc. Nessas situações, o homem é convidado a sair do anonimato da espécie para assumir sua autenticidade, forjar e construir sua vida segundo um plano próprio, não se perder nem se deixar levar pela massificação, pela frivolidade, pela tagarelice; enfim, a metamorfosear-se em *existenz* através da angústia em torno das situações-limite (JASPERS, 1971).

No texto *Luto e melancolia*, Freud afirma que a morte de um ente querido nos revolta, pois leva consigo uma parte do eu. A perda do ser amado exige uma retirada da energia libidinal do objeto perdido, sendo muito penoso o deslocamento dessa energia para outro objeto. A perda está relacionada com a idealização do objeto. Sobre ele é colocado algo de muita importância em um processo que não é consciente. Por isso, aparecem sentimentos de ambivalência, amor e o ódio, pois, ao mesmo tempo em que sofremos por ter perdido o objeto amado, temos ódio por ele não fazer mais parte de nossa vida (FREUD, 1996b).

Segundo Freud (1996b, p.249), “o luto é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de alguém”. Sendo assim, como diz o mesmo autor, o abandono à posição libidinal nunca é vivenciado tranquilamente, podendo a nossa própria morte levar o indivíduo a um desvio de realidade. Conforme a mesma ideia, não é possível represen-

tarmos a própria morte, pois quando a imaginamos não conseguimos nos ver como mortos, uma vez que somos o expectador que vê a pessoa morta. Isso também acontece porque a consciência não é capaz de representar sem deixar de existir, e também, inconscientemente, todos somos imortais, pois para o inconsciente não existe o tempo e, conseqüentemente, sua passagem, envelhecimento e morte como a vivência da morte em vida; é a única possibilidade de experiência da morte que não a própria morte física. A morte também pode ser vivenciada pelas separações temporárias ou definitivas, as quais sempre são dolorosas.

Nesse sentido, para Kovács (2002), perda e morte também são sinônimos, uma vez que ambas remetem a vínculos rompidos, a desligamentos e à reorganização da vida interna de quem fica. Apesar das tentativas do homem de ficar longe da consciência da morte, essa pode ser representada nos sonhos e nos símbolos. Esse mesmo autor refere que é por isso que o temor da morte na verdade, acaba por funcionar como instinto de autopreservação, porque, se esse sentimento for o tempo todo consciente, nossa mente não funcionaria normalmente e, portanto, pode-se dizer que a negação passa a ser saudável para que consigamos nos manter com um mínimo de conforto mental (KOVACS, 2002, p.153).

Nesse sentido, o homem busca um lugar privilegiado na natureza, busca se destacar, já que é uma criatura com imensa capacidade de poder e abstração. Constrói edificações que demonstram seu valor e transmitem para as gerações seu poder, explicitando o quanto ele é útil para a criação e tem um significado ímpar. O homem espera que todas essas representações possam se sobrepor à morte e assim ele seja lembrado mesmo depois dela

(BECKER, 2007, p.116). Na tentativa de neutralizar tal conceito, o homem procura se ligar a um ser superior, imortal, algo mais forte que ele, para buscar um significado para a vida e para a morte (BECKER, 2007, p.118).

Pierre (1998) diz que, à medida que nos conscientizamos da morte, é que podemos valorizar a vida e viver sem desperdiçar um minuto de nossa existência. Mas as experiências nos ensinam a sempre buscar e obter prazer, vitórias, a ter fascínio pelo poder e nunca a encarar a dor, e é assim que se estrutura nosso ego, nos mostrando o quanto somos felizes, pois ele aceita apenas o que é concreto, infinito, temendo tudo o que termine e traga dor. Afinal, aprender sobre a morte é poder ter consciência da vida, é valorizar a nossa existência, reduzindo a angústia existencial, é aprender a perder, a separar-se do outro, a desvincular-se das conquistas e obter realmente um ensinamento (PIERRE, 1998). Montaigne (1996 *apud* PIERRE, 1998, p. 23) disse que “a utilidade de viver consiste não no tamanho dos dias, mas no uso do tempo. Um homem pode ter vivido muito tempo e, mesmo assim, ter vivido pouco.” (PIERRE, 1998).

Entretanto, não são somente os pacientes terminais que provocam incômodo por remeter-nos diretamente à questão da morte. Os idosos também nos trazem a idéia da morte e não é sem razão que isso acontece. Com o progresso da ciência no combate à mortalidade, a associação entre morte e velhice passou a ser cada vez maior. Segundo Kastembaum e Aisenberg (1983), esse evento relega a morte a um segundo plano, algo que só acontece com o outro, o velho (KASTEMBAUM; AISENBERG, 1983, p.342). Considerando a associação entre idade avançada e a morte, o que se cria, segundo Torres (1983), é uma sociedade

narcísica completamente voltada para a juventude. Não há lugar para a velhice. Consequência disso é que “... as pessoas idosas, de modo geral, não querem se conscientizar de que estão velhas, nem procurar uma orientação para velhos.” (TORRES, 1979, p.53). Isso seria como dar a si próprio, uma sentença de morte, numa sociedade em que o espaço da morte está em branco.

Segundo Kastenbaum e Aisenberg (1983), o ser humano lida com duas concepções em relação à morte: a morte do outro, da qual todos nós temos consciência, embora esteja relacionada ao medo do abandono; e a concepção da própria morte, a consciência da finitude, na qual evitamos pensar pois, para isto, temos que encarar o desconhecido.

É a angústia gerada ao entrar em contato com a fatalidade da morte que faz com que o ser humano se mobilize para vencê-la, acionando, para este fim, diversos mecanismos de defesa, expressos através de fantasias inconscientes sobre a morte. Muito comum é a fantasia de haver vida após a morte; da existência um mundo paradisíaco, regado pelo princípio do prazer, onde não existe sofrimento; da possibilidade de volta ao útero materno, uma espécie de parto ao contrário, onde não existem desejos e necessidades. No sentido contrário dessas fantasias prazerosas, existem aquelas que provocam temor. O indivíduo pode relacionar a morte com o inferno. São fantasias persecutórias que têm a ver com sentimentos de culpa e remorso. Além disso, existem identificações projetivas com figuras diabólicas, relacionando a morte com um ser aterrorizante, com face de caveira, interligado a pavores de aniquilamento, desintegração e dissolução (KASTENBAUM; EISENBERG, 1983).

Toda vida filosófica, escreveu Cícero, é uma preparação para morte. Vinte séculos depois, Santayana disse que “uma boa maneira de provar o valor de uma filosofia é perguntar o que ela pensa a respeito da morte”. Uma filosofia não se reveste de uma total seriedade enquanto não se defrontar com a questão da morte; pode-se pensar, inclusive, que, sem a morte, o homem talvez jamais tivesse começado a filosofar. Ela seria o verdadeiro gênio inspirador, o substrato fundante de todo o pensamento filosófico (MARANHÃO, 1985).

De acordo com Kardec (1975), os pensadores da humanidade desenvolveram, ao longo do tempo, três concepções de mundo: materialista, idealista e religiosa. De acordo com essas concepções, construíram as diversas doutrinas. As mais importantes dizem respeito ao Niilismo, ao Panteísmo, ao Dogmatismo Religioso e ao Espiritismo.

Para o Niilismo, a matéria é a única fonte do ser, e a morte é considerada o fim de tudo. Para o Panteísmo, o Espírito, ao encarnar, é extraído do todo universal. Individualiza-se em cada ser durante a vida e volta, por efeito da morte, à massa comum. Para o Dogmatismo Religioso, a alma, independente da matéria, é criada por ocasião do nascimento do ser. Sobrevive e conserva a individualidade após a morte. A sua sorte já está determinada: os que morreram em “pecado” irão para o fogo eterno; os justos, para o céu, gozar as delícias do paraíso. Para o Espiritismo, o Espírito, independente da matéria, foi criado simples e ignorante. Todos partiram do mesmo ponto, sujeitos à lei do progresso. Aqueles que praticam o bem evoluem mais rapidamente e fazem parte da legião dos “anjos”, dos “arcanjos” e dos “querubins”. Os

que praticam o mal recebem novas oportunidades de melhoria, através das inúmeras encarnações (Kardec, 1975, p. 193 a 200).

Por milhares de anos, as pessoas têm buscado o sentido e a verdade de sua própria natureza e do universo. As religiões, que lidam com a totalidade da vida e morte humanas, resultam dessa busca. Mesmo as ciências naturais eram originalmente religiosas; somente nos últimos trezentos anos, religião e ciência se separaram como caminhos de conhecimento (MARTINS, 2008).

Originalmente, não havia qualquer crença em uma vida significativa após a morte. Quando muito, as pessoas acreditavam que uma sombra imprecisa continuaria a existir, mantida viva na memória de outros e dos descendentes. A crença que haverá alguma espécie de continuidade após a morte foi desenvolvida por nossos ancestrais através de suas descobertas no longo processo da exploração religiosa (MARTINS, 2008).

A visão da morte das principais religiões, sumarizada por Martins (2008) é apresentada a seguir:

**Egípcios** - Acreditavam que os faraós eram como reis divinos e não poderiam ser destruídos, nem mesmo pela morte. A asserção de que eram imortais foi reforçada quando os egípcios descobriram como mumificar corpos mortos. Posteriormente (1567 aC), aqueles que pudessem observar e pagar pelos arranjos funerários adequados poderiam estar certos da imortalidade.

**Hinduismo** - Os cultos se baseiam na devoção a três divindades: Shiva (destruidor), Vishnu (mantenedor) e Brahma (criador). Buscam o Moksha, ou liberação do ciclo de renascimento (samsara) em mundos inferiores. A oração resume a busca: “Do irreal, leva-me ao real. Da escuridão, leva-me à luz; da morte, leva-me à imortalidade”.

Budismo - Igualmente entende que há o renascimento por muitas vidas, dependendo do carma (lei moral de causa e efeito). A descoberta de Buda foi que nenhuma alma renasce, porque não existe permanência em coisa alguma. O que existe é apenas a sequência de um momento de aparência, que dá origem ao seguinte, de modo que a morte simplesmente representa uma nova forma de aparência, humana ou animal, no céu ou no inferno.

Judaísmo - A confissão *in extres* é considerada importante elemento na transição para o outro mundo. O enterro de judeu ocorre o mais rapidamente possível após a sua morte. O corpo é lavado, coberto com uma mortalha de linho branco e colocado num caixão simples, de madeira, sem ornamentos. Uma oração feita para o moribundo é: “Que a minha morte possa ser um perdão pelos pecados, transgressões e violações que cometi. E guarda meu lugar no Jardim do Éden, e deixa-me merecer o Mundo por vir reservado aos justos”.

Cristianismo - Teve início com a vida, a morte e ressurreição e ascensão de Jesus, um judeu que os cristãos acreditam ser o filho de Deus. Os Cristãos vêem a ressurreição como a primeira demonstração do que nos espera após a morte: ela conduz a vida humana para o próximo degrau em seu caminho de ascensão a Deus. No Catolicismo, a vida depois da morte está inserida na crença de um Céu, de um Inferno e de um Purgatório. Dependendo de seus atos, o homem se dirige para cada um desses lugares circunscritos nos espaço. Jesus pregava que haveria um Dia do Juízo, quando todos seriam julgados. Os maus iriam para o castigo eterno, enquanto os justos para a vida eterna.

Islamismo - Acreditam que todo homem deverá, no Juízo Final, prestar contas a Deus sobre como usou o dom da vida. Os

muçulmanos vivem na presença divina a qualquer hora, e especialmente na oração diária. Fazem a oração cinco vezes por dia, voltados para Kába, santuário sagrado no centro da mesquita em Meca.

Religiões Nativas - Possuem crença em um número imenso e muito ativo de seres espirituais. Estes seres influenciam tudo o que diz respeito à vida. Algumas tribos realizam práticas xamânicas, que controlam o espírito no corpo e acreditam que se podem abandonar os estados cotidianos da existência a fim de viajar para outros mundos.

Segundo Maranhão (1985), do ponto de vista orgânico, o último período do processo de enfermidade parece decorrer de acordo com algumas leis bem determinadas. Já sob o aspecto psicológico, apesar de uma mesma enfermidade poder ser vivenciada de modo muito diferente por doentes distintos, algo muito semelhante acontece. A quase totalidade dos doentes na proximidade da morte, repete um mesmo e único caminho. Nessa trajetória, os enfermos experimentam reações de reajustamento, que poderíamos chamar de estágios do processo de morrer (MARANHÃO, 1985).

Os “estágios de morrer” foram formulados e descritos pela psiquiatra suíça Elisabeth Kubler-Ross, que mostra que a reação psíquica determinada pela experiência com a morte pode ser descrita em cinco estágios. O primeiro estágio é a negação e o isolamento, fase na qual o paciente se defende da ideia da morte, recusando-se a assumi-la como realidade. O segundo estágio é a raiva, momento no qual o paciente coloca toda sua revolta diante da notícia de que seu fim está próximo. Nessa fase, muitas vezes, o paciente chega a ficar agressivo com as pessoas que o rodeiam.

O terceiro estágio, a barganha, é um momento no qual o paciente tenta ser bem comportado, na esperança de que isso lhe traga a cura. É como se esse bom comportamento, ou qualquer outra atitude filantrópica, trouxesse horas extra de vida. O quarto estágio é a depressão, fase na qual o paciente se recolhe, vivenciando uma enorme sensação de perda. Quando o paciente tem um tempo de elaboração e o acolhimento descrito anteriormente, atingirá o último estágio, que é o da aceitação (KUBLER-ROSS, 1997, p.198-203).

As experiências de quase-morte foram descritas por vários autores com base em relatos de pacientes que estiveram próximos da morte, vivenciando experiências em Unidades de Terapia Intensiva. Esses relatos são áreas de conflito entre pesquisadores que, muitas vezes, creditaram essa condição, decorrente de hipoxia cerebral e outros fatores, a experiências metafísicas (MOODY, 1975).

Segundo Moody (1975), a maioria das “experiência de quase-morte” relatadas tem as seguintes percepções:

Sensações de tranquilidade - essas sensações podem incluir paz, aceitação da morte, conforto físico e emocional.

Luz radiante, pura e intensa - é uma luz que muitas vezes preenche o quarto. Em vários casos, os pacientes associam-na ao Céu e a Deus.

Experiências fora do corpo - a pessoa sente que deixou seu corpo. Ela pode olhar para baixo e ver o corpo, geralmente descrevendo a visão dos médicos trabalhando nele.

Entrando em outra realidade ou dimensão - dependendo das crenças religiosas da pessoa, ela pode se sentir entrando num portal de novas dimensões.

Seres espirituais - a pessoa sente-se encontrando “seres de luz” ou de outras representações de entidades espirituais. Ela pode perceber esses seres como entes queridos que morreram, anjos, santos ou Deus.

Para Ballone (2002), com relação à atuação da equipe de saúde frente à morte é importante a conceituação de Medicina Paliativa, um tratamento médico que procura conseguir que os pacientes desfrutem os dias que lhes restam da forma mais consciente possível, livres da dor e com seus sintomas sob controle. Na realidade, esse tipo de cuidado pode ser realizado em qualquer local onde o paciente se encontra, em sua casa, no hospital, em asilos ou em instituições semelhantes. Paliativo é um tipo de cuidado médico e multiprofissional para os pacientes cuja doença não responde aos tratamentos curativos. Para a Medicina Paliativa é primordial o controle da dor, de outros sintomas igualmente sofríveis e, até, dos problemas sociais, psicológicos e espirituais. Os cuidados paliativos são interdisciplinares e se ocupam do paciente, da família e do entorno social do paciente. Os cuidados paliativos não prolongam a vida, nem aceleram a morte (BALLONE, 2002).

O *Tratamento Paliativo* envolve uma equipe de profissionais médicos e não médicos que têm o propósito de melhorar a qualidade de vida global do paciente com um quadro grave, geralmente limitante, doloroso e extremamente incômodo, melhorar a qualidade de vida da família desses pacientes e, finalmente, melhora a qualidade de sua morte. É objetivo da *Medicina Paliativa* a preocupação com a “desinstitucionalização” da morte, dando ao paciente a possibilidade de escolher permanecer em casa durante sua agonia. Intervir no paciente terminal em cen-

tros de terapia intensiva, quando não objetiva exclusivamente minimizar sofrimentos, pode refletir sentimento de onipotência da medicina sobre a vida, sobre a vida física, como se ela fosse considerada o bem supremo e absoluto, acima da liberdade e da dignidade. O amor pela vida, quando a toma como um fim em si mesma, se transforma em um culto pela vida. A medicina que se preocupa insensivelmente com as “condições vitais”, deixando de lado as “qualidades vitais”, promove implicitamente esse culto idólatra à vida. Nessas circunstâncias, a medicina interfere na fase terminal como se travasse uma luta a todo custo contra a morte e não, como seria preferível, numa luta em defesa do paciente. A maneira de morrer, portanto, não pode ser excluída, absolutamente, do projeto de vida da pessoa. A maneira de morrer também é uma forma de humanizar a vida no seu ocaso, devolvendo-lhe a dignidade perdida (BALLONE, 2005).

Compreender o medo da morte nos possibilita ter consciência de nossas perdas diárias, facilitando, assim, sentir e elaborar essas perdas e dar suporte ao próprio processo, entender que a morte se revela a nós a todo instante e em todas as circunstâncias, pois o seu registro está em nossas células, em nossas emoções, em nosso racional. “Nós podemos até retardá-la, mas não podemos escapar dela” (KUBLER-ROSS, 1975).

## Discussão

Quando retrocedemos no tempo e estudamos culturas e povos antigos, temos a impressão de que o homem sempre abominou a morte e, provavelmente, sempre a repelirá. Do ponto de vista psiquiátrico, isto é bastante compreensível e talvez se

explique melhor pela noção básica de que, em nosso inconsciente, a morte nunca é possível quando se trata de nós mesmos. É inconcebível para o inconsciente imaginar um fim real para a nossa vida na terra e, se a vida tiver um fim, esse será sempre atribuído a uma intervenção maligna fora de nosso alcance (KUBER-ROSS, 2008, p.6).

De acordo com Queiroz (2006, p.41), a doença também é um tipo de morte, “é um sofrimento que refina o homem”, e assim, também coloca o homem em contato com sua fragilidade e finitude. Na doença, o homem experimenta dores e separações, pois convive com dois pólos: vida e morte. (QUEIROZ, 2006, p.41).

Dessa forma, as pessoas ligadas à pessoa adoecida provam as experiências que o doente passa. Todos vivem um processo chamado por Kovács (2002, p.153) de “morte simbólica”, ou “morte em vida”, à medida que se perde alguns aspectos da vida. Perde-se também “o controle de si mesmo e da realidade; vínculos se rompem.” (KOVACS, 2002, p.153).

Sigmund Freud (1964, p.12) afirma:

o doloroso enigma da morte, contra o qual ainda não se encontrou remédio algum, nem provavelmente se encontrará. Com essas forças, a natureza se ergue contra nós, majestosa, cruel e inexorável; ela nos traz à mente, uma vez mais, a nossa fraqueza e a nossa impotência”. Para Freud o homem, em confronto com a realidade da morte, não podia admitir sua finitude e, por conseguinte, construía situações imaginárias em que a realidade delas podia ser admitida e sua finitude negada. (FREUD, 1964).

Segundo Peralva (2008), diante do confronto com a finitude, a aposta da psicanálise é possibilitar, a partir da escuta, a abertura do sujeito do desejo, relançando questões sobre a vida. Sabe-se que a própria morte, irrepresentável no inconsciente, pode ser experimentada pela dimensão da perda, da morte simbólica que ocorre quando o sujeito se encontra em situação de castração dos seus desejos. Nesse sentido, a morte e o limite são abordados pela psicanálise como via de acesso à vida e ao desejo. Enquanto a morte não vem, é algo que está colocado para qualquer sujeito, não apenas para o paciente internado. No entanto, no hospital ela se presentifica de forma avassaladora, deixando o sujeito frente à frente com a sua própria finitude. Enquanto a morte não vem é a questão da vida: vamos todos vivendo enquanto ela não chega, já que existe aí um ponto de indeterminação. Portanto, quando falamos da morte, é da vida que estamos tratando (PERALVA, 2008, p.65-72).

De acordo com Kubler-Ross (2008, p.147), “...quando formos capazes de decifrar o que diz nas entrelinhas, constataremos que a maioria deles realmente quer dividir suas preocupações com outro ser humano, reagindo, nestes diálogos, com alívio e uma esperança maior”.

A esperança se revela, segundo Boff (1999, p.153), no âmbito da transcendência, pois é através dela que a morte não é o fim, mas, sim, um salto sobre o tempo em direção a uma continuidade. Nesta perspectiva, encontramos afirmações de que, na morte, se dá o verdadeiro nascimento do ser humano; ou seja, não vivemos para morrer, mas, sim, para ressuscitar.

## Referências

- ABBAGNANO, Nicola. *Dicionário de filosofia*. 2. ed. Tradução. por Alfredo Bosi et al. São Paulo: Mestre Jou, 1982. 1232 p.
- ARENDDT, Hannah. *A dignidade da política: ensaios e conferências*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993. 195 p.
- ARENDDT, Hannah. *A vida do Espírito: o Pensar, o Querer, o Julgar*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995. 546 p.
- ARIÈS, Philippe. *História da morte no ocidente*. Rio de Janeiro. Ediouro. 1ª ed., 2003. p. 20, 40.
- ARIÈS, Philippe. *O homem perante a morte, Volume I e II*. Portugal. Publicações Europa-América, LDA. 2ª ed. 2000. p.322.
- ARIÈS, P. *História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- BALLONE, GJ-*Lidando com a Morte*- in.PsiqWeb Psiquiatria Geral, Internet, 2002 - disponível em <<http://sites.uol.com.br/gballone/voce/postrauma.html>>. Acesso em 24 de mar de 2011.
- BALLONE, GJ - *Medicina Paliativa e Qualidade de Vida* - in. PsiqWeb, Internet, disponível em [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br), revisto em 2005. Acessado em 24 de mar de 2011.
- BECKER, E. *A negação da morte: uma abordagem psicológica sobre a finitude humana*. Rio de Janeiro: Record, 2007. p.116-118.
- BOFF, L. *Saber cuidar: Ética do humano: compaixão pela terra*. 8 ed.São Paulo: Vozes, 2002.
- DESPELDER, LA & STRICKLAND, AL. *The last dance- Encountering Death and Dying*. USA. McGraw-Hill Higher Education. 6a ed. 2002. p.42.
- FREUD, S. Luto e melancolia In: *Obras psicológicas completas de Freud: A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos*. Tradução Themira de Oliveira Brito, Paulo Henriques Brito e Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v.14, p. 245-265.
- FREUD, S. *O futuro de uma ilusão*. Londres: Hogarth, 1964.
- GALVÃO, M.F. NOS LIMITES DO FIM DA VIDA: Um itinerário de cuidados. Disponível em :<<http://www.malthus.com.br>>. Acesso em :23 de março de 2011.
- HEIDEGGER, Martin. *Que significa pensar?* Buenos Aires: Nova, 1964. 233 p.

- JASPERS, Karl. *Introdução ao pensamento filosófico*. São Paulo: Cultrix, 1971. 148 p.
- KARDEC, A. *Obras Póstumas*. 15. ed., Rio de Janeiro, FEB, 1975. p. 193-200.
- KASTENBAUM, R.; AISENBERG, R. *Psicologia da morte*. Editora da USP, São Paulo, 1983. p. 342-343; 129; 232-233.
- KOVÁCS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p.153.
- KOVÁCS, Maria Julia. *Morte e desenvolvimento Humano*. 2a.ed. Casa do Psicólogo, São Paulo, 1998. p. 87.
- KOVÁCS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p.153.
- KRAMER, Kenneth. *The Sacred art of dying*: How world religions understand death. New York. Paulist Press. 1ª Edition. 1988. 223 p.
- KUBLER-ROSS, Elizabeth. *Morte: estágio final da evolução*. Rio de Janeiro: Record, São Paulo, 1997. p. 198-203
- KUBLER-ROSS, Elizabeth. *Sobre a morte e o morrer*. 8ª edição. Martins Fontes, São Paulo, 2008. p.6, 147.
- MARANHÃO, J. L. S. *O que é morte*. Ed. Brasiliense. São Paulo, 1985, p. 7-19, 44-52, 62-63.
- MARTINS, Rosane Martins e HAGEN, Suleica Iara (orgs). *Ame suas rugas pois há muito por viver*. Blumenau, Nova Letra, 2008. 2v. II. Col. 170p. Artigo 13: FINITUDE HUMANA: mitos e crenças sobre a morte. p. 155/166.
- MOODY, Raymond. *Vida depois da vida: A Investigação do Fenômeno de Sobrevivência à Morte Corporal*. Estados Unidos, 1975. 172 p.
- MORIN, Edgar. *O homem e a morte*. Lisboa. Publicações Europa-América. 2ª edição. 1988. p.103.
- PLATÃO. *Fédon*: diálogo sobre a alma e morte de Sócrates. São Paulo. Martin Claret. 1ª ed. 2004. p.25.
- PIERRE, C. *A arte de viver e morrer*. São Paulo: Ateliê Editorial, 1998. p.23.
- PERALVA, E.L.M. O Confronto com a finitude na clínica hospitalar: Da morte como limite à urgência da vida. *Revista Praxis e Formação*, UERJ, RJ, 2008, ano 1, p. 65-72.
- QUEIROZ, M.S.; COMBINATO, D. S. Morte: Uma Visão Psicossocial. *Revista Estudos de Psicologia*, Campinas, v.11, n. 2, p. 209-216, 2006.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n2/a10v11n2.pdf>>.

Acesso em: 3 ago. 2009.

SARTRE, Jean-Paul. *O ser e o nada*: ensaios de ontologia fenomenológica. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1997. 748 p.

SOUZA, N.T.C. EUTANÁSIA: Aspectos Jurídicos. Disponível em: <<http://www.malthus.com.br>>. Acesso em :23 de março de 2011.

TORRES, W. (1979). O Tabu Frente ao Problema da Morte. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 31, nº1, 53-62.



## **Estética: o papel da dentística na melhora da autoestima**

Luis Anselmo MARIOTTO

Élida Epifânio CANALI

Riane Barreto PEDREIRA

O artigo trata-se de uma revisão bibliográfica, que contou com a consulta de artigos e livros, com o intuito de mostrar, a partir da apresentação de caso clínico, a relação da estética com a autoestima e que a odontologia pode se inserir nesse contexto. Tendo em vista que, atualmente, as pessoas dão ênfase muito grande na estética, a odontologia tem sido muito procurada para esta finalidade, já que o sorriso com aspecto sadio promove melhor relação interpessoal, além do fato de que uma aparência favorável possibilita melhor aceitação, oportunidades de trabalho e, também, proporciona a elevação da autoestima (LOBO, 2010). Considerando que “saúde é uma experiência de bem-estar resultante do equilíbrio dinâmico que envolve os aspectos físicos e psicológicos do organismo, assim como suas interações com o meio ambiente natural e social” (SOUZA e OLIVEIRA, 1998), a autoestima tem um grande papel nesse equilíbrio, pois, se ela estiver baixa, não é possível considerar que o indivíduo esteja em situações normais de saúde.

Existem vários fatores que podem gerar traumas psicológicos e baixa estima, podendo citar o traumatismo dentário em crianças e adolescentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008), o mau posicionamento do dente no arco (MONDELLI, 2008) e a agenesia, que é muito comum, e fatores que impossibilitam uma estética oral favorável. O caso clínico relatado irá mostrar em, primeiro lugar, a condição de uma paciente portadora de agenesia de incisivo lateral superior bilateralmente e o meio de corrigir esse problema, promovendo a transformação de canino superior em incisivo lateral através do método de restauração direta com resina composta e, em segundo lugar, como esse tratamento foi importante tanto para a reabilitação oral quanto para a melhora da autoestima da paciente.

## **1 Revisão bibliográfica**

Nos dias atuais, a beleza é um aspecto levado em conta pela maioria das pessoas diante dos padrões estabelecidos pela mídia, bem como pela necessidade constante de estarem bem consigo mesmas. Quando se fala em estética, logo se pensa no corpo; no entanto, o sorriso é a porta de entrada para completar esse conjunto de beleza e é nesse contexto que a Odontologia se insere. Pessoas com dentes alinhados, nivelados, com cores adequadas ou mais claras, têm expressão facial e fonética melhores e, dessa forma, conseguem alcançar, de modo mais objetivo, o que desejam passar para a mente do observador (RIBEIRO, 2001).

No mundo contemporâneo, onde as relações interpessoais são de extrema importância, seja entre amigos, família ou no trabalho, a busca por uma melhor aparência se torna cada vez

mais comum e se faz importante tanto para a autoestima quanto para a transmissão de uma imagem de autoconfiança perante as pessoas que fazem parte do meio. Em tese, autoestima pode ser definida a estima que se tem de si mesmo, ou seja, o quanto o indivíduo se valoriza, o quanto ele se quer bem e se aceita (MARRINI, 2010).

Quando a autoestima está baixa, a pessoa se sente inadequada, insegura, com dúvidas e incertezas do que realmente é, ou, até mesmo, com um sentimento vago de não ser capaz. Por outro lado, sentimentos de tristeza, depressão, incapacidade, vazio, impotência e insegurança mobilizam e impulsionam as pessoas a buscarem fórmulas prontas, soluções rápidas e, muitas vezes, medicamentos ou livros de autoajuda (RABELLO, 2010). A existência de algum motivo que não deixe o indivíduo bem consigo mesmo pode ser fator condicionante para que este se sinta inferior às outras pessoas com quem convive. Alguns motivos podem não ser tão evidentes, mas com resultados bastante negativos, já que certos incômodos, muitas vezes, se tornam traumas e interferem no convívio social. Ultimamente, a odontologia tem sido bastante procurada para tratamentos estéticos, pois um espaço interdental (diastema), escurecimento dos elementos dentários (por fumo, alimentos e bebidas com corantes relativamente fortes), cáries que surgem em região anterior, ausência de dentes – por perda ou falha durante a formação – são fatores que geram incômodos.

Dentre esses motivos, um bastante comum é a agenesia, que consiste na impossibilidade de gerar, esterilidade, aforia, ausência de um órgão ou de uma estrutura, podendo ser temporária ou permanente e acometer somente um elemento dental ou até

mesmo vários deles. Os termos mais usados como definição de quantidade são três: hipodontia, que é a ausência de até três dentes; oligodontia, que consiste na falta de mais de seis elementos dentários e, por último, a anodontia, sendo esta a não presença de dentes, ou seja, o indivíduo não apresenta nenhum germe dentário, sendo classificado como desdentado total (GUILHERME, 2004).

A causa dessa doença é um distúrbio na formação da lâmina dentária, iniciado a partir do dobramento do embrião no sentido longitudinal, dobramento que promove a formação da notocorda. Acima dessa estrutura, há, por sucessivas divisões, o surgimento de células ectodérmicas, conhecidas como células da crista neural (TEN CATE; 1998). Elas possuem o caráter odontogênico do indivíduo e migram para região do 1º arco branquial, onde – após diferenciação – é formada a banda epitelial primária, constituída de tecido mesenquimal (TEN CATE; 1998). As células da crista neural, por divisões rápidas e em grande quantidade, enviam estímulos que vão diferenciar células que se multiplicam e originam os órgãos dentários. Num primeiro instante, há a formação do dente decíduo e, posteriormente, há presença do germe que originará o dente permanente. Além do caráter odontogênico, as mesmas células também são responsáveis pela formação de diversas outras estruturas da face, deixando-a com anatomia perfeita, e também se diferenciam para constituir: gânglios sensitivos espinhais, neurônios simpáticos, células de Schwann, células pigmentadas e meninges, pelo menos pia mater e aracnóide (MOORE, PERSAUD. 2004. TEN CAT, 1998).

Para identificar a ausência de um ou mais dentes e suas respectivas razões, é imprescindível conhecer a cronologia da erupção dental, quesito que possibilita identificar, através do exame clínico, se a ausência provém de defeitos congênitos e, a partir daí, investigar se algum dente foi ou não extraído (BAUSELLS, 1997). Para um correto diagnóstico, a realização de exames radiográficos é complementar, pois é através deles que se torna possível analisar as características do tecido ósseo adjacente ao órgão dental, e se há ou não permanente substituto para possíveis falhas. A agenesia dentária é um defeito congênito que, segundo GUILHERME, acomete mais os 2º Pré-Molares Inferiores e, em seguida, Incisivo Lateral Superior, não sendo ainda bem definida se acomete mais homens ou mulheres. Em estudo por esse autor e mais cinco por ele pesquisados, foi constatado que o dente que se encontra mais ausente é o 2º Pré-Molar Inferior e apenas para um autor do mesmo estudo, o dente em questão é o Incisivo Lateral Superior. Com a evolução da espécie e aquisição de novos hábitos alimentares que não exigem tanto dos dentes, há uma tendência de que as futuras gerações não apresentem mais os terceiros molares por serem um dentes de comportamento variado, pois podem estar ausentes ou erupcionar perfeitamente ou, ainda, ter formato disforme e, por conta dessa variação, esses dentes não são levados em consideração para os estudos de agenesia (GUILHERME, 2004).

Face ao exposto, o presente trabalho tem como propósito apresentar aspectos acerca da transformação de dentes caninos superiores em incisivos laterais, por meio de relato de caso clínico, a fim de estabelecer uma relação entre a dentística e a

aparência do indivíduo enquanto, fator relevante para a sua autoestima.

## 2 Relato do caso clínico

A paciente, 39 anos, melanoderma, sexo feminino, se apresentou na Clínica Odontológica da Universidade de Marília e foi atendida por graduandas do curso de Odontologia, as quais desenvolviam práticas da disciplina de Dentística. Em exame clínico, foi constatada a presença de alguns dentes cariados e foi observada a agenesia bilateral de incisivos laterais superiores. Por esse motivo, em anamnese, a paciente relatou se sentir mal psicologicamente já que a posição dos dentes caninos não favorecia sua estética facial, promovendo aspecto “vampiresco” (Figura 1).



**Figura 1:** Aspecto inicial da paciente.

O plano de tratamento escolhido teve como propósito a restauração dos dentes anteriores que necessitavam de tal procedimento, além da substituição de restaurações insatisfatórias, já que as mesmas apresentavam infiltrações e, posteriormente, a transformação dos caninos em incisivos laterais.

A partir dos recursos disponíveis e com a utilização de técnicas modernas, sob orientação de professores com especialidade na área, foi iniciado o tratamento, conforme descrito nos tópicos seguintes.

### 3 Moldagem com alginato

Para início do planejamento foram realizadas duas moldagens com alginato a fim de obter dois modelos de estudo: um para realizar desgaste orientado por padrão de resina duralay, enceramento para diagnóstico e posterior confecção da muralha com a forma anatômica desejada, após o final do tratamento, e o outro com a intenção de promover comparações entre o antes e o depois (Figura 2).



Figura 2: Modelo de gesso para estudo e enceramento

### 4 Moldagem com silicona de condensação

Para confecção da muralha foi utilizado silicona de condensação de densidade alta de acordo com as instruções do fabricante. O modelo de gesso com enceramento foi molhado em água corrente e, logo após, foi moldado. Aguardou-se a vulcanização da silicona e a muralha foi recortada de maneira a retirar a porção vestibular da mesma. Optou-se pela confecção da muralha,

já que esta facilita inserção incremental da resina composta e possibilita melhor resultado estético (BONINI; 2011), assim é possível expor a porção palatina que servirá como base para formação da concha palatina dos dentes a serem restaurados.

## 5 Desgaste do dente

Ocorreu o preparo de um dente por vez, ambos realizados com a mesma técnica, exceto pela anestesia que não foi utilizada no elemento 13, já que o mesmo era tratado endodonticamente. A técnica anestésica empregada foi a terminal infiltrativa em dente 23, sendo o anestésico lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000. Realizou-se desgaste de esmalte e dentina, já que só em esmalte não seria suficiente para obter posicionamento esperado, pois os caninos se encontravam com alinhamento incorreto.

Foi usada broca diamantada 2135 em alta rotação, desgastando as faces necessárias do dente a fim de obter padrão de desgaste realizado em modelo de gesso. Para que esse padrão de desgaste fosse transferido corretamente do modelo de gesso para a boca, foi realizada uma técnica com Resina Duralay, que consiste em, após o enceramento e obtenção da muralha, lavar-se a cera e, na muralha, preencher o espaço com a resina Duralay. Isso permite a visualização do desgaste feito no laboratório, facilitando o preparo do dente na boca e evitando desgastes desnecessários de estrutura dentária. Em seguida, foi realizado ataque ácido, com ácido fosfórico 37% por 15 segundos. Lavou-se bem com água durante 30 segundos e realizou-se a aplicação de sistema adesivo de acordo com o método padrão. A concha palatina foi confeccionada com resina translúcida para esmalte, copiando

a anatomia dental expressa no modelo de silicona. Com espátula de inserção cobrimos a porção palatina e 0,5mm de borda incisal para oferecer efeito de translucidez e, conseqüentemente, naturalidade. A resina utilizada foi micro-híbrida que, além de menor contração, visa ganho em resistência. Ocorreu a incrementação de resina para dentina A3 nas porções que cobririam a concha palatina e também sobre todo o dente, já que o mesmo perdeu parte do seu volume no momento do desgaste. No terço cervical da restauração usou-se resina para esmalte A3 e, nos terços médio e incisal, cor A2, ambas com partículas micro-híbridas.

Desse modo, o dente ficou com aspecto mais natural devido a tal estratificação. Para finalizar a restauração houve recobrimento com resina de esmalte cor A2, porém, agora, com resina de micropartículas. O dente todo sofreu incrementação de uma camada fina dessa resina com movimentos contínuos de cervical para incisal com um pincel, para, dessa maneira, criar a anatomia do dente o mais próximo possível do natural, visando, assim, disfarçar áreas de transição dente/resina. Optou-se por resina de micropartículas na última camada, por oferecer melhor acabamento e polimento já que se mostra mais fácil de ser polida, além de manter o referido polimento por tempo mais duradouro. Por ser uma camada fina, não era necessário resistência; contudo precisava-se de estética por se tratar de dentes anteriores. Foi realizado com a broca diamantada 2135, nos pré-molares, uma aspereza de superfície nas faces oclusal e vestibular, com o objetivo de melhor aderência da resina para o aumento da cúspide vestibular desse elemento dentário, com a finalidade do mesmo exercer função de canino e permitir a paciente ter guia de lateralidade. Nos incisivos centrais foi incrementada uma camada

de resina favorecendo o equilíbrio em tamanho e espessura dos dentes (Figura 3).



Figura 3: Dente canino transformado em incisivo lateral, e pré-molares em caninos.

O polimento foi realizado com borrachas abrasivas, pasta diamantada, disco de feltro, discos de diversas granulações para polimento (Sof-Lex).

## 6 Discussão

Para resolução desse caso, poderia ser utilizado tratamento ortodôntico com o objetivo de reposicionar o canino e, posteriormente, adequá-lo no formato do incisivo lateral (GALVÃO, 1984); outra opção seria a confecção facetas de porcelana com o objetivo de alterar a forma do dente (BARATIERI, 2010). No entanto, pela falta de condições financeiras da paciente, foi proposto um tratamento eficiente e que trouxesse resultados satisfatórios, mesmo sabendo que esse não era o mais conservador, mas

que, nesta situação, seria o melhor meio para o restabelecimento dental e também para elevar a autoestima da paciente.

O relato inicial da paciente era o constrangimento diante das pessoas que fazem parte do meio onde está inserida, devido ao explícito problema odontológico que, por sua vez, desencadeava problemas de ordem emocional, já que ela não se sentia à vontade para dar um mero sorriso e, além disso, sofria bastante discriminação. A insatisfação com sua estética tinha como resultado a falta do devido cuidado com a higiene bucal, o que convergiu para que ela sugerisse a extração de todos os elementos dentários e reabilitação com prótese total, já que desconhecia a existência de tratamento capaz de resolver seu problema estético. Diante da situação, a mesma foi orientada a fazer um tratamento que visasse preservação destes elementos, por meio de restaurações. O tratamento realizado foi satisfatório, já que atendeu às expectativas da paciente no que diz respeito à saúde bucal e, sobretudo, à estética. Após a realização do procedimento, ela relatou sentir-se mais segura e disposta a sorrir, aspectos esses que, para ela, gerariam uma melhora na sua qualidade de vida de forma geral, tanto no trabalho quanto nas relações interpessoais do seu dia a dia. Além disso, representou um importante estímulo para um maior cuidado com a higiene bucal e autoestima.

## **Conclusão**

Pelo presente caso clínico relatado, é possível concluir que as restaurações diretas estéticas em resina se mostram eficientes em reabilitações orais. A aparência do indivíduo perante a sociedade interfere de maneira considerável em sua autoestima e con-

vívio social. Uma melhor aparência gera estímulos para a pessoa cuidar melhor de sua saúde.

## Referências

- BARATIERI, L.N. et al. *Odontologia Restauradora: fundamentos e técnicas*. v.2. São Paulo: Editora Santos, 2010. 434-761 p.
- BAUSELLS, J. *Odontopediatria: Procedimentos Clínicos*. São Paulo: Premier, 1997. 199p.
- BOEIRA JR, B.R. Associação de Polimorfismos nos Genes MXS1 e PAX9 com Agenesia Dentária. *Annual Session of the Southwestern Society of Orthodontists*; Austin, Texas, EUA; 28 a 31 de outubro de 2010. Disponível em:< <http://www.ucs.br/ucs/noticias/1289565932>>. Acesso em: 24/mar./2011.
- BONINI, G.C. et al. Confecção de anteparo para restauração estética de dente permanente traumatizado. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas*, v. 65, n. 1, p. 71-74, jan/fev. 2011.
- GUILHERME, M.E. *Frequência de Agenesia Dentária em Pacientes Examinados em Serviço de Radiologia Odontológica na Região de Marília*. 2004. 73f. Tese (Mestrado em Clínica Odontológica, área de concentração: Ortodontia) Faculdade de Ciências Odontológicas, Universidade de Marília; Marília, 2004.
- GALVÃO, C.A.A.N. *Ortodontia: noções fundamentais*. 1. ed. São Paulo: Editora Santos, 1984. 222 p.
- LOBO, M.M. A *Odontologia Cosmética Transforma Sorrisos e Eleva a Autoestima*. 03/jun./2009. Disponível em:< <http://www.dentalpress.com.br/v5/noticias.php?id=4384> >. Acesso em: 25/mar./2011.
- MARINI, E. *Resgate da autoestima*. Disponível em:< <http://www.psicologiapravoce.com.br/textopsi.asp?nr=630> >. Acesso em: 26/mar./2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de saúde Pública. Departamento de atenção básica em saúde bucal. Brasília, 2008. p. 31-51.
- MONDELLI, J. *Fundamentos da dentística operatória*. São Paulo: Editora Santos, 2008. 343 p.
- MOORE, K.L.; PERSAUD, T.V.N. *Embriologia Básica*; Tradução por: Maria das Graças Fernandes Sales (et al). Rio de Janeiro: Elsevier, 6° Edição, 2004.

- PACHECO, G.S. *O valor da autoestima*. 15/jul./2009. Disponível em:< [http://www.musp.com.br/index.php?page=artigos&id\\_artigo=27](http://www.musp.com.br/index.php?page=artigos&id_artigo=27) >. Acesso em: 25/mar./2011.
- RABELLO, L. *Autoestima*. Disponível em:< <http://www.psicologiaesau-de.com.br/artigo6.htm> >. Acesso em: 26/mar./2011.
- RIBEIRO, A.I. *100 Motivos para ir ao Dentista; Odontex*. v.1, 2001.
- SOUZA, D.F.; *Odontologia Estética e Autoestima*. Disponível em: < <http://www.brasilclinicas.com.br/artigos/ler.aspx?artigoID=159> >. Acesso em: 25/mar./2011.
- SOUZA, E.C.F. de; OLIVEIRA, A.J.R.C. O processo saúde-doença: do xamã ao cosmos. In: UNIVERSIDADE DO RIO GRANDE DO NORTE. *Odontologia Social: textos selecionados*. Natal(RN): editora da UFRN, 1998. p. 1-18.
- TEN CATE; A.R. *Histologia oral: desenvolvimento, estrutura e função*. Tradução: Andreia Braga Meiry (et al). 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.



## **Obesidade: o excesso de peso como sintoma**

Érica Flávia MOTTA  
Patrícia MALHEIROS

Para além do corpo biológico e da fome fisiológica, existe um corpo que demanda, mas não se sacia.  
Cristiane Seixas, 2009

Não é difícil perceber que quase todos os materiais que abordam a obesidade referem-se a ela como epidemia do século ou, ainda, como um grave problema de saúde pública. Realmente é visível o progressivo crescimento da obesidade na população mundial. Mas o que se percebe, ao olhar com mais atenção para as pessoas que apresentam problemas com o excesso de peso, é que elas não estão felizes.

Esse corpo obeso pode ter incontáveis significados que o indivíduo carrega dentro de si sem ao menos dar-se conta disso. E a investigação do espaço interno à procura das verdadeiras razões de “ser” de cada indivíduo é um caminho que a psicanálise ajuda a trilhar.

Esta pesquisa deixa de lado o campo médico e clínico do tratamento da obesidade, e propõe através de revisão bibliográfica sobre o tema, promover a visão da obesidade como representante de um estado de doença e sintoma. Será exposta a relação

mente-corpo na formação de sintomas para mostrar que a relação de um indivíduo com seu corpo está além da noção de um corpo biológico. Entretanto, o objetivo maior é pesquisar sobre como a obesidade pode ser articulada à concepção psicanalítica de formação de sintomas.

A obesidade será vista aqui como resultado da alimentação exagerada que pode ter, por trás dela, motivos desassociados da alimentação como forma de sobrevivência. Esse apetite exagerado representa, muitas vezes, os papéis distorcidos que a comida alcança na vida de pessoas que sofrem com a obesidade.

O que se pode constatar, é que, para alguns indivíduos, o alimento se transforma, ao longo da vida, em objeto das relações dessas pessoas. A consequência dessa relação é que o alimento perde seu papel essencial de nutrição e passa a servir como instrumento que alivia os momentos de ansiedade e medo.

É importante investigar o que é a obesidade em seus diversos aspectos. Atualmente é considerada uma síndrome multifatorial e, de acordo com o INBIO (Instituto Brasileiro Interdisciplinar da Obesidade), nessa síndrome, a genética, o metabolismo e o ambiente interagem, assumindo diferentes quadros clínicos, nas diversas realidades socioeconômicas.

Romaneli (2006) ressaltou que, para a OMS (Organização Mundial de Saúde), a obesidade é o acúmulo excessivo de tecido adiposo (gordura) no organismo, atingindo, hoje, cerca de um terço da população mundial. A OMS considera a obesidade um dos dez principais problemas de saúde pública do mundo e a classifica como epidemia, sendo que suas causas são múltiplas, envolvendo fatores genéticos, metabólicos, comportamentais, emocionais, culturais e sociais, que suscitam a atenção de pro-

fissionais de diversas áreas. Embora a diferença entre a normalidade e o excesso de peso seja arbitrário, é prudente considerar como medida o quanto a saúde física e a saúde psicológica são afetadas e a expectativa de vida é reduzida em função do aumento do peso.

Diversos estudos evidenciam que, entre as pessoas que sofrem com algum tipo de obesidade, 2% apresentam causas endocrinológicas, outros 8% são diabéticos e não produzem no organismo insulina suficiente para metabolizar os alimentos. Existem também aproximadamente 10% de pessoas com tendência genética à obesidade, que, portanto, herdaram a gordura de seus antepassados e, provavelmente, mais uns 10% são obesos na vida adulta por terem sido crianças gordas<sup>1</sup>. E ainda podem-se contar 10% que desenvolvem a obesidade por aspectos culturais decorrentes de hábitos familiares, sociais ou étnicos.

Assim, os dados acima descrevem as causas de 40% das pessoas com problemas de obesidade, restando 60% das pessoas obesas que certamente desenvolveram esse problema devido a causas emocionais.

A falta do entendimento clínico do por que a pessoa obesa come demais, mesmo que lhe traga sofrimento e complicações, se torna um impasse na experiência clínica. De acordo com Seixas (2009), variados métodos são utilizados para diagnosticar e estabelecer tratamentos da obesidade, mas a maioria desses métodos está baseada em critérios científicos e fisiológicos que estabelecem, na maioria das vezes, um tratamento baseado em

---

<sup>1</sup>Para Mascarenhas (1985), crianças que já nascem gordas e/ou engordam até os 4 anos desenvolvem um número maior de células que acumulam gordura e têm maior propensão a continuarem gordas na vida adulta.

dados objetivos, desprezando os fatores subjetivos que possam interferir nesses resultados.

De um modo geral, a abordagem da obesidade está alicerçada no binômio saúde-doença e busca, através do emagrecimento, o restabelecimento de um estado em que a saúde é associada ao corpo magro. A vinculação do binômio é marcada pela ideia recorrente de que a doença principal é a obesidade e que ela é que desencadeia outras doenças associadas, chamadas comorbidade. A consequência dessa perspectiva é o crescimento de atitudes e crenças naturalizadas, tanto no meio médico como no social, de que o obeso não emagrece por preguiça, desleixo ou falta de “força de vontade”.

Cataneo (2005), por sua vez, mencionou que os aspectos psicológicos ligados à obesidade também devem ser levados em conta, visto que os casos de obesidade causados por patologias endócrinas ou genéticas bem definidas constituem um percentual muito pequeno.

Ainda que a intenção dessa pesquisa não seja promover o aspecto orgânico da obesidade, é necessária uma rápida explicação de sua classificação clínica. Seixas (2009) explica que a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) utiliza o sistema de classificação por Índice de Massa Corporal (IMC), calculado segundo a fórmula  $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura (metros)}^2$ . Os valores de referência apresentados seguem a descrição abaixo:

Classificação IMC	(kg/m <sup>2</sup> )	Risco de Comorbidade
Baixo peso	< de 18,5	Baixo
Normal	18,5 - 24,9	
Sobrepeso	25 - 29,9	Aumentado
Obesidade Classe I	30 - 34,9	Moderado
Obesidade Classe II	35 - 39,9	Grave
Obesidade Classe III	> 40	Muito grave

O Índice de Massa Corporal descrito acima é um cálculo matemático, no qual se divide o peso do paciente (em quilos) pelo quadrado da sua altura (em metros). Uma pessoa com IMC até 25 é considerada normal, acima desse valor a pessoa é considerada obesa.

Kahtalian (1992) acrescenta que a obesidade simples é incluída na Classificação Internacional de Doenças (CID) como condição médica geral, não aparecendo no DSM-IV porque não foi estabelecida associação consistente com síndrome psicológica ou comportamental.

Entretanto, quando existem evidências da participação de fatores psicológicos na etiologia ou no curso de determinado caso de obesidade, isto pode ser indicado anotando-se a presença de fatores psicológicos que afetam a Condição Médica.

## **Um breve histórico sobre alimentação e obesidade**

A obesidade acompanha a humanidade desde as sociedades pré-históricas. Tanto que, assim como ressaltou Seixas (2009), as representações artísticas da época de 25.000 anos a.C. já fa-

ziam referencia a corpos volumosos<sup>2</sup>. Portanto, a obesidade e sua evolução estão intimamente ligadas ao contexto social pois são profundamente marcadas por significações culturais.

A autora afirma, ainda, que a história da alimentação remete a uma sociedade que se expressa através dos hábitos alimentares, e que a atual configuração da obesidade foi influenciada diretamente por mudanças culturais, políticas e econômicas das sociedades.

Dessa forma, vale destacar os sentidos diversos da alimentação nas diferentes épocas. Flandrin e Montanari (1998) concluíram que, na Grécia, o principal aspecto da alimentação era a importância dada ao banquete por sua estreita ligação com o processo de reprodução do corpo social, pois definia a condição de humano e diferenciava os gregos das demais sociedades. Assim como os gregos, os antigos egípcios associavam a preservação da saúde à quantidade de comida ingerida.

Seguindo a evolução dos tempos, Mazzini (2000) acrescenta que, na Idade Média, essas exigências passam a definir as classes sociais a que cada pessoa pertence, pois a sociedade cristã ajudou na proliferação das orientações alimentares e do seu impacto social, quando associou a comida ao pecado da gula.

Flandrin e Montanari (1998) afirmam que foi nos séculos XVII e XVIII que as elites permitiram um afrouxamento nas regras alimentares, favorecendo a entrada de novos alimentos no cardápio, e também uma busca pela satisfação do gosto em detrimento da boa saúde, associando ao gosto do alimento um valor

---

2 A autora refere-se ao fato de que a existência da obesidade, já naquela época, é ressaltada artisticamente pela Vênus de Willendorf, uma estatueta de 11 cm que representava a fecundidade.

estranho, ou seja, um sentido figurado para discernir o comestível do não comestível<sup>3</sup>.

Na passagem do século XVIII ao século XIX, houve o crescimento demográfico, o desenvolvimento das cidades e a industrialização, além da ampliação dos mercados e a conquista de novas terras. Tais fatos fizeram surgir, na figura da burguesia ascendente, a gordura como símbolo de riqueza e distinção social.

É desde a antiguidade também que existe a preocupação com o excesso de peso. Um dos primeiros cientistas a encarar a obesidade como doença, de acordo com o INBIO (Instituto Brasileiro Interdisciplinar da Obesidade), foi Hipócrates, que divulgou, em seus estudos, que a morte súbita atingiria mais facilmente os gordos do que os magros, e também que as mulheres gordas são menos férteis que as magras.

De acordo com Sobreira (2008), Galeno, o maior médico da antiguidade, identificou e descreveu dois tipos de obesidade: a moderada, uma forma natural de gordura; e a imoderada, uma forma patológica. Já os Romanos viam o obeso como uma pessoa boba ou de má índole. A medicina já reconhecia a obesidade como doença, porém a desprezava.

No entanto, de acordo com Seixas (2009), a obesidade começou a ter maior relevância no panorama médico a partir dos anos de 1980, em função dos elevados gastos nos tratamentos das doenças associadas à obesidade e ao sobrepeso.

---

3 O gosto passa a “distinguir o bom do ruim, o belo do feio; é característico do ‘homem de gosto’, um avatar do homem perfeito.” Essa valorização do gosto e a vinculação da comensalidade ao convívio social permitiu uma certa liberação da gula e um incipiente culto à boa cozinha. (FLANDRIN e MONTANARI, 1998, p. 549).

Independentemente de fatores biológicos ou hereditários, o importante é que nunca o ser humano teve tanto acesso a alimentos como acontece atualmente. Junto com a disponibilidade de alimento, está a procura do ser humano pelo prazer. Uma vez que o ato de comer está associado à sensação de prazer, o indivíduo acaba comendo mais do que necessita. E, desta forma, indivíduos que perdem o controle quando começam a comer, tornam-se comedores compulsivos, desenvolvem a obesidade, assim como diversos transtornos alimentares, e precisam de ajuda para superar essa dificuldade.

A obesidade pode ser considerada uma patologia contemporânea de consequências comprometedoras tanto para a saúde física quanto para a saúde mental. Os estudos sobre o assunto mostram diversas perspectivas interessantes para sua compreensão e intervenção, o que contribui de forma complementar para o entendimento psíquico da obesidade.

As pesquisas se voltam para a influência da cultura, ambiente, história familiar, estrutura de personalidade e o inconsciente<sup>4</sup> das pessoas com excesso de peso, contribuindo para o entendimento dos fatores de personalidade que podem conduzir ou manter o excesso de peso. No entanto, o exato mecanismo pelo qual alguns desses fatores contribuem para o excesso de peso ainda não foi claramente explicado.

Alguns autores questionam a relação entre excesso de peso e distúrbios psicológicos. Entre eles podemos citar Mustagoki e Wadden; Stukard (1987 apud ESTEVES, 2009), que argumen-

---

<sup>4</sup> O inconsciente é o conceito que traça a especificidade do sujeito da psicanálise. É uma rede de pensamento cuja lógica de organização gera efeitos outros para além da lógica da consciência.

tam que os estudos feitos sobre o assunto são realizados a partir de sujeitos que estão em tratamento ou que passam por consultas psiquiátricas. Quando os pacientes de outras especialidades da medicina e da área nutricional são estudados, os resultados se modificam. Ressaltam, também, a percepção de que as psicopatologias são comuns entre obesos. Contudo, investigações recentes vêm demonstrando que os distúrbios psicológicos são mais frequentemente ligados às consequências da obesidade do que às causas.

Esses estudos expressam que as pessoas com excesso de peso podem experimentar dificuldades emocionais que não são mensuradas por testes psicológicos. Tais dificuldades podem se relacionar com questões específicas tais como frustrações pelo excesso de peso ou solidão, devido ao abandono de amigos por não entenderem o seu problema, e podem acarretar alguns distúrbios emocionais.

Pensando sobre a questão do indivíduo obeso estar em contínuo sofrimento psíquico ao ter que enfrentar problemas como a frustração, o abandono, a solidão e a incompreensão, chegue-se ao questionamento do por que o indivíduo continua com o comportamento de consumo exagerado de alimentos se é exatamente esse o motivo que desencadeia o seu sofrimento.

Tentando responder à questão acima, é possível considerar o que Dalgarrondo (2008) explica sobre a obesidade como uma condição complexa do ser humano. Segundo o autor, na pessoa obesa existe uma disfunção dos mecanismos de saciedade de forma que o obeso não come de forma precipitada ou voraz, mas come de forma contínua, enquanto houver comida disponível, não sendo capaz de parar de comer.

Segundo Esteves (2009), indivíduos com excesso de peso, em função de sua conduta impulsiva diante da comida, apresentam diferentes maneiras de fazer contato com a realidade devido às dificuldades de obter insight<sup>5</sup> reais e mecanismos de defesa especiais e, por isso, podem ser incluídos dentro das psicopatias.

Para Berg (2008), do ponto de vista psicológico, a obesidade é uma expressão física de um desajustamento emocional. Pessoas obesas podem utilizar a alimentação compulsiva como meio para lidar com seus problemas internos. Um perfil psicológico comum presente em muitos casos de obesidade inclui características como: autoestima baixa, carência afetiva, insegurança, autopediedade, ausência de autocontrole, vergonha, não aceitação do problema, temor de não ser aceito ou amado, culpa, desamparo, intolerância, passividade e submissão, o que a pessoa pensa sobre si mesma e como internaliza a opinião alheia, dentre outros.

Para Dalgallarrondo (2008), o obeso é descrito classicamente, do ponto de vista emocional, como uma pessoa imatura e muito sensível à frustração, ou seja, um indivíduo que recorre à comida como forma de compensação do afeto de que carece e que sente que nunca recebe o afeto da maneira que merece.

Outro aspecto que o autor defende é que o obeso é alguém que tem sua sexualidade fortemente reprimida, ou que utiliza obesidade como defesa de seus impulsos sexuais, ou ainda um indivíduo que utiliza a obesidade como defesa contra a frustração

---

5 Para Menninger; Holzman, (1982, p. 149), o insight consiste em não apenas “ver que algo na situação analítica é igual a algo na infância”, ou “ver que algo na infância está refletido na situação atual”, ou ainda “ver que algo na situação atual é reflexo de algo na situação analítica”. Mas é a identificação simultânea do padrão de comportamento característico nessas situações, somadas à compreensão dos motivos por que foram e são usados do modo que foram e são.

e contra a exposição aos relacionamentos sociais. De um modo geral, os obesos têm a auto-estima muito baixa e sentem que as outras pessoas os desprezam.

Um ponto relevante para esta pesquisa é o fato de que os obesos têm dificuldade em gerenciar a fome e a distingui-la de sensações desagradáveis como desconforto, ansiedade. De um modo geral, classifica qualquer mal-estar falsamente como fome, talvez por fazer a ligação da comida com o objeto que nutri e, logo, conforta as sensações desagradáveis, ao mesmo tempo em que remete, inconscientemente, ao amparo materno.

Seixas (2009) descreve que a pessoa gorda não é simplesmente alguém que nasceu com apetite enorme e só pensa em comer. Pensar assim decorre em uma visão superficial dos fatos, que descreve o aparente, mas não descreve o que está implícito nas atitudes das pessoas. É preciso perceber que a obesidade cria uma enorme carga psicológica e que essa carga pode ser o maior efeito adverso da obesidade, visto que a literatura mostra que a obesidade está relacionada a fatores psicológicos como o controle, a percepção de si, a ansiedade e o desenvolvimento emocional.

A obesidade deve ser pensada como consequência de severas perturbações no comportamento alimentar e ser caracterizada como um transtorno alimentar que constitui uma manifestação biopsicossocial, influenciada por diversos aspectos em que o ser humano é envolvido. Dentre esses aspectos cita: a genética, o estresse, a baixa autoestima, a pressão cultural para uma forma corporal magra, a exposição a comportamentos disfuncionais relativos à alimentação, as dificuldades nas relações interpessoais, e ressalta que esses aspectos conjugados a outros aspectos parti-

culares do indivíduo resultam na instalação e manutenção desse tipo de transtorno.

Além das características expostas acima, para Dalgarrondo (2008) é possível dizer, ainda, que o obeso eventualmente apresenta também transtornos emocionais como depressão e ansiedade, e distúrbios orgânicos como os cardiológicos, hidroeletrólíticos e dentários, que, associados as consequências do transtorno alimentar, podem levar até a morte do portador.

A obesidade pode estar ligada á compulsão alimentar, visto que apresenta episódios frequentes de consumo descontrolado de alimentos. Serra (2006) informa que o transtorno da compulsão alimentar<sup>6</sup> tem sido descrito atualmente pela literatura pela sua característica de episódios recorrentes da compulsão alimentar, onde uma quantidade grande de alimento é consumida em tempo curto, não satisfazendo, porém, critérios de dieta excessiva e preocupação excessiva com forma e peso corporais.

## **O alimentar-se e seus significados**

Parte-se do pressuposto de que, para todos os animais, o ato alimentar é fundamental para a nutrição e a manutenção do corpo. No entanto, para o homem, durante o curso natural de sua vida, o alimento pode assumir sentidos e significados que se colocam muito além da simples nutrição.

Romaneli (2006) ressaltou que o comportamento alimentar do homem deveria manter sua principal função, que é a de matar a fome. No entanto, se o ato de saciar a fome é natural, as

---

<sup>6</sup> Conhecido também no Brasil e no Exterior como transtorno de “binge”.

práticas alimentares não são naturais, mas se situam na esfera dos sistemas simbólicos e das relações sentimentais que cada pessoa cria ao se alimentar. É como se, em torno do alimento, cada indivíduo conseguisse elaborar suas próprias regras fundadas tanto no senso comum, em preceitos religiosos, em conhecimentos médicos, quanto no contexto cultural e familiar em que vive. E esse comportamento pode constituir-se, na maioria das vezes, em atividades sociais e construir representações de si próprio através dos hábitos alimentares.

Tratando-se dos aspectos culturais é possível analisar que o homem, em sua luta pela sobrevivência, sempre buscou o alimento. Porém, no decorrer dos tempos, a humanidade tornou-se escrava da comida, e o ato da alimentação passou a significar mais que um ato instintivo e fisiológico, e tornando-se cultural.

Comer é o início da socialização. Para autores como: Carneiro (2005) e Braga (2004), o costume alimentar pode revelar inúmeras características de uma civilização, desde seus costumes sociais, políticos e econômicos até seus critérios morais na organização da vida cotidiana. Historicamente, o significado mais conhecido do alimento foi o comercial. Os alimentos tinham valor econômico nos intercâmbios e sistemas de troca que antecederam a criação da moeda. Outro significado marcante para o alimento é o religioso, pois cada religião trata de forma específica o ato alimentar.

Assim, o comportamento alimentar liga-se diretamente ao sentido que conferimos a nós mesmos e à nossa identidade social. Alimento é algo universal e geral, ajuda a estabelecer uma identidade, definindo, por isso mesmo, um grupo, classe ou pessoa. O que se come, quando, com quem, por que e por quem

é determinado culturalmente, transformando o alimento (substância nutritiva) em comida. É a comida de criança, a comida de domingo, a comida de festa etc. Assim fica claro que o ato de comer não é apenas uma mera atividade biológica, a comida e o comer são, acima de tudo, fenômenos sociais e culturais.

É possível dizer que o ser humano deixou de comer para sobreviver e passou a apenas comer. O alimento acompanha as pessoas em todos os momentos, as famílias se reúnem em torno do alimento e ele é indicador de bem receber as pessoas, é item obrigatório nos cinemas e acompanhante agradável para assistir televisão.

É como se as pessoas deixassem de se relacionar com outras pessoas para se relacionarem com a comida. O alimento se tornou companheiro das alegrias, sofrimentos e vitórias. O ato da alimentação perdeu o significado de nutrir, de salvar, de manter a vida e ganhou significados os mais diversos possíveis, e os mais distorcidos possíveis chegando a destruir as relações entre os seres humanos, deformar imagens corporais e confundir processos mentais.

Quanto aos significados afetivos do alimento, alguns estudos, abordam as associações do alimento com os afetos, feitas pelo homem desde o nascimento. O homem nasce com o instinto de liberdade, sem ideia de regras de conduta ou qualquer outra, porém, ao nascer, é automaticamente inserido em um mundo complexamente organizado e, geralmente, o homem encontra dificuldades em se adaptar ao que o mundo e a sociedade proporcionam, e desenvolve mecanismos de compensação para encontrar formas primárias de prazer. E o alimento é a fonte

mais próxima de prazer primário, visto que foi o primeiro contato do homem com o mundo externo.

Ou seja, na infância o indivíduo é submetido a muitas exigências do meio em que vive, dos integrantes da família e dos meios de comunicação. Após já ter percebido que sua principal fonte de amor é a mãe, sempre que se sente pressionado pelo meio externo sai em busca do vínculo materno, vínculo esse que faz mais sentido para o indivíduo através do alimento, porque, desde o nascimento, o alimento é associado a sensações de prazer, alegria relaxamento e conforto. Uma criança recém-nascida sente uma sensação desagradável, que se traduz em dor física quando sente fome. Essa criança chora, porque essa sensação é expressa através do choro. Quando recebe o alimento, a sensação desagradável, de dor, é eliminada e substituída por uma sensação de prazer e conforto. Associa-se também uma sensação de aconchego e carinho durante a amamentação, na qual existe o contato físico com a mãe.

Dessa forma, é no ato de alimentar-se que o indivíduo sente inconscientemente que está seguro. Depois de encontrar no alimento o amor, o indivíduo na infância encontra também uma forma de comunicar-se com o outro ou ainda de manifestar suas vontades e de contestar as regras vindas do meio.

Fato comum é que a maioria das famílias tem uma excessiva preocupação com a alimentação da criança e a alimenta de forma exagerada, criando um hábito alimentar que pode se perpetuar. Keppe (2005) acrescenta que, às vezes, a alimentação é recompensada e elogiada de forma acentuada, criando na criança uma sensação de bem-estar e afetividade associada ao alimento. Portanto, o alimento está associado ao afeto e, muitas vezes, quan-

do buscamos afeto, buscamos também algum alimento, fazendo esta associação de forma inconsciente. Quando a pessoa não tem o afeto desejado, ela pode buscar esse afeto através do alimento, sem se dar conta.

São inúmeros os exemplos em que o indivíduo se apoia na comida para se sentir seguro em suas relações sociais. Mas o principal, e talvez mais perigoso significado do alimento para o homem, é ver na comida a solução para os conflitos, para o demasiado sofrimento, e buscar na alimentação o meio de se proteger das exigências do mundo. Dessa forma o alimento pode ter, para cada pessoa, sentidos muito distorcidos da realidade.

A comida está muito ligada às emoções, uma vez que o inconsciente registra aprendizados de toda a vida e, já nos primeiros dias de vida, durante a amamentação, por exemplo, o olhar da mãe para o filho transmite segurança e proteção. Para a UNAAE (União Nacional de Apoio ao Equilíbrio Emocional), se por algum motivo essa vivência for conturbada, existe a chance de marcar a vida adulta e contribuir para o desenvolvimento de um quadro de compulsão alimentar.

Perturbações na alimentação podem ser interpretadas como perturbações no estabelecimento de vínculos. Berg (2008) explicou que a principal fonte de amor do indivíduo é a relação que teve com a mãe na infância, e o indivíduo transpõe essa lógica para a vida adulta, como um modelo para vínculos futuros, possibilitando assim que o comer seja atividade de sobrevivência, de prazer e de estabelecimentos de novos laços sociais. Essa ligação acontece, pois, assim como bem descreveu Freud, a fase oral revela o fato de que a primeira forma de prazer do bebê é através da boca e especificamente do ato de sugar o leite materno. A intera-

ção da mãe com o bebê e, posteriormente, a interação da família com a alimentação da criança, constituem fatores fundamentais no surgimento de alguns casos de obesidade.

Dessa forma, é possível ressaltar que o alimento se transforma para o homem em um objeto carregado de significados simbólicos e puramente afetivos, que permite a projeção de estados emotivos, servindo de anteparo defensivo para as fraquezas e frustrações humanas, pois a pessoa pode estar buscando no alimento uma fuga às suas angústias. E estas dificuldades podem ter se originado na infância, quando a criança começa a diferenciar os alimentos, associando-os a erros alimentares e conflitos internos. Se a criança se sente rejeitada, por causa das exigências do meio a que não consegue corresponder, pode gerar um mecanismo psicológico de compensação oral, no qual, de certa forma encontra um meio de aprovação no ambiente ao comer. E como a alimentação por si só não satisfaz, mas esta registrada em seu inconsciente como algo confortável, continua a comer sempre mais.

Esse comportamento pode estender-se até a fase adulta, e permanecer em estado latente, manifestando-se toda vez que a pessoa for submetida a angústias, conflitos emocionais, medo, insucesso ou frustração. Até mesmo os desajustes e fracassos financeiros podem disparar o mecanismo.

## **Compulsão alimentar**

Toda experiência de aprendizagem se inicia com uma experiência afetiva. É a fome que põe em funcionamento o aparelho pensador. Fome é afeto. O pensamento nasce do afeto, nasce da fome. Afeto, do latim “*affetare*”, quer dizer

“ir atrás”. É o movimento da alma na busca do objeto de sua fome. É o Eros platônico, a fome que faz a alma voar em busca do fruto sonhado. (Rubem Alves)

De acordo com médicos do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, a compulsão alimentar está para ser incluída pelo DSM-IV como uma nova categoria entre os transtornos alimentares, denominada transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP). Encontra-se no Apêndice B do DSM-IV e, até o presente estudo, é diagnosticada nos transtornos alimentares sem outra especificação.

A caracterização desse transtorno baseia-se na presença de compulsão alimentar com subsequente angústia, devido à ausência de comportamentos para eliminação do excesso alimentar. A compulsão alimentar é definida atualmente por “ingestão, em um período limitado de tempo, de uma quantidade de alimentos maior do que a maioria das pessoas consumiria num período similar, sob circunstâncias similares, com sentimento de falta de controle sobre o consumo alimentar durante o episódio”.

Estudos epidemiológicos descrevem uma prevalência de TCAP em 2% da população geral e em cerca de 30% de obesos que procuraram serviços especializados para tratamento de obesidade.

O DSM-IV, para diagnosticar o transtorno, requer a presença de episódios recorrentes de compulsão alimentar, sendo que um episódio de compulsão alimentar é caracterizado por ambos os seguintes critérios:

Ingestão, em um período limitado de tempo (por exemplo, dentro de um período de duas horas), de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um período similar, sob circunstâncias similares;

Um sentimento de falta de controle sobre o episódio (por exemplo, um sentimento de não conseguir parar ou controlar o que ou quanto se come).

O alimento aparece, assim, como um caminho aceitável para suportar ou superar as angústias, e a compensação oral serve para se proteger do meio, como um “escudo de alimentos e de gordura” para desviar o sofrimento causado por emoções fortes. É uma forma também de proteger o Ego que, com certeza, está fragilizado.

Para Azevedo (2004), a compulsão alimentar é diferente da perda de controle ao se alimentar e comer exageradamente uma vez ou outra, pois, para a Psiquiatria, o comer compulsivo designa um padrão recorrente e associa-se à perda de controle. Para se caracterizar essa compulsão alimentar como doença é preciso que ela aconteça ao menos duas vezes na semana, e que o indivíduo não sinta prazer no ato da alimentação e não tenha consciência das atitudes no exato momento em que acontece a compulsão.

A compulsão alimentar também é acompanhada por sentimentos de angústia subjetiva, incluindo vergonha, nojo ou culpa. O comportamento compulsivo, principalmente o direcionado à compulsão alimentar, aparece estreitamente ligado a visão de si próprio, de confusão quanto ao seu valor pessoal, falta de amor próprio. A compulsão, de acordo com Laplanche e Pontalis (2004), é a conduta levada por uma imposição interna, ou seja, um pensamento (obsessão), uma ação ou uma ação de defesa ou, ainda, uma sequência complexa de comportamentos, que, se não realizadas, geram aumento de angústia.

É possível relacionar tal situação em que o impulso controla o indivíduo ao que Freud (1925) determinou como neurose. Com efeito, em situação comum, onde, por ventura aconteça esse conflito mental, ou seja, quando os impulsos surgem na mente do indivíduo e ele se defronta com poderosas oposições de outros impulsos, o que normalmente aconteceria é um confronto consciente entre instinto e resistência, que resultaria no repúdio do instinto, retirando, assim, o direcionamento de energia (catexia) para o impulso.

Dessa forma, explica o autor, na neurose, o conflito termina em resultado distinto, pois o ego (pessoa e sua autoestima) recua no primeiro confronto com o impulso do instinto, impedindo que esse mesmo impulso se torne consciente e tenha sua descarga motora natural, ao mesmo tempo em que o impulso retém seu direcionamento de energia integral (repressão). Esse processo foi nomeado por Freud de mecanismo de defesa.

É necessário explicar que instinto, aqui, aparece como o impulso à ingestão compulsiva de alimentos, e a resistência, por sua vez, consistiria nos motivos que o indivíduo afetado pode ter para não comer.

A obesidade pode se apresentar como consequência do transtorno do comer compulsivamente em que se obtém ganho de peso como método compensatório. Esse ato de comer compulsivo é acompanhado pela sensação de falta de controle sobre o próprio ato e também dos sentimentos de culpa e vergonha.

Berg (2008) defende que a origem e a evolução da doença têm profundas relações com questões do desenvolvimento psíquico, assim como com a influência da sociedade e da família. Para a autora, a relação entre corpo, sintoma e psique é tratada

com base em estudos de Freud sobre a histeria, uma vez que as ideias se tornam patológicas, após persistirem com muito vigor emocional, sendo-lhes negados os processos de desgaste normais.

Assim como esclareceu Gondar (2001, p.28), para Freud a compulsão remete diretamente à neurose obsessiva como resultante “[...] de um conflito psíquico e de uma luta subjetiva entre duas injunções opostas, estando o sujeito impossibilitado de escolher qualquer uma delas.”

É como se a comida ajudasse a suportar a ansiedade, comer para não pensar, pois pensar gera ansiedade; quando se está comendo, se esquece de todo o resto. Para Dowling (1988), o indivíduo que sofre com a obsessão alimentar tem consciência de que esse comportamento coloca a sua vida em risco e o impede de alcançar o seu desenvolvimento, e também de equilibrar o seu amor próprio; por isso, encontra-se constantemente tomado por perturbadoras mudanças de humor. Se a rotina habitual se desequilibra, o indivíduo sente que perde contato com seus sentimentos e essas alterações na sensação de bem-estar se repetem na relação que mantém com o alimento.

Pode-se dizer, então, que se concretiza-se, assim, uma luta entre momentos diferentes da relação com o alimento. Ora o indivíduo se alimenta em um padrão natural de consumo, ou seja, come para sobreviver; ora, estando totalmente controlado pelo impulso, sente a violenta necessidade de comer sem saber o porquê ou o que aconteceu nesse momento, como se tal fato fizesse parte dele.

Os momentos livres da compulsão alimentar são rígidos, seguem um padrão pré-determinado pelo próprio indivíduo

que, nessas ocasiões, se sente livre da sua obsessão e tem a ilusão de que a situação está sob controle, porém, se surgir a vontade incontrolável, nada mais importa e se rende novamente à compulsão seguida pelo sentimento de culpa. Numa tentativa de resgatar a autoestima, pensa que, talvez, não tenha se prejudicado tanto. Com efeito, quando está triste por ser gordo, come mais ainda, porque comer gera, inconscientemente, felicidade, acolhimento e proteção.

Para Dowling (1988), a dificuldade de controlar o consumo de alimento está ligada, geralmente, à necessidade do indivíduo de controle externo, ou seja, das normas rígidas de uma dieta, por exemplo. Sendo assim, esse indivíduo não possui naturalmente, o autocontrole e, se não se observar constantemente, passa a comer demais e o resultado aparece no corpo, assim como o sofrimento ao se dar conta do aumento de peso.

Para encerrar esta parte, retomamos as ideias de Azevedo (2004), referente à perda de controle do compulsivo alimentar. O autor comenta que a obesidade é evidentemente marcada por uma forma de evitar o mal-estar associado à sensação de fome. Nos casos mais graves, a compulsão alimentar faz com que essa sensação seja abolida rapidamente, sem que haja por parte do compulsivo qualquer preocupação com o gosto do alimento ou com o prazer obtido através da alimentação. O que importa é sentir-se cheio, podendo, muitas vezes, haver o desenvolvimento de outras condutas compulsivas ou de outras práticas compensatórias.

A comida parece ser, então, repetidamente utilizada como um recurso para conter o sofrimento, sendo vivenciada imaginariamente como o objeto capaz de sanar a angústia suscitada pelo

vazio incorporado. E o próprio sintoma compulsivo demonstra a impossibilidade de preenchimento, remetendo sempre a um novo movimento de satisfação.

#### 4 Contribuições da psicanálise para a obesidade

A psicanálise é o nome de um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por outro modo...

Freud

A partir de agora, pretende-se citar a questão da obesidade como sintoma que mostra uma lógica subjacente ao comer, com significado, muitas vezes, além da necessidade de cura clínica, de um pedido implícito de socorro.

Para tanto, esta pesquisa se apoia nas formulações de Cristiane Seixas apresentadas em sua tese de mestrado em Ciências Humanas e Saúde, da Universidade do Rio de Janeiro: “Comer, demandar, desejar: considerações psicanalíticas sobre o corpo e o objeto na obesidade”, publicada em 2009. Nela, a obesidade é tomada como objeto de estudo diante da questão do corpo que é entendido pela psicanálise além da moldura corporal feita pela sociedade, como um corpo recortado pela linguagem e resultante da complexa operação de configuração de imagem através da instalação da alteridade. A importância que o corpo ganhou na atualidade tem, sem dúvida, efeitos na constituição do eu, seja pela densidade identitária que o corpo passa a oferecer ao sujeito, seja pela impossibilidade de identificar-se a um corpo com o qual se está sempre descontente.

É importante esclarecer alguns conceitos fundamentais da teoria psicanalista antes de seguir o raciocínio proposta parte. Assim, descrevem-se, abaixo, alguns conceitos:

**Pulsão:** Freud, em *Além do princípio do prazer* (1920), situa a pulsão como o conceito-limite entre o psíquico e o somático, diferenciando-a dos estímulos externos devido a duas características: a força da pulsão que, diferentemente dos estímulos externos, é constante; e a fonte que é sempre corporal, um órgão ou uma parte do corpo. O fato de os estímulos provenientes do corpo serem ininterruptos coloca o aparelho psíquico sob o domínio do princípio do prazer e, para manter uma homeostase, cria os possíveis destinos das pulsões.

**Fase Oral:** É a primeira fase da evolução libidinal, na qual o prazer sexual está predominantemente ligado à excitação da cavidade bucal e dos lábios que acompanha a alimentação. Nessa fase, a nutrição fornece as significações eletivas pelas quais se exprime e se organiza a relação de objeto, em que a relação de amor com a mãe é marcada pelos significados de comer e ser comido (LAPLANCHE; ONTALIS, 2004).

**Objeto:** A noção de objeto é encarada pela psicanálise sob dois aspectos principais: a) enquanto correlativo da pulsão no qual é o que e o porquê da pulsão querer atingir sua meta, um tipo de satisfação, podendo ser uma pessoa, um objeto parcial, um objeto real ou fantasioso; e b) enquanto correlativo do amor, em que se trata da relação da pessoa total, ou da instância do ego, com um objeto visado (LAPLANCHE; PONTALIS, 2004).

**Desejo:** Freud, em sua obra *Além do princípio do prazer* (1920), caracteriza o desejo, não pela possibilidade de satisfação, mas por aquilo que o objeto pulsional engendra na busca pela satisfação. A definição de de-

sejo em Freud só é delineada com maior precisão no contexto da teoria dos sonhos, mas se refere, sobretudo, à vivência alucinatória da satisfação. Essa vivência só pode ser reeditada no encontro do objeto, ou de forma mais precisa, no reencontro, dado que o objeto é desde sempre perdido (SEIXAS, 2009).

Para Seixas (2009), a obesidade é construída por sintomas que colocam o corpo como principal depositário de tudo o que o ser humano precisa mostrar, inclusive o seu fracasso. E o ponto de vista psicanalítico sobre o tema é possível porque o corpo que padece e sofre por seu excesso de peso reflete sintomas formados pelo inconsciente e que a medicina não cura.

A autora afirma que o campo em que se dá a experiência analítica diferencia o corpo com o qual lida, do corpo da medicina. Ou seja, a verbalização do inconsciente faz o eu consistir onde a razão não está, e a construção teórica das pulsões como o conceito limite entre o psíquico e o somático forma a problemática do corpo da psicanálise, por estar, invariavelmente, marcado pela força pulsional.<sup>7</sup>

O estudo psicanalítico investiga a obesidade partindo da relação entre os conceitos e as definições de pulsão, corpo representado<sup>8</sup> e função materna, pois, de acordo com Berg (2008),

---

7 Freud realizou uma reestruturação teórica em 1920 com uma nova teoria das pulsões, o que o conduziu, mais tardiamente, à construção da segunda tópica na qual o aspecto pulsional ganhou lugar central, abrindo um espaço privilegiado para a função da angústia no tratamento (SEIXAS, 2009, p.41).

8 O corpo é o lugar contínuo de introjeção de ideais de identificação. É objeto do Outro, ao mesmo tempo em que é lugar onde os objetos próprios se particularizam. A imagem unificadora do corpo fornece a configuração da distribuição dos objetos, como uma certa organização do espaço e do campo onde estes aparecem (BATTAGLIA, 2009).

a visão psicanalítica não se restringe a um padrão objetivo de corpo obeso concreto (como acontece na medicina).

Em outras palavras, a psicanálise defende que a origem e a evolução da doença têm profundas relações com questões do desenvolvimento psíquico, assim como com a influência da sociedade e da família. Para a autora, a relação entre corpo, sintoma e psique, é tratada a partir dos estudos de Freud sobre a histeria, uma vez que as ideias se tornam patológicas, após persistirem com muito vigor emocional, sendo-lhes negados os processos de desgaste normais.

Seixas (2009) compreende a necessidade de se pensar na obesidade como resultado de sintomas neuróticos. Sendo assim, o ato compulsivo de se alimentar é uma resposta à hesitação imposta pelo conflito, compensando a dúvida. Tanto que a compulsão à repetição, trabalhada por Freud em *Além do Princípio do prazer* (1920), não se refere a um conflito, mas a uma característica fundamental da pulsão, que precede logicamente a instalação do conflito pulsional e impõe ao sujeito a organização dos impulsos.

Não que o ato represente uma simples obediência à imposição, visto que, para Gondar (2001, p.30), “[...] os atos compulsivos são uma tentativa de fazer obstáculo ao cumprimento da injunção cruel, ainda que essa tentativa fracasse: há neles um lampejo de subjetivação que não chega a efetivar-se como afirmação de desejo.”

Dessa forma, o consumo alimentar excessivo se apresentaria como uma estratégia diante da frustração intolerável, uma vez que o sujeito carece de recursos simbólicos para lidar com o conjunto de exigências sociais que se traduzem para o obeso em

saúde e magreza. Para Seixas (2009), esse comportamento traz para o plano da pulsão a explicação dessa dinâmica dos sintomas alimentares da obesidade.

Recalcati (2002, apud SEIXAS, 2009) afirma que a dinâmica que acontece na obesidade, de comer em excesso, fornece ao sujeito recursos simbólicos para lidar com a frustração resultante da impossibilidade de preenchimento e satisfação da demanda. Assim, o corpo obeso e a própria fome parecem manifestar a pulsão, no ponto em que não há a captura pela linguagem, evidenciando a estreita relação entre o corpo somático e o corpo pulsional da psicanálise.

O autor entende, assim, que o indivíduo privado de recursos simbólicos para lidar com o desejo traduz o conflito psíquico em sintoma, como se o corpo neutralizasse o encontro traumático, separando-se do sujeito e destacando o corpo como um objeto separado do sujeito, uma dificuldade de reconhecimento do corpo obeso como próprio.

A obesidade pode, então, apresentar-se para o sujeito como a impossibilidade de recusar a demanda do outro (corpo obeso) e se torna fixo no objeto (comida), restando ao sujeito a compensação no consumo do objeto alimento.

É importante, neste momento, pensar na representação do corpo e do objeto que o obeso constrói e na relação do sujeito com o objeto, para entender que, na obesidade, não se trata da fome fisiológica, mas de uma sobreposição do objeto da demanda em um objeto de necessidade. Explicando-se, assim, que, na dinâmica da obesidade, a inscrição psíquica da pulsão acontece na tentativa de preenchimento de um vazio (resposta do sujeito para sua performance), em que a materialidade do preenchimen-

to e da completude obtém a formulação da própria demanda, que se dá a partir da constatação dessa pessoa de que algo falta.

Estando visível que a obesidade pode se apresentar na vida de um indivíduo, primeiramente como um conjunto de manifestações corporais, é preciso pensar sobre duas questões fundamentais que auxiliem no entendimento dessa lógica do comer: o corpo e o objeto.

Seixas (2009) aponta que, na obesidade, é evidente um sintoma que se articula através da oralidade, podendo parecer que se trata de uma falta que se operou no nível da realidade. Do ponto de vista psicanalítico, é possível garantir uma relação direta com um objeto da realidade (comida), buscando a contingência que instaura a primazia do objeto oral no enfrentamento da frustração e na busca da satisfação.

Seguindo esse raciocínio, a problemática do corpo se inscreve no campo psicanalítico de modo singular, visto que a psicanálise é confrontada ao real do corpo em suas articulações com a cultura, não escapando, dessa forma, à incidência da linguagem. Sem qualquer margem de dúvida, para a psicanálise não se trata do corpo biológico ou cultural, mas do corpo pulsional, do qual não se pode isolar o puro organismo vivo e instintual.

Freud em seu trabalho *Pulsões e destinos da pulsão*, de 1915, alavancou a pulsão<sup>9</sup> como um dos conceitos fundamentais que permitiram a fundação do campo psicanalítico em oposição ao campo médico. Os estudos sobre os sintomas histéricos de con-

---

9 Quanto ao conceito de pulsão, somente um sujeito afetado pelo inconsciente estruturado como uma linguagem pode ser acossado por uma pulsão e por sua exigência de satisfação constante. Somente para um sujeito, esse modo de satisfação que traz a pulsão pode ser causa de um enigma, abrindo assim as vias ao desejo (LACAN, 1985, p.42).

versão que desafiavam a clínica médica apontavam, desde o nascimento da psicanálise, a necessidade de constituir um estatuto de corpo diferente do biológico, numa tentativa de apreender essa estreita relação entre o corpo e o psiquismo, que diferencia os seres humanos dos animais.

Para Rabinovich (2004), a distinção fundamental que o corpo assume para a psicanálise reside no fato de que o ser humano é essencialmente marcado pela sua inserção no campo da linguagem. O aspecto significativo é o “objeto” da psicanálise: o sujeito que a psicanálise apresenta é um sujeito dividido, fragmentado. É um sujeito que é outro, onde o significativo representa um sujeito para outro significativo, fixando que o ser humano está sujeito à linguagem e, assim, aprisionado em sua relação com o Campo do Outro<sup>10</sup>.

A autora, ainda, explica que é na estrutura da linguagem que advém o sujeito do inconsciente, submetido à lei do significativo que lhe é preexistente, enfatizando a subordinação do sujeito ao Campo do Outro e, conseqüentemente, sua alienação fundamental ao significativo.

A essa questão é possível acrescentar as palavras de Carvalho e Martins (2004), de que a análise da relação de objeto a caracteriza como propulsora da relação do sujeito com o mundo. Ou seja, o sujeito está sempre se relacionando com o mundo (o outro) através do desejo de um objeto.

---

<sup>10</sup> Freud afirmou que o ser humano não nasce com uma unidade mental equivalente ao “eu”, mas com um certo caos resultado do corpo ainda fragmentado e que, para esta unidade ser apreendida, é necessário um esquema mental. Lacan, por sua vez, afirmou que esse esquema mental é antecipado para o sujeito por um Outro, antes mesmo de sua capacidade motora se expressar. Esse Outro está além de uma dimensão imaginária, sendo o portador de diversos significantes. Quem primeiro ocupa esse lugar de Outro, para a criança, é aquele que exerce a função materna (BATTAGLIA, 2009).

Lacan (1995) salientou, em seus estudos, a possibilidade de localizar, nos primórdios do sujeito, a dinâmica de uma reivindicação de algo que é desejado, reivindicação do sujeito em busca da satisfação, mas sem referência à possibilidade de ser obtido. Trata-se de um objeto real que é visado (o seio materno) e um dano imaginário que é causado (a frustração), configurando a anatomia imaginária do desenvolvimento do sujeito.

O autor estabelece, assim, a disjunção entre demanda e necessidade, pois mesmo sendo o seio materno o objeto real visado miticamente pelo sujeito, é na medida em que desempenha uma função significativa que ele abre a dimensão do desejo. Afirma, também, que o seio materno desempenha uma função significativa para além do organicismo, e nesse sentido a mãe não é o objeto real, mas surge a partir dos jogos de domínio do sujeito sobre o objeto. Lacan (1995, p. 67) fala que “[...] este acoplamento de presença-ausência, articulado de modo extremamente precoce na criança, conota a primeira constituição do agente da frustração, que é originariamente a mãe.”

Seixas (2009, p.63) propõe a disjunção necessária entre demanda e necessidade. Na obesidade é no campo da oralidade que aparece essa disjunção, pois é evidente que algo não se satisfaz, como se algo estivesse sempre operando no sentido de não permitir a satisfação, tomando a obesidade referida a uma resposta incessante ao apelo:

Na metapsicologia freudiana essa lógica que se apresenta na relação do sujeito com o objeto comida toma como hipótese que é na medida em que o ato de comer, a própria fome, não é erotizada é que a necessidade se “solda” à satisfação,

não veiculando o desejo articulado à castração, mas sim a demanda de satisfação.

Então, em todos os movimentos, o indivíduo inconscientemente está tentando se relacionar com o seu objeto primário (a mãe), objeto esse que lhe forneceu o alimento (o leite através do seio). O alimento se tornou representação da mãe, de afeto, carinho, cuidado e, dessa forma, toda vez que, na infância, sentiu a ausência da mãe e do alimento sentiu-se também tomado pela frustração. É como se agora, na fase adulta, repetisse esse apelo que o sujeito fazia quando o objeto materno estava ausente; destacando do objeto real os traços que dele restam, o sujeito poderá estabelecer uma relação com um outro objeto (comida).

Essa simbolização do alimento elaborada através da relação com a mãe é marcada por lembranças imaginárias do objeto. Para Birman (2005), se em um primeiro momento o objeto é revestido pelo seio materno, pode se dar, na recusa do símbolo do amor, uma dialética em que o sujeito constitui a demanda pelo objeto, entrando, assim, no campo da pulsão, ou seja, o sujeito, no percurso da entrada no campo da linguagem, constitui sua primeira unidade identitária que se refere ao corpo e, a partir daí, se estabelecem os circuitos pulsionais e os destinos das pulsões. Birman (2005, p. 62), ainda, esclarece:

O movimento inicial da força pulsional conduz para a descarga. Entretanto, à medida que o Outro puder acolher esse movimento originário, isto é, nomeá-lo e lhe fornecer um campo possível de objetividade, a força pulsional estabelecerá uma ligação que a fará retornar ao organismo.

Dessa forma, percebe-se que o aparelho psíquico do obeso é marcado por esse movimento originário da pulsão, movimento esse que vai de encontro ao Outro e retorna só após ter encontrado um objeto com o qual retém uma satisfação possível, ainda que parcial, sem que haja, no entanto, um eu separado do objeto. É como se, para este indivíduo, a comida fosse parte dele, havendo sempre a necessidade de reincorporar esse objeto.

É possível entender, de acordo com Seixas (2009), que a meta de toda pulsão seria a satisfação, de forma que a pulsão se caracteriza, essencialmente, por ser uma força constante e a satisfação seria, do ponto de vista biológico, a cessação dos estímulos que seriam sentidos como desprazerosos. O paradoxo da satisfação pulsional começa quando a pulsão, por não situar-se no plano puramente biológico, produz uma modificação na satisfação, ressaltando a função essencial do percurso da pulsão a partir de sua fonte. Assim, a pulsão se apoia na necessidade e desenvolve um tipo de fixação da pulsão a um objeto, ou seja, um objeto poderia passar a “satisfazer” a pulsão, impedindo o deslocamento e a busca por objetos parciais.

Podemos, então, completar esse raciocínio sobre o objeto da pulsão do obeso com a ideia de Rabinovich (2004) de que há, na obesidade, uma satisfação à qual não é possível renunciar, sugerindo uma fixação primeira no objeto oral, atribuindo, desde o início, uma equivalência entre a experiência de satisfação e o objeto oral primordial, a saber, o seio materno.

Assim, o objeto pulsional na obesidade esta sempre se vinculando ao alimento como forma de satisfação primordial de todas as necessidades do indivíduo. E, em qualquer vestígio de frustração, esse indivíduo fixado em objeto simbólico (alimento)

recorre sempre ao ato de comer. O sujeito transforma a comida no objeto que o liberta do sentimento da falta e, conseqüentemente, da frustração.

Conclui-se, então, neste ponto da pesquisa, que o alimento para o obeso é ligado de tal forma ao objeto de sua satisfação que essa satisfação é sempre parcial. Pois, como ressaltou Seixas (2009), é a ligação a um campo de objetividade que torna a satisfação parcial, pois, ao mesmo tempo, faz com que algo do objeto buscado se torne, paradoxalmente, um objeto perdido.

Simplificando os argumentos da autora, é nessa parcialidade da satisfação pulsional que o objeto passa a ter consistência imaginária, na qual o sujeito fica fixado. E como na obesidade a demanda do desejo se dá na instauração do objeto perdido, é possível que o obeso encontre um único recurso, que é o de buscar continuamente, na sua concretização de objeto, a satisfação de que tanto sente falta.

O que se pode concluir é que o sujeito permanece como se estivesse amarrado à contínua demanda do objeto primordial, e só consegue suportar esses intervalos de vazio que sente, recorrendo ao sintoma alimentar, ou seja, à ingestão de alimentos.

Necessário também ressaltar a relação entre obesidade e autoestima. De acordo com Berg (2008), o ato de comer pode ser visto como uma luta entre o que é socialmente exigido e a busca por satisfação e preenchimento de vazio. Ao mesmo tempo em que comer evita o sentimento de aniquilação (pois se come para sobreviver), também impede o estabelecimento de limites entre o Eu e o mundo externo.

Enfatiza, ainda, a autora que Freud, em sua obra *Inibições, sintomas e ansiedade*, de 1925, defende que a autoestima é rema-

nescente do sentimento de onipotência existente na infância. A autoestima é sustentada pelo ideal e quando esse ideal é um corpo magro e o indivíduo não consegue corresponder à sua própria expectativa, gera nele um sentimento de inferioridade. A percepção do seu corpo obeso gera sentimento de culpa e frustração, e essa evidente ameaça a autoestima faz com que o psiquismo busque meios de satisfação, muitas vezes resgatando sentimentos de felicidade primitivos ligados à amamentação.

Mascarenhas (2005) explica também que a pessoa obesa é alguém que, em algum momento da vida e quase sempre na infância, sentiu que seus anseios não foram correspondidos apenas por ser quem é, que sua simples presença não evoca paixão e, desta forma, busca na alimentação esse retorno, ou seja, o que se quer explicar aqui é que nenhuma pessoa come demais apenas por comer, porque ela está buscando nesse alimento algo que não conseguiu com outros recursos e essa busca pode ser por carinho, amor, admiração, entre inúmeros outros motivos que podem levar a pessoa a comer muito.

É possível perceber, então, através do relato dos autores citados até aqui, que a pessoa que muito come ao ponto de ficar obesa é alguém que talvez não tenha conseguido externar todo seu potencial, que a energia que despenderia em realizar coisas a que tem propensão fica circulando dentro de si próprio, sem encontrar saída, e acaba se condicionando ou se direcionando apenas ao ato de comer.

De acordo com Mascarenhas (2005), a psicanálise explica que a pessoa que sente o desejo de viver um amor, ou de realizar um sonho, começa a desenvolver energia para a concretização de seus anseios. Uma vez que eles não acontecem, essa energia

fica ociosa, ou seja, são emoções intensas que não se realizam e ficam fissuradas e geram apetites intensos que não se refinam, não se tornam sofisticados e acabam encontrando resposta nos níveis primários de satisfação, como a satisfação da fome, por exemplo.

É como tenta explicar Campos (1993 apud CATANEO, 2005), que, em seus estudos sobre a obesidade identificou as seguintes características psicológicas em obesos: passividade e submissão, preocupação excessiva com comida, ingestão compulsiva de alimentos e drogas, dependência e infantilização, primitivismo, não aceitação do esquema corporal, temor de não ser aceito ou amado, indicadores de dificuldades de adaptação social, bloqueio da agressividade, dificuldade para absorver frustração, desamparo, insegurança, intolerância e culpa. Afirma, ainda, que as pessoas obesas são mais regredidas e infantilizadas; tendo dificuldades de lidar com suas experiências de forma simbólica, de adiar satisfações e obter prazer nas relações sociais, de lidar com a sexualidade, além de uma baixa autoestima e dependência materna.

Então, talvez seja por essas razões citadas acima, de dependência e medo da frustração, que a pessoa tenha se condicionado ao ato de comer, pois provavelmente prefere a satisfação primária que o alimento traz aos seus desejos do que correr o risco de realizar outros anseios e acabar por não ser aceito, não ser amado e se frustrar.

Para Mascarenhas (1985), a pessoa obesa possui instintivamente um apetite, um desejo enorme de viver, de concretizar seus sonhos e de desenvolver as potencialidades com as quais já nasceu, mas, talvez por motivos desconhecidos, não encontra

forças para realizar os ideais, sente-se limitada e transfere essa intensidade para a alimentação voraz, pois não consegue administrar toda essa energia dentro dela.

A excitação que a pessoa criou não encontra caminho para se desenvolver e, dessa forma, é muito fácil encontrar satisfação na comida, pois o alimento pode significar, para essa pessoa, uma forma de se sentir amada, protegida e também de socializar-se com o meio externo. Conclui-se, que para os obesos o ato de comer é como tranquilizador, como uma forma de localizar a ansiedade e a angústia no corpo, sendo apresentadas também dificuldades de lidar com a frustração e com os limites.

Quando se fala em excitação, é interessante acrescentar as questões relacionadas à sexualidade na inter-relação com o alimento e suas representações como objetos de satisfação. O homem nasce com inúmeras potencialidades e precisa, ao longo da vida, desenvolver esses potenciais para viver plenamente. No âmbito dessas potencialidades está a sexualidade, a qual, é preciso lembrar, tem um significado muito maior do que o ato sexual em si. Enfim, quase sempre o ser humano sente a sua sexualidade reprimida pelo contexto moral e social e busca no alimento uma forma de prazer.

Battaglia (2009) relatou que Freud descobriu, em seus diversos estudos clínicos, que maior parte da formação de sintomas (principalmente ligados a histeria) está intimamente ligada à sexualidade, ou seja, o sintoma aparece como defesa necessária contra uma representação sexual intolerável. Assim, a falta de um caminho natural para a sexualidade humana torna a pessoa sempre insatisfeita em relação ao desejo e pode se manifestar por

meio de desvios da pulsão. Para exemplificar tal ideia, encontra-se a citação da autora (2009, p. 16-17):

A libido é o que penetra, percorre e marca o corpo, sinalizando-o pela premência de ser satisfeito. Freud diz que, no início da vida de cada bebê, há um tempo mítico em que ele tem suas necessidades todas satisfeitas pela mãe, e que seria o retorno a essa experiência de satisfação que o indivíduo buscaria pelo resto de sua vida, sem jamais encontrar.

Tentando explicar esses conceitos de forma simplificada, é possível dizer que muitas pessoas procuram compensar suas frustrações sexuais com a alimentação exagerada, e que esse comportamento pode representar uma regressão à fase oral, o que aconteceria em um contexto em que o apetite anormal reflete uma necessidade para compensar frustrações de caráter afetivo e emocional, ou também uma insatisfação ou mesmo a incapacidade de manter um relacionamento sexual.

Talvez esse comportamento possa estar encobrendo uma atitude defensiva perante o ato sexual. É como se, inconscientemente, a pessoa estivesse desejando não ser desejada, pois teme a manifestação do desejo no outro e (como pode vir a) e a necessidade de lidar com isso, e prefere encobrir-se com a gordura corporal, para, através da deformação do seu aspecto físico, justificar sua rejeição do sexo e do meio social.

Para Cervelatti (2005, p.6), na obesidade há falta de ligação entre o gozo<sup>11</sup> e o amor, característica do pai edípico que, em sua função simbólica, encobriria o impossível da relação sexual. “A

---

11 O gozo é nomeado tanto por Freud, como por Lacan como a busca pela plenitude ou, ainda, a busca pelo objeto completo de satisfação (BATTAGLIA, 2009).

sociedade atual defende uma não existência do Outro, do empuxe à desinibição pela busca frenética de um gozo a mais, bem diferente do sintoma analisado e decifrado por Freud.” O sexo e a inexistência da relação sexual estão escancarados.

Recalcati (2004, apud CERVELATTI, 2005) aponta que, na adolescência, é quando geralmente acontece o encontro com o real do sexo e o sujeito se vê sem a proteção do Outro, proteção própria da infância, e com a tarefa de construir um laço amoroso. Por esse fato é que se tornou crescente o desenvolvimento da obesidade nessa época da vida, servindo como uma defesa ao gozo do corpo do Outro.

A fome, na maioria das vezes, não é apenas orgânica, mas também emocional e sentimental. Para o conceito analítico, a atitude de comer pode ser considerada uma descarga libidinoso e, muitas vezes, compensadora das frustrações sexuais, ao que Freud denominou de “dupla Função”. Tal mecanismo pode explicar muitos casos de obesidade feminina, que estaria associada a um certo grau de “frigidez dissociada”, com a incapacidade de se obter satisfação durante a relação sexual.

Freud postula que, para compensar essa vida sexual não gratificante ou ainda angustiante, a pessoa se volta para a via do “alimento amor”, uma atitude que, de certa forma, compensa a insatisfação, visto que a relação de amor e desejo pelo alimento é uma condição perfeitamente aceita pelos padrões sociais, e também é um comportamento mais tolerável, porque esse indivíduo poderia ainda recorrer a outras vias de satisfação como o álcool, as drogas, ou os jogos.

Para Carneiro (2005), a comida e o sexo são duas fontes dos mais intensos prazeres carnis, sendo que o primeiro é indis-

pensável na vida diária de todo ser humano, e na forma como o ser humano organiza sua energia, ou seja, sua libido, esses dois prazeres se aproximam de muitas maneiras, tanto na fase infantil, em que o seio materno é a fonte do máximo prazer, como nas práticas eróticas orais, tais como o beijo, em que o mesmo órgão da nutrição produz gratificação sensual. Nas representações de inúmeras culturas, associam-se sempre o sexo e a comida e o verbo comer costuma possuir um duplo sentido.

Podemos aqui concluir que, nos casos de obesidade, a lógica que se estabelece com o alimento mostra que o ato de comer, ou a própria fome, não é libidinizado<sup>12</sup> e deixa a satisfação da pulsão presa à satisfação da necessidade, sob a dimensão do desejo. Essa compensação entre o peito (que atende à necessidade) e o seio (que exerce a função de objeto) que a libidinização do comer promove, engloba o objeto (que se sente falta) e o ato de comer revela uma tentativa de satisfação concreta, que deixa o sujeito num deslocamento infinito seja na compulsão, tentando aliviar a angústia, seja na busca de soluções para se livrar do sofrimento que a obesidade traz.

Por ser a obesidade, além de subjetivamente complexa, uma condição orgânica da contemporaneidade, é preciso, de acordo com Seixas (2009), construir elementos que orientem o manejo clínico e transferencial desses casos. Em outras palavras, é necessário analisar o estatuto do corpo na psicanálise, corpo sobre o

---

12 Vontade, desejo. Manifestação dinâmica da vida psíquica. Energia postulada por Freud como substrato das transformações da pulsão sexual quanto ao objeto (deslocamento de investimento), quanto à meta e quanto à fonte da excitação sexual (LAPLANCHE; PONTALIS, 2004)

qual a linguagem incide criando novas modalidades de sofrimento e também de cura para esse sofrimento.

O acompanhamento psicanalítico no tratamento da obesidade deve observar as associações cognitivas e emocionais feitas pelo indivíduo diante do seu hábito alimentar. De acordo com Rabinovich (2004), essas associações cognitivas são os conceitos associados ao comportamento alimentar. Ressalta que o objetivo maior é a reinserção da falta que garante a entrada no mundo simbólico, que o ideal não é buscar a cura, como faz a medicina, e tampouco a reinserção dos indivíduos nos dispositivos disciplinares e de controle, mas sim fazer operar o desejo.

A intervenção psicanalítica deve propor um ponto de vista em que o sujeito encontre a possibilidade de mudança e, ao mesmo tempo, de reconhecimento da fragmentação de certezas impostas pelo discurso sociocultural e familiar, tais como: a necessidade de emagrecer por motivos médicos, a certeza do descontrole em relação à comida, entre outros.

Dessa forma, pode se fazer emergir um discurso do inconsciente capaz de se atualizar através da transferência, fortalecendo o laço analítico que permitirá um trabalho de análise e poderá ampliar o campo de possibilidades subjetivas, e o próprio acesso ao campo dos significados, para que se amplie juntamente a possibilidade de subjetivar o sofrimento, descolando-o de significados referidos ao corpo para novos significados aos quais o sujeito está impossibilitado de acessar.

Enfim, o intuito maior da psicanálise com relação à obesidade é proporcionar um processo analítico em que, através da relação entre associação livre e interpretação, se consiga reintroduzir o sujeito obeso no ciclo da troca, para que a satisfação ve-

na substituir algo que lhe falta. Submeter esse indivíduo a um tratamento poderá semear, no lugar da dor que a pessoa com excesso de peso sente, a certeza de que ela pode encontrar dentro de si própria as respostas para preencher seu imenso vazio.

### Considerações finais

A obesidade, um desejo infinitamente insatisfeito, inadequado, que faz consumir vorazmente o objeto alimento, sem mastigá-lo e, muitas vezes, sem sentir o seu sabor. O indivíduo incorpora o objeto, para continuar ele mesmo, defendendo-se do desejo e aumentando sempre o seu volume corporal na busca de um sinal de amor, sinal do que ou de quem tem falta, e assim se faz existir para o Outro. “Para fazer existir o sinal de amor, na obesidade o sujeito consome infinitamente os objetos para compensar a falta do Outro.” (SEIXAS, 2009, p.58).

E cria um escudo para o desejo do Outro, permanecendo em um modo de satisfação solitária, direcionando todo seu investimento ao corpo em detrimento do investimento no Outro.

Parece que a intenção do corpo obeso seja mostrar-se por si só, dispensando falas, atos ou opiniões, exemplificando a dinâmica da pulsão de fazer-se ver. E mesmo apesar do excesso, do enorme volume de gordura depositado no corpo e de o sujeito obeso se sentir alvo do olhar do Outro é bem provável que o obeso não se sinta satisfeito em exhibir-se, em se mostrar apenas. A sua intenção em evidenciar o corpo gordo revela o desejo de causar angustia no outro.

Todos os indícios sobre os porquês da obesidade acumulados nesta pesquisa deixam perceber que a voracidade no devorar

o alimento que ocorre na obesidade pode ser a compensação de uma frustração de amor através do objeto real (comida). O indivíduo, em algum momento, acredita não ter o dom do amor (simbólico) e consome freneticamente o alimento, num processo de substituição.

Parece até que o corpo da pessoa obesa é feito para tal satisfação demasiada, porém solitária, onde o sujeito sequer olha o corpo no espelho, não aceita esse corpo como seu, como se estivesse escondido de si próprio. Cria um corpo idealizado, fantasiado e investido narcisicamente, mas que sempre se conserva inalcançável, como todo ideal.

A presente pesquisa se encerra acreditando que alcançou seu objetivo máximo, ou seja, de mostrar que o corpo obeso pode ter inúmeros significados dentro do indivíduo que o constrói, que a obesidade é muitas vezes representante de sintomas de desordens no desenvolvimento psíquico e que o excesso de peso, apesar de todo o sofrimento que acarreta pode ser a única maneira que a pessoa encontra de externalizar toda sua insatisfação e frustração mediante a não realização de suas potencialidades.

Assim, procurou-se discutir a obesidade dentro de um contexto que desenvolve a necessidade de satisfação e como se dá a busca por objetos dessa satisfação, colocando em pauta a questão do circuito pulsional que, estabelece o objeto vinculado a uma perda originária que ao mesmo tempo, constitui o desejo como insatisfeito.

Nesse parâmetro, a comida que substitui esse objeto fornece ao indivíduo um consistente significado, ao qual ele permanece preso, e passa a regular todo o seu comportamento de acordo com essa relação íntima com o alimento. Conclui-se, então, que

a problemática da obesidade pode ser acolhida pela psicanálise, que procura levantar outras problemáticas, visando oferecer um campo de subjetivação que permita a emergência da angústia não somente referida ao corpo e a seus excessos, possibilitando a construção de recursos simbólicos necessários à elaboração da pulsão real.

Por fim, é possível dizer que, na obesidade, o indivíduo está impossibilitado de se relacionar com objetos simbólicos e transfere esse aspecto para o mundo real através da mortificação do corpo, como se existisse, dentro da pessoa, uma tensão física que não consegue penetrar no âmbito psíquico e, por isso, permanece no trajeto físico. Esse esquema de insatisfação faz do obeso um sujeito prisioneiro em sua tentativa de evitar a angústia, colocando o objeto buscado no corpo, e impedindo sua captura na fantasia.

O obeso é um corpo demasiado cheio que o sujeito vive como um vazio infinito.

## Referências

- ALVES, Rubem. *O quarto do mistério*. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1995.
- AZEVEDO, Alexandre Pinto de; SANTOS, Cimâni Cristina dos; FONSECA, Dulcineia Cardoso da. Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria Clínica* [online]. 2004, vol.31, n.4, p.170-172 São Paulo, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-0832004000400008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-0832004000400008)> Acesso em: 15 set. 2009.
- BATTAGLIA, Laura. A estrutura do psiquismo. In: *A lógica do sujeito. Viver mente e cérebro*. n. 4. p. 14-21. 2009.
- BERG, Raquel. Uma análise freudiana da obesidade. *Psique Ciência e Vida*. Ano III, numero 36. P. 18-23. 2008

- BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade*: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.
- BRAGA, Vivian. Cultura Alimentar: contribuições da antropologia da alimentação. *Saúde em Revista*. Piracicaba, ano 6, numero 13. P. 37-44. 2004
- CARNEIRO, Henrique S. Comida e sociedade: Significados sociais na história da alimentação. *História: Questões & Debates*, Curitiba, n. 42, p. 71-80, 2005.
- CARVALHO, M.C.; MARTINS, A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1003-1012, 2004.
- CATANEO, Caroline; CARVALHO, Ana Maria Pimenta; GALINDO, Elizângela Moreira Careta. Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade Emocional, Auto-conceito, Locus de Controle e Ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Numero 18. p. 39-46. 2005. disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n1/24815.pdf>> acesso em: 16 set. 2009.
- CERVELATTI, Carmem . A hora da anorexia e o fora da cena na obesidade. 2005. Disponível em: <[http://www.ebp.org.br/biblioteca/pdf\\_biblioteca/CarmenSilviaCervelatti\\_A\\_hora\\_da\\_anorexia\\_e\\_o\\_fora\\_da\\_cena\\_na\\_obesidade.pdf](http://www.ebp.org.br/biblioteca/pdf_biblioteca/CarmenSilviaCervelatti_A_hora_da_anorexia_e_o_fora_da_cena_na_obesidade.pdf)> Acesso em: 22 ago. 2009.
- DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DOWLING, Colette. *O complexo de perfeição*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 1988.
- ESTEVES, Gilcenira Ataliba. Fatores psicológicos do excesso de peso. 09/08/2009. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/nutricao-artigos/fatores-psicologicos-do-excesso-de-peso-1111426.htm>> Acesso em: 21 set. 2009.
- FLANDRIN, J. L.; MONTANARI, M. *História da alimentação*. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.
- FREUD, Sigmund. Um estudo autobiográfico, Inibições, sintomas e ansiedade: A questão da análise leiga e outros trabalhos. (1925). *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
- \_\_\_\_\_. *Pulsões e destinos da pulsão* (1915). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

- \_\_\_\_\_. *Além do princípio do prazer* (1920). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol.XX. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
- GONDAR, J. Sobre as compulsões e o dispositivo psicanalítico. In: *Ágora*, v. 4, p.25-35, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/agora/v4n2/v4n2a02.pdf>> Acesso em: 08 fev. 2009.
- KAHTALIAN, A. Obesidade:um desafio. In: MELLO FILHO et al. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: A. Médicas, 1992.
- KEPPE, Marc André da Rocha. Acompanhamento psicanalítico do paciente com sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida. Publicado na *Revista de Transpsicanálise* em 20/12/2005. Disponível em: <<http://www.transpsicanalise.com.br/Artigo%20Cientifico%201%20-0Obesidade.pdf>> Acesso em: 30 out. 2009.
- LACAN, J. O seminário, *Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1985.
- LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, J.B. *Vocabulário da psicanálise*. 4. ed. 2ª tiragem . Tradução: Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- MAZZINI, I. A alimentação e a medicina no mundo antigo. In: FLANDRIN, J. L.; MCDUGALL, J. *Teatros do corpo*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- MANCINI, M. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. São Paulo, v.45,n.6,p1-38, dez.2001.
- MASCARENHAS, Eduardo. *Emoções no divã de Eduardo Mascarenhas*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1985.
- MENNINGER, Karl; HOLZMAN, Philip. *Teoria da Técnica Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- RABINOVICH, D. *Clínica da pulsão: as impulsões*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.
- ROMANELLI, Geraldo. O. Significado da alimentação na família: uma visão antropológica. *Medicina*, Ribeirão Preto, v.39, n.3, p.333-9, 2006.
- SEIXAS, Cristiane M. *Comer, demandar e desejar: considerações psicanalíticas sobre o corpo e o objeto na Obesidade*. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2009.
- \_\_\_\_\_. Um corpo em questão: considerações psicanalíticas sobre a obesidade. In: III congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, 2008, Rio de Janeiro. 2008. Disponível em: <<http://www.fundamen>

talpsychopathology.org/8\_cong\_anais/TR\_461.pdf> Acesso em: 25 out. 2009.

UNAEE, União Nacional de Apoio ao Equilíbrio Emocional. Obesidade. Disponível em: <<http://www.unaee.org.br/si/site/0204?idioma=portugues>> Acesso em: 04 mar. 2009

UNIFESP, EPM. Transtorno da compulsão alimentar periódica. Órgão Oficial do Centro de Estudos – Departamento de Psiquiatria – UNIFESP. Disponível em: <[http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1\\_07.htm](http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1_07.htm)> Acesso em: 25 maio 2009.

## OS AUTORES

### CORPO DOCENTE – UNIMAR

Cristovam Emilio HERCULIANI – Enfermagem  
cherculiani@gmail.com

Edgar BALDI-JUNIOR – Medicina  
edgar.baldi@terra.com.br

Fernanda Paula Cerantola SIQUEIRA – Enfermagem  
fercerantola@yahoo.com.br

Heron Fernando de Sousa GONZAGA – Medicina  
herongonzaga@yahoo.com.br

Luis Anselmo MARIOTTO – Odontologia  
anselmomariotto@hotmail.com

Mauro AUDI – Fisioterapia  
medaudi@terra.com.br

Patricia MALHEIROS – Psicologia  
paty.malheiros@terra.com.br

Sandra Maria Luciano POZZOLI – Enfermagem  
sandrapozzoli@gmail.com

## CONVIDADOS

Moacir Lobo COSTA JUNIOR - Professor Livre Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP-USP

Maria Augusta JORGE - Doutora em Genética Humana e Evolução pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Mestre em Genética pela Escola Paulista de Medicina / Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Assessora do Núcleo de Pesquisa da Associação Vilhenense de Educação e Cultura - AVEC – Vilhena – RO.

## CORPO DISCENTE

Amanda de Queiroz Assis ANDREOTTI - Medicina - UNIMAR

Ana Carolina Nazari BONESSI - Medicina - UNIMAR

Ana Cristina NAZARI - Medicina - UNIMAR

Camomila Montouro de MEDEIROS - Fisioterapia - UNIMAR

Caroline Brilhante JACON - Fisioterapia - UNIMAR

Cecília Torres Carvalho BRANDAO - Medicina - UNIMAR

Claudia Aparecida Medeiros da SILVA - Enfermagem - UNIMAR

Daiana Roberta Munhoz MARCARI - Enfermagem - UNIMAR

Daiane Cristina Gonçalves da SILVA - Terapia Ocupacional - UNESP/  
Marília/SP

Edgar Baldi CASTRO - Medicina - UNIMAR

Elias MONTEIRO - Enfermagem - UNIMAR

Elida Epifanio CANALI - Odontologia - UNIMAR  
Erica Flavia MOTTA - Psicologia - UNIMAR  
Francielli Paula Lembo LANCINE - Enfermagem - UNIMAR  
Iara Daiane Alves de ALMEIDA - Medicina - UNIMAR  
Janaina Alves de ALMEIDA - Enfermagem - UNIMAR  
Jaqueline Zampar de AZEVEDO - Terapia Ocupacional - UNESP/  
Marília/SP  
Lais Bacar de GOES - Terapia Ocupacional - UNESP/Marília/SP  
Larissa Agostinho CARLI - Enfermagem - UNIMAR  
Maély ALCANTARA - Enfermagem - UNIMAR  
Meline Naiara Neves de CARVALHO - Enfermagem - UNIMAR  
Patricia RAMOS - Enfermagem - UNIMAR  
Rafaela Donato STRABELLI - Enfermagem - UNIMAR  
Raquel Rodrigues HENN - Terapia Ocupacional Marília - UNESP/  
Marília/SP  
Renata Coradine MEIRELES - Terapia Ocupacional - UNESP/Marília/SP  
Riane Barreto PEDREIRA - Odontologia - UNIMAR  
Roseane Eloiza Maximo SILVA - Medicina - UNIMAR  
Taise Mariane FERREIRA - Enfermagem - UNIMAR  
Talisce Carli de SOUZA - Enfermagem - UNIMAR  
Walkyria Rodrigues SILVA - Medicina - UNIMAR





