

UNINGÁ review



Qualis
CAPES B4

ISSN *online* 2178-2571



Nº **6(1)** Abril / Junho April / June

2011

Título:	UNINGÁ Review
Periodicidade:	Trimestral
Diretor Geral:	Ricardo Benedito de Oliveira
Diretor de Ensino:	Ney Stival
Diretor Acadêmico:	Gervásio Cardoso dos Santos
Diretora de Pós-Graduação:	Gisele Colombari Gomes
Editor-Chefe:	Mário dos Anjos Neto Filho

Corpo Editorial

Aissar Eduardo Nassif
Andrey Rogério Campos Golias
Ângela Maria Ruffo
Antonio Machado Felisberto Junior
Cleusa Maria Alves de Matos
Daiane Pereira Camacho
Edson Roberto Arpini Miguel
Eliane Aparecida Santos Carraro
Emilia Maria Barbosa Carvalho Kempinski
Fabiano Carlos Marson
Fábio Branches Xavier
Luciana Fracalossi Vieira
Lucília Amaral Fontanari
Marcos Maestri
Maria do Rosário Martins
Nelly Lopes de Moraes Gil
Ney Stival
Rogério Tiyo
Vagner Marques de Moura
Washington Rodrigues Camargo

A Revista UNINGÁ Review é um Projeto Especial para divulgação científica apenas em mídia eletrônica, estando inscrito na Coordenação do Núcleo Pesquisa da Faculdade INGÁ sob o número (171/2-2009), com gestão do Prof. Ms. Ney Stival, Diretor de Ensino da Faculdade INGÁ.

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

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

Prezado leitor, temos a satisfação de divulgar a sexta edição da Revista “UNINGÁ Review”, um projeto concebido para possibilitar a publicação de artigos científicos de revisão da literatura que possuam relevância em suas respectivas áreas do saber científico.

Aproveitamos a oportunidade para agradecer aos autores dos trabalhos que abrilhantam esta edição.

Queremos ainda, convidar os autores de trabalhos científicos que se enquadram em nosso escopo editorial para o envio de seus artigos para análise editorial, para quem sabe, compor a nossa sétima edição, no mês de julho de 2011.

Boa leitura!

Mário dos Anjos Neto Filho
Editor-Chefe

1. **ANEMIA FALCIFORME: PRINCIPAIS EVENTOS CLÍNICOS E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.** Aline de Santana VAZ; Maria Cristiana Pereira Farias PINTO.....05
2. **ASPECTOS TEÓRICOS E LEGAIS QUE FUNDAMENTAM A PRÁTICA DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO BRASIL: ORIGEM E CAMPO DE ATUAÇÃO.** Rosane SAKUMA.....13
3. **DISTRAÇÃO OSTEOGÊNICA ALVEOLAR NA EXPANSÃO MANDIBULAR.** Marcos Fernando BONADIO; Edmilson Nobumitu KANESHIMA.....23
4. **PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ADULTO COM TRAUMA CRÂNIO-ENCEFÁLICO GRAVE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NAS PRIMEIRAS 48h.** Lindomar Sudré de CARVALHO; Regiane Múcio Sudré de CARVALHO; Cátia Millene Dell AGNOLO.....31
5. **PROGRAMA FAMÍLIA ACOLHEDORA: ASPECTOS GERAIS.** Francielle Siqueira de MORAES; Beatriz Coutrin NOGUEIRA; Gislaíne Aparecida da SILVA.....43
6. **VISIBILIDADE DA MULHER E O SERVIÇO SOCIAL.** Paula Aline de AGUIAR; Edyane de Lima SILVA.....52
7. **PRÓ-EGRESSO: UM MECANISMO PARA RESSOCIALIZAÇÃO.** Ana Maria Toth ALVES; Marcilene Beatriz Hipolito de CASTRO; Gislaíne Aparecida da SILVA.....61
8. **FATORES DE RISCO PARA O DESMAME PRECOCE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.** Jakeline Lopes RIBEIRO; Fernanda Lorena Canton da Silva DANIELLI; Nelly Lopes de Moraes GIL.....74
9. **DEMÊNCIA DE ALZHEIMER: TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA E NÃO FARMACOLÓGICA.** Naomi Hori NASCIMENTO; Luciana Dias GHIRALDI.....83
10. **HIPOGONADISMO MASCULINO TARDIO (ANDROPAUSA).** Juraci Rejaine Catenassi Campos PILOTO; Raissa Pereira CAVALINI; Luciano Kleber da ROCHA; Edson Miguel ARPINI; Aissar Eduardo NASSIF.....92
11. **VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR – REVISÃO DE LITERATURA.** Caroline HORBAN; Allan Sérgio FAJARDO; Edson Miguel ARPINI; Aissar Eduardo NASSIF.....99
12. **COMO AVALIAR OS NERVOS CRANIANOS NO EXAME FÍSICO DO PACIENTE ADULTO?** Juraci Rejaine Catenassi Campos PILOTO; Líria Bianca do NASCIMENTO; Edson Miguel ARPINI; Aissar Eduardo NASSIF.....105
13. **GINÁSTICA, EXERCÍCIOS TRADICIONAIS, NOVAS TENDÊNCIAS E MATERIAIS ALTERNATIVOS.** Alessando Michel de Oliveira DOMICIANO; Ana Paula Serra de ARAÚJO; Vitor Hugo Ramos MACHADO.....112
14. **DIREITOS PARA LGBTTs: UMA AGENDA EM CONSTRUÇÃO.** André Gustavo Fernandes LIMA; Priscilla dos Santos REMOR; Elmides Maria ARALDI.....121

**ANEMIA FALCIFORME: PRINCIPAIS EVENTOS CLÍNICOS
E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM****SICKLE CELL ANEMIA: MAJOR CLINICAL EVENTS AND NURSING CARE**

ALINE DE SANTANA VAZ, Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da
Faculdade INGÁ

MARIA CRISTIANA PEREIRA FARIAS PINTO, Enfermeira, Professora Mestra e
Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade INGÁ

Endereço para correspondência: Maria Cristiana Pereira Farias Pinto - Rua: Paulo Jorge Carolino, 919 - Jardim Paris, CEP: 87083370 Maringá, Paraná, Brasil.
enfmariacristiana@hotmail.com

RESUMO

O sangue é constituído pelo plasma e constituintes da série vermelha e branca. A hemácia é responsável pelo surgimento da anemia falciforme devido a mudanças em sua estrutura. Ocasionalmente bloqueios na microcirculação, levando a vasocclusão e desencadeando fenômenos dolorosos, e outras complicações que podem levar a morte. A anemia falciforme é uma doença de prevalência em todo mundo, principalmente entre a população afro-descendente. No Brasil cerca de sete milhões de pessoas possuem o traço falciforme. Nosso objetivo é apresentar os sinais clínicos da anemia falciforme, visando subsidiar a assistência qualificada de enfermagem. Este estudo foi realizado através de revisão bibliográfica em sites, livros e revistas científicas. A anemia falciforme causa impactos na vida do portador e de seus familiares, assim destaca-se a importância da enfermagem no cuidado a estes pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Anemia Falciforme, Ocorrência, Assistência de Enfermagem

ABSTRACT

Blood consists of plasma and constituents of red and white blood cells. The red blood cell is responsible for the emergence of sickle cell anemia due to changes in its structure. It causes blockages in the microcirculation, leading to vessel occlusion and triggering painful phenomena, and other complications that can lead to death. Sickle cell anemia is a prevalent disease worldwide, especially among African descent population. In Brazil, about seven million people have sickle cell trait. Our goal is to present the clinical symptoms of sickle cell anemia, to support the qualified nursing care. This study was conducted through bibliographic review of sites, books and journals. Sickle cell anemia causes impacts on patients and their families' lives, so it is relevant the importance of nursing care for these patients.

KEYWORDS: Sickle cell anemia, Occurrence, Nursing Care

INTRODUÇÃO

A doença falciforme é uma anemia hemolítica crônica e grave que acontece em pessoas homozigóticas para o gene falciforme (NETTINA, 2003). Considerada um problema de saúde pública em todo o mundo, no Brasil, o número estimado de indivíduos com traço falciforme é de 7.200.000, com prevalência na população geral entre 2 e 8%. (REZENDE *et al.*, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2006), “A doença falciforme é a doença genética mais comum no Brasil, sendo assim alvo de políticas públicas de intervenção, orientação e organização de programas de saúde que minimizem o impacto de morbidade e mortalidade na população afetada sendo esta predominante entre os afro-descendentes. A anemia falciforme tem prevalência em nosso país de um para mil recém nascidos na população geral e um para quinhentos na população afro-descendente. É importante destacar o grupo étnico mais acometido, pois é esta população que apresenta os piores indicadores de vida social e econômica.”

Embora a anemia falciforme tenha sido bastante estudada no Brasil em termos de frequência populacional e de manifestações clínicas, os seus aspectos de saúde pública têm sido pouco enfatizados (SILVA *et al.*, 1993).

Esta doença causa impactos na família do portador e também nos profissionais de saúde, que por falta de conhecimento acabam sendo inadequadamente preparados para o atendimento à pessoa com a doença falciforme. No caso da anemia falciforme, para que o atendimento precoce ocorra, é preciso que as pessoas estejam informadas sobre a existência da doença e consigam identificá-la (DINIZ & GUEDES, 2003).

Avanços nos cuidados aos pacientes com anemia falciforme e outras anemias hemolíticas têm levado a um aumento na expectativa de vida desses indivíduos. À medida que essa população envelhece, novas complicações destas doenças tendem a se desenvolver (MACHADO, 2007).

O objetivo deste estudo é apresentar os sinais clínicos da anemia falciforme, visando subsidiar a assistência qualificada de enfermagem. Esta pesquisa bibliográfica foi realizada através de sites, livros e revistas científicas.

O Sangue: considerações gerais

Bernard *et al.* (2000), afirmam que o sangue é a porção líquida do meio interno que circula rapidamente dentro de um sistema fechado de vasos denominados sistema circulatório, sendo constituído por um fluido no qual existem células em suspensão, moléculas e íons dissolvidos em água, sendo constantemente renovado pela entrada e saída de substâncias que modificam discretamente sua composição, prontamente reequilibrada pela homeostase. É constituído de duas frações combinadas 55% para o plasma e 45% para as células. O plasma contém cerca de 91,5% de água, servindo de solvente das substâncias orgânicas e minerais e ainda de veículo para as células, moléculas e íons.

Plasma sanguíneo

Lorenzi *et al.* (2003) relatam que o plasma é um líquido de composição complexa, cujo volume varia em função do sexo, do peso e também da altura do indivíduo. Sendo composto em sua maior parte por água, mas também estão presentes compostos orgânicos e inorgânicos e lípidos.

Ainda de acordo com Lorenzi *et al.* (2003) as proteínas constituem os componentes mais importantes, sendo a albumina a principal por contribuir na manutenção osmótica coloidal. Quase todas as proteínas do plasma são produzidas pelos hepatócitos. Constituem exceção as imunoglobulinas, fabricadas por linfócitos tipo B e por plasmócitos.

Série Branca

Bernard *et al.* (2000) definem a composição da parte branca do sangue sendo formada por: neutrófilos, eosinófilos, basófilos, linfócitos e monócitos.

Série Plaquetária

Lorenzi *et al.* (2003), descrevem que as plaquetas se formam no interior do citoplasma e não possuem material celular, podendo ser vistas na periferia do citoplasma no momento em que são lançadas na circulação, isoladas ou em agrupamentos.

Série Vermelha

Carvalho (2008), relata que a eritropoiese são mecanismos que levam a formação de glóbulos vermelhos, sendo um fenômeno permanente já que quando estes glóbulos chegam ao término de sua vida normal são destruídos, isto faz com que a eritropoiese compense essa destruição colocando glóbulos vermelhos novos na circulação. A linhagem eritroblástica é o conjunto de células que se diferenciam em direção à síntese de hemoglobina, levando aos glóbulos vermelhos. Distingue-se por ordem de maturidade de crescimento: o pró-eritroblasto, o eritroblasto basófilo, o eritroblasto policromatófilo, o eritroblasto acidófilo, o reticulócito, a hemácia ou eritrócito.

Eritrócito (Hemácia)

Carvalho (2008), afirma que os glóbulos vermelhos tem como função assegurar o transporte e a manutenção do estado funcional da hemoglobina, encarregada do transporte do oxigênio e de uma parte de gás carbônico. Qualquer déficit de glóbulos vermelhos resultará em um déficit de oxigênio no nível dos tecidos. A superfície considerável dos glóbulos vermelhos permite uma difusão rápida do oxigênio, sendo favorecida pela forma dessa célula. Devido ao seu diâmetro, os glóbulos vermelhos devem atravessar capilares de tamanhos mínimos, podem atravessar sem danos orifícios tão restritos, devido a sua forma bicôncava. Qualquer tipo de modificações nesta forma, qualquer aumento de rigidez da membrana, qualquer aumento na viscosidade da hemoglobina diminui a plasticidade, levando a um distúrbio circulatório e favorecendo a destruição das hemácias.

Anemia Falciforme

Behrman *et al.* (2005), relatam que a doença da célula falciforme foi reconhecida nas áreas de malária do mundo, mas tem sido reconhecida desde a descrição das hemácias “afoiçadas”, sendo uma doença de caráter genético, descrita pela primeira vez em 1910 por Herrick.

De acordo com Naoum (1997), a doença falciforme define-se por um grupo de alterações genéticas caracterizadas pelo predomínio de Hemoglobina (Hb) S, essas alterações incluem a anemia falciforme que é a forma homozigótica da Hb S (Hb SS). As doenças falciformes são encontradas com maior frequência em habitantes da África, Mediterrâneo e Índia.

Ainda de acordo com Naoum (1997), estas regiões onde existe uma alta prevalência do gene Hb S, ocorre devido a alta prevalência de malária por *Plasmodium falciparum* em áreas endêmicas. Isto ocorre devido a dois mecanismos: 1. seleção de heterozigotos em áreas altamente malarígenas; e 2. imigração espontânea ou forçada dos portadores do gene alterado.

A causa da alteração hemoglobínica é a substituição do ácido glutâmico por uma valina na posição 6 do segmento A da cadeia polipeptídica β (LORENZI *et al.* 2003).

De acordo com Berhman *et al.* (2005), esta mudança codifica a valina, em vez da glutamina, a carga neste sítio é alterada e permite a polimerização da hemoglobina sob condições de hipóxia.

Lorenzi *et al.* (2003), relatam que as baixas tensões de oxigênio presentes nos capilares faz com que a hemoglobina se polimerize, formando estruturas filamentosas, assim o enrolamento desses filamentos que vão modificar a morfologia dos eritrócitos, formando hemácias em foice ou falciformes. Este fenômeno é irreversível após algum tempo.

Os glóbulos vermelhos em forma de foice não circulam adequadamente na microcirculação, resultando tanto em obstrução do fluxo sanguíneo capilar como em sua própria destruição precoce (DI NUZZO & FONSECA, 2004).

As características clínicas da anemia falciforme decorrem primariamente de obstrução causadas pelas hemácias afoiçadas e aumento da destruição das hemácias (HOCKENBERRY *et al.*, 2006).

De acordo com Wong (1999), o emaranhamento das células falciformes rígidas bloqueiam a microcirculação, provocando vasoclusão, causando hipóxia local devido a ausência de fluxo sanguíneo para os tecidos adjacentes, resultando em isquemia tecidual e infarto (morte celular). Devido ao afoiçamento sobre os órgãos ocorre na seguinte sequência: 1. estase com aumento do tamanho; 2. infarto com isquemia e destruição; 3. substituição por tecido fibroso.

Lorenzi *et al.* (1999), descrevem que as células falcizadas apresentam uma inter-relação com neutrófilos segmentados, endotélio vascular e os componentes do plasma sanguíneo, essa relação se manifesta por fenômenos vasoclusivos responsáveis pelas crises de falcização.

Ainda de acordo com Lorenzi *et al.* (1999), a liberação de trombospondina por plaquetas também ativadas, torna possível a ligação do eritrócito ao endotélio tendo lugar, a ativação da coagulação com a formação de trombos. As crises vasoclusivas, podem ser desencadeadas por viroses e processos inflamatórios.

Manifestações Clínicas

Lichtman *et al.* (2005), descrevem que as manifestações falcêmicas são similares, o que permite uma discussão conjunta. Há uma grande variabilidade das manifestações entre os pacientes, mas a maioria tem condições satisfatória na maior parte do tempo. Na maioria das vezes em crianças as crises estão relacionadas a dor e a infecção, já nos adultos, estas costumam ser crônicas devido ao dano aos órgãos.

Nettina (2003), relata que as crises de anemia podem durar de uma a duas semanas e diminuem de maneira espontânea. A anemia apresenta os seguintes sinais e sintomas: hemoglobina – 6 a 9g/dl, perda de apetite, palidez, fraqueza, febre, irritabilidade e icterícia; produzindo um maior armazenamento de ferro no fígado.

Ainda de acordo com Nettina (2003), alguns dos seguintes fatores podem desencadear crises: desidratação, infecção, trauma, esforço físico extremo, fadiga extrema, exposição ao frio, hipóxia e acidose.

Crises Falcêmicas

Segundo Lichtman *et al.* (2005), ocorrem três tipos de crises em pacientes com anemia falciforme:

1. *Crises vasoclusivas ou dolorosas*: são as mais comuns, ocorrem diariamente ou anualmente, a hipoxia tecidual e o infarto podem ocorrer em qualquer região do organismo. Sendo caracterizado isquemia distal, devido a oclusão dos vasos por células falciformes.
2. *Crises aplásicas*: ocorre quando há uma diminuição da produção de hemácias causando uma anemia profunda (HOCKENBERRY *et al.*, 2006).

3. *Crise do seqüestro*: ocorrem em crianças, raramente em adultos, com esplenomegalia, ocorre um súbito desvio da circulação para o fígado e baço, causando diminuição do volume sanguíneo e às vezes, choque. Essa grande quantidade de sangue aprisionados no baço, fazem com que as hemácias aumentem de tamanho, ocorrendo grande redução de massa das hemácias, surgindo sinais de colapso circulatório (NETTINA, 2003).

Berhman *et al.* (2005), descreve que os episódios de dor podem progredir para o infartamento da medula óssea e dos ossos.

Outras manifestações clínicas

Ossos: de acordo com Lichtman *et al.* (2005), as crianças com traço falciforme possuem déficit de crescimento, sendo este retomado na adolescência tardia e os adultos têm altura normal. O alargamento dos espaços medulares e estreitamento do córtex é resultado da hiperplasia eritróide. Ocorrem infartos ósseos, datilite ocorrem em crianças até quatro anos de idade sendo relacionados com necrose avascular, já nos adultos a necrose predomina na cabeça do fêmur e do úmero.

Sistema Geniturinário: segundo Behrman *et al.* (2005), a função renal é progressivamente impedida pela fibrose glomerular difusa e tubular, sendo acompanhados por poliúria e hiposteinúria. Também podem se desenvolver síndrome nefrótica e necrose papilar renal. O priapismo é uma complicação relativamente freqüente que resulta da concentração de sangue no corpo cavernoso, causando obstrução do fluxo sanguíneo.

Baço: Lorenzi *et al.* (2003), descreve a esplenomegalia como sendo resultado de infartos repetidos na infância levando na fase adulta a um baço fibrótico e atrofiado. Baço fibrótico, resultando em alta susceptibilidade para as infecções *Haemophilus influenzae* e *Streptococcus pneumoniae*, osteomielite e septicemia pneumocócica (NETTINA, 2003).

Sistema Hepatobiliar: é descrito por Nettina (2003), que o fígado já é cronicamente aumentado e pode crescer mais durante as crises. Ocorrem também cálculos biliares em cerca de 50 a 75% dos adultos.

Sistema Cardiopulmonar: de acordo com Hockenberry *et al.* (2006), outra complicação grave é a síndrome torácica aguda, sendo semelhante a pneumonia. Lorenzi *et al.* (2003), descreve como seus sintomas: febre, tosse, dor no peito, taquipnéia, fôlego curto e dores generalizadas.

Sistema Nervoso Central: segundo Wong, (1999), o AVE é uma grave complicação, sendo causado pela obstrução dos vasos sanguíneos do cérebro. Estes AVEs repetidos acabam provocando comprometimento neurológico e lesão cerebral progressiva em cerca de 60% das crianças.

Olhos: Lichtman *et al.* (2005), relata que ocorre neovascularização após obstrução dos vasos retinados, resultando em hemorragia e possível cegueira.

Úlceras de Perna: são descritas por Nettina (2003), como crônicas e dolorosas, sendo relacionadas a estase circulatória e não relacionadas a lesão, podem levar meses para cicatrizar ou não cicatrizar sem terapia intensiva, inclusive transfusões de sangue e enxertos.

Assistência de Enfermagem

De acordo com Wong (1999), as enfermeiras que trabalham em programas de triagem da anemia falciforme para identificar pessoas com o traço da anemia, devem orientar o tratamento para os homozigotos e fornecer aconselhamento genético para os heterozigotos. Assim famílias de origem racial que predispõem a doença ou de regiões geográficas de alto risco devem procurar imediatamente assistência médica. A avaliação feita na criança com a anemia falciforme envolve todas as áreas que podem ser afetadas pela vasclusão, isto inclui a verificação de sinais vitais, sinais neurológicos, sistemas respiratórios, gastrointestinais, renal e musculoesquelético sendo importante verificar a localização e a intensidade da dor. Assim

tem-se a necessidade de educação da família sobre os episódios de dor, bem como ensinar a identificação das crises e infecções.

Já de acordo com Hockenberry *et al.* (2006), esta educação familiar começa com a explicação sobre a doença e suas conseqüências. Esta explicação inclui procurar assistência para problemas, como febre $> 38,5^{\circ}\text{C}$, administrar penicilina conforme prescrição médica, reconhecimento dos sinais e sintomas de seqüestro esplênico e problemas que podem levar a hipóxia. A criança deve ser tratada com naturalidade, explicando que ela é normal, mas porém pode ficar doente de forma diferente de outras crianças. Devendo sempre enfatizar a importância da hidratação, para prevenir o afoijamento das hemácias.

Silva & Marques (2007), descreve que a enfermeira passa mais tempo com o paciente com dor do que qualquer outro profissional da saúde e tem a oportunidade de ajudar a aliviá-la, assim como seus efeitos nocivos. A abordagem do paciente com dor deve começar pela história e exame físico, nos quais se procura o fator desencadeante ou associado. A doença falciforme, com todas as suas alterações sanguíneas, propicia ao portador o risco de desenvolver os tipos de crises dolorosas.

Silva & Marques (2007) e Hockenberry *et al.* (2006) concordam que, a hidratação, por via oral ou endovenosa, constitui-se no principal cuidado para evitar-se a ocorrência da crise vasclusiva, bem como a melhora da dor quando o paciente encontra-se em crise. A hidratação deve ser cautelosa, porque esses pacientes lidam de maneira inadequada com infusões rápidas e podem desenvolver síndrome pulmonar aguda ou edema pulmonar. Deve-se estimular a ingestão de líquidos como água, sucos de frutas, sopas e gelatinas. Os líquidos facilitam a hemodiluição e reverterem a aglutinação de células falciformes dentro dos pequenos vasos sanguíneos. A quantidade de líquido recomendada é de aproximadamente de 2000 a 3000ml em 24 horas.

Segundo Wong (1999), o controle da dor constitui um problema especialmente difícil, que inclui a experimentação de vários analgésicos incluindo opióides, até a obtenção de alívio, com a esquematização da administração dos analgésicos tem como objeto a prevenção da dor. Qualquer programa elaborado para enfrentar a dor deve ser concomitante com um serviço de psicologia que tem por objetivo ajudar a criança a enfrentar a depressão, a ansiedade e o medo que acompanham a criança. Este processo inclui visitar a criança e sanar suas dúvidas em relação a internação.

De acordo com Ivo & Carvalho (2003), destaca-se a importância da conversa com a criança ou até orientá-la a psicologia, no caso da anemia falciforme, a vasclusão, responsável pela lesão lenta dos órgãos, pode levar a pessoa a sentir que sofreu perda de partes ou função do corpo. Esse fato pode conduzi-la, também, a questionar seu valor, alterando, dessa forma, seu autoconceito físico. Se uma pessoa tem baixa auto-estima, ela tende a perceber o meio ambiente como negativo e ameaçador.

Wong (1999) e Silva & Marques (2007), concordam que as intervenções de enfermagem baseiam-se na observação constante do paciente, pois esta situação é de início súbito, e possui prognóstico desfavorável. Observar sinais de confusão mental, devido à hipóxia recorrente, monitorização não invasiva, estar atento as doses excessivas de analgésicos que podem agravar a hipoventilação, observar a necessidade de oxigenioterapia e administrá-la quando necessário, elevar o decúbito para melhorar a ventilação. Verificar os resultados de gasometria arterial e hemograma; no primeiro identificando baixos níveis de PaO₂ e no segundo neutrofilia que pode indicar infecção. O uso de compressas quentes, mantas térmicas aquecidas e compressas de aquecimento ou cobertores nas áreas dolorosas do corpo podem ser muito úteis, deve-se avaliar o peso do dispositivo usado para aquecer, visando a evitar o agravamento da dor.

Também de acordo com Hockenberry *et al.* (2006), as enfermeiras devem estar cientes dos sinais da síndrome torácica aguda e Acidente Vascular Encefálico (AVE), por serem potencialmente fatais.

Nettina (2003), descreve os sinais de crises graves:

- a. Palidez;
- b. Letargia e indiferença;
- c. Dificuldade de acordar;
- d. Irritabilidade;
- e. Dor intensa;
- f. Febre de 38,9° - comunicar imediatamente.

Wong (1999) & Hockenberry *et al.* (2006), descrevem o apoio às famílias, como sendo importante, de maneira que os indivíduos discutam seus sentimentos em relação a transmissão da doença crônica, que pode ser fatal a seus filhos. O cuidado de enfermagem deve ser igual para qualquer família com uma criança com doença potencialmente fatal. O aconselhamento feito pela enfermagem propõe que os pais informem a todos os profissionais de saúde que cuidam de seu filho sobre a anemia falciforme.

De acordo com Nettina (2003), os resultados que devem ser observados:

- a. A criança parece mais confortável e não chora ou queixa-se de dor
- b. Menor palidez com o uso do oxigênio
- c. Afebril, sem sinais de infecção
- d. Nenhuma alteração nas respirações
- e. Deambula por vinte minutos quatro ou cinco vezes por dia
- f. Os pais relatam as preocupações sobre a doença crônica.

REFLEXÕES

A anemia falciforme tem uma dimensão epidemiológica muito grande no Brasil. Assim deve ser um dos temas de prioridade para a nova genética, devendo haver um processo urgente de educação para a população no que se diz respeito ao traço e anemia falciforme, devendo ser enfatizado a importância do conhecimento e da prevenção das doenças genéticas.

Com a literatura analisada tenta-se enfatizar o modo que a doença atinge os seus portadores, levando em consideração a sua principal sintomatologia, e destacando as intervenções que os enfermeiros podem realizar principalmente, através da educação da família do portador, e principalmente do próprio portador que deve conhecer a doença, para saber o quê e quando esperar em cada situação, colaborando, dessa forma, com sua própria adaptação. Para tanto, sugere-se a abordagem terapêutica interdisciplinar em saúde, formada por grupo de profissionais (enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros) para assistência aos portadores de anemia falciforme, em seus diversos aspectos, buscando seu melhor nível de adaptação.

A compreensão do processo patológico da dor e dos fatores desencadeantes das crises é de extrema importância para o enfermeiro, pois com este conhecimento o profissional poderá antecipar suas ações, evitando a ocorrência das crises e também intervindo de maneira eficaz diante da ocorrência das mesmas.

O profissional de enfermagem age como agente político, na transformação social e exerce papel relevante na qualidade e longevidade dos indivíduos com anemia falciforme, desta forma, deve-se considerar a importância ao adquirir novos conhecimentos que culminem em um cuidado de enfermagem mais qualificado aos familiares e as pessoas portadoras da anemia falciforme.

Com o reconhecimento dos sinais e sintomas, cabe a enfermagem elaborar o plano de cuidados à estes pacientes, ou seja, a necessidade de inserir o profissional como educador essencial à qualidade de vida e redução de fatores estressantes ao portador de anemia falciforme.

BIBLIOGRAFIA

1. BEHRMAN, R.E. *et al.* **Tratado de Pediatria**. 17. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
2. BERNARD, J. *et al.* **Hematologia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de Anemia Falciforme para agentes comunitários de saúde/ Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
4. CARVALHO, W.F. **Técnicas Médicas de Hematologia e Imuno-Hematologia**. 8. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.
5. DINIZ, D.; GUEDES, C. Anemia Falciforme: Um Problema Nosso. Uma abordagem bioética sobre a nova genética. **Cad. Saúde Pública**, vol.19, n.6, p.1761-1770, 2003.
6. DI NUZZO, D.V.P.; FONSECA, S.F. Anemia falciforme e infecções. **J. Pediatr. (Rio J.)**, vol.80, n.5, p.347-354, 2004.
7. HOCKENBERRY, M.J. *et al.* **Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
8. IVO, M.L.; CARVALHO, E.C. Assistência de enfermagem a portadores de anemia falciforme, à luz do referencial de Roy. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.11, n.2, p.192-198, 2003.
9. LICHTMAN, M.A. *et al.* **Manual de Hematologia**. 6. ed. Porto Alegre: Art Med, 2005.
10. LORENZI, T.F. *et al.* **Manual de Hematologia – Propedêutica e Clínica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
11. NAOUM, P.C. **Hemoglobinopatias e Talassemias**. ed. Livros Médicos. São Paulo: Sarvier, 1997.
12. NETTINA, S.M. **Prática de Enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
13. MACHADO, R.F.P. Hipertensão arterial pulmonar associada à anemia falciforme. **J. Bras. Pneumol.**, vol.33, n.5, p.583-591, 2007.
14. REZENDE, P.V. *et al.* Seqüestro esplênico agudo em coorte de crianças com anemia falciforme. **J. Pediatr. (Rio J.)**, vol.85, n.2, p.163-169, 2009.
15. SILVA, D.G.; MARQUES, I.R. Intervenções de enfermagem durante crises álgicas em portadores de Anemia Falciforme. **Rev. Bras. Enferm.**, vol.60, n.3, p.327-330, 2007.
16. SILVA, R.B.P. *et al.* A anemia falciforme como problema de Saúde Pública no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, vol.27, n.1, p.54-58, 1993.
17. WONG, D.L. **Enfermagem Pediátrica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

ASPECTOS TEÓRICOS E LEGAIS QUE FUNDAMENTAM A PRÁTICA DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO BRASIL: ORIGEM E CAMPO DE ATUAÇÃO

THEORETICAL AND LEGAL ASPECTS THAT GROUND THE PHYSICAL EDUCATION IN BRAZIL: ORIGIN AND FIELD ACTIVITY

ROSANE SAKUMA. Graduada em Educação Física na Universidade Estadual de Maringá (UEM). Pós-Graduada em Acupuntura pelo Instituto Brasileiro de Therapias e Ensino (IBRATE)/Faculdade Estadual de Educação Física e Fisioterapia de Jacarezinho-Paraná (FAEFIJA - PR)

Endereço para correspondência: Rosane Sakuma. Rua Ademar Bornia, nº. 162, CEP: 86.990-000, Centro, Marialva, Paraná, Brasil. E-mail: rosanesakuma_ed@hotmail.com

RESUMO

Nestes 12 anos de atividade reconhecida como de nível superior e da área de saúde (1998) a educação física vêm crescendo e ocupando novos espaços e atualmente a intervenção profissional em educação física atravessa um período de transição com maior demanda por serviços e profissionais mais qualificados e conscientes de suas responsabilidades e da sua regulamentação profissional. Neste contexto o presente estudo teve por objetivo abordar os aspectos teóricos e políticos que fundamentam a prática da educação física no Brasil através de uma pesquisa bibliográfica.

PALAVRAS – CHAVES: Educação Física; Educador Físico; Regulamentação profissional.

ABSTRACT

In these 12 years of activity recognized as top-level health care (1998) physical education have been growing and occupying new spaces and currently professional intervention in physical education is undergoing a transition period of increased demand for services and more qualified personnel and aware of their responsibilities and their professional regulation. In this context the present study aimed to address the theoretical and legal aspects issues underlying the practice physical education in Brazil through a literature review.

KEY WORDS: Physical Education; Physical Educator; Professional Regulation.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a educação física é uma profissão antiga tendo sua institucionalização na época do Brasil imperial em meados de 1822 a 1889, quando a atividade física ganhou espaço nas leis e decretos sobre educação física e desporto (MATTA, 2001; VERENGUER, 2004; SAKUMA, 2008; ARAÚJO & SAKUMA, 2009).

A Educação física passou a ser consagrada como uma profissão de nível superior e da área de saúde em 1º de setembro de 1998, através da lei 9.696/98 que também deu origem ao conselho federal e aos conselhos regionais de educação física (CONFED/CREFs) e da resolução 013/99 do CONFED em virtude da importância dos serviços que os profissionais de educação física prestam, para o bem-estar de toda a população (BARROS, 2004; SAKUMA, 2008; ARAÚJO & SAKUMA, 2009). Nas últimas 2 décadas os conhecimentos em educação física avançaram, mas isto não significou uma melhora na atuação profissional do licenciado. Atualmente a intervenção profissional em educação física atravessa um período de transição: maior demanda por serviços, profissionais mais qualificados, cursos de graduação mais conscientes de suas responsabilidades e regulamentação profissional (VERENGUER, 2004; SAKUMA, 2008; ARAÚJO & SAKUMA, 2009).

A formação acadêmica deste profissional visa formar profissionais para atuar em áreas específicas, atendendo a legislação e o mercado de trabalho. Os cursos de graduação em educação física tem almejado formar profissionais aptos a planejar programas dentro da escola para a educação infantil, ensino fundamental, ensino médio e atendimento de educação física geral para a população e portadores de deficiência fora do contexto escolar. Sendo este profissional preparado para atuar tanto na manutenção como na promoção de saúde, elaborando, executando, avaliando e coordenando projetos e atividades físicas para diferentes populações, visando à recreação, lazer, esportes de alto nível, exercício, educação física adaptada e a saúde (SAKUMA, 2008; ARAÚJO & SAKUMA, 2009). Sendo assim, a educação física pode ser considerada uma prática social e não apenas uma prática pedagógica, onde a formação permanente precisa buscar conjugar a experiência, a competência técnico-científica, comunicativa de argumentação a fim de contemplar uma adequação aos avanços tecnológicos e científicos e às conquistas sociais (GÜNTHER & MOLINA-NETO, 2000; SAKUMA, 2008; ARAÚJO & SAKUMA, 2009).

O presente artigo teve por objetivo abordar os aspectos teóricos e políticos que fundamentam a prática do educador físico no Brasil através de uma pesquisa bibliográfica, dando ênfase a sua origem, trajetória, regulamentação e campo de atuação no Brasil.

REFLEXÕES

Origem da Educação Física

Tudo começou quando o homem primitivo sentiu a necessidade de lutar, fugir ou caçar para sobreviver assim à educação física teve suas origens, historicamente suas origens mais remotas datam de 3000 a.C. na China, onde o imperador, Hoang Ti, pensando no progresso do seu povo pregava os exercícios físicos com finalidades higiênicas e terapêuticas além do caráter guerreiro (SAKUMA, 2008).

De acordo com Huard & Wong (1990) “educação física é um termo que foi criado por John Locke”. Segundo o dicionário a palavra educação é derivada do latim “educatione” definida como ato ou efeito de educar, aperfeiçoamento das faculdades humanas e ensino, já a palavra física derivada do latim “*physica*” e/ou do grego “*physiké*”, significa ciência que estuda as propriedades gerais dos corpos, as leis que regulam os fenômenos que neles se dão, sem alteração permanente da matéria, e dos agentes que os determinam. Portanto, a educação física consiste em um conjunto de exercícios que tem como objetivo libertar todas as energias do corpo, coordená-las e discipliná-las, a fim de promover melhores condições de saúde.

No começo do primeiro milênio, os exercícios físicos eram tidos como uma doutrina por causa das "Leis de Manu", uma espécie de código civil, político, social e religioso. Eram indispensáveis às necessidades militares além do caráter fisiológico. Por exemplo, Buda, atribuía aos exercícios o caminho da energia física, pureza dos sentimentos, bondade e conhecimento das ciências para a suprema felicidade do Nirvana (SAKUMA, 2008).

Evolução da Educação Física no Brasil

A história da educação física no Brasil não é recente, principalmente devido a sua íntima relação com a política educacional adotada por cada governo (SHINOHARA, 2007). Ao analisarmos a história da evolução da educação física no Brasil, podemos entender que a prática pedagógica da educação física caracterizava-se primeiramente por uma forte orientação militar voltada para a formação de patriotas e, por conseguinte volta para uma orientação esportiva que apresentava forte influência da cultura européia, vinculada aos ideais eugênicos de regeneração e embranquecimento da raça, figurando em congressos médicos, em propostas pedagógicas e em discursos parlamentares” (CORDEIRO-JÚNIOR, 2008; SAKUMA, 2008). A prática de atividades física sistematizadas em nosso país era e está muito ligada ao discurso da formação de uma raça brasileira. De forma semelhante ao ocorrido na Europa, onde se percebe que a educação física esteve fortemente ligada às instituições militares e médicas, sendo reconhecida como importante para a saúde da população, principalmente por sua legitimação atestada pelos médicos higienistas (SAKUMA, 2008).

Historicamente, a prática profissional da educação física no Brasil chegou por volta de 1810 com a academia real militar. Somente em 1874 a prática da educação física foi estendida às mulheres. No início do século XX, mas especificamente por volta de 1930 surgiu a fase higienista da educação física no Brasil, esta fase representou a primeira fase da prática pedagógica da educação física no país caracterizada por uma forte orientação militar (década de 30 e 40) onde se estabelecia uma relação do tipo professor-instrutor e aluno-recruta (orientação higienista), no sentido de que o professor era um modelo a ser seguido e copiado, este modelo trazia como parte de sua formação a responsabilidade de disciplinar a juventude brasileira dentro de ideais patrióticos (GOIS-JÚNIOR, 2000; CORDEIRO-JÚNIOR, 2008).

Durante o período compreendido entre os anos de 1930 e 1945 (Estado Novo) temos a fase de militarização da educação física no Brasil, onde se tem um projeto político-pedagógico que impõe rever o estereótipo da militarização da educação física, esse projeto político pedagógico construiu através de pano de fundo uma educação da paz, que tinha como perspectivavas o exército como uma escola de consciência defensiva, de civismo e de paz e não de violência ofensiva, o que derrubará a idéia de que a “educação física militar” objetivava a educação para suportar o combate, a luta e a guerra. Mais do que a formação do cidadão-soldado, a educação física militarista incorporava toda a formação doutrinária que sustenta o próprio exército, onde o sujeito é disciplinado a aceitar, sem objeções e com convicção, a necessidade de uma lei comum, reguladora e coordenadora dos esforços de seus quadros (SAKUMA, 2008).

Em 1931 com a criação do Ministério da Educação (MEC), e Ministério da Saúde, os militares tentaram garantir o seu controle sobre a educação física escolar, sendo a reforma de Francisco Campos em 1931, considerada como um exemplo desse movimento onde através do Decreto n.º19.890, de 18/04/1931, art. 9º, instituiu-se a obrigatoriedade de exercícios de educação física no ensino secundário. Onde a portaria n.º70, de 30/06/1931, do MEC, reforçou a presença dos militares nos assuntos correlacionados à educação física, estabelecendo a adoção do método francês de ginástica como oficial método oficial para a prática de educação física em todo o território nacional (CHAVES-JÚNIOR, 2004; SHINOHARA, 2007; SAKUMA, 2008). A partir de 1935 a educação passou a ser vista como problema de segurança nacional, o que estaria legitimando a preocupação e a presença de certos setores militares no sistema educativo. Essa ligação entre educação, saúde e militares, fez com que a partir de 1937, a educação física passasse a ser um setor privilegiado de atuação dos militares, o qual tinha como pretenderão utilizar a educação física para a concretização da presença de militares nas escolas voltada para o desenvolvimento físico individual e conseqüentemente relacionado com o fortalecimento da raça. No ano de 1937 foi criada uma divisão de educação física do MEC, sendo inserida no contexto da constituição outorgada a educação física (CHAVES-JÚNIOR, 2004; SHINOHARA, 2007; SAKUMA,

2008). Ainda, em 1937 foi publicada a revista educação *physica* de demanda da área era a educação higiênica que: “a prática da educação física abrange a aplicação em larga escala de princípios e métodos higiênicos. [...] oferecendo um campo de ação sem igual para a divulgação de conhecimentos de Higiene Pessoal. [...], a educação física prestava uma contribuição bem definida para atingir aquelas condições que tendem não só para o prolongamento da vida, como também para sua amplitude, ou seja, boa saúde.” (GOIS-JÚNIOR, 2000, p.156).

Em 1939 surgiu a primeira escola nacional de educação física e desportos no Brasil. Em 1941 foi criado o conselho nacional de desporto (CND) pelo decreto – lei n.º 3.199 de 14 de abril de 1941 que organizara as federações, confederações e associações esportivas no país ordenando o esporte como prática legal que permeava os costumes da população brasileira (FERREIRA, 2006; SHINOHARA, 2007; SAKUMA, 2008). No ano de 1942, através da publicação do decreto-lei 4.244, de 09 de abril de 1942, lei orgânica do ensino secundário, nos termos do seu art. 19º, indicou que a educação física seria uma prática educativa obrigatória para os alunos dos estabelecimentos de ensino secundário e que estariam previstas sessões semanais de educação física. Fato este que fez com que o período do estado novo (1937-1945) contribuiu-se para a integração da disciplina de educação física nas escolas (CHAVES-JÚNIOR, 2004; SAKUMA, 2008).

Entre os anos de 1945 e 1964 temos a fase de pedagogização da educação física no Brasil, esta fase representou a associação entre capitalismo emergente, a necessidade de crescimento e as dificuldades sociais, baseada no ideal positivista dos médicos e dos militares, a educação física entrou nas escolas brasileiras através da idéia de que a educação física seria um instrumento capaz de transformar o país. Em 1945, através do decreto-lei n.º 8.347, de 10/12, da lei orgânica de 1942, art. 19º e 43º (ambos referentes à educação física). O art. 19º trouxe que a educação física constituiria uma prática educativa obrigatória, para todos os alunos matriculados no período matutino e vespertino das escolas, até a idade de 21 anos (SAKUMA, 2008). Porém, a educação física seria ministrada segundo programas organizados, nos próprios estabelecimentos, ou em centros especializados para a sua prática. No art. 43º ficou definido que: educação física seria dada a grupos organizados independentemente do critério da seriação escolar, os alunos que apresentassem deficiência física ou deficiência orgânica, que os impedissem de realizar os exercícios físicos, seriam submetidos a exercícios especiais condizentes com a sua condição. Devendo a educação física ser realizada mediante assistência médica no e do estabelecimento, cabendo ao medico de acordo com o seu entendimento fornecer dispensa periódica ou permanente das aulas de educação física (CHAVES-JÚNIOR, 2004). Em 1947, foram publicadas as diretrizes para a educação física nos estabelecimentos de ensino secundário, elaboradas pelo ministério da educação e saúde. Segundo essas diretrizes: “os professores de educação física precisam compenetrar-se da sua verdadeira missão, que é conduzir o desenvolvimento físico dos adolescentes no melhor sentido. Assim, não interessa ensinar o exercício, mas que o aluno, através do exercício, tenha atividade física sistematizada, racionalmente orientada, que lhe permitirá o pleno desenvolvimento de seus órgãos, assegurando-lhe uma existência sadia. E é isto que os professores de educação física, que atuam nas escolas primárias e secundárias, precisam saber e sentir”.(CHAVES-JÚNIOR, 2004, p.1004).

A partir da segunda metade do século XX temos a relação entre a educação física e o esporte, bem como a consolidação dos fatores que contribuíram para a consolidação da prática da atividade física refletindo sobre o crescimento e desenvolvimento do esporte na época da ditadura militar no Brasil no início da década de 80 (SAKUMA, 2008).

Durante a ditadura do Estado Novo e após 1964, a educação física desenvolveu-se mais do que em todo o século anterior, os militares contribuíram para a construção da doutrina da educação física, foram responsáveis pela escolarização do método francês além de contribuírem para criação da escola nacional de educação física e desportos, representando esta a fase competitivista e popular da educação física no Brasil (SOEIRO; TUBINO, 2000).

Por conseguinte, a após a II guerra mundial (décadas de 60 e 70), a educação física assumiu uma orientação esportiva com forte influência da cultura européia, através da criação e difusão de clubes, academias e principalmente da sua prática nas escolas, com uma orientação baseada no esporte de alto nível, estabelecendo-se uma relação do tipo professor-técnico e aluno-atleta. Cujo papel principal a ser desempenhando era o de desenvolver a aptidão física da população, descobrir e priorizando talentos esportivos, a fim de se compor equipes para competições nacionais e internacionais (CORDEIRO-JÚNIOR, 2008). Até o final da década de 1970 e início da década de 1980, alguns estudos sugeriram a separação dos sexos (masculino e feminino) com relação à prática de educação física, como também a distribuição desses em função dos esportes e das brincadeiras. Somente a partir dos anos 90 os movimentos políticos, sociais e pesquisas acadêmicas denunciam estes fatos (SAKUMA, 2008).

Na década de 1990 a prática de educação física (esporte) passou a ser visto como um meio de se promover a saúde acessível a todas as classes sociais (SHINOHARA, 2007). Embora tenhamos observado que a educação física no Brasil não é recente, a prática profissional em educação física no Brasil somente foi regulamentada como uma profissão de nível superior e da área de saúde em 1º de setembro de 1998, através da lei 9.696/98 que também deu origem ao conselho federal e aos conselhos regionais de educação física (CONFEF/CREFs). No ano de 2006 mais especificamente no dia 1 de setembro foi assinada a lei 11342 que instituiu esta data como sendo o dia do profissional de educação física no Brasil (SAKUMA, 2008).

Segundo Schwartz (1999) a fase atual da educação física no Brasil demonstra uma tendência social, aonde a educação física, vem servindo como um catalisador do processo de mudança axiológica devendo os profissionais de educação física dentro da sua área de atuação ter autoconfiança suficiente para transgredir, modificar e recriar as possibilidades educativas que estão a seu dispor, renegando, inovando, permitindo assim o desenvolvimento pessoal sem mutilação, valorizando sem artificializações o desenvolvimento da autonomia, da criatividade e da socialização da educação física no país.

Característica da Formação do Profissional em Educação Física

A formação profissional em educação física vem constituindo, desde a década de 1980 em uma questão crucial para a área no Brasil, além de vir passando por um processo de discussões a fim de ampliar o espaço de atuação no Brasil (RANGEL-BETTI & BETTI, 1996; GÜNTHER & MOLINA-NETO, 2000). Autores como Malaco (1996) e Ghilardi (1998) relatam que a formação do profissional de educação física sempre esteve voltada para a área escolar e que somente a partir da década de 1970, que deu – se inicia a formação voltada para o esporte fora do âmbito escolar através da criação das academias de atividade física, clubes etc. Passando então a formação profissional em educação física por mudanças profundas.

Durante muito tempo o currículo dos cursos de educação física teve a sua duração e a estruturação fixados pela resolução nº. 69/69 do CFE, substituída, em 1987, pelo parecer nº. 215/87 e pela resolução nº. 3/87 do CFE (MALACO, 1996; GÜNTHER & MOLINA-NETO, 2000). Verenguer (1997) ressalta que até o ano de 1987, data da aprovação da Resolução nº. 03/87 que criou a opção do bacharelado em educação física, a formação deste profissional regida pela resolução nº. 69/69 que regulamentava exclusivamente o curso de licenciatura em educação física e técnico de desportos. Os cursos de formação em educação física formavam, devido sua abordagem essencialmente técnica, pseudo-professores ou licenciados com características de técnico esportivo, formados de maneira superficial e sem formação específica para atuarem nas áreas do esporte, da dança e do lazer/recreação formando profissionais com alguns conhecimentos das áreas pedagógicas e das áreas de esportivas.

Com a criação do curso de bacharelado em educação física algumas instituições, reformularam os currículos dos cursos de preparação profissional em educação física, havendo a diferenciação e a separação do licenciado (professor) do bacharel (profissional), visando atender, do ponto de vista profissional, às necessidades do mercado de trabalho e da sociedade, além disso, á autonomia e flexibilidade das instituições de ensino para elaborarem o seu próprio currículo, tendo em vista as características regionais, interesses e necessidades da comunidade escolar, criaram outras áreas de atuação para o profissional de educação física com uma formação diferenciada da do professor de educação física (MALACO, 1996; GHILARDI, 1998; SAKUMA, 2008).

Segundo Malaco (1996) e Sakuma (2008) o profissional de educação com nível de formação em licenciatura possuiu um maior conhecimento sobre a educação em geral tanto no âmbito da teoria como da pratica da educação física nos diferentes níveis de ensino (educação infantil, ensino fundamental e superior). Já o bacharelado em educação física de acordo com Ghilardi (1998) e Sakuma (2008) atende a um novo perfil de profissional que não está ligado ao ensino regular, mas sim as novas e crescentes perspectivas do mercado de trabalho constituído por clubes, academias, empresas, condomínios, *personal trainers*, onde a atuação é direcionada não mais somente em executar habilidades, mas em saber como e porque executar. Desta forma segundo estes mesmos autores a visão tradicional da educação física passou de formação e/ou uma ocupação largamente fundamentada nas práticas de habilidades motoras do profissional e deu lugar a uma concepção onde o aspecto essencial é a posse de um corpo de conhecimento para compreender a atividade motora e desenvolverem meios e tecnologias para a sua promoção, na busca de sua identidade acadêmica.

Atualmente a grade curricular dos cursos de graduação em educação física em muitas universidade públicas e/ou privadas no Brasil tem seus currículos baseados no modelo técnico-científico que surgiu em meados da década de 1980, e consolidou-se no início da década de 1990, o qual promoveu um aumento considerável, no número de pesquisas, na carga horária das disciplinas de fundamentação científica e filosófica na graduação em educação física, além disso os currículos dos cursos de licenciatura e bacharelado em educação física, baseados neste modelo, passaram a incorporar conteúdos ligados à novas áreas de atuação do profissional de educação física (musculação, ginástica aeróbica, educação física adaptada, e de pesquisa técnico científica (RANGEL-BETTI & BETTI, 1996; SAKUMA, 2008). Ghilardi (1998) relata que hoje não é mais aceito formar profissionais em educação física capazes apenas de executar habilidades motoras ou reproduzir movimentos e aulas já programadas e elaboradas. Ao contrário, hoje o profissional deve sim possuir um repertório de conhecimento que o faça compreender a biomecânica do movimento humano nos seus mais variados contextos (fisiologia, anatomia, neuroanatomia), entendendo suas fases de desenvolvimento, suas necessidades, suas limitações, anseios, não se fundamentando somente na prática pela prática, mas na prática da educação física como uma profissão que deve ser apoiada em profissionais que não possuem apenas a habilidade de executar, mas que tenham a capacidade de passar essas habilidades a outras pessoas além de produzir conhecimento organizado e comprovado que permite a qualquer pessoa mover-se de forma específica ou genérica, eficaz ou harmoniosa, otimizando todas as suas potencialidades e possibilidades (GHILARDI, 1998; SAKUMA, 2008).

Para Verenguer (1997), Lovisollo (1995) e Sakuma (2008) o profissional de educação física assemelha a um articulador de conhecimentos variados que deveria dentro da sua área de atuação e preocupar-se também com a formulação de propostas de intervenção social. Com o atual processo de globalização e todas as transformações que vem ocorrendo no campo de atuação das profissões além das dificuldades empregatícias e do atual mercado de trabalho faz-se necessário que os profissionais mantenham-se cada vez mais atualizados através da participação efetiva e ativa em programas de formação continuada e/ou reciclagem profissional, cursos de aperfeiçoamento e/ou especialização profissional (CRUZ & FERREIRA, 2005; SAKUMA, 2008).

De acordo com Günther & Molina-Neto (2000) e Sakuma (2008) esta formação permanente do profissional de educação física traria a busca de atualização de conhecimentos e atitudes e aquisição de novas habilidades em função dos avanços científicos e tecnológicos. Vinculada não somente a visão que os professores têm de si mesmos e do papel social da educação física, mas que também novas perspectivas para a formação deste profissional (formação acadêmica, técnica, prática e de reconstrução social). O que, possivelmente faria com que surgissem à criação de outras áreas de atuação para o profissional de educação física onde o seu campo de atuação profissional não seria somente a escola, academias e clubes, mas também as clínicas entre outros (MALACO, 1996).

Campo de Atuação do Educador Físico

O campo de atuação da educação física perante o mercado de trabalho é bastante dinâmico e exige profissionais atualizados e habilidosos para um melhor desempenho da profissão (FEITOSA & NASCIMENTO, 2003; VERENGUER, 2005).

De acordo Sakuma (2008) o campo de atuação do educador físico é vasto, existindo cerca de 84 áreas de atuação para este profissional. Podendo este profissional atuar de acordo com a sua graduação (licenciatura ou bacharelado) em escolas pública e /ou privadas na educação infantil, no ensino fundamental e médio com competência para organizar, planejar, ministrar e avaliar programas de educação física (licenciatura), ou ainda em atuando em clubes, academias de ginástica, clínicas especializadas, *spas*, hotéis, associações, centros esportivos, condomínios, como *personal trainer*, preparador físico e membro de equipes multidisciplinares nas áreas do esporte e da saúde, com competências para organizar, planejar, promover a implantação, avaliação e supervisão de programas de atividades físicas, atuando como técnico, orientador em agremiações de esporte amador e profissional, em instituições para idosos, deficientes e crianças (bacharelado). Além disso, de acordo com Sakuma (2008) o mercado de trabalho no referente ao campo do lazer e recreação tem crescido e com isso ampliado as oportunidades profissionais na educação física onde estes profissionais vem ampliando suas práticas pedagógicas entre outras competências em: *Resorts*, colônias de férias, agências públicas, empresas, parques temáticos, clubes, agências de turismo, em eventos, entre outros. Uma vez, que este profissional é apto para prescrever, orientar e acompanhar a todos aqueles que se insere no âmbito da prática da atividade física ou desportiva além de ter assegurado o direito sobre a sua participação do profissional no desenvolvimento da profissão e no direito de trabalhar em tudo o que se refere à cultura física e aos esportes (VERENGUER, 2005).

Novos campos de atuação da Educação Física - Terapias Alternativas

Influenciada normalmente por condições históricas e culturais nas quais foram desenvolvidas, as terapias alternativas e/ou medicina alternativa e as práticas corporais apresentam-se de maneira distinta em diferentes regiões, entretanto, com a existência de aspectos comuns como: o enfoque integral da vida, equilíbrio entre mente e o corpo e a ênfase na saúde no lugar da enfermidade (SOUSA, 2004; SAKUMA, 2008). Atualmente pode-se observar uma busca intensa da sociedade ocidental por atividades e tratamentos corporais alternativos principalmente nos grandes centros urbanos que refletem diferentes formas de cuidados com a saúde, como a procura de respostas tanto corporais como intelectuais para as inquietações e indagações do ser humano perante as mudanças de atitudes, pensamentos e de comportamentos sociais,. Muitas dessas atividades, terapias e/ou tratamentos são de origem oriental como: *Tai Chi Chuan*, *Yoga*, *Lian Gong*, massagem, a acupuntura, entre outros (SOUSA, 2004; SIVIERO & LORENZETTO, 2004; SAKUMA, 2008).

Segundo Trovo & Silva (2002) e Sakuma (2008) a OMS agrupa todas essas terapias alternativas sob a denominação de medicina tradicional visto que, na cultura oriental, elas são

conhecidas e aplicadas há séculos. De acordo com os mesmos autores dados da OMS demonstram que desde a década de 1970, para 2/3 da população mundial, as técnicas alternativas/complementares eram e/ou ainda são a única fonte de assistência à saúde, estudos recentes demonstraram que a prevalência do uso de terapias alternativas e/ou complementares, em 12 grandes centros urbanos de diferentes continentes varia de 9 a 65%.

No mundo todo, crescente o interesse por este tipo de tratamento. O crescente interesse pelo uso de terapias alternativas e/ou complementares na assistência à saúde deve-se vários fatores como: preço elevado da assistência médica privada, alto custo dos medicamentos e precariedade da assistência dos serviços públicos em geral (TROVO & SILVA, 2002). Assim, a cada dia que se passa as necessidades da sociedade se tornam mais específicas e o profissional de educação física deve estar preparado para atuar em atividades alternativas, dança, esporte, lazer, recreação, entre outras (COLDEBELLA *et al.*, LORENZETTO; COLDEBELLA, 2004). Sendo que a relação entre a educação física e as práticas corporais alternativas não é recente uma vez que as atividades relacionadas à dança, artes marciais, *Yoga* e outras práticas corporais são consideradas como atividades físicas e/ou esportivas conforme a Lei nº. 9696/98 de 01 setembro de 1998, Resolução CONFED nº. 046/2002, Art. 1º (MATTHIESEN, 1999; STEINHILBER, 2002).

Art. 1º - Reconhecer a possibilidade de utilização da Técnica de Acupuntura, como recurso científico complementar, no desenvolvimento da intervenção do Profissional de Educação Física, devendo, portanto, respeitar a vida, a dignidade, a integridade e os direitos da pessoa humana, em particular, daqueles que são seus beneficiários.

Art. 2º - O Profissional de Educação Física, componente da área da Saúde, dentro do universo de suas possibilidades de intervenção e ao exercer seu direito, poderá recorrer à Técnica de Acupuntura, desde que comprove formação especializada para seu uso, respeitando o disposto no Código de Ética do Profissional de Educação Física.

No que diz respeito ao uso de práticas alternativas na área de atuação da educação física no Brasil e no mundo. Sabe-se que ainda há poucos estudos que falam sobre a utilização da acupuntura em educação física ou ainda como um recurso para a melhora da performance física, em atletas sendo que os poucos trabalhos publicados sobre este assunto tem seus achados contraditórios (SAKUMA, 2008).

De acordo com Luna & Filho (2005) e Sakuma (2008) relatam que o que se sabe ao certo sobre o uso da acupuntura em educação física e que a estimulação de pontos específicos de acupuntura tem sido sugerida por alguns autores para melhorar a performance física e esportiva em atletas profissionais e amadores, para modular o bem-estar físico, o alcance e/ou o um nível mais alto de performance competitiva e conseqüentemente melhora do treinamento e das qualidades físicas básicas em geral.

Além disso, estudos tem demonstrado que o uso da acupuntura durante a reabilitação física de atletas evidenciam que a acupuntura promove a remissão de dores musculares em geral em atletas, que promove o retorno mais rápido a prática de esporte entre os atletas com fraturas ósseas, pois a acupuntura promove um aumento da taxa de cálcio no local da fratura superior ao de pacientes não tratados com acupuntura; e que a técnica promove uma sensação de aumento da força muscular segundo os relatos de atletas submetidos ao tratamento de acupuntura (MACHADO, 2007; SAKUMA, 2008; ARAÚJO & SAKUMA, 2009). Sendo, portanto, importante para todos os atletas, cientistas e profissionais de saúde e do esporte terem uma compreensão das várias práticas das terapias ditas alternativas, a fim de melhorarem o desempenho dos atletas sobre sua supervisão.

Diante do exposto neste artigo conclui-se que na atualidade a educação física vem tendo o seu campo de atuação ampliado e que a cada dia que se passa novas técnicas vem sendo incorporadas a prática profissional da educação física para a melhorar a performance e sensação de bem estar físico de atletas e praticantes de atividade física regular.

BIBLIOGRAFIA

1. ARAÚJO, A.P.S.; SAKUMA, R. Os aspectos teóricos e legais que fundamenta a prática da acupuntura pelo educador físico. **Rev Educação Física do Exército**, v.1, n.1, p. 32-39, 2009.
2. BARROS, J.M.C. Fiscalização no Contexto Atual da Profissão de Educação Física. **Rev Educação Física**, p.9-1. 2004.
3. CHAVES-JÚNIOR, S.R. **A educação física do ginásio paranaense ao colégio estadual do Paraná: contribuições para a construção de uma história de uma disciplina escolar (1931-1951)**. 2004. 228f. Dissertação (Mestrado em Educação)- Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.
4. COLDEBELLA, A.O.C. *et al.* Práticas Corporais alternativas: formação em Educação Física. **Rev Motriz**, v.10, n.2, p.111-122, 2004.
5. CORDEIRO-JÚNIOR, O. **O desafio da educação física em encontrar o seu papel terapêutico no campo da saúde mental infantil**.
6. Disponível em:
ite_gente_Crescente/publicacoes/EDUCA%C3%87%C3%83O%20F%C3%8DICA%20E%20SA%C3%9ADE%20MENTAL.doc>. Acesso em: 12 jan 2008.
7. CRUZ, G.C.; FERREIRA, J.R. Processo de formação continuada de professores de educação física em contexto inclusivo. **R Brasileira de Educação Física e Esporte**, v.19, n.2, p.163-80, 2005.
8. FEITOSA, W.M.N.; NASCIMENTO, J.V. As competências específicas do profissional de Educação Física que atua na orientação de atividades físicas: um estudo Delphi. **Rev brasileira de Ciências e Movimento**, v. 11 n. 4 p. 19-26, 2003.
9. GHILARDI, R. Formação profissional em educação física: a relação teoria e prática. **Rev Motriz**, v. 4, n. 1, p.1-11, 1998.
10. GOIS-JUNIOR, E. **Os higienistas e a educação física: A história dos seus ideais**. 2000. 183f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 2000.
11. GÜNTHER, M.C.C.; MOLINA-NETO, V. Formação permanente de professores de educação física na rede municipal de ensino de porto alegre: Uma abordagem etnográfica. **Rev Paulista de Educação Física**, v.14, n.1, p. 85-91, 2000.
12. HUARD, P.; WONG, J. **Cuidados e técnicas do corpo: na China, no Japão e na Índia**. São Paulo: Summus; 1990, p.317.
13. LOVISOLO, H. Mas, afinal, o que é Educação Física?: A favor da mediação e contra os radicalismos. **Rev Movimento**, v.2, n. 2, p. 18-24, 1995.
14. LUNA, M.P.; FILHO, J.F.F. Efeitos da Acupuntura na Performance de Atletas Velocistas de Alto Rendimento do Rio de Janeiro. **Fitness & Performance Journal**, v. 4, n.4, p.1-32. 2005.
15. MACHADO, C.M.P. **Os efeitos da cranioacupuntura de Yamamoto como recurso terapêutico em atletas praticantes de skate com quadro de fratura oblíqua de tíbia e fibula**. 2007. 57 f. Monografia (Pós-graduação em Acupuntura) - Instituto Brasileiro de Therapias e Ensino, Curitiba, 2007.
16. MALACO, L.H. As disciplinas humanísticas e o currículo de educação física, segundo a percepção de alunos e docentes. **Rev Motriz**, v.2, n.1, p. 16-19,1996.
17. MATTA, D.F. A educação física no Brasil: Com uma visão transformadora na educação básica, transpirando menos e pensando mais. **Rev Latu & Senso**, v.2, n.3, p.30-33, 2001.
18. MATTHIESEN, S.Q. A educação física e as práticas corporais alternativas: a produção científica do curso de graduação em educação física da UNESP - Rio Claro de 1987 a 1997. **Rev Motriz**, v.5, n.2, p. 131-137, 1999.
19. RANGEL-BETT, I.C.; BETTI, M. Novas perspectivas na formação Profissional em educação física. **Rev Motriz**, v.2, n.1, p.10-15,1996.
20. SAKUMA, R. **Aspectos teóricos e políticos que fundamentam a pratica de acupuntura pelo educador físico**. 2008. 82f. Monografia (Pós-graduação em Acupuntura) – Instituto Brasileiro de Therapias e Ensino, Maringá, 2008.
21. SCHWARTZ, G.M. A arte no contexto da educação física. **Revista Motriz**, Rio Claro, v.5, n.1, p. 49-52, jun.1999.
22. SHINOHARA, E.S. **Mapeamento do conhecimento da acupuntura no âmbito dos profissionais de educação física na cidade de Castro – PR**. 2007. 96f. Monografia (Pós-graduação em Acupuntura)- Instituto Brasileiro de Therapias e Ensino, Castro, 2007.
23. SIVIERO, E. K.; LORENZETTO, L. A. Energia: A moeda corrente da cultura corporal alternativa. **Rev Motriz**, v.10, n.3, p.173-179, 2004.

24. SOARES, C.L. **Imagens da educação no corpo: estudo a partir da ginástica francesa no século XIX.** Campinas: Autores Associados, 2002.
25. SOEIRO, R.S.P.; TUBINO, M.J.G. **A contribuição da escola de educação física do exército para o esporte nacional: 1933 a 2000.** Disponível em:< http://www.sumarios.org/pdfs/587_2781.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2008.
26. SOUSA, I.M.C. **Medicina alternativa nos serviços públicos de saúde: A prática da massagem na área programática 3.1 no município do Rio de Janeiro.** 2004. 111f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2004.
27. STEINHILBER, J. Pontos, contrapontos e questões pertinentes à regulamentação do profissional de educação física. **Rev Motriz**, Rio Claro, v. 4, n. 1, p. 52-63, jun.1998.
28. TROVO, M.M.; SILVA, M.E.P. Terapias alternativas/complementarias - La vision de alumno de pre-grado de enfermería. **Rev Enfermagem USP**, v. 36, n.1, p. 75-79, 2002.
29. VERENGUER, R.C.G. Dimensões profissionais e acadêmicas da educação física no Brasil: Uma síntese das discussões. **Rev Paulista de Educação Física**, v.11, n.2, p.164-75,1997.
30. VERENGUER, R.C.G. Intervenção profissional em Educação Física: expertise, credencialismo e autonomia. **Rev Motriz**, v.10, n.2, p.123-134, 2004.
31. VERENGUER, R.C.G. Mercado de trabalho em educação física: reestruturação produtiva, relações de trabalho e intervenção profissional. **Rev Mackenzie de Educação Física e Esporte**, v.4, n. 4, p. 39 -54, 2005.

**DISTRAÇÃO OSTEOGÊNICA ALVEOLAR NA EXPANSÃO
MANDIBULAR****ALVEOLAR DISTRACTION OSTEOGENESIS ON THE MANDIBULAR
EXPANSION**

MARCOS FERNANDO BONADIO. Cirurgião-Dentista, Especialista em Ortodontia pela
Unidade de Ensino Superior Ingá/Faculdade INGÁ.

EDMILSON NOBUMITU KANESHIMA. Graduado em Odontologia pela Faculdade de
Odontologia de Lins (FOL), Especialização em Ortodontia pelo Conselho Regional de
Odontologia do Paraná (CRO-PR), Especialização em Ortodontia pela Universidade do Oeste
Paulista (UNOESTE).

Endereço para correspondência: Marcos Fernando Bonadio. Rua João de Rezande, nº. 683,
CEP:87.400-000, Centro, Cruzeiro do Oeste, Paraná, Brasil. marcos.bonadio@yahoo.com.br

RESUMO

Desde a década de 1970 a distração osteogênica alveolar (DOA) vem sendo usada para a promoção da expansão mandibular. Em especial nos casos onde o tratamento ortodôntico convencional isolado não promove efeito corretivo. Neste contexto o presente estudo teve por objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o uso de DOA para expansão mandibular. Para esta revisão foram selecionados estudos publicados entre os anos de 2004-2009, identificados nas bases de dados eletrônicos SCIELO e BIREME, e no site de acesso livre e gratuito Google. Além de terem sido pesquisadas publicações na biblioteca da UNIPAR e da UNINGÁ que abordavam o tema em questão. Os estudos selecionados foram organizados e analisados e os dados obtidos permitiram concluir que existe um consenso entre os autores pesquisados no que diz respeito ao fato da DOA ser considerada um método confiável e previsível para reconstruir rebordos alveolares atróficos, tendo como resultado um adequado ganho ósseo num tempo menor, com um baixo risco de complicações. Bem como existe um consenso de que está técnica é um método eficaz para a promoção da expansão mandibular.

PALAVRAS-CHAVE: Distração Osteogênica, Distração Osteogênica Alveolar, Mandíbula.

ABSTRACT

Since the 1970s the alveolar distraction osteogenesis (ADO) has been used to promote the expansion of the mandible. Especially in cases where conventional orthodontic treatment alone does not promote corrective effect. In this context the present study aimed to conduct a literature review on the use of DOA for mandibular expansion. Were selected for this review studies published between the years 2004-2009, identified in electronic databases SCIELO and BIREME, and the site of free access Google. Besides having been researched in the library of publications UNIPAR and UNINGÁ that addressed the topic in question. The selected studies were organized and analyzed the data and concluded that there is a consensus

among the authors studied with regard to the fact that the DOA be considered a reliable and predictable method for reconstructing atrophic alveolar ridges, resulting in a suitable bone gain in shorter time, with a low risk of complications. Much like the consensus is that this technique is an effective method to promote mandibular expansion.

KEYWORDS: Distraction Osteogenesis, Alveolar Distraction Osteogenesis, Mandibula.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, houve uma verdadeira evolução em relação ao tratamento odontológico, com a introdução de novas tecnologias cirúrgicas e ortodônticas, bem como mudanças nos conceitos biológicos e ampliação do campo de atuação do cirurgião-dentista através de cursos de especialização e aprimoramento profissional (BELL & GUERRERO, 2008; ZAIA, 2008).

Dentre as técnicas cirúrgicas mais utilizadas, no campo de atuação do cirurgião-dentista para a correção de deformidades dentofaciais e crânio-maxilo-faciais congênitas, patológicas e/ou traumatológicas tem-se a distração osteogênica alveolar (DOA), que é uma técnica de correção óssea definida como uma forma de engenharia de tecidos *in vivo* na qual a separação gradual de margens ósseas, cirurgicamente seccionadas, resulta na geração de novo osso de forma rápida e previsível por mecanismos naturais (FABER *et al.*, 2005).

Inicialmente a DOA foi desenvolvida para a correção de defeitos ósseos alveolares, tendo seus princípios norteadores baseados na técnica de distração osteogênica (DO) originalmente desenvolvida para fins ortopédicos de alongamento e reconstrução de membros que surgiu no início dos anos de 1950 (MAURETTE *et al.*, 2005; PONS, 2008; RIBEIRO, 2008).

A técnica de DOA utilizada na atualidade é constituída por um processo cirúrgico de DO composto por 4 fases distintas: Instalação do distrator por meio de uma técnica cirúrgica apropriada, período de latência, aplicação de forças de expansão e período de consolidação (MAZZONETTO *et al.*, 2004). Que formam um protocolo operatório e de tratamento que quando seguido de forma rigorosa e adequada promove resultados bastante promissores e eficazes chegando a um sucesso terapêutico de até 96% quando utilizada para a correção de problemas ortodônticos, relacionados ao crescimento mandibular.

Como principais vantagens clínicas a DOA apresenta o fato de não precisar de um segundo local cirúrgico para a retirada do enxerto ósseo; de o crescimento tecidual, de vasos sanguíneos e nervos acompanham todo o processo de crescimento do novo osso; o fato de apresentar uma diminuição da tendência de reabsorção óssea; baixa taxa de morbidade e infecção; e boa previsibilidade sobre o prognóstico terapêutico. Já no que se refere as suas principais desvantagens temos que estas se encontram intimamente relacionadas ao fato da dificuldade de se manter um controle rígido durante a mobilização dos segmentos, maior número de consultas odontológicas de retorno, e colaboração do paciente (MAZZONETTO *et al.*, 2004).

O presente estudo que tem por objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o uso de DOA em ortodontia para a promoção do avanço mandibular, mediante a análise de uma série de estudos publicados nos últimos anos sobre este assunto.

Para se alcançar o objetivo proposto buscou-se por artigos, livros, trabalhos de conclusão de curso, monografias, dissertações e teses disponibilizadas em meio impresso na biblioteca na Universidade Ingá (UNINGÁ), da Universidade Paraense (UNIPAR). Além de material científico publicado e disponibilizado nas seguintes bases de dados eletrônicos de pesquisa em saúde: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e na Biblioteca Virtual em Saúde do Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BVS/BIREME) que abordassem o tema DOA no avanço mandibular. Sendo incluído apenas

neste estudo material publicado a partir do ano de 2004 no idioma português, inglês e espanhol, disponibilizado na íntegra e de forma gratuita para leitura.

REFLEXÕES

Desde o início do Século XX, vários autores vêm propondo diferentes técnicas, métodos e materiais para reabilitação bucal e correção dos defeitos do complexo crâniomaxilofacial (MAZZONETTO *et al.*, 2005; GOMES, 2008; PONS, 2008). Entretanto, apenas no final dos anos de 1960, surgiu um sistema baseado em princípios biológicos e clínicos para aumento de comprimento em ossos longos do corpo humano denominado de DO, que por definição significa processo biológico de neoformação óssea entre segmentos ósseos gradualmente separados por tração mecânica gradual pós-osteotomia (ALVES, 2008; MAIA *et al.*, 2007a; MAIA *et al.*, 2007b; PASTORI *et al.*, 2007; SUKURICA *et al.*, 2007; PONS, 2008).

Depois de quase 20 anos de sua origem, em 1973 a DO foi utilizada para a correção de deficiência mandibular em cães, através da utilização de aparelhos que levam o nome de distratores na área odontológica (PONS, 2008). Algum tempo, mais tarde em 1992, foi descrito na literatura científica o primeiro relato clínico da utilização da DO para alongamento mandibular em humanos (PASTORI *et al.*, 2007; SUKURICA *et al.*, 2007; PONS, 2008; RIBEIRO *et al.*, 2007). Desde então a técnica vem sendo amplamente utilizada e indicada em ortodontia para expansão mandibular em largura, espessura e comprimento conforme podemos ver a seguir.

Maurette (2004), em sua dissertação de mestrado sobre a avaliação clínica e radiográfica da eficácia clínica da técnica de DOA no tratamento de defeitos verticais do rebordo alveolar, avaliou 55 pacientes, submetidos à reconstrução alveolar vertical com DOA, por meio de um distrator justa-ósseo. Observou que do total de pacientes atendidos, 51% foram operados na região posterior da mandíbula, 40% na região anterior da maxila, 5% na região anterior da mandíbula e 4% na região posterior da maxila. Que o ganho ósseo vertical médio obtido em cada uma das regiões citadas anteriormente foi: 4,49 mm; 7,46 mm; 6,09 mm e 6,32 mm respectivamente com um ganho médio total de 6,09mm em relação às complicações encontradas durante o tratamento. Maurette (2004) observou que 14 pacientes (25,45%) apresentaram complicações classificadas como menores, ou seja, todas aquelas que não interferiram com o resultado final do tratamento e 6 pacientes (10,90%) apresentaram complicações maiores que causam a falha da técnica. Além disso, neste estudo os pacientes foram submetidos a uma avaliação feita por meio de um questionário que buscando conhecer a percepção dos eventos trans e pós-operatórios enfrentados pelos pacientes atendido. Os resultados obtidos através das respostas deste questionário demonstraram que 80% dos pacientes atendidos acharam que a cirurgia de DOA foi suportável, assim como o período pós-operatório (84%), não sentindo dor durante as ativações (88%) descrevendo somente uma sensação de pressão (58%) neste momento, não apresentando, de uma forma geral, dificuldade na ativação do aparelho (74%). Dos pacientes avaliados, 22% responderam que a haste de ativação era desconfortável ou altamente desconfortável, interferindo em algumas funções bucais. Cabe destacar que 78% dos pacientes participantes deste estudo se submetiriam novamente à cirurgia de DOA quando comparados aos pacientes submetidos aos outros métodos de reconstrução como enxerto ósseo, sendo que 80% dos pacientes submetidos a enxerto ósseo consideraram este método mais desconfortável que a DOA. A técnica de DOA demonstrou ser eficaz na reconstrução de rebordos alveolares atróficos com um sucesso de 89,09%, apresentando pequenas complicações que podem ser solucionadas por meio de uma pronta intervenção por parte do profissional. Apesar de ser uma técnica relativamente traumática, tem uma aceitação alta entre os pacientes submetidos a ela, porém alguns detalhes como a interferência da haste de ativação continua incomodando ao paciente. Cabe destacar que, quando comparada com os enxertos ósseos a aceitação é muito maior. O

que levou Maurette (2004) a afirmar que a DOA é um método confiável e previsível para reconstruir rebordos alveolares atróficos, tendo como resultado um adequado ganho ósseo num tempo menor, com um baixo risco de complicações. E que em regiões estéticas da maxila, à necessidade de se associar técnicas para aumento da espessura da maxila. A indicação da associação da DOA e enxertos em blocos é válida, pois, com a DOA resolvemos de maneira previsível grandes déficits verticais de rebordo, que anteriormente eram difíceis de se solucionar com enxertos autógenos. Além disso, o ganho ósseo de tecido mole com a DOA apresentou grande vantagem estética nessa região.

Mazzonetto *et al.* (2004) realizaram um estudo que objetivou avaliar as possíveis variações morfológicas dos rebordos mandibulares submetidos a DO e suas implicações no posicionamento dos implantes em 31 pacientes submetidos à técnica de DOA, exclusivamente na mandíbula, utilizando-se o distrator (Conexão, Sistema de Próteses, SP - Brasil). Dentre os resultados encontrados, neste estudo os autores observaram que em 24 casos a DOA, demonstrou ser eficaz na reconstrução vertical de rebordos alveolares atróficos, com um sucesso de 83,9%. Sendo que a ocorrência de tipos morfológicos de rebordos alveolares após distração não ideais para a colocação de implantes, ocorreu nos casos onde houve complicações, ou onde a morfologia pré distração apresentava déficit tanto em altura quanto em espessura.

Neste mesmo ano, Freire-Filho (2004), teve como objetivo central comparar dois sistemas de DOA justa ósseos de 9 mm de abertura máxima de fabricação nacional. Neste estudo foram analisadas duas marcas comerciais de distratores utilizadas em 2 grupos distintos denominados de Grupo I (distratores da marca Conexão, código de comercialização: DM-9, com parafusos de 1,3 x 5mm e 1,3 x 7mm de comprimento e espessura, com parafusos de 1,5 x 5 mm e 1,5 x 7 mm de comprimento e espessura) e Grupo II (distratores da marca Signo Vines, código de comercialização DVA009), através de avaliações dimensionais dos distratores e parafusos, da resistência à tração dos distratores e da resistência à flexão e à torção dos parafusos. Durante a avaliação dimensional onde foram utilizados 10 distratores de cada fabricante e 40 parafusos, sendo 10 de cada tamanho oferecido, 1,3 x 5mm e 1,3 x 7mm do grupo I e 1,5 x 5mm e 1,5 x 7mm do grupo II e os dados obtidos submetidos ao teste dos postos assinalados de Wilcoxon para os distratores e o teste de Friedman para os parafusos e o teste de resistência à tração e a flexão submetidos ao teste do *t - Student* com nível de significância de 5%. Os resultados obtidos por este estudo demonstraram que os distratores do grupo II apresentaram menor variação das mensurações realizadas, porém não houve diferença estatística entre os parafusos de ambas as marcas. Os distratores do grupo II foram estatisticamente mais resistentes à tração. Os parafusos de 1,5x5mm do grupo II foram os mais resistentes à flexão e à torção.

Alves (2004) realizou uma revisão de literatura sobre a DOA objetivando abordar o procedimento de DOA como uma técnica de uso na reconstrução de deficiências ósseas faciais. Após abordar aspectos sobre a evolução histórica da DOA. O respectivo autor chegou à conclusão que a DO é uma técnica estabelecida no campo da cirurgia ortopédica, para o alongamento de ossos; que é uma técnica essencialmente nova na região craniofacial e que tem sido considerada efetiva para a correção de deficiências mandibulares e maxilares, onde os resultados obtidos com cirurgias convencionais são limitados. Além disso, o respectivo autor concluiu que a DOA permite movimentos esqueléticos amplos com um mínimo de recidiva pela expansão concomitante do osso e dos tecidos moles e que não há na literatura relato de efeitos secundários indesejáveis, que comprometam os resultados terapêuticos obtidos com a técnica; além de permitir correções que levam à melhora do contorno facial, o que seguramente contribui para a melhora do estado psicossocial do paciente submetido a este tipo de intervenção.

Já em 2005, Mazzonetto *et al.* realizaram um estudo do tipo revisão de literatura associado a dois relatos de caso sobre o uso da DOA para a reconstrução de rebordos alveolares atróficos, com o objetivo de discutir as indicações, resultados e possibilidades da

utilização da técnica de DOA na região anterior da maxila. Neste estudo os 2 casos clínicos abordados referiam-se ao uso da DOA para a posterior implantação de implantes osseointegrados na região anterior de maxila devido a perdas dentárias. Os resultados obtidos neste estudo indicaram que no caso 1 após o um período de 10 semanas houve formação óssea vertical que no caso 2 após o 10º dia de ativação o controle evidenciou o restabelecimento de uma altura óssea alveolar adequada para a reabilitação com implantes osseointegrados. Tais resultados levaram os respectivos autores a concluir que a DOA é um método confiável e previsível para reconstruir rebordos alveolares atroficos, tendo como resultado um adequado ganho ósseo num tempo menor, com um baixo risco de complicações.

Neste mesmo ano, Maurette *et al.* (2005) durante o estudo de um único caso clínico no qual foi utilizado a DOA para a reconstrução do rebordo alveolar atrofico na região anterior de maxila, também chegaram à conclusão de que a DOA é um método confiável e previsível para reconstruir rebordos alveolares atroficos, tendo como resultado um adequado ganho ósseo num tempo menor, com um baixo risco de complicações. Tais autores concluíram que em regiões faciais estéticas da maxila, existe a necessidade de se associar técnicas para aumento em espessura desta. E que a indicação da associação da DOA com enxertos em blocos é válida, pois, com a distração resolve-se de maneira previsível, grandes déficits verticais de rebordo, que anteriormente eram muito difíceis de serem solucionados com enxertos autógenos e que o ganho ósseo de tecido mole gerado com a distração é uma grande vantagem estética desta técnica na região maxilar.

Ainda no ano de 2005, Faber *et al.* publicaram um artigo de revisão sobre as aplicações da DOA na região dentofacial. Neste artigo os autores tiveram como objetivo proporcionar ao ortodontista e ao cirurgião bucomaxilofacial uma abordagem atualizada das características biológicas e clínicas da DOA. Ao término do estudo tais autores chegaram à conclusão de que os mecanismos pelos quais a regeneração tecidual ocorre durante a DOA ainda hoje são parcialmente compreendidos e que está técnica congrega um conjunto de procedimentos cujas aplicações se encontram em expansão na área dentofacial, Além disso, Faber *et al.* (2005) relataram que a DOA foi inicialmente utilizada para a promoção do alongamento da mandibular, e que hoje é utilizada até mesmo para induzir a movimentação dentária ortodôntica ou regenerar o periodonto. Além disso, neste artigo os respectivos autores ressaltaram existir a necessidade de um conhecimento mais aprofundado das aplicações clínicas da DOA por ortodontistas e cirurgiões bucomaxilofaciais, para que ocorra a disseminação da técnica e a obtenção resultados terapêuticos cada vez melhores com a utilização da técnica.

Pastori *et al.* (2006) ao realizarem um estudo sobre o uso da DOA com o objetivo de demonstrar uma nova opção de tratamento para reconstrução de cristas alveolares atroficas mediante uma revisão de literatura e um relato de caso clínico-cirúrgico, no qual a paciente foi submetida a DOA para posterior instalação de implantes osseointegráveis na região anterior e superior da maxila devido ao fato da mesma não se adaptar ao uso de prótese dentária parcial removível da região superior. Concluíram que a indicação da DOA depende da localização do defeito ósseo, da altura e da espessura do rebordo alveolar remanescente, bem como das estruturas anatômicas relacionadas (seio maxilar, plexo vaso-nervoso), além da colaboração do paciente; que o periosteio e endosteio apresentam papel fundamental no reparo ósseo; que o período ideal para a instalação de implantes osseointegráveis em regiões submetidas à DOA é de 60 a 90 dias após o término da ativação e, se possível, no mesmo tempo cirúrgico que a remoção dos distratores; que a complicação mais freqüente das DOA é a alteração do vetor de distração; que a associação de DOA à enxertia óssea autógena é uma metodologia eficaz no tratamento de pacientes edêntulos previamente submetidos à ressecção mandibular devido à lesão tumoral; que exames complementares como ultrasonografia e modelos esterolitográficos auxiliam no diagnóstico, planejamento e no controle do mecanismo da DOA, facilitando e melhorando o prognóstico do caso; e que a DOA, associada aos implantes osseointegráveis, é uma técnica efetiva no auxílio ao tratamento de pacientes

edêntulos nas reconstruções de rebordos alveolares atróficos, principalmente no sentido vertical.

Martino (2007) ao realizar um estudo de natureza bibliográfica sobre a DOA, com o objetivo de avaliar a aplicabilidade clínica da DOA. Chegou a conclusão de que a DOA é uma terapia promissora com alto potencial para regeneração óssea e ganho de tecido mole em rebordos alveolares atróficos. Porém, neste estudo o autor ressaltou que existe a necessidade de uma maior realização de estudos experimentais e clínico com acompanhamentos longos para de fato se confirmar a eficácia da DOA em ortodontia.

Neste mesmo ano, Allais *et al.* (2007), realizaram um estudo retrospectivo sobre as complicações apresentadas por pacientes submetidos a DOA para aumento dos rebordos alveolares atróficos na região posterior da mandíbula. Tal estudo teve como foco discutir os resultados obtidos por 55 pacientes tratados com DOA para correção de defeitos verticais da região posterior da mandíbula atendidos na Universidade Estadual de Campinas entre os anos de 2001 e 2003. Do total de 55 pacientes atendidos, 28 foram submetidos à cirurgia na região posterior da mandíbula em virtude de deficiências ósseas secundárias à atrofia alveolar após doença periodontal ou extração dentária. Sendo que os resultados do tratamento com a técnica de DOA entre estes demonstraram sucesso em 82,15% dos casos. No que se refere propriamente as complicações enfrentadas por estes indivíduos no pós cirúrgicos os autores observaram que estas era menores, e que se encontravam presentes em 11 (39,28%) dos 28 pacientes submetidos a DOA e que as complicações maiores encontraram-se presentes em 5 (17,85%) dos 28 pacientes submetidos a DOA, sendo a altura média alveolar alcançada na região posterior da mandíbula neste estudo foi de 4,4 mm. Com base nestes resultados Allais *et al.* (2007) sugeriram que a DOA é uma técnica eficaz para o tratamento de aberturas verticais rebordo alveolar

Maia *et al.* (2007a), publicaram um artigo no qual foi feito o relato do tratamento ortodôntico de uma paciente com apinhamento severo decorrente de atresia maxilomandibular tratada com DOA da Sínfise Mandibular. Neste estudo os autores realizaram inicialmente no arco superior com uma disjunção rápida da maxila, através do uso do disjuntor Hyrax, e simultaneamente foram colocados braquetes nos incisivos centrais inferiores com angulações adequadas para proporcionar divergências das raízes, em seguida foi passado o fio ortodôntico para iniciar a movimentação dentária para ganho de espaço entre os incisivos para posterior realização do procedimento cirúrgico de osteotomia, o qual foi realizado entre os incisivo central e lateral após 2 meses do início do tratamento. Os resultados obtidos por este estudo demonstraram que o protocolo de tratamento utilizado e adotado pelos autores proporcionou um bom engrenamento dentário, diminui o corredor bucal escuro, promoveu a correção do apinhamento, melhorou os arcos dentais e a estética facial em um período de tempo bastante satisfatório (2 meses). O que levou os autores a concluírem que a DO é uma excelente opção de tratamento para estes casos.

Outro estudo de autoria de Maia *et al.* (2007b), relatou o uso da DOA da sínfise mandibular como opção de tratamento ortodôntico, mediante o relato de um único caso clínico. No qual o protocolo de tratamento utilizado foi iniciado com uma a disjunção rápida da maxila através do uso do disjuntor de Hass, e simultaneamente foram colocados braquetes nos incisivos centrais inferiores com angulações adequadas para proporcionar divergências das raízes, em seguida foi passado o fio ortodôntico para iniciar a movimentação dentária. Após a divergência radicular apresentar-se satisfatória (2 meses), foi feita a modelagem em laboratório do aparelho distrator escolhido o qual foi constituído por um parafuso expensor de Hyrax adaptado para a paciente. Após confecção do distrator a paciente foi submetida à osteotomia na região da sínfise mandibular em ambulatório, após o período de latência de uma semana os pais da paciente foram orientados a ativar o parafuso do expensor realizando 1 volta completa por dia (1/2 de manhã e 1/2 a tarde) durante 7 dias. Após este período de ativação o aparelho foi mantida por 4 meses para consolidação óssea. Sendo então simultaneamente com o aparelho de Haas removido. A partir daí foi instalado um aparelho

extrabucal tipo Kloehn para correção de classe II, para realização do tratamento ortodôntico convencional. Os resultados obtidos neste estudo demonstraram que o protocolo de tratamento escolhido e adotado pelos autores proporcionou um bom engrenamento dentário, correção do apinhamento, boa forma de arcos, e boa estética facial em um período de tempo satisfatório. O que levou os autores as mesmas conclusões de Maia e colaboradores (2007a).

Neste mesmo ano Sukurica *et al.* (2007) realizaram um estudo que teve como objetivo realizar a distalização rápida de canino pelo método de distração alveolar segmentar sem extração pré-molares em 8 pacientes, a fim de examinar as alterações nos tecidos periodontais circundantes aos caninos, avaliar o deslocamento dos dentes caninos e primeiros molares, avaliar os efeitos do procedimento sobre a vitalidade pulpar destes, e determinar a quantidade de reabsorção radicular. Durante o pré e pós tratamento deste estudo foi feita a confecção de molde dentário, realização de radiografias panorâmicas, periapicais, realização de um teste de vitalidade elétrico antes e após o procedimento de DOA, e durante o período de seguimento (6 meses após a conclusão do procedimento). Além disso, seis índices periodontais foram usados para examinar a saúde dos tecidos periodontais. Os resultados obtidos demonstraram que o período de distração na amostra variou de 12 a 28 dias (média de 14,65 +/- 3,49). Que a perda de fixação variou de 0 a 3 mm (média de 1,2 +/- 0,83), que o deslocamento distal dos caninos variou de 3 a 8 mm (média 5,35 +/- 1,22) e que os mesmos mostraram uma média de 9,1 graus de inclinação distal, ao passo que não houve alteração estatisticamente significativa na inclinação axial dos primeiros molares pós distração. Resultados estes que fizeram os autores concluírem que a distalização rápida de canino pela DOA segmentar torna o protocolo de tratamento de rotina mais popular entre as suas aplicações ortodônticas.

Oliveira (2008) durante o seu estudo de revisão sobre a utilização da DOA para correção dos defeitos ósseos alveolares, chegou a conclusão de que a técnica permite um adequado ganho ósseo com baixo risco de complicações, uma vez que, a maioria das complicações encontradas com o uso desta técnica são classificadas como menores o que permite a sua solução. É que está é uma técnica promissora, pois demonstra ser eficaz no tratamento de defeitos verticais da crista alveolar, com índices de sucesso que variam de 90% à 96%.

Ainda em 2008, Pons realizou uma pesquisa de natureza bibliográfica sobre o uso da DOA em pacientes com Micrognata Severa. Estudo este que fez com que o autor chegasse à conclusão de que a DO é uma alternativa cirúrgica eficaz e segura para pacientes com Micrognata Severa na qual as opções de tratamento convencionais tem resultado limitado e insatisfatório.

Já em 2009, Vaccari-Mazzetti *et al.* escreveram artigo cujo objetivo foi relatar o tratamento de pacientes com Sequência de Pierre-Robin submetidos a ortopedia maxilar e mandibular, seguida de DOA da mandíbula e posterior ortodontia para correção de mordidas abertas. Neste estudo os pacientes foram divididos em três classes baseados na sintomatologia clínica e na micrognatia sendo elas: Classe I (micrognatia leve e sem comprometimento respiratório). Classe II (micrognatia leve ou moderada e algum grau de desconforto respiratório, sem demonstrar sinais de insuficiência respiratória), e Classe III, (acentuado grau de hipoplasia mandibular e distúrbios respiratórios frequentes e persistentes). Mediante a realização deste estudo os autores constataram que pacientes atendidos, apresentam resultados satisfatórios com importante melhora clínica e funcional através da utilização do protocolo de tratamento multiprofissional adotado pelos pesquisadores.

Mediante a realização desta revisão foi possível concluir que a DOA é um excelente método para promoção da expansão mandibular, por proporcionarem índices de sucesso terapêutico superiores a 90%. Que existem diferentes técnicas cirúrgicas para a promoção da expansão mandibular pela DOA, técnicas estas que são indicadas conforme cada caso clínico e/ou de acordo com a necessidade de correção apresentada por cada paciente. Que a sua principal vantagem quando comparada a outros métodos de cirurgia ortognática é o fato de

não necessitar de um segundo local cirúrgico para a retirada do enxerto; ao fato do crescimento tecidual, de vasos sanguíneos e nervos acompanharem todo o processo de crescimento do novo osso; baixa taxa de morbidade e infecção, apresentar índices de previsibilidade de sucesso superiores a 90%, melhorar o perfil estético facial e psicossocial dos paciente, bem como promover o alongamento vertical do ramo e do corpo mandibular, e a expansão transversal e aumento vertical do rebordo alveolar mandibular em casos de hipoplasia mandibular; defeito ósseo segmentar; microsomia craniofacial uni ou bilateral; micrognatia entre outros nos quais o tratamento ortodôntico convencional não tem indicação ou não surte efeito terapêutico.

BIBLIOGRAFIA

1. ALLAIS, M.; *et al.* Estudio retrospectivo de las complicaciones presentes en pacientes tratados con distracción osteogênica alveolar para aumento de rebordes alveolares atróficos en la región posterior de mandíbula. **Revista Venezolana de Investigación Odontológica**, v.7, n.1, p.38-48, 2007.
2. ALVES, C.L.N. **Distração Osteogênica**. 2004. Disponível em: http://www.wservices.srv.br/UserFiles/monografia_levir.pdf. Acesso em: 15 fev. 2010.
3. BELL, W. H.; GUERRERO, C. A. **Distração osteogênica do esqueleto facial**. Porto Alegre: Artmed; 2008.
4. FABER, J. *et al.* Aplicações da distração osteogênica na região dentofacial: O estado da arte. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v.10, n.4, p.25-33, 2005.
5. FREIRE-FILHO, F.W.V. **Estudo comparativo dimensional e da resistência mecânica de dois sistemas nacionais de distratores osteogênicos alveolares justa-ósseos**. 2004. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba/ Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba.
6. GOMEZ, E.S. **Análise retrospectiva de 5 anos dos fatores que influenciam a perda tardia de implantes dentais**. 2008. 139f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba/ Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba.
7. MAIA, L.G.M. *et al.* Utilização da distração Osteogênica mediana sagital para tratamento da atresia mandibular. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 12, n. 3, p. 63-74, 2007a.
8. MAIA, L.G.M. *et al.* Distração Osteogênica da sínfise mandibular como opção de tratamento ortodôntico: Relato de caso. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v.12, n.5, p.34-45, 2007b.
9. MAURETTE, M.A. **Avaliação clínica e radiográfica da eficácia da técnica de distração osteogênica no tratamento de defeitos verticais do rebordo alveolar**. 2004. 192f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba/ Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba.
10. MARTINO, M.M. **Distração Osteogênica Alveolar: Revisão de Literatura**. 2007. Monografia (Especialização) – Centro de Pós-Graduação da Academia de Odontologia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
11. MAURETTE, M.A. de. *et al.* Reconstrução do rebordo alveolar atrófico na região anterior de maxila por meio de distração osteogênica. relato de caso clínico. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v.5, n.2, p. 33 - 40, 2005.
12. MAZZONETTO, R. *et al.* Classificação morfológica do rebordo alveolar da mandíbula em 31 pacientes tratados com Distração Osteogênica. **Revista Implantonews**, v. 1, n. 5, 2004.
13. MAZZONETTO, R. *et al.* Distração Osteogênica para a Reconstrução de Rebordos Alveolares Atróficos. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**. v.46, n.4, p.213-220, 2005.
14. OLIVEIRA, J. M. S. **Utilização da distração osteogênica para correção dos defeitos ósseos alveolares**. 2008. Monografia (Graduação) - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas, Manaus.
15. PASTORI, C.M. *et al.* **Distração osteogênica alveolar: Relato de caso clínico cirúrgico**. 2006. Monografia (Especialização) – Universidade Estadual Paulista, Araçatuba.
16. PONS, D.K. **Distração Osteogênica em Pacientes com Micrognata Severa**. 2008. Monografia (Especialização) – Clínica integrada de Odontologia, Passo Fundo.
17. RIBEIRO, P. R. C.; *et al.* Retração rápida de caninos associada ao levantamento do seio maxilar. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v.12, n.5, p. 23-33, 2007.
18. SUKURICA, Y. *et al.* Rapid canine distalization through segmental alveolar distraction osteogenesis. **Ange Orthodontist**, v.77, n. 2, p. 226-236, 2007.
19. VACCARI-MAZZETTI, M.P. *et al.* Distração osteogênica e tratamento ortopédico na Síndrome de Pierre Robin. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 38, n.1, p. 52-54, set. 2009.
20. ZAIA, A.A. Avanços atuais do tratamento endodôntico. **Jornal da UNICAMP**, Campinas, 1º a 14 de dezembro de 2008. p.2

**PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE
ADULTO COM TRAUMA CRÂNIO-ENCEFÁLICO GRAVE EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NAS PRIMEIRAS 48h**

**PROTOCOL OF ASSISTANCE OF NURSING IN ADULT PATIENT WITH
SERIOUS SKULL TRAUMA IN UNIT OF INTENSIVE THERAPY IN THE FIRST 48
HOURS.**

LINDOMAR SUDRÉ DE CARVALHO. Enfermeiro. Acadêmico do Curso de Pós-Graduação em Urgência e Emergência na Unidade de Ensino Superior Ingá-UNINGÁ.

REGIANE MÚCIO SUDRÉ DE CARVALHO. Enfermeira, graduada pelo Centro Universitário de Maringá - Cesumar.

CÁTIA MILLENE DELL AGNOLO. Mestre em Enfermagem, Enfermeira do Serviço de Nefrologia Intensiva do Hospital Universitário Regional de Maringá.

Endereço para correspondência: Lindomar Sudré de Carvalho. Avenida José Alves Nendo, nº 1256, Bairro Jardim São Silvestre, CEP 87055-000, Maringá, Paraná.
lindomarsudre@yahoo.com.br

RESUMO

O trauma, atualmente, se constitui na terceira causa de morte da população em geral, sendo superado apenas pela doença cardiovascular e neoplásica. Se considerarmos o grupo etário socialmente ativo, jovem, o trauma torna-se a primeira causa de morte. O trauma crânio-encefálico (TCE) é considerado qualquer agressão física que pode acarretar lesão anatômica ou comprometer funcionalmente o couro cabeludo, crânio, meninges, líquor ou encéfalo em qualquer combinação. Este estudo teve como objetivo elaborar um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente adulto com TCE grave, em Unidade de Terapia Intensiva, nas primeiras 48 horas. O paciente em TCE requer intervenções rápidas e definidas durante as primeiras 48 horas depois do trauma, aumentando assim a chance de sobrevivência. Visto que o paciente em questão requer cuidados específicos e detalhados com condutas rápidas, com a conclusão deste trabalho e, atendendo aos seus objetivos, foi possível elaborar o protocolo de assistência à enfermagem ao adulto com TCE grave em UTI, contendo as principais condutas e suas justificativas para o atendimento deste paciente. Este terá por finalidade a orientação para execução correta das ações que serão padronizadas e sistematizadas, para um melhor desempenho da equipe e um atendimento adequado.

PALAVRAS – CHAVE: Trauma Crânio-Encefálico, Protocolo, UTI.

ABSTRACT

Currently, the trauma in general is the third cause of the population, being surpassed only for the heart and cancer illness. Considering a socially young active group the trauma becomes

the first cause of death. The traumatismos cranium-encefálico (TCE) is considered a physical aggression that can cause anatomical injury or functionally compromise in the head leather, skull, meninges, cerebral spinal fluid or encephalo in any combination. This study has the objective to elaborate a protocol of assistance of nursing in adult patient with serious TCE, in Unit of Intensive Therapy, in the first 48 hours. The patient in TCE requires fast and definite interventions in the first 48 hours after the trauma, increasing the life possibility. The patient in question requires specific and detailed cares with fast behaviors, the conclusion of this work, based on the considered objectives, was possible elaborate the protocol of assistance to the nursing to the adult with serious TCE in UTI, with the main behaviors and the justifications to the attendance of this patient. This will have for purpose the orientation for correct execution of the actions that standardized and will be systemize, for one better performance of the team and an adequate attendance.

KEYWORDS: Serious Crânio-encefálico trauma, Cares of nursing. Protocol.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, vem se notando um crescimento desordenado da população, acompanhado do aumento da criminalidade, violência e do número de acidentes, o que tem ocasionado, um aumento no número de atendimentos nos serviços de emergência.

O trauma, atualmente, se constitui na terceira causa de morte da população em geral, sendo superado apenas pela doença cardiovascular e neoplásica. Se considerarmos o grupo etário socialmente ativo, jovem, o trauma torna-se a primeira causa de morte.

O paciente com politraumatismo é aquele que apresenta uma ou múltiplas lesões, podendo incluir lesões de cabeça, coluna vertebral e face; tecidos moles, ossos e articulações; e lesões internas.

Uma das lesões de grande risco para o paciente politraumatizado é o trauma crânio-encefálico (TCE) que é considerado qualquer agressão física que pode acarretar lesão anatômica ou comprometer funcionalmente o couro cabeludo, crânio, meninges, líquido ou encéfalo em qualquer combinação.

Este paciente requer intervenções rápidas e definidas durante as primeiras 48 horas depois do trauma, aumentando assim a chance de sobrevivida.

Durante este período, as múltiplas avaliações e intervenções podem ser realizadas de forma simultânea pela equipe intensivista, da qual a Enfermagem possui papel fundamental, já que é responsável pela organização do setor de terapia intensiva, treinamento da equipe, orientações a Enfermagem sobre o atendimento e cuidados a serem observados, além de participar ativamente no atendimento direto a este tipo de paciente.

Conceitualizando e descrevendo o TCE

Para Gennarelli (apud AMIB 2006), Collin e Daly (apud Stokes 2000), o TCE é considerado qualquer agressão física que pode acarretar lesão anatômica abrangendo face, fraturas maxilofaciais e fraturas de crânio ou comprometer funcionalmente o couro cabeludo, crânio, meninges, líquido ou encéfalo em qualquer combinação. Os traumatismos cranianos são graves problemas de saúde que podem ocasionar óbito ou incapacidade, modificar a vida do paciente e seus familiares mudando permanentemente suas habilidades e perspectivas.

Bongard e Sue (2005) e Cintra, Nishide e Nunes (2005), afirmam que o TCE pode ser dividido em lesões primárias ou secundárias. As lesões primárias estão relacionadas diretamente com a força agressora no momento do impacto, podendo acarretar danos irreversíveis por rompimentos celulares. Esta lesão se caracteriza em fraturas, contusões ou lacerações da substância cinzenta e lesão axonal difusa. As lesões secundárias podem aparecer no momento do trauma ou após certo tempo. Estudos afirmam que a auto-regulação

cerebral fica prejudicada após lesões cerebrais traumáticas. São lesões caracterizadas por hematomas intracranianos, hipertensão intracraniana e/ou lesão cerebral isquêmica.

Diagnóstico de enfermagem no TCE

De acordo com Smeltzer e Bare (2002), o diagnóstico de enfermagem está baseado no histórico do paciente e inclui questões sobre o momento e o que causou a lesão (um projétil de alta velocidade, objeto que colidiu com a cabeça, impacto, queda, etc.); qual foi a força e a direção do impacto; se houve perda de consciência; qual foi o período de inconsciência – a história de inconsciência ou amnésia após uma lesão craniana indica um grau significativo de comprometimento cerebral. Após a coleta destes dados, o profissional enfermeiro deve avaliar a capacidade de o paciente responder aos comandos verbais – quando está consciente, ou o nível de responsividade aos estímulos táteis – se estiver inconsciente.

Complementando o estudo acima, Carpenito (2001) e Smeltzer e Bare (2002), concordam nos principais diagnósticos de enfermagem que também se baseiam na história pregressa e nas complicações mais comuns, sendo eles:

- Limpeza das vias aéreas e ventilação ineficazes relacionadas à hipóxia;
- Risco de lesão relacionado à desorientação, agitação e lesão cerebral;
- Déficit de volume hídrico relacionado aos distúrbios da consciência e disfunção hormonal;
- Nutrição alterada, relacionada às alterações metabólicas, restrição hídrica e ingesta inadequada;
- Potencial para a integridade cutânea comprometida relacionada ao repouso no leito, hemiparesia, hemiplegia e imobilidade;
- Alteração no processo de pensamento relacionado à lesão cerebral;
- Potencial para distúrbios do padrão de sono relacionado ao traumatismo craniano e às freqüentes avaliações neurológicas;
- Potencial para a adequação familiar ineficaz relacionado à falta de responsividade do paciente, imprevisibilidade do resultado, período de recuperação prolongado e os déficits físico e emocional residuais do paciente;
- Déficit de conhecimento sobre o processo de reabilitação.

Segundo Schell e Puntillo (2005), Cintra; Nishide e Nunes (2005), a avaliação do nível de consciência é um parâmetro importante para se levantar as necessidades afetadas, ponto de partida para o planejamento da assistência de enfermagem. Em UTI têm sido muito utilizadas às escalas de avaliação. Uma delas é a escala de coma de Glasgow (ECG), que define o nível de consciência através de observação do comportamento, baseando-se em um valor numérico.

Deve-se também ser avaliado o tamanho das pupilas variando entre midríase, (pupilas aumentadas) e miose, (pupilas menores que o normal), com simetria iguais – isocóricas ou desiguais – anisocóricas e sua reatividade sendo positiva ou negativa.

Tratamento clínico do TCE

Rowland (2002) e Knobel (2002) concordam que o tratamento mais eficiente de um paciente vítima de TCE grave é em uma UTI. Os principais pontos para avaliação do estado clínico, neurológico e fisiológico deste doente estarão dispostos a seguir:

Avaliação neurológica seriada: para se avaliar o nível de consciência e a presença ou ausência de sinais de lesão cerebral ou de nervos cranianos, o paciente deve ser examinado repetidamente. As variações no nível de consciência que se refletem em alterações no escore da Escala de Coma de Glasgow ou no aparecimento de hemiplegia ou outros sinais neurológicos focais devem levar à pronta repetição da Tomografia Computadorizada.

Controle de Pressão Arterial: em situações de instabilidade hemodinâmica, deve-se instalar no paciente um cateter na artéria radial para o monitoramento da pressão arterial. Como nos TCE agudos a auto-regulação do fluxo sanguíneo cerebral se altera com freqüência, a pressão arterial média deve ser regulada cuidadosamente para se evitar a

hipotensão que pode ocasionar isquemia cerebral, ou a hipertensão que pode piorar o edema cerebral.

Controle dos Líquidos: em pacientes com TCE devem ser administrados solução de Ringer Lactado, ou solução salina a 0,9% pois a água livre extra na solução salina meio normal pode exacerbar o edema cerebral. Também pode ser usada em pacientes com aumento da PIC solução salina hipertônica (3% ou 9%), mas seu benefício ainda não foi claramente estabelecido. O monitoramento da pressão venosa central pode ser útil para orientar o controle líquido de pacientes apresentando hipotensão ou hipovolemia.

Nutrição: as necessidades calóricas deste paciente são de 50% a 100% acima do normal devido a uma resposta generalizada hipermetabólica provocada pelo TCE. As alimentações por via enteral através da sonda naso – orogástrica ou nasoenteral devem ser infundidas o mais breve possível – geralmente após 24 a 48 horas. A nutrição parenteral só deve ser usada se a alimentação por via enteral não for tolerada, pois apresenta grandes riscos (principalmente de infecção e distúrbios do equilíbrio eletrolítico).

Sedação: os pacientes podem ficar agitados ou apresentando confusão mental, podendo ocasionar auto-agressões, retirada de aparelhos de monitoramento, hipermetabolismo sistêmico e cerebral e elevação da PIC. Os pacientes não entubados podem ser tratados com haloperidol, 2 a 10 mg por via intramuscular a cada 4 horas conforme necessário. Os pacientes entubados podem ser tratados com uma droga sedativa de ação rápida como o propofol, midazolam, ou fentanil, podendo ser retirada periodicamente para possibilitar as avaliações neurológicas.

Controle da Temperatura: a temperatura acima de 38,3°C exacerba as lesões cerebrais traumáticas e isquêmicas e devem ser tratadas agressivamente com antipiréticos e compressas frias para resfriamento como método complementar.

Anticonvulsivantes: estudos comprovaram que a fenitoína ou fosfenitoína em dose de ataque de 15 a 20 mg/kg, depois de 300 mg/dia reduziu a frequência de convulsões pós-traumáticas precoces. Se o paciente não tiver crises convulsivas, os anticonvulsivantes profiláticos devem ser suspensos após 7 dias. Os níveis de droga devem ser monitorados atentamente, porque níveis subterapêuticos são frequentes por hipermetabolismo da mesma.

Monitorização da Pressão Intracraniana: para Knobel (2002) e AMIB (2006), a monitorização da Pressão Intracraniana (PIC), também faz parte do tratamento do TCE. A PIC pode ser medida utilizando cateter de fibra óptica, polietileno ou silicone preenchida com fluido conectado a transdutores de pressão. A monitorização intraventricular é a ideal, pois, permite a drenagem de líquido no controle da hipertensão intracraniana. Quando não for possível a colocação intraventricular do catéter por edema cerebral e compressão dos ventrículos, a posição intraparenquimatosa passa a ser vantajosa. O valor normal da PIC é menor que 10 mmHg, valores acima de 20 mmHg por mais de 10 minutos necessitam de avaliação e provavelmente tratamento imediato. Deve ser considerado o exame clínico do paciente, a tomografia e a medida da pressão de perfusão cerebral para a interpretação e o controle da PIC. A PIC interfere com o fluxo sanguíneo cerebral (FSC) por ser um determinante da pressão de perfusão cerebral (PPC). A PPC é obtida pelo resultado da pressão arterial média menos a PIC, ou seja, $(PPC = PAM - PIC)$.

O quadro clínico em pacientes conscientes pode sugerir um aumento da PIC, mas na maioria dos pacientes em coma ou sedados, não é possível estimar a PIC pelo exame clínico. A tomografia computadorizada (TC) e o exame de fundo de olho são de grande auxílio nesse diagnóstico, porém quando os resultados são normais, não excluem hipertensão intracraniana, (AMIB, 2006).

Paciente com o escore da Escala de Coma de Glasgow abaixo de 9, com tomografia computadorizada de crânio anormal (presença de hematomas, contusões, edemas com compressões de cisternas), ou valor abaixo de 9, com tomografia computadorizada de crânio normal, porém com dois ou mais itens presentes como idade acima de 40 anos, pressão arterial sistólica abaixo de 90 mmHg ou postura anormal (uni ou bilateralmente), são

indicativos para a monitorização da PIC no TCE grave. Outros fatores como mecanismos de trauma, condições clínicas associadas e gravidade das lesões, poderão participar na decisão para monitorar a PIC. (SMELTZER e BARE, 2002).

Monitorização da Pressão de Perfusão Cerebral (PPC): para Knobel (2002) e Rowland (2002), a PPC deve ser monitorada continuamente em todo paciente com TCE grave, sendo necessária para sua monitorização além da PIC, a monitorização invasiva da PAM. Em caso de queda da PPC por mais de 10 minutos, lesões secundárias podem ser ocasionadas, entretanto se houver manutenção adequada da PPC, pode-se diminuir a ocorrência destas lesões. Nos períodos iniciais do TCE, o fluxo sanguíneo cerebral geralmente está diminuído em 50%. A PPC deve-se então ser mantida com valores maiores ou igual a 70 mmHg.

Monitorização da Oximetria do bulbo da jugular: Knobel (2002) faz sua colocação sobre a monitorização da oximetria do bulbo jugular (SVJO₂):

A SjVO₂ permite estimar a oxigenação do tecido cerebral. Resultará da relação entre a oferta e a taxa de consumo de oxigênio pelo cérebro.

As veias jugulares recebem aproximadamente, 97% do efluente sanguíneo do tecido cerebral e, apenas 3% de fontes extracerebrais. Os seios transversos das jugulares são maiores à direita em 62% das pessoas, 26% à esquerda e cerca de 12% são iguais sendo, portanto, a maior drenagem pela jugular direita, e a cateterização, quando necessária, sendo feita na jugular dominante.

Como a SjVO₂ representa o resultado final entre a oferta e o consumo de oxigênio pelo cérebro, ela está relacionada ao fluxo sanguíneo cerebral (FSC), a saturação arterial de oxigênio (SaO₂) e a taxa metabólica cerebral de oxigênio (CMRO₂).

A CMRO₂ reflete a necessidade metabólica cerebral para garantir a integridade da estrutura e funções neuronais. Em situações de hipotermia, TCE e anestesia a CMRO₂ diminui, enquanto que na vigência de febre e convulsões, a CMRO₂ aumenta.

Os valores normais da SjVO₂ estão entre 55 e 75%. E a taxa de extração cerebral de oxigênio (ECerO₂), que resulta da diferença entre a SaO₂ e SjO₂, é entre 24 a 42%.

Knobel (2002) e Smeltzer e Bare (2002), enfatizam a utilização e vantagens da Oximetria do Bulbo Jugular:

- A SjO₂ será útil para diferenciar a hipertensão intracraniana que causa hipoperfusão cerebral secundária (SjO₂ baixa) da hipertensão secundária à hiperemia encefálica secundária à hiperemia encefálica (SjO₂ alta). O uso de manitol é a escolha adequada em caso de SjO₂ baixa, e em caso de SjO₂ alta, o mais apropriado seria a hiperventilação e sedação mais intensa no paciente.

- Serve para otimizar a hiperventilação pois, em algumas situações, a hiperventilação poderá ser utilizada desde que a SvjO₂ seja mantida em valores normais.

- Pode auxiliar na determinação do prognóstico, sendo que a não elevação imediata da SjO₂ com o tratamento instituído parece ser um fator independente de mau prognóstico. Estudos comprovaram que pacientes que apresentaram múltiplas quedas na SjO₂, tiveram resultados neurológicos ruins.

Interpretações possíveis da Oximetria do Bulbo Jugular: (KNOBEL, 2002).

- 90% - 100%: atividade metabólica muito baixa: morte encefálica, hipotermia grave, coma barbitúrico;

- 75% - 90%: hiperemia encefálica, hipercapnia, fase tardia lesão cerebral traumática;

- 60% - 75% : normal, não descarta isquemia focal;

- 50% - 60% : aumento da extração, isquemia leve, ou extração aumentada por febre, convulsões;

- 45% - 50% : Isquemia moderada, está associada com elevação do lactato;

- < 45% : Isquemia grave, pode causar lesão irreversível.

Intervenções baseadas nas alterações da SjVO2

Os valores da SjVO2 fazem parte de uma complexa neuromonitorização e devem ser avaliados em conjunto com as demais avaliações clínicas/laboratoriais e de monitorização.

AUMENTO DA SjVO2 – Reflete uma situação de hiperfluxo/ hiperemia, refletindo desde uma diminuição importante das necessidades metabólicas cerebrais, com FSC normal, até um FSC excessivo diante de um consumo normal.

Os primeiros cuidados a observar numa elevação da SjVO2, são verificar se, no momento da coleta de sangue do cateter, para calibração, não foi efetuada a aspiração rápida demais, verificar possibilidade de deslocamento do cateter e reposicioná-lo se necessário, bem como afastar hipercarbica (que leva a vasodilatação).

Se SjVO2 elevada (acima de 75%) e já tomados os cuidados anteriores, verificar PIC. Se normal ou baixa, observar e aguardar. Se PIC elevada, verificar a posição do pescoço e obstrução venosa a saída de sangue da jugular, como cadarço apertado, entre outros e, caso seja mantida elevada, realizar hiperventilação e sedação otimizadas.

Knobel (2002) e Cintra; Nishide e Nunes (2005) mostram que a capnometria é um método não-invasivo para verificação da concentração alveolar de dióxido de carbono, cujos valores refletem de maneira muito próxima a PaCO₂ em pacientes normais. As medidas de CO₂ no fim da respiração final estimam as concentrações alveolares, os valores numéricos fornecidos, em mmHg, pelos capnômetros mostram a pressão parcial do CO₂ ao final da expiração e os equipamentos geram, completamente, uma onda de formato característico denominada capnograma.

Os mesmos autores afirmam que quando os valores da capnografia se encontram em 25 mmHg, provocam vasoconstrição cerebral, levando o FSC a diminuir em 40%, esta diminuição atinge seu máximo aumentando para 50% caso a PaCO₂ esteja em 20 mmHg. A hiperventilação está indicada em caso de deterioração neurológica súbita e quando outras medidas de controle da PIC não tiveram efeito.

Em geral o paciente deverá ser mantido com PaCO₂ em torno de 30 a 40 mmHg, melhor se estiver com 35 mmHg, serão necessários em média de cada 12 a 24 horas gasometrias arteriais para calibração do capnógrafo. (KNOBEL, 2002; CINTRA; NISHIDE E NUNES, 2005)

Segundo Knobel 2002, o aumento da PaCO₂ acarreta vasodilatação cerebral, e a cada 1mmHg que eleva, o FSC aumenta em 2% a 3% e dobra quando a PaCO₂ atinge 80 a 100 mmhg. Pode-se dizer então que a elevação da PaCO₂ ocasiona o aumento da PIC.

DIMINUIÇÃO DA SjVO2 – reflete uma situação de hipofluxo/oligoemia, com aumento da taxa de ECerO₂. Geralmente a ECerO₂ aumenta quando há diminuição da oferta de oxigênio ao cérebro, promovendo queda da SjVO2, levando, então a mecanismos de autorregulação, com aumento do FSC, para promover homeostase.

Nesta situação de diminuição da SjVO2, confirmar, inicialmente os seus valores, em caso de cateter de fibra óptica, com amostra de sangue, confirmar posicionamento do cateter e procurar causas sistêmicas e cerebrais.

Principais causas sistêmicas: SaO₂ < 90% – corrigir hipoxemia; PaCO₂ < 25 mmHg – aumentar; hematócrito < 30%- transfusão sanguínea; PAM < 80 mmHg – otimizar PAM com administração de volume se PVC/Pressão de artéria pulmonar estiverem baixas e/ou utilizar drogas vasoativas, se elevadas.

Principais causas cerebrais: PIC elevada – confirmar posicionamento do pescoço/alinhamento céfalo-caudal, e outras causas de obstrução venosa jugular; se mantida elevada, tratá-la com manitol, furosemida e/ou solução salina hipertônica; verificar causas de aumento da CMRO₂, como hipertermia e convulsões e tratá-las com antipirético, barbitúricos e anticonvulsivantes.

VALORES NORMAIS DA SJVO2

Valores normais entre 55-75% não descartam, apesar da sua alta especificidade, a possibilidade de pequenas áreas de isquemia cerebral, devendo, mesmo quando estiver com

valores normais, manter uma PAM otimizada, se PAM < 80 mmHg, cogitar administração de cristalóides e/ou drogas vasoativas, de acordo com resultados de PVC/pressão de capilar pulmonar; se PAM > 80 mmHg, examinar alteração nas pupilas, avaliar PaCO₂, considerar realização de tomografia de crânio.

Em quaisquer dos casos anteriores, se mesmo diante de todas as terapias implementadas, não houver diminuição da PIC, considerar, conforme avaliação neurocirurgia, realização de craniectomia descompressiva, a qual permite um aumento na complacência cerebral, com diminuição na PIC, pois o volume craniano que exerce maior pressão terá para onde expandir, resultante em diminuição de até 15% na PIC. Se houver abertura da dura-máter, diminui em até 70% valores da PIC.

Tratamento cirúrgico do TCE

Rowland (2002), ainda afirma que as feridas do couro cabeludo devem ser bem limpas e suturadas. O tratamento operatório das fraturas compostas deve ser realizado o mais breve possível podendo ser retardado por 24 horas, até que o paciente seja transportado para um hospital equipado para este fim ou até que o paciente esteja hemodinamicamente estável. A elevação de pequenas fraturas com afundamento não precisa ser feita de imediato, mas especialmente se o paciente apresentar a tábua interna do crânio atingida, os fragmentos deprimidos devem ser levantados antes de ele receber alta do hospital.

Complicações do TCE

De acordo com Rowland (2002), fístula liquórica, pneumoencéfalo, fístula carotídeo-cavernosa, lesões vasculares e trombozes, lesão de nervos cranianos e infecções são classificadas como as principais complicações agudas do TCE grave que serão descritas a seguir:

Fístula Liquórica: decorrem da ruptura das membranas dural e aracnóide. Acontecem geralmente em 3% dos pacientes com TCE fechados e em 5% a 10% das fraturas da base do crânio. São associados em geral a fraturas do etmóide, esfenoide ou placa orbital do osso frontal. O vazamento de LCR cessa após elevação da cabeça por alguns dias em 85% dos casos. Se não diminuir, uma punção lombar fará baixar a pressão do LCR, reduzir o fluxo através da fistula e acelerar o fechamento espontâneo na ruptura dural. Se houver otorrêia ou rinorrêia persistentes por mais de 2 semanas, será necessária intervenção cirúrgica, assim como meningites decorrentes.

Pneumoencéfalo: é a coleção de ar na cavidade intracraniana, mais comum no espaço subaracnóide. Geralmente ocorre nas fraturas do seio frontal. O ar intracraniano apresenta as mesmas implicações que a fistula liquórica. Podem ocorrer cefaléias ou sintomas mentais em consequência da hipotensão intracraniana. Deve ser feito um reparo cirúrgico através de uma craniotomia transfrontal caso não haja a reabsorção espontânea do ar.

Fístula Carotídeo-Cavernosa: é caracterizada pela tríade clínica de exoftalmia pulsátil, quimose ocular e um sopro orbitário. É decorrente da laceração traumática da artéria carótida interna em sua passagem através do seio cavernoso. Podem ocorrer imediatamente ou alguns dias após a lesão. O diagnóstico pode ser confirmado através de uma angiografia. O tratamento é feito de forma endovascular com um balão imposto ao lado venoso da fístula através do defeito na parede arterial. Esse é o meio mais eficaz que pode impedir a perda visual permanente devida a um infarto venoso da retina, quando realizado com presteza.

Lesões Vasculares e Trombozes: as lesões traumáticas podem estar associadas a dissecações das artérias carótida interna intra ou extracraniana, ou por artéria vertebral, que podem ocasionar uma trombose no local da borda da íntima e acidentes vasculares cerebrais distais por tromboembolias. As fraturas da base do crânio associam-se por vezes à trombose de seios durais adjacentes. Aumento da PIC ou infarto venoso associado incluindo cefaléia, vômitos, crises convulsivas e rebaixamento do nível de consciência são sintomas que podem estar relacionados.

Lesão de Nervos Cranianos: o nervo facial é o mais comumente lesado, é portanto uma complicação freqüente da fratura de base de crânio. A paralisia pode ocorrer apenas alguns dias após a lesão. A recuperação parcial ou total da função é a regra nas lesões traumáticas dos nervos cranianos.

Infecções: após as lesões cranioencefálicas as infecções na cavidade intracraniana podem ser extradurais (osteomielite) que se acompanham geralmente de infecção da ferida externa; subdurais (empiema), é uma infecção em espaço fechado entre a dura e a aracnóide; subaracnóides (meningite), pode ocorrer após qualquer tipo de fratura aberta associada à ruptura da dura, incluindo fraturas compostas, lesões penetrantes por projéteis de armas de fogo ou fraturas lineares que se estendam até os seios nasais ou ouvido médio; ou intracerebrais (abscesso) que pode sobrevir após as fraturas compostas do crânio ou lesões penetrantes do cérebro.

Protocolo de assistência de enfermagem ao adulto com TCE grave em UTI

CONDUTA	JUSTIFICATIVA
Avaliação neurológica contínua.	É utilizada a Escala de Coma de Glasgow: escore igual abaixo de 8 é indicativo para intubação orotraqueal.
Avaliação contínua das pupilas.	Deve ser avaliado o tamanho das pupilas variando entre midríase, (pupilas aumentadas) e miose, (pupilas menores que o normal), com simetria iguais – isocóricas ou desiguais – anisocóricas e sua reatividade sendo positiva ou negativa.
Se entubado manter o cadarço inferior para fixação do tubo orotraqueal frouxo.	Evita a compressão da veia jugular, favorecendo a drenagem venosa, diminuindo a PIC.
A aspiração das vias aéreas aos pacientes em risco de PIC elevada.	<ul style="list-style-type: none"> - Aspirar somente se o estado clínico do paciente permitir; - Conforme prescrição médica administrar drogas sedativas; - Proceder à aspiração com pré-oxigenação, usando oxigênio 100%; - Limitar cada movimento de aspiração há 10 segundos ou menos; - Limitar os movimentos de aspiração em duas pessoas; - Seguir cada passo com 60 segundos de hiperventilação, usando oxigênio 100%; - Usar pressão de aspiração negativa < 120 mmHg; - Manter a cabeça do paciente em uma posição neutra; - Usar um cateter de aspiração com uma proporção de diâmetro de dentro para fora de 2:1
Caso não houver contra-indicação, permanecer com a cabeceira elevada a 30°.	Favorece a drenagem venosa diminuindo o edema cerebral, diminuindo a PIC.
Manter o paciente em alinhamento céfalo-caudal.	Evita a compressão da veia jugular favorecendo a drenagem venosa, contribuindo para diminuição da PIC
Manter o paciente sob monitorização cardíaca contínua.	Caso haja edema ou isquemia no hipotálamo pode haver alterações nos estímulos cardíacos, isto poderá contribuir para bradicardia ou arritmias, as quais levam a baixo fluxo cerebral favorecendo prognóstico insatisfatório.

Sondagem orogástrica.	Caso não haja contra-indicação, passar sonda orogástrica. No TCE a sonda nasogástrica pode contribuir para lesões neurológicas secundárias caso tenha fratura de base de crânio. Diminui o risco de vômito com broncoaspiração diante de quadros de TCE com rebaixamento do nível de consciência. Atentar para iniciar dieta pela sonda em 24 a 48 horas, pois o TCE leva ao aumento acima do normal de 50% a 100% do seu metabolismo.
Sondagem Vesical de Demora – Controle de débito urinário horário.	Otimiza o controle do débito urinário horário, auxiliando da avaliação da hidratação do paciente, além de seu uso ser necessário em pacientes sob sedação para eliminação urinária. Hipoperfusão renal: débito urinário abaixo de 0,5 ml/Kg/h, por mais de 2 horas – oligúria. Poliúria: débito urinário acima de 2 ml/Kg/h, por mais de 2 horas.
Pressão Venosa Central (PVC) – entre 8 e 12 mmHg e entre 12 e 15 mmHg para pacientes em ventilação mecânica.	O paciente neurológico deve ser mantido sempre com volemia normal; evitar desidratação, pois permite hipoperfusão cerebral, com aumento de risco de vasoespasmos, além de outras complicações sistêmicas; hipervolemia pode aumentar a PIC.
Volemia	Desidratação leva a Hipoperfusão cerebral com risco de isquemia e vasoespasmos – hidratar com cristalóides conforme prescrição médica para manter a PVC e débito urinário normais. A hipervolemia aumenta o fluxo sanguíneo cerebral, contribuindo para o aumento da PIC.
Manter Pressão Arterial Média (PAM) em torno de 90 a 100 mmHg.	Estes valores da PAM contribuirão para manutenção adequada da Pressão de Perfusão Cerebral (PPC) e isto diminuirá a ocorrência de lesões cerebrais secundárias.
Pressão de Perfusão Cerebral (PPC)	$PPC = PAM - PIC$ / Se a PPC for maior de 60 mmHg – normal. Se o resultado for abaixo de 60 mmHg, observar: se apresentar hipovolemia, administrar solução cristalóide conforme prescrição médica, caso estiver euvolêmico e hipervolêmico: iniciar infusão de droga vasoativa conforme prescrição médica, para aumentar PAM e melhorar perfusão cerebral.
Atentar para valores de hematócrito entre 30% e 35% e hemoglobina de 10 a 11 g%. – Avaliar coloração de pele e túnica conjuntivas.	Otimiza o transporte de oxigênio, contribuindo para saturação arterial de oxigênio acima de 95%, evitando a hipoxemia. A avaliação da coloração pele/túnica conjuntivas auxilia na avaliação clínica de anemia.
Administrar sedação e analgesia adequadas conforme prescrição médica.	Diminui o estresse, a dor e conseqüentemente a liberação de catecolaminas, evitando assim o aumento do metabolismo cerebral.
Prevenir crises convulsivas.	Se presentes aumentam a PIC e o metabolismo cerebral.
Temperatura (esofágica, timpânica ou retal): Normal – 36 a 37°C.	Hipotermia: abaixo de 35°C, protege sistema nervoso central. Hipertermia: acima de 37°C, procurar a causa, pois aumenta o metabolismo cerebral – tratar urgente com antipiréticos e medidas de resfriamento.

Observar PaCO ₂ , valores normais de 35-45 mmHg	Se o valor for abaixo do normal, pode causar vasoconstrição cerebral diminuindo a PIC, porém com risco de isquemia. Se o valor for acima do normal causa vasodilatação cerebral aumentando a PIC.
Saturação arterial de Oxigênio acima de 92 a 94%	Garante boa oxigenação cerebral.
Atentar para a saturação venosa de oxigênio do bulbo jugular; manter entre 24% a 42%.	Confirma se a extração, a oferta e o consumo de oxigênio do paciente estão compatíveis com o metabolismo celular cerebral.
Extração cerebral de oxigênio - ECO ₂ .Valores normais de 24 a 42%	Diminuída: hiperemia cerebral – atentar para hiperventilação otimizada, com paciente bem sedado. Aumentada: oligoemia cerebral – atentar para hipertermia, sedação e crise convulsivas.
Sódio: 135 – 145 mEq/l	Abaixo: Hiponatremia – estado em que o líquido extracelular se desloca para o intracelular, contribuindo para o edema cerebral elevando a PIC. Acima: Hipernatremia – leva a um estado hiperosmolar com desidratação celular podendo ocasionar trombose venosa, hemorragia subdural, crise convulsiva, coma. A reidratação rápida contribui para edema cerebral, aumenta a mortalidade.
Cálcio: 1,1 – 1,3 mEq/l Cálcio: 1,1 – 1,3 mEq/l	Abaixo: Hipocalcemia pode levar na falhas no mecanismo de coagulação do sangue, distúrbios nervosos, contrações musculares, convulsões e arritmia. Acima: Hipercalcemia – poliúria, polidipsia, desidratação, delírio, estados psicóticos, hipertensão arterial sistêmica e arritmia, podem levar diminuição do débito cardíaco favorecendo a isquemia cerebral.
PIC aumentada > 20 mmHg por mais de 10 minutos.	<ol style="list-style-type: none"> Rever abordagem inicial: <ul style="list-style-type: none"> - SaO₂ acima de 90%. - PaCO₂ acima de 45 mmHg. - hematócrito acima de 30%. - PAM acima de 80-90 mmHg. - rever alinhamento céfalo-caudal. - manter cadarços frouxos. - manter cabeceira elevada 30°. - atentar para PVC. - tratar hipertermia e convulsões. - atentar para sedação e PPC de 60 a 70 mmHg. - CPM administrar manitol 20%, furosemida e solução hipertônica. Ver ECO₂ , ou seja SaO₂ - SJO₂: - normal: 24 – 42% <ol style="list-style-type: none"> ECO₂ diminuída, SJO₂ aumentada – hiperemia/hiperfluxo <ul style="list-style-type: none"> - confirmar o posicionamento do cateter – possibilidade de deslocamento do mesmo; confirmar valores do cateter de fibra óptica com amostra de sangue, a qual deve ser colhida com velocidade inferior a 2 ml/minuto, para evitar mistura da amostra e

<p>PIC aumentada > 20 mmHg por mais de 10 minutos.</p>	<p>interferência de sangue de origem extracraniana. - atentar para hiperventilação otimizada. - otimizar sedação. 2.2 ECO₂ aumentada, SJVO₂ diminuída – oligoemia - hipofluxo - confirmar o posicionamento do catéter, confirmar valores do catéter de fibra óptica com amostra de sangue. - atentar para hipertermia, sedação e crises convulsivas.</p>
<p>Se PIC permanecer aumentada > 20 mmHg</p>	<p>- Considerar realização de tomografia de crânio, com possibilidade de lesões cranianas expansivas cerebrais; - Considerar craniectomia descompressiva, sob avaliação do neurocirurgião.</p>

REFLEXÕES

Com base nos achados bibliográficos, o TCE é um grave problema de saúde que pode ocasionar óbito ou incapacidade, modificar a vida do paciente e seus familiares mudando permanentemente suas habilidades e perspectivas é o maior causador de morte e invalidez em crianças e adultos nas idades mais produtivas.

O trauma, atualmente, se constitui na terceira causa de morte da população em geral, sendo superado apenas pela doença cardiovascular e neoplásica. Contudo, se considerarmos o grupo etário socialmente ativo, jovem, o trauma torna-se a primeira causa de morte.

O TCE é uma das lesões de grande risco para o paciente politraumatizado sendo considerado qualquer agressão física que pode acarretar lesão anatômica ou comprometer funcionalmente o couro cabeludo, crânio, meninges, liquor ou encéfalo em qualquer combinação.

Este paciente requer intervenções rápidas e definidas durante as primeiras 48 horas depois do trauma, aumentando assim a chance de sobrevivida.

Durante este período, as múltiplas avaliações e intervenções podem ser realizadas de forma simultânea pela equipe intensivista, da qual a Enfermagem possui papel fundamental, já que é responsável pela organização do setor de terapia intensiva, treinamento da equipe, orientações sobre o atendimento e cuidados a serem observados, além de participar ativamente no atendimento direto a este tipo de paciente.

Visto que o paciente em questão requer cuidados específicos e detalhados com condutas rápidas, com a conclusão deste trabalho e, atendendo aos seus objetivos, foi possível elaborar o protocolo de assistência à enfermagem ao adulto com TCE grave em UTI, sendo de suma importância a sua implantação pois ele terá por finalidade a orientação para execução correta das ações que serão padronizadas e sistematizadas, para um melhor desempenho da equipe e um atendimento adequado.

BIBLIOGRAFIA

1. AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Curso de Imersão em Terapia Intensiva Neurológica **Cerebral Concussion and Deffuse Brain Injuries**. 5. ed. São Paulo, 2006. p. 109-126.
2. BONGARD, F. S.; SUE, D. Y.; OLIVEIRA, G. L. de. **Terapia intensiva: diagnóstico e tratamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
3. CARPENITO, L.J. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed. 2001.
4. CINTRA, E. d. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de Enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

5. KNOBEL, E. et al. – NETO, A. C.; MACHADO, F. S.. **Terapia Intensiva – Neurologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.
6. ROWLAND, Lewis P. **Traumatismo Crânio Encefálico**. In: Tratado de Neurologia. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 348-361, 2002.
7. SCHELL, H. M.; PUNTILLO, K. A. **Segredos em enfermagem na Terapia Intensiva**. Porto Alegre: Artmed, 2005.
8. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; CRUZ, I. C. F. da. **Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. STOKES, M.et al. **Traumatismo Craniano**. In: Neurologia para Fisioterapeutas. São Paulo: Editorial Premier, p. 101-107, 2000.

PROGRAMA FAMÍLIA ACOLHEDORA: ASPECTOS GERAIS

FOSTER FAMILY PROGRAM: GENERAL ASPECTS

FRANCIELLE SIQUEIRA DE MORAES. Graduada em Serviço Social na Universidade Paranaense (UNIPAR).

BEATRIZ COUTRIN NOGUEIRA. Graduada em Serviço Social na Universidade Paranaense (UNIPAR).

GISLAINE APARECIDA DA SILVA. Graduada em Serviço Social na Faculdade de Serviço Social de Presidente Prudente; Especialista em Gestão de Políticas Sociais com Centralidade pelo Instituto de Pesquisa Sócio Econômico (INBRAPE) / Faculdade Estadual de Educação, Ciências e Letras de Paranaíba (FAFIPA); Mestranda em Serviço Social e Política Social pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Docente da Universidade Paranaense (UNIPAR).

Endereço para correspondência: Paula Aline Aguiar. Praça Mascarenhas de Moraes, s/nº, Centro, CEP: 87400-000, Umuarama, Paraná, Brasil. fransi.33@hotmail.com

RESUMO

O Programa Família Acolhedora é uma alternativa de abrigamento para crianças e adolescentes que visa melhorar as condições dignas de convivência em termos de abrigo no Brasil. Esse Programa busca manter crianças e adolescentes em situação de abrigamento com possibilidade de retorno ao convívio com suas famílias biológicas de viverem temporariamente em ambientes acolhedores que as preparem para o retorno a sua família. Neste contexto, o presente estudo teve por objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o Programa Acolhimento Familiar enquanto alternativa para o abrigamento de crianças e adolescentes no Brasil. A literatura pesquisada permitiu a conclusão de que o Programa é uma alternativa viável de abrigamento para crianças e adolescente em situação de risco, pois, permite não só que estas crianças e adolescentes continuem vivendo em um ambiente doméstico e familiar até poderem retornar a seus lares como também contribui para o desenvolvimento sócio-emocional de “modo adequado” destas, durante o período de intenso sofrimento que envolve o afastamento de suas famílias, podendo assim, este Programa trazer menos prejuízos emocionais, psicológicos e sociais para estas crianças do que se as mesmas fossem alojadas em abrigos ou instituições convencionais de abrigamento. Pois, além da convivência familiar e doméstica o Programa permite que as crianças e adolescentes em situação de abrigamento mantenham sua identidade e a percepção do que é viver e fazer parte de uma família.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Família Acolhedora, família, abrigamento, crianças, adolescentes.

ABSTRACT

The Foster Family Program is an alternative to institutionalization for children and adolescents to improve living conditions in terms of decent shelter in Brazil. This program aims to keep children and teenagers in orphanages with the possibility of returning to live with their biological families to live temporarily in welcoming environments that will prepare them for return to his family. In this context, this study aimed to conduct a review of literature on the Family Home Program as an alternative to the institutionalization of children and adolescents in Brazil. The literature allowed the conclusion that the program is a viable alternative to institutionalization for children and adolescents at risk, because not only enables these children to continue living in a home environment and family until they can return to their homes as also contributes to the socio-emotional development of "proper way" of these, during the intense suffering that involves the removal of their families, thus being able to bring this program less losses emotional, psychological and social consequences for these children than if the same were housed in shelters or shelters of conventional institutions. Well, besides the family and the home program allows children and adolescents living in shelters keep their identity and perception of what is to live and be part of a family.

KEYWORDS: Foster Family Program, Family, Shelter, Children, Adolescents

INTRODUÇÃO

O Programa Família Acolhedora no Brasil é uma alternativa de abrigamento para crianças e adolescentes criado com o intuito de melhorar as condições dignas de convivência em termos de abrigo (IASC, 2008; STUPP, 2009; MORAES & NOGUEIRA, 2010).

Quando o Programa foi instituído, ele foi visto como mais uma ação para a efetivação da política de proteção as crianças e adolescentes em situação de abandono no país (BAPTISTA, 2006; TJ-SP, s.d). Criado a partir do princípio da importância da preservação do vínculo familiar. O programa Família Acolhedora busca manter as crianças e adolescentes em situação de abrigamento com possibilidade de retorno ao convívio com as suas famílias biológicas de viverem temporariamente em ambientes acolhedores que as preparem para o retorno a moradia com a sua família de origem (TJ-SP, s.d; MORAES & NOGUEIRA, 2010).

De modo geral o Programa Família Acolhedora consiste em cadastrar e capacitar famílias da comunidade como um todo, para receberem em suas casas, por um período determinado de tempo, crianças, adolescentes ou grupos de irmãos em situação de risco pessoal e social, dando-lhes acolhida, amparo, aceitação, amor e a possibilidade de convivência familiar e comunitária até que estes possam voltar a conviver com a sua família biológica (FUNDAÇÃO NOSSO LAR, s.d; FUNDAÇÃO NOSSO LAR, 2010; TPE, s.d).

Assim, as famílias que se cadastram para participar do Programa Família Acolhedora abrem sua casa e seu coração para receber a(s) criança (s)/adolescentes (s) que precisam de cuidados e tomam o lugar do seu principal responsável (pais) por um período determinado de tempo. Além disso, estas famílias colaboram com os assistentes sociais, com o juizado, e outros órgãos e pessoas envolvidos na situação (incluindo a(s) (s) criança (s), o (s) adolescente (s), e os seus pais biológicos etc.) para alcançar a ajuda que essas crianças em situação de abrigamento precisam para poderem ser reintegradas as suas respectivas famílias de origem (ABBA, 2010).

Todavia, entretanto, assim como as crianças e adolescentes em situação de abrigamento, suas famílias biológicas e acolhedoras também enfrentam desafios dentre os quais nos casos das famílias acolhedoras destaca-se: saber reconhecer os limites do seu vínculo emocional com a criança; entender emoções conflituosas que podem ter com relação aos pais biológicos da criança; lidar com as necessidades complexas das crianças confiadas

aos seus cuidados; achar serviços essenciais na comunidade; lidar com comportamento difícil que a criança pode demonstrar depois das visitas aos pais biológicos; balancear as necessidades da criança acolhida com as necessidades da sua própria família; além de terem que entender a confusão interior de uma criança (incluindo talvez não querer estar com a família acolhedora); trabalhar pacientemente com uma criança retraída ou hiperativa; trabalhar para que aconteça a reintegração da criança em sua família biológica, quando isso for o melhor para o bem estar desta; trabalhar com crianças que têm necessidades emocionais ou comportamentais significantes e trabalhar em conjunto com profissionais que buscam o melhor para o bem-estar da criança (ABBA, 2010; MORAES & NOGUEIRA, 2010).

Neste contexto, o presente estudo visa mostrar que o Programa Família Acolhedora é uma alternativa criada para melhorar as condições de vida e reintegração sócio-familiar de crianças e adolescentes em situação de abrigo no Brasil; que o papel que a família acolhedora exerce é de total parceria com o Programa, e tem por objetivo fundamental preparar o retorno da criança e do adolescente em situação de abrigo para o retorno ao convívio com sua família biológica. Além disso, buscar-se-á com este estudo averiguar as parcerias entre a atuação do assistente social no Programa Família Acolhedora, dando ênfase especial no que diz respeito ao trabalho desenvolvido por este profissional com as famílias acolhedoras. Haja vista, que são poucos estudos publicados a este respeito, bem como há pouco conhecimento popular sobre o papel que o profissional assistente social exerce neste Programa, principalmente no que diz respeito a suas responsabilidades, atuação, limites profissionais; e as diferentes técnicas que o mesmo utiliza para resolução de determinados problemas em comparação a outros profissionais que também, atuam nesta área.

REFLEXÕES

A família representa o protótipo da sociedade na vida de um indivíduo, é o ambiente inicial onde este desenvolve sua personalidade, e é o ambiente onde surgem as primeiras relações sociais. Como unidade social a família apresenta como função principal a de promover a socialização dos seus integrantes por meio, da educação, da reprodução de sua cultura, de seus valores e crenças. Além disso, neste núcleo, ocorre a distribuição de papéis e obrigações, onde cabe a cada um dos membros que compõe a família o desempenho de uma função específica e necessária para a manutenção da dinâmica familiar. Do ponto de vista, social a família representa um espaço de proteção, segurança, acolhimento e de troca de afetividade, onde seus membros unidos por laços afetivos e/ou consanguíneos podem juntos buscar a resolução de seus problemas e conflitos cotidianos (CECIF, 2003; MORAES & NOGUEIRA, 2010).

Baseado no exposto acima, e no que foi apresentado no primeiro capítulo deste estudo podemos dizer que a família é o meio mais completo para que ocorra o desenvolvimento global do indivíduo do ponto de vista sócio-físico-emocional. Devido a tal fato, na atualidade a família ao ser vista como uma instituição que promove o desenvolvimento global do indivíduo tem sido incorporada a cultura social de forma significativa. Isso tem, promovido nas últimas décadas o surgimento de programas e projetos alternativos de garantia as necessidades de referência e acompanhamento afetivo que as pessoas em especial crianças e adolescentes possuem em diversas cidades pelo mundo com a finalidade de fornecer referência e acompanhamento afetivo à crianças e adolescentes preferencialmente afastados temporariamente do convívio famílias (CECIF, 2003).

Dentre os diversos programas alternativos instaurados pelo mundo a fora e em especial no Brasil para garantir referências e acompanhamento afetivo a crianças e adolescentes em situação de abrigo, temos o Programa Acolhimento familiar, também denominado de Família Acolhedora. No Brasil este programa é visto como uma alternativa de abrigo para crianças e adolescentes em situação de risco no país (IASC, 2008; STUPP, 2009). Bem como, pode vir a ser visto em nossa concepção como uma nova porta que se abre para que as

crianças e os adolescentes em situação de risco não venham somente a ficar abrigados em abrigos públicos até que e os conflitos familiares que as fizeram ir para um abrigo se resolvam. Mas, sim que estas venham a ter um local que promova o convívio familiar durante o período que não podem retornar aos seus lares reais.

No que diz respeito especificamente a criação do Programa Família Acolhedora autores como Gomes (apud CECIF, 2003) relatam que no Brasil o Família Acolhedora foi idealizado no ano de 1996 pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CDMA) do Rio de Janeiro (RJ), através da deliberação nº. 032 de 22 de fevereiro de 1996; e implementado em algumas cidades do país (Rio de Janeiro e São Paulo) a partir do ano de 1997. Embora, desde a sua implantação o projeto venha se expandido por todo o país ao longo dos seus 14 anos de existência ainda são poucos os municípios brasileiros que já o inseriu em sua rede de assistência social e de proteção a criança e ao adolescente.

Criado com o intuito de melhorar as condições de convivência sócio-emocional de crianças e adolescentes em situação de abrigamento no país (IASC, 2008; STUPP, 2009). O programa família acolhedora de acordo com Cabral (2004) visa à guarda individual ou múltipla provisória de crianças e adolescentes em situação de abrigamento por diferentes motivos. Dentre os quais se destaca: abrigamento por maus tratos, negligência severa, drogadição/alcoolismo, doença mental grave, morte, desaparecimento e abandono por parte dos pais ou familiares responsáveis que impedem praticamente a criança ou o adolescente de retornar ao seio de sua família (mãe, pai, avós, tios e irmãos); bem como situações que envolvem a falta de condições materiais principalmente do tipo: renda familiar, falta de creche e moradia adequada (CABRAL, 2004).

Neste contexto, o abrigamento familiar promovido pelo Programa Família Acolhedora torna-se um importante instrumento de proteção a infância e adolescência por lhes oferecer condições de abrigamento mais adequadas ao seu desenvolvimento social, físico, mental e emocional (FRANÇA, 2006).

Em se tratando especificamente do Brasil o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), a Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH), o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), entre outros, vêm protagonizando discussões para implantar diretrizes e ações de fortalecimento do paradigma da proteção integral da criança e do adolescente, garantindo a sua condição de sujeito de direitos e de pessoa em desenvolvimento. Estas ações têm buscado promover e garantir as crianças e adolescentes em situação de abrigamento no país a manutenção de vínculos familiares e comunitários, conforme preconizado pelo ECA e pela Convenção sobre os Direitos da Criança. Além disso, desde o ano de 2006, o governo brasileiro, em consonância com esse movimento de reordenamento e de construção de normativas, elaborou e aprovou em dezembro de 2006 um plano que traça diretrizes nacionais para as medidas de apoio sócio-familiar, de acolhimento familiar e institucional e de adoção chamado de: Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. Este plano constitui um marco nas políticas públicas no Brasil, pois, ao romper com a cultura da institucionalização de crianças e adolescentes e ao fortalecer o paradigma da proteção integral e da preservação dos vínculos familiares e comunitários preconizados pelo ECA. Promove a manutenção dos vínculos familiares e comunitários fundamentais para a estruturação das crianças e adolescentes como sujeitos e cidadãos está diretamente relacionada ao investimento nas políticas públicas de atenção à família (MORAES & NOGUEIRA, 2010).

Dessa forma, o acolhimento familiar, que já aparecia na Política Nacional de Assistência Social no Brasil, relacionado como um programa a ser implantado dentro dos serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade passou a ser reconhecido como parte integrante das políticas sociais do país. Ficando então reconhecido como uma estratégia que objetiva o acolhimento temporário de crianças e adolescentes, na medida em que visa a reintegração familiar e busca evitar a institucionalização (MORAES & NOGUEIRA, 2010).

Essencialmente, segundo Valente (2008) o Programa Família Acolhedora caracteriza-se como um serviço de cunho social que organiza o acolhimento, de crianças e adolescentes afastados de suas famílias de origem em residências de famílias acolhedoras essencialmente cadastradas e preparadas para receber estes indivíduos.

Na concepção de Moraes & Nogueira (2010) a família acolhedora é um indivíduo ou grupo de pessoas que formam uma família já constituída que se propõe a receber em sua casa criança(s) e/ou adolescente (s), assumindo, sob termo de responsabilidade, as atribuições relativas ao guardião que são expressas nos art. nº. 33 e nº. 92, parágrafo único, do ECA apresentadas abaixo. Representando assim, uma modalidade de atendimento social que visa oferecer proteção integral as crianças e aos adolescentes até que seja possível a sua reintegração familiar (VALENTE, 2008).

Art. 32. Ao assumir a guarda ou a tutela, o responsável prestará compromisso de bem e fielmente desempenhar o encargo, mediante termo nos autos. (BRASIL, 2008, p.15).

Art. 92. As entidades que desenvolvam programas de acolhimento familiar ou institucional deverão adotar os seguintes princípios:

I - preservação dos vínculos familiares e promoção da reintegração familiar;

II - integração em família substituta, quando esgotados os recursos de manutenção na família natural ou extensa;

III - atendimento personalizado e em pequenos grupos;

IV - desenvolvimento de atividades em regime de co-educação;

V - não desmembramento de grupos de irmãos;

VI - evitar, sempre que possível, a transferência para outras entidades de crianças e adolescentes abrigados;

VII - participação na vida da comunidade local;

VIII - preparação gradativa para o desligamento;

IX - participação de pessoas da comunidade no processo educativo.

Parágrafo único. O dirigente de entidade que desenvolve programa de acolhimento institucional é equiparado ao guardião, para todos os efeitos de direito. (BRASIL, 2008, p.29).

De acordo com França (2006) mesmo que a família acolhedora não assuma a criança ou o adolescente de forma definitiva este programa representa uma medida protetiva eficiente para crianças e adolescentes que conseqüentemente acabariam confinadas em uma instituição do tipo abrigos para menores, sem tempo determinado para sair de lá.

Na visão de França (2006) e Moraes & Nogueira (2010) o programa família acolhedora mostra-se como uma medida protetiva eficiente, pois proporciona as crianças e aos adolescentes afastados dos seus lares temporariamente por medidas protetivas judiciais de continuarem vivendo em um ambiente doméstico que pode contribuir de forma mais positiva para a estruturação de sua personalidade do que se fossem abrigados em instituições de abrigamento convencionais. Além disso, de acordo com este mesmo autor a colocação provisória de crianças e adolescentes em situação de risco em família acolhedora pode constituir uma alternativa de atendimento a estas crianças e adolescentes que trás consigo menos prejuízos a quem necessita da medida de proteção de abrigamento, pois tende a garantir uma maior preservação da identidade destas crianças, pelo fato de abrigá-las em um ambiente que confirme e ajude na construção desta identidade que em casos de abrigamento em espaços coletivos acaba-se tornando de difícil construção e manutenção.

No entanto, torna-se preciso ressaltar neste momento que a permanência da criança ou do adolescente em uma família acolhedora não visa a adaptação para a adoção. Devendo a família acolhedora a consciência de que ao assumir as funções previstas nos art. nº. 33 e 92, parágrafo único, do ECA sobre o termo de responsabilidade, que a mesma terá deveres e

direitos assim, como todas as partes envolvidas no caso em questão (MORAES & NOGUEIRA, 2010).

A família acolhedora deverá saber do seu papel fundamental na vida da criança e precisará ser amparada/acompanhada para exercê-lo. A criança precisará ser informada quanto ao projeto de vida que esta sendo construído para ela durante este período, sem falsas esperanças ou silêncios permissivos da rica imaginação infantil, que a permitam imaginar que a mesma ficará por definitivo, inserida nesta família acolhedora, bem como a família de origem precisará ser ouvida, amparada, apoiada e guiada, para que consiga resolver os problemas que as levaram ao afastamento de suas crianças e/ou adolescentes (CECIF, 2003).

Sabido é que muitos são os problemas e desafios que as famílias acolhedoras enfrentam ao abrigarem em seus lares crianças e adolescentes afastados temporariamente de suas famílias biológicas (saber reconhecer que a limites quanto ao seu vínculo emocional com a criança ou adolescente; saber que a mesma esta ali por um determinado tempo ate que possa voltar ao convívio com sua família biológica; saber como lidar com o comportamento da criança, principalmente após visitas dos pais biológicos; saber que as responsabilidades para com a criança são confiadas aos seus cuidados, entre outros aspectos).

Assim, quando uma família se cadastrar para atuar junto ao Programa Família Acolhedora a mesma precisa ser capacitada como um todo para receber em sua casa, por um período determinado de tempo, uma criança ou um adolescente, bem como um grupo de irmãos em situação de risco pessoal e social, para que somente assim, possa-lhes dar acolhida, amparo, aceitação, amor e a possibilidade de convivência familiar e comunitária, até que estes possam retornar ao seio de sua família de origem (FUNDAÇÃO NOSSO LAR, s.d; FUNDAÇÃO NOSSO LAR, 2010; TPE, s.d; MORAES & NOGUEIRA, 2010).

Logo, as famílias que se cadastram para participar do Programa Família Acolhedora abrem não só as portas de suas casas para receber a(s) criança(s)/adolescente(s) que precisam de cuidados, mas abrem também os seus corações e acabam tomando o lugar do principal responsável por esta criança (pais) por um período determinando de tempo. Para que estas famílias consigam então atuar de modo efetivo e eficaz no desenvolvimento global das crianças e adolescentes sobre sua tutela temporária e para posterior reintegração destas as suas famílias de origem. Estas famílias contam com o apoio e supervisão de diversos profissionais da área social dentre os quais se destaca neste estudo o assistente social (ABBA, 2010; MORAES & NOGUEIRA, 2010).

Por ser o assistente social um profissional que visa o bem-estar coletivo e a integração do indivíduo na sociedade. Na medida em que é um profissional capacitado para trabalhar junto aos seus clientes, grupos e comunidades, orientando, planejando e promovendo soluções para os vários problemas sociais existentes e dentro de uma perspectiva da realidade brasileira, colaborando com seus recursos pessoais e técnicos, para o desenvolvimento solidário e harmônico do país (CRESS, 1993; MORAES & NOGUEIRA, 2010).

No Programa Família Acolhedora os profissionais de serviço social começam a atuar muito antes das crianças já estarem inseridas no ambiente familiar da família acolhedora, Inicialmente estes profissionais começam a trabalhar na execução de várias ações que envolvem a divulgação do programa na comunidade, seguida da realização de cursos de para a comunidade; de processo de seleção das famílias que objetivam atuar como famílias acolhedoras; execução de cursos de capacitação para as famílias selecionadas para atuarem como acolhedoras; escolha de qual família irá abrigar qual criança e/ou adolescente em seu lar; além de supervisionar estas famílias acolhedoras e trabalhar para a reintegração mais rápido possível desta criança a sua família de origem, na medida em que fornecem assistência a todos os envolvidos neste processo (FRANÇA, 2004; MORAES & NOGUEIRA, 2010).

Em se tratando especificamente da assistência que o profissional de serviço social irá fornecer a todos os envolvidos no Programa Família Acolhedora, França (2004) explica que está assistência:

É uma relação de proteção social através de subsídios, apoio, orientação, referencia, que se dá nas relações informais quanto, através de uma legislação social que garanta direitos, exigindo que o Estado arque com um conjunto de serviços e benefícios. No campo das relações sociais, a assistência ou ajuda mutua decorre da solidariedade social, que é distinta da filantropia. Não se dá solidariamente: ser solidário e se dar também. No campo da ação governamental supõe transferência ou acesso a um bem produzido e/ou financiado pelo Estado a um cidadão ou a um grupo de cidadãos fora do consumo do mercado, e face a algumas pré-condições. Infelizmente, no Brasil a assistência sempre implicou num esforço de moralização e domesticação das classes populares. Sendo as questões sociais tratadas pelo Estado como caso de polícia. A assistência, proteção ou seguridade Social não deve ser uma política para o “pobre não morrer de fome” ou para “salvar de urgências”, mas deve ser uma área que garanta padrões de dignidade a todos. (FRANÇA, 2004, p. 51).

Tendo-se em vista que a assistência social é uma política pública França (2004) relata ainda que esta:

Se ocupa do provimento de atenções para enfrentar as fragilidades de determinados segmentos sociais, superar exclusões sociais, defender e vigiar dos direitos dos mínimos de cidadania e dignidade. E ainda política de atenção e de defesa dos direitos. Ela se propõe a atender as heterogeneidades entre os cidadãos. Para elaboração de qualquer programa de Assistência Social. Não é possível desconsiderar que a concentração de renda no Brasil atinge níveis extremos, gerando exclusões contínuas de grupos sociais e, conseqüentemente, a Assistência Social deixa de ser uma política para poucos, pois a demanda por serviços sociais e cada vez maior. A construção de caráter público e a superação de benesse não exigências que supõem aliados, sendo necessário ainda romper o caráter de subalternidade que permeia as relações de ajuda em nossa sociedade. (FRANÇA, 2004, p. 52).

Ao se observar os fatos anteriormente citados podemos então entender que o Programa Família Acolhedora como parte integrante da política nacional de assistência social que determina dentro da proteção social especial de alta complexidade a implementação e execução de serviços que garantam a proteção integral para famílias, e dos indivíduos que se encontram sem referência e ou em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e ou comunitário. Que estes profissionais atuar em contínua articulação com os demais serviços que compõem as políticas públicas e a justiça da infância e da juventude no país, no sentido de oferecer proteção integral as crianças e adolescentes e o retorno mais breve possível a sua família de origem (MORAES & NOGUEIRA, 2010). Haja vista, que a adoção conforme Valente (2008) nestes casos é uma medida excepcional, realizada apenas quando se encontram esgotadas todas as possibilidades de retorno da criança e/ou do adolescente sobre cuidados da família acolhedora a sua família de origem. Além disso, de acordo com Valente (2008) o profissional de serviço social ao atuar no Programa Família Acolhedora precisa ter em mente que este é um programa alternativo de convivência familiar e comunitária que deve ser implantado dentro de uma realidade consciente e responsável. Sendo de fundamental importância, portanto, que este profissional seja capaz de construir alternativas de convivência familiar e comunitária, preventivas e pró-ativas, para a infância privada e abrigada, atreladas a programas de investimento nas famílias de origem, para que a assim, atue de forma efetiva e consiga reinserir a criança e ou o adolescente de volta ao seu ambiente familiar de origem (CECIF, 2003).

De acordo com Valente (2008) o profissional assistente social inserido no Programa Família Acolhedora deve trabalhar com a família e com a rede de serviços de proteção, criando condições para o envolvimento das mesmas nas decisões e ações de cunho social necessárias durante todo o processo, para que através da reflexão e da prática, possa ir se apropriando de possíveis soluções dentro do seu universo de possibilidades subjetivas que façam com que a família volte a se responsabilizar pelo cuidado de sua prole de modo adequado e satisfatório.

Segundo o autor supracitado, uma característica necessária para a realização de um trabalho de assistência social com qualidade e eficácia e que o profissional assistente social que presta assistência a família de origem da criança inserida no Programa acolhimento familiar, atenda essa família entendendo que o caso dela família é único e que possui particularidades específicas. Entretanto, este entendimento conforme Valente (2008) não deve descontextualizar esta família da situação social coletiva vivenciada pela mesma, pois cada família tende a expressar o coletivo que vivência em uma realidade conjuntural determinada pela sua condição de classe social bem como pelo modo como se relaciona com as situações sociais que configuram sua particularidade. O que, por sua vez, faz com que cada caso embora único encontre-se dentro de um contexto mais amplo, que envolve, inclusive, a sucessão de fatos das gerações anteriores daquela família, na grande maioria das vezes retratando necessidades ignoradas (VALENTE, 2008).

Assim, para que o assistente social atue de forma eficaz e obtenha sucesso com no seu trabalho no Programa Família Acolhedora é necessário que este consiga encontrar famílias que consigam se colocar no lugar das crianças em situação de abrigo, sabendo que, ao se despedirem delas assim, que os casos forem solucionados, atuaram como importantes colaboradoras para que estas guardem lembranças positivas desse momento de sua vida (FRANÇA, 2004).

Em geral, nos municípios onde o Programa Família Acolhedora já encontra-se implantado, tem se observado que este programa tem se desenvolvido de maneira integrada com o Juizado da Infância e da Adolescência e que principalmente tem se desenvolvido em conjunto com a atuação dos profissionais de Serviço Social e Psicologia do Jurídico que dentro de suas áreas de atuação possibilitam que o programa tenha resultados positivos principalmente no que diz respeito à reintegração de criança (s) e adolescente(s) em situação de abrigo a suas famílias de origem. Sendo que durante a permanência desta(s) criança(s) e adolescente(s) na(s) sua(s) respectiva(s) família(s) acolhedora(s) tais profissionais dentro de suas áreas de atuação atuam realizando um trabalho sistemático com a família biológica, no sentido de fortalecer os laços afetivos, favorecendo o retorno da criança ao seu ambiente familiar (MORAES & NOGUEIRA, 2010).

Neste contexto Cabral (2004) e Costa *et al.* (2009) ao defender a criação do programa acolhimento familiar, afirmam que o acolhimento em uma família garante o direito a convivência familiar com dignidade e a possibilidade de construção de laços afetivos tão preconizados pelo ECA.

Com base na literatura pesquisa conclui-se que o Programa Família Acolhedora é uma alternativa viável de abrigo para crianças e adolescente em situação de risco temporário, e que pode vir de fato a ser considerada como uma medida protetiva eficiente, para estas crianças e adolescentes, pois, permite que as mesmas continuem vivendo em um ambiente doméstico e familiar até poderem retornar para aos seus lares e para o convívio com seus familiares.

Na medida em que este Programa garante as crianças e aos adolescentes em situação de risco o abrigo em um ambiente doméstico e familiar, este programa passa a contribuir para o desenvolvimento sócio-emocional destas crianças de “modo adequado” e com suporte “emocional” durante o período de intenso sofrimento que envolve o afastamento de suas famílias biológicas e posteriormente o retorno à suas famílias. Além disso, a colocação provisória de crianças e adolescentes em famílias acolhedoras pode constituir uma alternativa protetiva que trás menos prejuízos emocionais, psicológicos e sociais do que se estas fossem abrigadas em abrigos ou instituições públicas convencionais, onde não há vivência doméstica e familiar.

Além da convivência familiar e doméstica concluiu-se com este estudo que o Programa Família Acolhedora permite as crianças e adolescentes em situação de abrigo a manutenção da sua identidade e a manutenção da percepção do que é viver e fazer parte de uma família. Entretanto, como a família acolhedora funciona como um programa voluntário

onde não há ônus financeiro para o Estado, este Programa mostra-se viável não só do ponto de vista psicológico e social para desenvolvimento global de crianças e adolescentes em situação de abrigamento como também pode ser considerado como uma alternativa viável ao Estado, pois, diminui os gastos com a hospedagem e manutenção de crianças e adolescentes em abrigos/instituições de internação mantidas pelo Estado.

BIBLIOGRAFIA

1. ABBA. 2010. **Seu papel como família acolhedora**. 2010. Disponível em:< <http://www.abbabrasil.com.br/pt/perolas/informacao-sobre-acolhimento/seu-papel-como-familia-acolhedora>>. Acesso em: 22 jun. 2010.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
3. CABRAL, C. **Acolhimento familiar experiências e perspectivas**. Rio de Janeiro: Bookling, 2004.
4. CECIF. Centro e Capacitação e Incentivo à Formação. **101 Perguntas e respostas sobre alternativas de convivência familiar – Família de Apoio, Guarda e Apadrinhamento Afetivo**. São Paulo: CECIF, 2003.
5. COSTA, N.R.A.; ROSSETTI-FERREIRA, M.C. Acolhimento familiar: uma alternativa de proteção para crianças e adolescentes. **Revista Psicologia Reflexão e Crítica**, v.22, n.1, p. 111-118, 2009.
6. CRESS. **Conselho Regional De Serviço Social. Código de Ética do Assistente Social**. Brasília: CRESS; 1993.
7. FRANÇA, M. **Famílias acolhedoras – alternativa de atendimento à população infanto-juvenil que necessita ser retirada de sua família de origem?**. 2004. 93f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.
8. FRANÇA, M. **Famílias Acolhedoras Preservando a convivência familiar e comunitária**. São Paulo: Veras, 2006.
9. FUNDAÇÃO NOSSO LAR. **Projetos**. s.d. Disponível em:< http://www.fnل.org.br/?page_id=12&language=pt>. Acesso em: 22 jun. 2010.
10. FUNDAÇÃO NOSSO LAR. **Programa família acolhedora**. 2010. Disponível em:< <http://www.fnل.org.br/?p=104&language=pt>>. Acesso em: 22 jun. 2010.
11. GOMES, M.M.F. **Família de Apoio, família acolhedora, família hospedeira**. In: CECIF. Centro e Capacitação e Incentivo à Formação. 101 Perguntas e respostas sobre alternativas de convivência familiar – Família de Apoio, Guarda e Apadrinhamento Afetivo. São Paulo: CECIF, 2003. p. 34-35.
12. IASC. **Família acolhedora vai ajudar crianças vítimas de violência**. 2008. Disponível em:< http://www.recife.pe.gov.br/2008/05/19/mat_162204.php>. Acesso em: 22 jun. 2010.
13. MORAES, F. S.; NOGUEIRA, B.C. **Acolhimento familiar: alternativa(s) para abrigamento**. 2010. 55f. Monografia (Graduação em Serviço Social): Universidade Paranaense, Umuarama, 2010.
14. STUPP, V. **Programa Família Acolhedora faz a integração de crianças e adolescentes**. 2009. Disponível em:< http://www.google.com.br/search?q=acolhimento+familiar&hl=pt-BR&rlz=1T4ADSA_pt-BRBR370BR370&prmd=i&ei=-UMgTJWCA8H58AbzgoSMAQ&start=10&sa=N>. Acesso em: 22 jun. 2010.
15. TJ-SP. **Programa Família Acolhedora no Município de São Paulo-Projeto Piloto**. s.d. Disponível em:< http://www.tj.sp.gov.br/Download/Corregedoria/pdf/familia_acolhedora.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2010.
16. TJ-PE. **Glossário da infância e juventude termos e expressões do poder judiciário**. s.d. Disponível em:< <http://www.tjpe.jus.br/coordvinf/arquivos/glossario.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2010.
17. VALENTE, J.A.G. **O acolhimento familiar como garantia do direito a convivência familiar e comunitária**. 2008. 188f. Dissertação [Mestrado em Serviço Social] - Pontifícia universidade católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

VISIBILIDADE DA MULHER E O SERVIÇO SOCIAL**VISIBILITY OF WOKEN AND SOCIAL SERVICE**

PAULA ALINE DE AGUIAR. Graduada em Serviço Social na Universidade Paranaense (UNIPAR).

EDYANE DE LIMA SILVA. Graduada em Serviço Social na Universidade do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Docente da Universidade Paranaense (UNIPAR)

Endereço para correspondência: Paula Aline Aguiar. Praça Mascarenhas de Moraes, s/nº, Centro, CEP: 87400-000, Umuarama, Paraná, Brasil. alineaguiar.22@hotmail.com

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo realizar uma revisão de literatura sobre a contribuição do profissional de Serviço Social a respeito do aumento da visibilidade da mulher no Brasil. A literatura pesquisada evidenciou que a mulher ao longo da história enfrentou e ainda enfrenta diversas dificuldades principalmente relacionadas a descriminalização entre os gêneros. Que dentre todos os profissionais capacitados para atuarem combatendo este tipo de descriminalização temos o profissional de Serviço Social que é um profissional que tem por princípios éticos combater a descriminalização entre os gêneros e defender os direitos humanos, inclusive de tratamento da mulher, haja vista que é engajado nas causas sociais, que possui capacidade para reconhecer que a base da desigualdade de gêneros está na construção social e não nos aspectos biológicos do gênero (masculino e feminino). E que é capaz de transformar as estruturas sociais, de maneira a reverter os processos geradores de desigualdade e mover outros capazes de produzir igualdade. Além disso, ficou evidente que a mulher hoje tem maiores condições para exercer sua autonomia, embora ainda que restrita a determinadas condições, ligadas ao trabalho e a sua condição enquanto cidadã do que em tempos anteriores quando era vista como um ser frágil.

PALAVRAS- CHAVE: Visibilidade Feminina, Direitos Da Mulher, Serviço Social.

ABTRACT

This study aims to conduct a literature review on the contribution of professional social work as to increase the visibility of women in Brazil. The literature showed that women throughout history has faced and still faces many difficulties mainly related to gender decriminalization. That among all professionals trained to work fighting this kind of decriminalization have the professional Social Work is a professional who has the ethical principles to combat the decriminalization between genders and defend human rights, including treatment of women, given that it is engaged in social causes, which has capacity to recognize that the basis of gender inequality is the social construction and not the biological aspects of gender (male and

female). And that is capable of transforming social structures so as to reverse the processes that generate inequality and move others able to produce equality. Moreover, it became apparent that women today have more conditions to exercise their autonomy, while still to certain conditions related to work and his condition as citizen than in previous times when he was seen as fragile being.

KEYWORDS: Women's Visibility, Women's Rights, Social Service.

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem por objetivo realizar uma revisão de literatura sobre a visibilidade da mulher no Brasil e demonstrar o papel do Serviço Social no fomento da visibilidade da mulher enquanto sujeito de direito. Fazendo-se uma análise a respeito das mudanças dos pontos de vista acerca da visibilidade feminina segundo a moral e seus princípios, observando como as mulheres são tratadas ao longo dos anos, observando que antigamente a mulher teve seu comportamento analisado de acordo com a moralidade, mas que a partir dos seus direitos políticos e civis tal comportamento passou a ser analisado de modo diferente, isto é, respaldado em princípios éticos, instaurados a partir do código de ética civil da Constituição Federal de 1988. Além disso, pretende-se evidenciar através de investigação bibliográfica específica sobre a contribuição do Serviço Social no que diz respeito a implementação dos direitos da mulher no Brasil.

Para se atingir os objetivos propostos, buscou-se via levantamento bibliográfico publicações nacionais do tipo artigos científicos, monografias, teses e dissertações que versassem sobre: Serviço Social, atuação profissional, ética, moral, código de ética civil, direito das mulheres, feminismo, trajetória feminina no Brasil e direitos femininos.

Optou-se por realizar a abordagem bibliográfica, pelo fato deste tipo de pesquisa ser o passo inicial para a realização de qualquer estudo científico (GIL,1999). O que por sua vez, torna este tipo de pesquisa de grande importância. Pois, através dela se pode obter várias informações que comprovem e complementem uma determinada teoria. Além, de podermos definir e resolvermos problemas já existentes e conhecidos, bem como explorar novas áreas, cujos problemas ainda não se concretizaram o suficiente. Pois, conforme ressalta Lima & Miotto (2007) a pesquisa bibliográfica implica em um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório.

REFLEXÕES

Souza (2009) explica que a ausência ou a pouca visibilidade da mulher ao longo da história, se deve principalmente a trajetória do controle social da sociedade patriarcal que caracterizou a mulher como um ser sem poder na área pública, educada para ser mãe e assexuada. Além de caracterizá-la com um ser delicado, incapaz de transgredir e de ser violento, legitimando assim socialmente o domínio masculino sobre o feminino.

Entretanto, ao analisarmos a literatura a respeito da visibilidade feminina em seus mais variados aspectos, é possível observar que as mulheres sempre lutaram pela efetivação de direitos civis, sociais, econômicos e sobre o domínio de seu próprio corpo. Porém, para que se possa compreender a discriminação e a valorização da mulher e como esta tem desempenhado diversos papéis na sociedade em diferentes períodos da história, é preciso que se destaquem pontos relevantes da superioridade masculina sobre a feminina, pois ao longo da história da humanidade o homem (gênero masculino) sempre foi considerado superior a mulher (gênero feminino). Sendo esta superioridade inicialmente baseada na diferença de força física entre homens e mulheres, que a princípio, era um fator primordial para a sobrevivência em períodos remotos da história da humanidade e que mais tarde foi reforçada pelo sistema patriarcal e

teorias religiosas expostas na bíblia e adotadas pela sociedade em geral como veremos a seguir.

Na pré-história, Almeida (2002) relata que havia uma divisão do trabalho entre homens e mulheres baseada fundamentalmente no sexo, por uma questão fisiológica. Nesta época os homens caçavam e proviam o lar, enquanto as mulheres ficavam grávidas constantemente e viviam em tribos cuidando coletivamente dos filhos uma das outras. Como neste período não havia a noção de família, filhos e bens. Os frutos das conquistas dos homens e das guerras ficavam para usufruto da comunidade e as conquistas dos homens eram exaltadas por todos. Com o transcorrer dos tempos e a evolução do conceito de sociedade, a mulher passou a ser cada vez mais comprimida a viver no seu lar ficando restrita a ele ao mesmo tempo em que sua imagem passou a ser rigidamente associada à maternidade na medida em que foi a ela incorporado o papel de multiplicadora em todos os âmbitos da sociedade (ALMEIDA, 2002). Mais tarde com o surgimento do sistema patriarcal a mulher passou a ser subordinadas as vontades do seu pai, e posteriormente a vontade do marido e a sua função passou a ser restringida a provedora afetiva e cuidadora do lar.

As relações de gênero durante o patriarcado evidenciavam um sistema que dominava e oprimia as mulheres baseando-se em 4 mecanismos de suporte: 1) Prática da violência contra as mulheres para subjugar-las; 2) Controle sobre o corpo feminino; 3) Manutenção das mulheres em situação de dependência econômica; e 4) Manutenção, no âmbito do sistema político e práticas sociais, de interdições restrito à participação política das mulheres (SANTOS & OLIVEIRA, 2010).

Além dos fatos supracitados no sistema do patriarcado a mulher era vista como uma propriedade do marido sendo proibida de qualquer outro tipo de relacionamento, enquanto que o marido era livre e senhor de sua conduta e de seus desejos. O homem era educado para ser dominador, forte, altruísta, diferente da mulher que tinha sua educação voltada para ser submissa e contida (GOMES & ALVES, 2008). Sendo a mulher ideal aquela que permanecia em casa, continha-se sexualmente, cuidava do seu lar e provia o seu marido docilmente em todos os gostos e quereres.

Não obstante a estes fatos a própria Bíblia Sagrada em alguns trechos legítima a submissão feminina e ponderamento do homem sobre a mulher ao dizer que “a mulher deve ser submissa” ao homem e “deve sujeitar-se ao marido” (I PEDRO 3:1-2). Além de expor no Antigo Testamento que a ideal para a mulher é se limitar a ação doméstica.

Na perspectiva histórica da visibilidade feminina conforme Gomes & Alves (2008) mesmo na antiguidade nem sempre a mulher sofreu discriminação ou opressões baseadas nas diferenças de gêneros.

De acordo com o autor supracitado, no século II antes de Cristo (a.C) em Romana, as mulheres tinham direitos a receber herança, a iniciar o divórcio e de realizar contratos legais, embora em outros aspectos fossem discriminadas.

De modo geral como vimos nos capítulos anteriores em tempos antigos era relegado a mulher uma condição bastante inferior à do homem. Mesmo que em alguns povos (hebreus e judeus) as mulheres gozassem de vários direitos em comuns ao homem como: a mãe ser digna de receber as mesmas regalias e demonstração de respeito que o pai; possuir os mesmos direitos que o homem de requerer justiça; exercer as mesmas funções laborativas que os homens sem distinção (pois a mulher pastoreava rebanhos, trabalhava nos campos e carregava a água das fontes para o abastecimento da casa, embora suas principais obrigações fossem os trabalhos domésticos, que eram bem mais complicados e difíceis que aqueles que as mulheres têm hoje: moer grãos para preparar as refeições, fiar lã e tecer os tecidos) (GOMES & ALVES, 2008).

Mesmo a mulher possuindo as igualdades acima citadas na antiguidade ela era limitada comunicação em público, principalmente em relação aos homens. Sendo, a descriminalização entre os gêneros bastante evidenciada quando ocorria o nascimento de uma menina, pois, o período de purificação desta em comparação ao do nascimento de um menino

era dobrado; quando a castidade imposta a mulher era algo essencial; e quando se comparava o grau de estudo destinado às mulheres que tendia a ser bastante simplificado em comparação ao destinado ao homem, pois muitos povos consideravam que as mulheres eram incapazes de entender e compreender alguns ensinamentos (GOMES & ALVES, 2008).

Mesmo na antiguidade algumas mulheres, durante determinados períodos da história ao se sentirem inferiorizadas em comparação aos homens e a outras mulheres (classe burguesa, nobreza, alta sociedade), começaram a procurar redefinir sua identidade de forma que se tornassem mais aceitáveis perante a sociedade e obtivessem igualdades de oportunidades e de direitos. Sobre este aspecto Gomes & Alves (2005) relata que a história demonstra que as primeiras conquistas específicas das mulheres se deram não só por meio da luta pela igualdade legal e contra as restrições dos seus direitos, mas também por meio da luta pela eliminação das barreiras que impediam o seu desenvolvimento enquanto, o que por sua vez, deu origem aos movimentos feministas em todo o mundo e evidenciados com maior significância nas décadas de 1970, 1980 e 1990.

Dentre os diversos movimentos feministas que ocorrem ao longo dos séculos um dos mais importantes e evidenciados no Brasil é a Marcha das Margaridas. Este movimento realizado há 25 anos no país em homenagem a Margarida Maria Alves (Presidente do Sindicato dos Trabalhadores Rurais entre os anos de 1971-1983), assassinada em 1983, no município de Alagoa Grande, por incentivar os trabalhadores rurais a buscarem na Justiça a garantia dos seus direitos (AROUCHA, 2007).

A marcha das Margaridas é vista hoje, por muitos autores como Aroucha (2007), Silva (2008) e Santana *et al.* (2010) como uma estratégia de mobilização realizada por um conjunto de movimentos de mulheres que a cada 3 anos reúne mulheres oriundas de todas as regiões brasileiras em Brasília, Distrito Federal (DF) por 2 dias, para discutirem temas como: fome, pobreza e violência contra a mulher.

Embora a marcha das Margaridas tenha sido um movimento criado para homenagem a Margarida Maria Alves, é possível dizer que as discussões hoje geradas durante esta marcha e as reivindicações e lutas de Margarida da década de 1980 tiveram origem nas experiências vivenciadas pelo país em anos anteriores. Como veremos a seguir.

No Brasil, de acordo com Santana *et al.* (2010) depois de uma breve experiência democrática (1945 até 1964), com o fim do Estado Novo, o país entrou, no ponto de vista dos direitos civis e políticos, nos anos mais sombrios da sua história.

A partir de 1964, o país passou por várias lutas entre as classes sociais, e vivia o regime civil-militar, a imprensa sofria censura e a oposição cessada com violência. Porém, houve uma sensibilização social a respeito dos direitos sociais entre os gêneros. Que contribuiu para a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), Banco Nacional de Habitação (BNH), e em 1974 o Ministério da Previdência e Assistência Social. Mesmo assim, o cenário dos trabalhadores principalmente entre os rurais, que era consideravelmente defasado e marginalizado, o que por sua vez gerou uma série de manifestações e reivindicações no campo e por igualdades de oportunidades entre os gêneros (SANTANA *et al.* 2010). Mediante as diversas manifestações em diferentes países inclusive no Brasil durante este período as mulheres passaram a adquirir uma série de direitos dentre os quais destaca-se: a obtenção de direito ao voto, a se candidatarem a cargos públicos, a estudarem e a obterem divórcio podendo se casar novamente se assim desejarem. Assim, os movimentos/manifestações feministas que se desenvolveram ao longo de todo o século XIX contribuíram para que as mulheres conquistassem direitos antes somente destinados aos homens, que conquistassem espaço, independência e pudessem mudar seu comportamento e forma de se relacionar com os homens.

Assim, as conquistas que fizeram com que as mulheres a partir do século XIX passaram a ser consideradas como seres: fortes, capazes e inteligentes. Na medida em que os movimentos feministas a partir dos anos de 1980 começaram a mostrar as mulheres como

vítimas da crueldade masculina fez com que a partir do século XIX abriu-se espaço para o surgimento de leis que garante as mulheres as oportunidades que elas procuravam e mereciam ter (GOMES & ALVES, 2008).

Dentre estas leis destaca-se a Lei Maria da Penha - Lei de nº 11.340, que tem como objetivo principal defender as mulheres que sofrem agressões dentro do ambiente familiar, além de visar a prevenção de agressões, e punir os agressores a fim de erradicar a violência contra a mulher, mediante a utilização de procedimentos éticos (SANTOS & OLIVEIRA, 2010; CRIVOI & SANTOS, 2010). Tal lei assim, como a Marcha das Margaridas, foi instaurada no Brasil, com base em um caso de violência doméstica realizado no ano 1983. Caso este referente a 2 tentativas de homicídio (1 por arma de fogo e outra por eletrocussão e afogamento) que uma mulher chamada Maria da Penha sofreu por parte de seu marido e que a tornou paraplégica e lhe renderam outras sequelas neurológicas irreversíveis. A pós a promulgação Lei de nº 11.340 (Lei Maria da Penha) pelo presidente da Republica Brasileira, Luiz Inácio Lula da Silva a Lei Maria da Penha assim como o Estudo do Idoso e o Estatuto da criança e do Adolescente colocou as mulheres em um grupo especial, pelo fato destas ao longo dos séculos virem sendo vítimas da dominação masculina (CRIVOI & SANTOS, 2010).

Entretanto, na medida em que as mulheres foram conquistando independência e direitos, novas responsabilidades a elas foram impostas, pois, a mulher que emergiu no feminismo deixou de ser um simples objeto sexual ou apêndice do homem para vencer, intelectual, política e financeiramente, mas a armadilha cruel foi o alto preço a pagar por isso. Haja vista, que na atualidade cada vez mais, a mulher vem conquistando os postos de trabalho mais cobiçados pelos homens e reconhecimento profissional. Em muitos casos, como ressaltam Gomes & Alves (2008) em algumas empresas/ambientes profissionais as mulheres já vem sendo vistas como mais eficientes, focadas e emocionalmente preparadas para a resolução de conflitos entro os membros da equipe do que os homens. Bem como tem demonstrado maior capacidade para executar determinada função/tarefas tão bem quanto os homens, ou melhor. Entretanto, são mais cobradas, tendo que se manter o tempo todo no topo da competência.

Do ponto de vista do senso moral (regras de comportamento), os valores de altruísmo e atribuições como a maternidade e o cuidado doméstico continuam norteando o cotidiano das mulheres, sobre a forma de dupla jornada de trabalho. Pois, na medida em que ocorreu a intensificação da inserção da mulher no mercado de trabalho em decorrência da diminuição do trabalho artesanal e o aumento da migração para a cidade em busca de trabalho nas fábricas durante a revolução. As mulheres, passaram então a exercer um importante papel na participação do crescimento econômico e a sua presença se estendeu a vários postos de trabalho fora do ambiente domiciliar (MOREIRA, 2008).

Mesmo exercendo uma função fora do ambiente domiciliar na atualidade a mulher tem que se desdobrar em suas atividades realizando uma dupla jornada de trabalho (no seu emprego fora de casa, e na realização das atividades domésticas) (CARVALHAL & THOMAZ-JÚNIOR, 2006).

Além dos fatos supracitados antigamente as mulheres ouviam de seus pais, que elas deveriam ser casar, e que assim teriam um homem (marido) para defendê-las. Atualmente, as mulheres escutam de seus pais que elas precisam estudar, trabalhar, ter uma carreira brilhante para não ter que depender de homem algum. Que seus estudos devem ir além do curso de graduação, necessitando fazer pós-graduações e estudar línguas estrangeiras com a finalidade de garantir sua estabilidade financeira. Entretanto, ao longo da história como vimos ao longo do texto e nos capítulos anteriores as mulheres tiveram muitas conquistas e sofreram muitas injustiças. Mas de modo geral é importante ressaltarmos que a sociedade no geral passou por intensas transformações bem como a própria mulher que conquistou direitos e adquiriu valor perante a sociedade. (GOMES & ALVES, 2008).

È inegável ao analisarmos a história da mulher que as mesmas vem lutando pela igualdade de oportunidades e de participação política entre os gêneros, sendo muitos destes direitos de ordem política, civil e social garantidos pela Constituição Federal de 1988. Contudo, a moralidade histórica, a respeito da visibilidade feminina continua a reger as ações dos indivíduos sociais e a estampar a incongruência entre lei e realidade. Pois, na atualidade estudos tem evidenciado que a mulher mesmo tendo os mesmos direitos que o homem ao exercer a mesma função recebem um salário em média 55,3% inferior ao do homem (FISCHER & MARQUES, 2001).

Neste contexto, que faz referência a aquisição de direitos, de igualdades de oportunidades e de remuneração entre homens e mulheres entre outros aspectos referentes a igualdade entre os gêneros pode se dizer que um profissional tem destaque nesta busca sendo ele o profissional de Serviço Social. Profissional este, de nível superior que visa o bem-estar coletivo e a integração do indivíduo na sociedade. Na medida em que intervém nas repressões das questões sociais, capacitado, orientando, planejando e promovendo suas intervenções numa perspectiva da realidade onde encontra-se inserido, colaborando com seu arcabouço teórico- metodológico, técnico-operativo e ético-político(CRESS, 1993).

O Serviço Social tem sua origem final do século XIX, em 1898, na cidade de Nova Iorque, nos EUA quando surgiu como profissão em decorrência da necessidade de existir um profissional que cuidasse da área social assistindo a classe proletariada em virtude da assensão da sociedade burguesa (UNIVERSITÁRIAS DE SERVIÇO SOCIAL, 2010).

No Brasil a profissão somente emergiu a partir de 1936, quando se iniciou no país o processo de industrialização e urbanização. Assim, a profissão surgiu como uma estratégia do Estado, para atender às demandas das questões sociais que o país estava vivenciando. Além disso, neste período a profissão de Assistente Social encontra-se relacionada com articulação dos poderes dominantes (burguesia industrial, Igreja Católica e Estado Varguista) com o objetivo de controlar as insatisfações e pauperismo populares, advindos da relação capital verus trabalho.

Entretanto, a profissão surgiu no Brasil como formação técnica especializada, quando foram fundadas as primeiras instituições de ensino com esse propósito em São Paulo (1936) a Escola de Serviço Social de São Paulo (ESS-SP) e em 1940 quanto foi criado no país o Instituto de Serviço Social de São Paulo (ISS/SP). Na literatura do Serviço Social brasileiro, ou em parte dela pelo menos, incontestantes são as referências ao “feminino” em sua gênese. Conforme se depreende desses passos iniciais, não foi por acaso que a primeira turma, formada em março de 1938, pelo ESS-SP era formada exclusivamente de jovens do sexo feminino (SEGUNDO, 2010).

Entretanto, com o passar dos anos a profissão foi se estruturando, chegando hoje a uma profissão com teorias, metodologias reais e próprias que busca diminuir as disparidades sociais e que desde a década de 1960 sua atuação vem se caracterizando por um movimento de reconceituação na vida social, econômica, política e cultural.

No campo da igualdade de gêneros o profissional de Serviço Social tem seu trabalho centrado nas necessidades humanas exigindo, que as mesmas sejam satisfeitas, não por uma questão de opção, mas como um imperativo de justiça básica na medida em que considera os Direitos Humanos como um dos princípios organizativos da sua prática profissional. Por ser um profissional que tem conhecimento sobre as leis civis e penais que dão base aos direitos da mulher e têm grande sensibilidade na percepção da relação conflitiva entre os gêneros tendo um profundo conhecimento sobre este tema. Este é um profissional que ao longo da história desde a criação da sua profissão tem contribuído e muito para o aumento da visibilidade da mulher, pois, é um profissional qualificado e apto para lidar com o problema da violência contra a mulher, para aconselhar e resgatar a gentileza, o respeito, a compreensão, o amor próprio, os direitos humanos, a dignidade da mulher e o seu valor (LISBORA & PINHEIRO, 2005).

Além disso, é um profissional que ao longo dos anos vem realizando diversos estudos sobre as relações de gêneros e propondo medidas de intervenção eficazes assim como tem

contribuído para a criação e a implementação diária dos direitos da mulher. Pois, atua na elaboração, em conjunto com demais profissionais da área social para o desenvolvimento de estratégias de acesso e garantia de direitos e de mobilização para seu protagonismo e empoderamento, considerando as condições sociais, econômicas e culturais das relações estabelecidas na sociedade (SCHIMIDT & ANHUNCCI, 2005; FISHER & MARQUES, 2001). Outro fato a se considerar é que a intervenção do Assistente Social ocorre em diversos espaços institucionais, dentre os quais se destaca a política de Assistência Social evidenciada através do Centro de Referência Especialização de Assistência Social (CREAS), que tem por finalidade gerar reflexões e tomadas de decisão sobre os diferentes aspectos que envolvem os usuários deste espaço (CFESS, 2009).

Na medida em que realiza campanhas de enfrentamento a violência, palestras de conscientização, acompanhamento, orientação e assistência a todos aqueles vítimas de violência, abuso e exploração. E na medida que articula à rede de serviços sócio-assistenciais da proteção básica e especial, com as demais políticas públicas setoriais e demais órgãos do sistema de garantia de direitos em vigor no Brasil (LIMA, 2010).

Na discussão a respeito das igualdades de direitos entre os gêneros e visibilidade da mulher, os profissionais de Serviço Social no Brasil e em diversos países, vem realizando diversos estudos sobre os mais variados aspectos relacionados a estes temas. No caso específico do Brasil, existe uma revista específica do Serviço Social intitulada Serviço Social e Sociedade que conta com uma série de publicações a respeito da visibilidade da mulher no Brasil, publicações estas que são evidenciadas na tabela 1 e que em sua maioria discute a papel da mulher dentro do ambiente familiar.

Tabela 1. Estudos publicados na Revista Serviço Social e Sociedade entre os anos de 1998 a 2010 a respeito da situação da mulher no Brasil.

ANO DE PUBLICAÇÃO	AUTOR	Nº. DO EXEMPLAR	TÍTULO
1998	Carvalho	57	Famílias chefiadas por mulheres, relevância para uma política social dirigida
2002	Vital	71	Famílias monoparentais: indignações
2002	Coelho	71	Trabalho da mulher, relações familiares e centralidade na família
2005	Mioto	83	A maternidade na adolescência e a (des) proteção social
2006	Carloto	86	Gênero, políticas públicas e centralidade na família
2010	Cardoso et al.	102	Morte Materna: uma expressão da “questão social”
2010	Azevedo	103	Entre Paredes e redes; o lugar da mulher nas famílias pobres

Fonte: Dados de pesquisa bibliográfica realizada pelo autor do trabalho (2010).

Pelo fato do Serviço Social ter emergido no Brasil, como uma profissão feminina, haja vista que a maioria absoluta dos indivíduos que se formam nesta área são mulheres e tendo em vista que esta é uma das profissões que mais estuda as relações entre os gêneros no que diz respeito a visibilidade feminina. Podemos dizer que profissional conforme Segundo (2010) é um profissional que tem dever ético com a questão da mulher e da igualdade de gêneros. Pois, absorve tanto a imagem social da mulher, quanto as discriminações a ela imposta no mercado de trabalho e na sociedade em geral.

Na medida em que absorve a imagem social da mulher e as discriminações que ela sofre o profissional de Serviço Social reconhece que a base da desigualdade de gênero está na construção social e não na construção biológica do indivíduo. Assim, tal profissional abre a possibilidade de transformar as estruturas sociais, de maneira a reverter os processos geradores de desigualdades e move outros capazes de produzir igualdade entre os gêneros. Mediante a mescla de elementos novos e antigos das questões de gêneros dando predomínio aos novas questões que tem surgido a este respeito e que tem mostrado que hoje as mulheres se vêem mais corajosas, determinadas, ligadas ao trabalho e cidadãs do que em tempos anteriores (SEGUNDO, 2010).

Assim, de acordo com Segundo (2010) o Serviço Social diariamente tenta romper com certas representações sociais, na medida em que desenvolve ferramentas que viabilize a mudança de ideologias que tem sido responsável pela pouca visibilidade feminina e pela desigualdade de gênero existente. Entretanto, quando discutimos a questão da visibilidade da mulher temos que esta questão conforme vimos anteriormente ao longo do texto deste trabalho monográfico é um tema bastante abrangente e que envolve inúmeras questões já bastante elucidadas na literatura, mas, que ainda possui muitas questões em aberto principalmente no que diz respeito aos direitos da mulher. Requerendo portanto, investigações mais aprofundadas, maiores discussões e divulgação. Como é o caso do direito a realização do aborto, ao casamento civil e adoção entre indivíduos do mesmo sexo e garantia de proteção da mulher contra a violência, igualdade de salários entre os gêneros entre outros temas, que se encontram em maior evidência mas que sua discussão e garantia em lei é de fundamental importância para se proporcionar igualdade na sociedade em que vivemos.

Para atingir estes objetivos o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) desde o ano de 2004 vem colocando em seu site oficial seu posicionamento político e as manifestações dos profissionais de Serviço Social a respeito das questões relacionadas a mulher, sendo que entre todas as temáticas expostas no site no período de 2008 e 2010, todas foram relacionadas a mulher como pode-se observar na tabela abaixo. Onde é evidenciado alguns destes posicionamentos e manifestações.

Tabela 2. Relações das manifestações e posicionamentos políticos do CFESS a respeito das questões femininas no Brasil entre os anos de 2009 – 2010.

ANO	DATA	LOCAL/ EVENTO	MANIFESTAÇÃO/ASSUNTO
2008	05-06	Conferencia nacional de GLBTT	CFESS – na luta pela livre expressão e orientação sexual.
2008	25/11	-	CFESS - manifesta “Por mim, por nós, pelas outras...”
2008	20/11 a 10/12	39º Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM)	Pelo fim da violência contra as mulheres - CFESS manifesta contra toda forma de preconceito, discriminação e opressão.
2009	02/06	-	CFESS - manifesta pelo fim da violência contra a mulher.
2009	28/09	-	CFESS - manifesta pela Descriminalização e legalização do aborto.
2010	08/03	-	Dia internacional de luta pelos direitos das mulheres.
2010	21/03	38º Encontro Nacional do CFSS/CRESS	Pela descriminalização do aborto!
2010	25/05	-	Polêmica: caso de preconceito e demissão em Faculdade é destaque nacional.
2010	29/08	-	Dia da Visibilidade Lésbica: “o amor exige expressão e reverência coletiva” - CFESS divulga Manifesto em defesa da liberdade de orientação sexual.
2010	06 a 09/09	38º Encontro Nacional	Dia de Luta pela Descriminalização e Legalização do Aborto - CFESS manifesta seu compromisso em defesa dos direitos das mulheres.
2010	11/09	Encontro Nacional CFESS-CRESS	Conjunto CFESS/CRESS delibera pela defesa da legalização do aborto.
2010	25/11	-	Dia Internacional da não violência contra a mulher - O CFESS apóia a campanha mundial dos 16 dias de Combate à Violência Contra a Mulher
2010	-	-	CFESS Manifesta sobre os 100 anos do Dia Internacional da Mulher

Fonte: Dados de pesquisa bibliográfica realizada pelo autor do trabalho (2010).

Mediante a análise dos dados expostos neste estudo pode-se concluir que o profissional de Serviço Social realiza ações sistematizadas de pesquisa, intervenção de conteúdos diversos na busca da igualdade entre os gêneros.

Além disso, a literatura pesquisada permitiu a conclusão de que o profissional de Serviço Social deve ter muita sensibilidade para ouvir, agir, analisar e mostrar que a mulher não é um objeto, mas que é um sujeito, que possui direitos garantidos e fundamentados na

constituição; que é um sujeito que zela pela sua igualdade cuidando sempre de sua moralidade. Mas, que enquanto mulher necessita conhecer toda a sua realidade histórica. Que é um sujeito que precisa efetivar sua igualdade civil, social, política e econômica e que precisa ser informada sobre todos os seus direitos e deveres.

Diante disso, torna-se necessário elaborar leis que defendam e ampliem os direitos já garantidos em lei por movimentos sociais feministas e de homem a mulheres vítimas de violência doméstica como é o caso da Marcha das Margaridas e da Lei Maria da Penha.

BIBLIOGRAFIA

1. AGUIAR, P.A. **Trajetória histórica da visibilidade da mulher: ética x moral**. 2010. 47f. Monografia (Graduação em Serviço Social): Universidade Paranaense, Umuarama, 2010.
2. ANHUCCI, V; CARLOTO, C. M. Cidadania: Uma discussão sob a perspectiva de gênero. **Serviço Social em Revista**, v.8, n.1, p. 1-5, 2005.
3. ALMEIDA, N. M. A. **Revistas femininas e educação da mulher: o Jornal das Moças**. 2006. Disponível em:< http://www.alb.com.br/anais16/sem03pdf/sm03ss14_06.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2010.
4. AROUCHA, E. P. T. L. Marcha das Margaridas. **Boletim Trabalhadores Rurais e Direitos**, v.2, n.8, p. 1-5, 2007.
5. BIBLÍA. Português. **Bíblia sagrada**. Trad. Padre Antonio Pereira de Figueiredo. São Paulo - Rio de Janeiro: PAUMAPE Limitada, 1979.
6. CARVALHAL, T.B.; THOMAZ-JÚNIOR, A. Inserção da mulher no mercado de trabalho e no sindicato. uma contribuição aos estudos de gênero na geografia. **Revista Ciência Geográfica**, v. 8, n.3, p. 23-45, 2006.
7. CFSS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a atuação dos Assistentes Sociais na política de assistência social**. Brasília: CFSS, 2009. 39p.
8. CRIVOI, V.R.P.; SANTOS, S.R. Lei 11.340/06 - Maria da Penha: um estudo que visa analisar a lei Maria da Penha sobre as denúncias de violência contra a mulher. **Revista UNINGÁ Review**, v.1, n.3, p. 32-38, jul./set. 2010
9. FISCHER, I.R. MARQUES, F. **Gênero e exclusão social**. 2001. Disponível em:< <http://www.fundaj.gov.br/tpd/113.html>>. Acesso em: 29 jul. 2010.
10. GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 208p.
11. LIMA, E.S. **Plano de intervenção do serviço Social no CREAS de Assis Chateaubriand/PR**. 2010. 10f. Trabalho acadêmico (Disciplina de Oficina III- “segumentos do trabalho do assistente Social”) – Instituto Federal do Paraná, Assis Chateaubriand, 2010.
12. LIMA, T.C.S.; MIOTO, R.C.T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**, v.10, n.1, p.37-45, 2007.
13. LISBOA, T.K.; PINHEIRO, E.A. A intervenção do Serviço Social junto à questão da violência contra a mulher. **Revista Katálysis**, v.8, n.2, p.199-210, 2005.
14. MOREIRA, R.C.C. **Sinais de gênero nas diferentes linguagens que tecem os discursos na escola**. 2008.178f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.
15. SANTOS, S.M.M.; OLIVEIRA, L. Igualdade nas relações de gênero na sociedade do capital: Limites, contradições e avanços, **Revista Katálysis**, v.13, n.1, p. 11-19, 2010.
16. SEGUNDO, M. **O papel do serviço social na sociedade: análise do papel da mulher**. 2010. Disponível em:<<http://nusocial.wordpress.com/category/o-papel-do-servico-social-na-sociedade-analise-do-papel-da-mulher/>>. Acesso em: 29 jul. 201.
17. SCHMIDT, J. A.C. *et al.* Cidadania: Uma discussão sob a perspectiva de gênero. **Serviço Social em Revista**, v.8, n.1, p.1-7, 2005.
18. SILVA, B.G. A Marcha das Margaridas: resistências e permanências. **Revista Sociedade e Estado**, v.23, n.2, p. 495-496, 2008.
19. SOUZA, C.C. **Emendas constitucionais: uma abordagem crítica**. 2009. Disponível em:< <http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.26674>>. Acesso em: 29 jul. 2010.
20. UNIVERSITÁRIAS DE SERVIÇO SOCIAL. **A profissão de Serviço Social**. Disponível em:< <http://ssuniversitarias.blogspot.com/2010/04/profissao-de-assistente-social.html>>. Acesso em: 18 nov. 2010.

PRÓ-EGRESSO: UM MECANISMO PARA RESSOCIALIZAÇÃO**PRO-EGRESS A MECHANISM FOR REINTEGRATING**

ANA MARIA TOTH ALVES. Graduada em Serviço Social na Universidade Paranaense (UNIPAR).

MARCILENE BEATRIZ HIPOLITO DE CASTRO. Graduada em Serviço Social na Universidade Paranaense (UNIPAR).

GISLAINE APARECIDA DA SILVA. Graduada em Serviço Social na Faculdade de Serviço Social de Presidente Prudente; Especialista em Gestão de Políticas Sociais com Centralidade pelo Instituto de Pesquisa Sócio Econômico (INBRAPE) / Faculdade Estadual de Educação, Ciências e Letras de Paranaíba (FAFIPA); Mestranda em Serviço Social e Política Social pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Docente da Universidade Paranaense (UNIPAR).

Endereço para correspondência: Marcilene B. H. Castro. Praça Mascarenhas de Moraes, s/nº, Centro, CEP: 87400-000, Umuarama. macastro_ss@hotmail.com

RESUMO

Na década de 1970 surgiu no Estado do Paraná, uma modalidade de cumprimento de pena alternativa que vem sendo implementada em diversos municípios paranaense com êxito positivo principalmente no que diz respeito à promoção da ressocialização do apenado e da diminuição da reincidência criminal chamado de Programa Pró-Egresso. Assim, o presente estudo teve por objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o Programa Pró-Egresso enquanto mecanismo de ressocialização do apenado e sobre qual é o papel do profissional Assistente Social neste programa. Baseado na literatura pesquisada concluiu-se que na atualidade o Programa Pró-Egresso demonstra ser um importante mecanismo de ressocialização ao apenado que tem o direito de cumprir pena em regime aberto ou semi-aberto. Pois, promove a ressocialização deste indivíduo na medida em que o insere novamente na sociedade e no mercado de trabalho como pessoa humana digna de oportunidade e confiança.

PALAVRA-CHAVES: Penas alternativas, Pró-egresso, Ressocialização.

ABSTRACT

In the 1970s appeared in the state of Parana, a form of imprisonment alternative that is being implemented in several municipalities in Parana with a positive outcome especially as regards the promotion of rehabilitation of inmates and reducing relapse into crime called Pro-egress. Thus, this study aimed to perform a literature review on the Pro-Egress as a mechanism for reintegrating inmates and about what role the professional Social Worker in this program. Based on the literature it's concluded that currently the Pro-Egress prover to be an important mechanism of social rehabilitation for inmates who have the right to serve their sentences in

open or semi-open. Therefore promotes ressocialização this individual to the extent that the inserts back into society and the labor market as a human person worthy of trust and opportunity.

KEYWORDS: Alternative Sentencing, Pro-egress, resocialization.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, o paradoxo da prisão e sua relação com a liberdade e o trabalho tem legitimado muitos egressos ao enclausuramento, ao ócio, a periferia e ao subúrbio (ALVES & CASTRO, 2010). Entendida como uma modalidade jurídica punitiva, a prisão de modo geral pode ser vista com um produto da modernidade, que se constituiu a partir da necessidade de se desenvolver estratégias de transição socioeconômica, cuja finalidade principal é a de manter a ordem na sociedade discursiva e a de se combater o crime e a violência social. Entretanto, as desigualdades sociais existentes na atualidade tem levado um número expressivo de pessoas a cometerem os mais variados crimes (roubos, assassinatos, extorsões, seqüestros, etc.). A prisão destas pessoas e sua condenação tem, gerado um superlotação em presídios e cadeias em todo o país (ALVES & CASTRO, 2010). Na tentativa de se combater este superlotação e de organizar o sistema prisional surgiu um mecanismo de organização prisional baseado em no cumprimento de penas alternativas (regime aberto e semi-aberto) que varia de acordo com a gravidade do crime cometido pelo preso, seu comportamento e colaboração durante o regime prisional (ALVES & CASTRO, 2010).

Hoje, no Brasil a pena alternativa é legítima pela Lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984, conhecida como Lei de Execução Penal (LEP). Lei esta que discorre sobre as diversas garantias e direitos ao preso em concordância com declaração dos direitos humanos (DH) e as diferentes modalidades de prisão e cumprimento de pena hoje existem no Brasil. Mesmo com a criação de penas alternativas, ainda existe na atualidade uma necessidade de se criar novas modalidades de penas, que substituam a privação de liberdade por medidas que privilegiem o caráter educativo das penas, haja vista que hoje uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos egressos prisional e a ressocialização. Nesse sentido, inúmeras experiências de aplicação de penas alternativas vêm acontecendo isoladamente mundo afora, muitas delas com sucesso, outras nem tanto (ALVES & CASTRO, 2010).

No Brasil, mais especificamente no Estado do Paraná (PR) uma modalidade que vem sendo implementada em diversos Municípios com êxito é o Programa Pró-Egresso. Este Programa trata-se de um programa desenvolvido através de um convenio firmado entre a Secretaria do Estado da Justiça e da Cidadania/Universidade-Prefeitura, para prestação de serviços de acompanhamento técnico ao individuo que sofreu sanção penal e cumpre pena nos diversos tipos de regime (aberto e semi-aberto) (BRUNINI *et al.*, 2002). Tendo como principal fornecer tratamento diferenciado a todos os apenados, que não se encontram-se cumprindo pena sob regime fechado. Na medida em que conta com a participação e colaboração de profissionais de diferentes áreas (Direito, Sociologia, Pedagogia, Assistência Social, Psicologia) e com o auxílio e cooperação da própria sociedade. Na medida em que presta serviços de acompanhamento técnico, jurídico, de trabalho, junto ao indivíduo que sofreu uma sanção penal e cumpre pena em regime aberto, livramento condicional, RSIS, trabalho externo, liberdade vigiada, prestação de serviços à comunidade (PSC), ou aquele que condenado permanece nas cadeias públicas das comarcas (GABIATTI & ANZOLIN, 2008).

Nos municípios paranaenses onde o Pró-egresso encontra-se implantado os resultados obtidos a respeito da ressocialização dos apenados tem se mostrado positivos e bastantes eficazes. Neste contexto o presente estudo teve por objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o programa pró-egresso como um mecanismo de ressocialização do apenado e sobre qual é o papel do profissional Assistente Social neste programa. Haja vista que trabalhos nesta área são escassos.

Origem e desenvolvimento do Programa Pró-egresso

Atualmente, existe em todo o mundo ocidental, uma preocupação em criar novas modalidades de penas, que substituam a privação de liberdade por medidas que privilegiem o caráter educativo das penas, para que sejam mais humanas e envolvam toda a comunidade nos problemas decorrentes da criminalidade. Nesse sentido, inúmeras experiências de aplicação de penas alternativas vêm acontecendo isoladamente mundo afora, muitas delas com sucesso, outras nem tanto (COLMÁN, 2001). No Brasil as penas alternativas, introduzidas pela reforma penal de 1984, configuram-se no maior instrumento de reinserção social e na melhor política criminal para aqueles que não necessitam do regime fechado para sua repressão. Porém, para sua efetividade é necessária uma organização própria, coesa e justa (GONZAGA *et al.*, s.d). Na busca dessa organização surgiu o programa Pró-egresso.

O Programa Pró-egresso trata-se de um programa desenvolvido através de um convenio firmado entre a Secretaria do Estado da Justiça e da Cidadania/Universidade-Prefeitura, para prestação de serviços de acompanhamento técnico ao indivíduo que sofreu sanção penal e cumpre pena nos diversos tipos de regime. (BRUNINI *et al.*, 2002, p. 270).

O Programa Pró-egresso teve origem na década de 70 do século passado a partir de um trabalho realizado por acadêmicos de direito da Universidade Estadual de Londrina (UEL) que prestavam assistência jurídica aos presos da cadeia pública da cidade de Londrina, Estado do Paraná, Brasil. Nesta época, o programa era denominado de Projeto Albergue. O projeto albergue, por sua vez, foi criado, por iniciativa do promotor de Justiça Dr. Nilton Bassi, que na época encontrava-se vinculado aos alunos da disciplina de direito penal, do Departamento de Direito Público da Universidade Estadual de Londrina (UEL) (GONZAGA *et al.*, s.d; ROEHRIG, 2007).

Na fase inicial, do Projeto Albergue os estudantes participantes do projeto reuniam-se com os presos uma vez por semana, demonstrando-lhe seus direitos, suas obrigações e ressaltando sempre as responsabilidades e a participação do detento no seu próprio processo de recuperação (GONZAGA *et al.*, s.d).

Em 1977, o então Secretário da Justiça o Dr. Túlio Vargas ao tomar conhecimento do Projeto Albergue, identificou nele uma proposta viável para promoção da ressocialização do preso (SERON, 2009). Assim, o Dr. Julio Vargas enquanto Secretario de Justiça do Estado do PR adotou e ampliou o Projeto Albergue no Estado através da Resolução nº. 99, em 23 de maio de 1977, passando então o projeto a denominar-se Projeto Themis (GONZAGA *et al.*, s.d; GONZAGA, 2006; ROEHRIG, 2007; SERON, 2009). Ao ser implementado em 1977, o programa Themis, por sua vez, passou a atuar na fiscalização dos benefícios de livramento condicional, regime aberto, trabalho externo, prestação de serviço a comunidade, liberdade vigiada e concedida pelas varas de execução Penais e ou Criminais do Estado do PR (PRÁ, 2002).

Posteriormente a formulação da Lei de Execuções Penais (Lei 7.210 de 11 de junho de 1984) que determina a assistência ao apenado ou egresso de unidades penais, o então Governo do Estado do PR, o Senhor José Richa, através do Decreto de Lei nº. 4.788 de 23 de novembro de 1985 instituiu no âmbito da Secretária de Estado de Justiça e Cidadania do PR, o Programa Estadual de Assistência ao Apenado Egresso (Programa Pró-egresso), a ser desenvolvido em todas as Comarcas do Estado em substituição ao Projeto Themis (PRÁ, 2002; GONZAGA, 2006). A partir da publicação deste decreto de Lei o Programa Pró-egresso se estendeu para cidades pólos do Paraná, contando com o auxílio de instituições de ensino superior e prefeituras municipais, por meio de seus técnicos para a implantação e execução do referido projeto (GONZAGA *et al.*, s.d).

Conforme Prá (2002) atualmente o programa Pró-egresso encontra-se implementado em 19 Comarcas no Estado do Paraná, abrangendo um total de 383 municípios mediante a coordenação e operacionalização do Patronato. Dentre as Comarcas Paranaense onde o programa encontra-se implementado e em funcionalidade temos: Curitiba, Ponta Grossa, Maringá, Apucarana, Jacarezinho, Francisco Beltrão, Guarapuava, Umuarama, Toledo, Foz do Iguaçu, Cascavel, Campo Mourão, Cianorte, Cornélio Procopio, Irati, Paranaguá, Paranavaí e Pato Branco, Londrina e região (Alvorada do Sul, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Cambé, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Ibiporã, Jaguapitã, Lupionopolis, Miraselva, Porecatú, Primeiro de Maio, Rolândia e Sertanópolis) (ALVES & CASTRO, 2010).

De acordo com Prá (2002) nas comarcas supracitadas o Programa Pró-egresso é mantido por convênios entre a Secretaria de Estado da Segurança Pública, Instituições de Ensino Superior, fundações e prefeituras municipais com exceção para a prefeitura de Curitiba, onde o programa é mantido com recursos materiais, físicos, financeiros e humanos oriundos da Secretaria de Estado da Segurança Pública. Sendo a verba destinada à manutenção do programa utilizada para realizar o pagamento de auxílio-coordenação, auxílio-supervisão, auxílio-bolsa (destinada aos estagiários), materiais de expedientes e/ou serviços de atuação do pessoal técnico e estagiários das áreas de Direito, Serviço Social, Psicologia, Pedagogia e Saúde que atuam no programa.

Objetivos do Programa Pró-Egresso

De acordo com Quimelli *et al.* (2003) o Programa Pró-Egresso enquanto programa de acompanhamento ao egresso e ao apenado, visa acompanhar os beneficiários que sofreram sanção penal e cumprem penas em regime aberto, sursis, livramento condicional, liberdade vigiada, prestação de serviço à comunidade e suspensão condicional do processo. Além disso, de acordo com estes mesmos autores o Programa acompanha os egressos do sistema prisional e fiscaliza as penas alternativas, sendo que os atendimentos visam proporcionar reflexão, educação e orientação social aos indivíduos em conflito com a lei e a seus familiares. Consistindo, portanto em uma modalidade de pena substitutiva ou alternativa à pena privativa de liberdade, nela além de o cidadão se abster das condições precárias, presentes nas prisões e nas penitenciárias, ajuda instituições da sociedade em serviços, às quais não poderiam pagar financeiramente. Consequentemente, os sentenciados se sentem úteis, e a sociedade também se beneficia com os seus serviços (QUIMELLI *et al.* 2003). Segundo Seron (2009) o Pró-egresso tem os seguintes objetivos estruturados para a fiscalização do cumprimento da pena e para a promoção da integração social do egresso prisional. Assim de acordo com este mesmo autor os objetivos do Pró-egresso são:

Fomentar a criação e colaborar no funcionamento dos patronatos, previstas no art.78 da lei federal nº.7.210/84; Proporcionar ao apenado-beneficiário condições necessárias para “reintegra-se na sociedade”, diminuindo a reincidência criminal; Possibilitar ao beneficiário condições para exercer o seu direito inalienável ao trabalho, aos benefícios assegurados pela lei e à saúde física e mental; Atender aos internos das Cadeias Públicas [...]; Fiscalizar e fazer cumprir as condições impostas nas sentenças de benefícios, no Livramento Condicional, no cumprimento da pena em regime aberto de Prestação de Serviços à Comunidade, de Limitação de Fim de Semana, Restritiva de Direitos; Promover a assistência do apenado no que se refere ao inciso anterior, objetivando a prevenção do criminalidade e não reincidência, por meio de formação profissional[...], saúde, atendimento jurídico, triagens de psicologia e encaminhamentos [...]; Integração do projeto com a comunidade universitária e comunidade local (SERON. 2009, p. 30-31).

De modo geral segundo Gabiatti & Anzolin (2008) pode-se dizer que o Pró-egresso possui os seguintes objetivos:

Proporcionar ao apenado e egresso atendimento individual, assistência jurídica e psicossocial, e oportunizar a formação profissional; Realizar o encaminhamento, acompanhamento e fiscalização da Prestação de Serviço à Comunidade; Desenvolver ações com a família do apenado e egresso no sentido da não reincidência criminal; Inserir a comunidade na participação e busca dos direitos civis, políticos e sociais do apenado e egresso; Possibilitar ao beneficiário a identificação dos problemas sociais, para que assuma uma postura crítica e busque alternativas mediante a participação junto à comunidade (GABIATTI & ANZOLIN, 2008, p.1).

Tais objetivos supracitados nos levam a entender que o programa pró-egresso em seu contexto de desenvolvimento, dá um tratamento diferenciado a todos os apenados, que não se encontram-se cumprindo pena sob regime fechado. Haja vista que este programa enquanto uma instituição de natureza pública que presta serviços de acompanhamento técnico junto ao indivíduo que sofreu uma sanção penal e cumpre pena em regime aberto, livramento condicional, SURSIS, trabalho externo, liberdade vigiada, prestação de serviços à comunidade (PSC), ou aquele que condenado permanece nas cadeias públicas das comarcas (GABIATTI & ANZOLIN, 2008). Proporcionando a eles, um tratamento mais humanitário na medida em que auxilia estes no seu processo de reintegração social (SERON, 2009).

Funcionamento do Programa Pró-egresso em Municípios Paranaenses

Pró-Egresso de Assis Chateaubriand

O Programa Pró-Egresso na cidade Assis começou a funcionar inicialmente como subordinado do Programa no município de Toledo no ano de 1994. Após 13 de funcionamento deixou de pertencer a Toledo e passou a ficar sob responsabilidade do Conselho da Comunidade, entidade a qual mantém o programa. O Programa atende “o réu preso e os apenados com Penas Restritivas de Direito”. Oferece aos indivíduos “atendimento social, jurídico e psicológico”. E executa outros vários projetos para o apenado proporcionando a recuperação da auto-estima e do respeito. O Pró-Egresso de Assis conta com um Estagiário de Agronomia, que desenvolve o “Projeto da Horta” que tem como objetivo mudança no hábito alimentar dos egressos e também lhes ensinar um fonte de renda através da venda das hortaliças produzidas (PARANÁ, 2010).

Pró-Egresso Campo Mourão

A criação do programa Pró-Egresso no município de Campo Mourão, ocorreu através da Resolução n.º 094/88, com o Sr. Luiz Chemim, o então Secretário de Estado da Justiça neste período, e começou a funcionar no prédio do Fórum, prestando serviços aos “egressos que estão em livramento condicional, sursis, regime aberto, penas e medidas alternativas e prestação de serviços à comunidade”. No ano de 2006, a Secretaria da Justiça e Cidadania e o Patronato Penitenciário estabeleceram um convenio com a Faculdade Estadual de Ciências e Letras de Campo Mourão (FECILCAM), com a intenção de melhorar o espaço físico para atendimento, e que se situasse em um local de mais fácil acesso pelos usuários. Com o propósito de ampliar o grau de escolaridade dos egressos, o programa os encaminha para o Centro de Educação Básica de Jovens e Adultos (CEEBA) e através da parceria com a Escola do Trabalho (que oferece cursos de informática, cabeleireiro, panificação, culinária e corte e costura), os encaminha para cursos profissionalizantes, de acordo com aptidão de cada um, visando reduzir o índice de desemprego entre eles. O Programa também oferece aos egressos e familiares atendimento psicológico, buscando fortalecer os vínculos familiares e resgatar a cidadania destes cidadãos. O Pró-Egresso estabelece como “meta a reinserção

psicossocial de egressos e beneficiários de penas e medidas alternativas à sociedade”, e integrá-los ou reintegrá-los no mercado de trabalho por meio dos cursos profissionalizantes. Percebido o alto índice de egressos envolvidos com drogas, os responsáveis pelo programa sentiram a necessidade de buscar parcerias para enfrentar e minimizar este problema, firmaram então uma parceria com a Casa de Apoio São José, onde os internos desenvolvem atividades de horticultura como uma forma de terapia e também aprendem uma opção de renda, resgatando a auto-estima, despertando neles a consciência de que são importantes e úteis na sociedade e que podem viver em harmonia, com respeito e dignidade (PARANÁ, 2010).

Pró-Egresso Cascavel

No ano de 1986, a Secretaria da Justiça e Cidadania e o Patronato Penitenciário do Paraná firmaram convenio com o Campus Sede da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, visando atender os egressos do sistema prisional e os beneficiários de penas alternativas, e com o passar do tempo foram se firmando convenio com os demais Campus da Universidade para melhor atender os usuários, hoje o Programa Pró-Egresso de Cascavel presta atendimento a egressos e beneficiários de treze municípios da região. São ofertados serviços na área de Psicologia, Serviço Social e Direto, estes profissionais buscam proporcionar aos egressos e beneficiários as condições necessárias para sua reabilitação e reinserção no convívio familiar e no meio social. O Projeto Boas Práticas destaca a atuação dos profissionais de psicologia que realizam um acompanhamento junto aos egressos e seus familiares, objetivando o “retorno ao convívio social”. O Programa Pró-Egresso conta com profissionais graduados e estagiários de varias a áreas que juntos realizam o acompanhamento dos egressos orientando e fiscalizando sobre sua situação com a Justiça (PARANÁ, 2010; ALVES & CASTRO, 2010).

Pró-Egresso Cianorte

Buscando proporcionar ao individuo que cometeu algum delito e no entanto não apresenta riscos para a sociedade, a oportunidade de cumprir a pena em “ regime aberto, sursis, livramento condicional, e prestação de serviços à comunidade, tendo supervisão de profissionais capacitados para tanto, cria-se no ano de 1989 o “ Programa de Assistência ao Apenado e ao Egresso – Programa Pró-Egresso” no município. Na cidade de Cianorte o Programa desenvolve diversas atividades, com intuito de promover ao egresso e beneficiário condições para restabelecer seu convívio em sociedade e seus vínculos familiares. Dentro do Programa Pró-Egresso existe o Projeto Replantar que funciona em um viveiro com produção de composto vegetal que é fabricado com restos de galhos finos e folhas adquiridos a partir da poda das arvores nas ruas da cidade e produção de mudas de arvores nativas de Cianorte e região, estas mudas serão destinadas para o reflorestamento das matas ciliares e do Parque Municipal do Cinturão Verde, o plantio será realizado pelos próprios egressos e beneficiários. Este projeto defende que a inclusão de vários apenados em um mesmo local para cumprir a pena alternativa possibilita o controle do cumprimento da pena e frisa a importância de ofertar atividades que sejam produtivas e desperte neles o sentimento de que são úteis e valorizados, e não se sintam como se esta fazendo só por fazer (PARANÁ, 2010).

Pró-Egresso de Foz do Iguaçu

O Programa desde 1985 começou a realizar algumas atividades no município de Foz, no entanto só em 1988 que foi oficializado a implantação, estendendo seus atendimentos aos egressos dos municípios de Diamante do Oeste, Matelândia, Medianeira, Missal, Santa Helena, Santa Terezinha de Itaipu e São Miguel do Iguaçu. No município o Programa

desenvolve varias atividades de auxilio e fiscalização do cumprimento da pena, estas atividades são de responsabilidade de profissionais das áreas de serviço social, direito, enfermagem e psicologia que trabalham buscando a ressocialização destes egressos. O Pró desenvolve um projeto em parceria com o lar dos Velinhos Antonio Ayres de Aguirra, são verificadas as necessidades de cada idoso em seu dia-a-dia, selecionado os egressos com perfil para serem cuidadores, estes são capacitados por profissionais da área de saúde, (tais como: médicos, enfermeiras, fisioterapeutas entre outros profissionais). Esta parceria possibilita aos idosos melhoras na qualidade de vida, pois passam a ter alguém lhes auxiliando em suas atividades diárias, e aos egressos desperta a “sensibilização no que tange ao processo natural de evolução da vida, buscando a humanização e a ressocialização do mesmo junto à sociedade” (PARANÁ, 2010; ALVES & CASTRO, 2010).

Pró-Egresso Francisco Beltrão

O Curso de Economia Doméstica da antiga Faculdade Facibel, implantou no dia 8 de abril de 1978, o Programa Themis, recebeu este nome até o ano de 1985 quando passou a ser denominado como Programa Pró-Egresso. A partir do ano de 2004, a Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania firmou convênio com a Universidade Estadual do Oeste do PR (UNIOESTE). O programa oferece atendimento aos egressos de Cadeias Publicas e Penitenciarias da região, e aos beneficiários de penas alternativas e a seus familiares. É oferecido assistência Jurídica, Social, Psicológica e Pedagógica (que é dada por profissionais graduados e também por estagiários), com objetivo de orientar sobre o cumprimento da pena e proporcionar a integração ou reintegração no mercado de trabalho e na sociedade, e possibilitar aos estagiários a vivencia da teoria na pratica. No município o programa esta executando o projeto Curso de Desenvolvimento Pessoal e Empreendedorismo, que é desenvolvido em parceria com o curso de Administração da UNIOESTE, 1 vez por semana, cada encontro tem duração de 2 horas, o curso possui carga horária total de 30 horas, que são reduzidas da carga horária total da pena de Prestação de Serviço a Comunidade que cada um deve cumprir, as atividades do curso visão a “valorização pessoal”, o “resgate da auto-estima” e fortalecer as relações de vivencia em grupo, também busca despertar neles a vontade de ser empreendedor e criar pequenos negócios como fonte de renda O projeto acredita que assim está auxiliando os participantes a se perceberem com cidadãos de direitos e deveres, e também a alcançar a autonomia e dignidade perante a sociedade (PARANÁ, 2010; ALVES & CASTRO, 2010).

Pró-Egresso Guarapuava

Desde sua implantação no município de Guarapuava, que ocorreu no dia 17 de agosto de 1981 o programa já atendeu 6.866 egressos e beneficiários, um numero expressivo e importante para a sociedade pois são seis mil oitocentos e sessenta e seis egressos que tiveram a oportunidade de melhorar sua vida e ter uma nova chance de viver bem na sociedade com seus direitos e deveres conquistados novamente após um períodos de pendências com a Justiça. O Programa Pró-Egresso em todos os municípios que atua tem como objetivo proporcionar ao apenado sua integração ou reintegração social e sua ressocialização, no município de Guarapuava busca atingir estas metas ofertando atendimentos na área de saúde, educação, formação profissional, inserção ou reinserção no mercado de trabalho, assistência social, jurídica e psicológica, com intuito de reduzir os índices de reincidência. Além de todas estas atividades dentro do Pró-Egresso, também é desenvolvido o projeto Resgatando a Dignidade, onde os profissionais verificam se os egressos e beneficiários e seus familiares possuem toda a documentação pessoal, aqueles que são encaminhados para confecção dos documentos, os profissionais redigem ofícios aos órgãos competentes solicitando a isenção da taxa de expedição, para que eles consigam essa documentação, facilitando o acesso as

políticas públicas disponíveis e a inserção ou reinserção no mercado de trabalho (PARANÁ, 2010; ALVES & CASTRO, 2010).

Pró-Egresso Irati

Em primeiro de outubro de mil novecentos e oitenta e sete, foi implantado no município de Irati o Programa Pró-Egresso, esta implantação ocorreu através de um convenio entre a Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania e a Faculdade de Ciências e Letras de Irati (FECLI). Com a implantação do Conselho da Comunidade no ano de 1999, o programa passou a atender em parceria com a Universidade Estadual do Centro Oeste do PR (UNICENTRO), através de um convenio com a Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania, tendo supervisão do Patronato Penitenciário. Estudantes de Pedagogia da UNICENTRO fazem o acompanhamento dos detentos da Delegacia de Irati, e propõe a eles a gosto pela leitura e escrita. O Serviço Social atua no âmbito de garantir aos detentos saúde, e acesso aos direitos que possuem mesmo presos e bem estar aos seus familiares e garantido acesso ao benefício reclusão quando necessário. O Conselho da Comunidade atua colaborando com a melhora na alimentação e higiene dos encarcerados. Um profissional de Psicologia junto com alguns estagiários oferece atendimento individual ou em grupo aos egressos e encarcerados e seus familiares, buscando o resgate da auto-estima e reinserção na sociedade e o fortalecimento dos vínculos familiares. O projeto estabelece como meta a “humanização das penas” e reintegração de indivíduos à sociedade, colabora com a formação acadêmica e contribui para melhoria da sociedade (PARANÁ, 2010).

Pró-Egresso Jacarezinho

Inicialmente o programa era denominado como Programa Themis e foi implantado no dia 11 de agosto de 1977, atualmente o programa é denominado Programa Pró-Egresso, presta atendimento aos egressos e beneficiários e promove o retorno ao convívio em sociedade. Os profissionais responsáveis pelo projeto verificando que as penas de Prestação de Serviços à Comunidade eram eficientes no cumprimento da punição, porém não muda o pensamento sobre questões como drogas e violência contra mulher, sentiram a necessidade de realizar um trabalho que enfoque mais estas questões. Estabeleceram parcerias com diversas entidades que já trabalham com estes temas para atuar de forma mais eficaz buscando melhorar também a vida dos familiares que convivem com estes indivíduos (PARANÁ, 2010).

Pró-Egresso Marechal Cândido Rondon

No dia 31 de outubro de 2005, através de convenio entre Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania e a UNIOESTE, o programa começou a funcionar oferecendo atendimento jurídico, social e psicológico aos egressos e beneficiários. Atualmente o Programa possui parceira com 60 entidades situadas em 6 municípios ao redor de Marechal , onde são encaminhados os egressos e beneficiários para o cumprimento das penas e medidas alternativas (PARANÁ, 2010; ALVES & CASTRO, 2010).

Pró-Egresso Maringá

O Programa inicialmente era denominado como Programa Themis e foi implantado no município no dia 09 de janeiro de 1979, começou prestando atendimento a apenas beneficiados por prisão albergue, com a instituição da Lei nº 7.209 e 7.210 que regulamentam sobre a assistência ao preso e egresso, o programa alterou sua nomenclatura para Programa Pró-Egresso (SANTOS *et al.* *apud* GONZAGA; SANTOS; BACARIN, 2002; PARANÁ, 2010). Atualmente o programa esta funcionando através de um convenio firmado entre a

Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania e a Universidade Estadual de Maringá (UEM), por intermédio da Pró-Reitoria de Extensão e Cultura com intuito de prestar acompanhamento técnico aos sujeitos que sofreu sanção penal e cumpre pena em Regime Aberto (ou seja, que foram presos, julgados, cumpriram sua pena), *SURDIS*, Livramento Condicional, Liberdade Vigada, Prestação de Serviço à Comunidade e Suspensão Condicional do Processo, ou para aquele condenado que continua nas Cadeias Publicas da Comarca até o final de sua pena. A execução do programa é direcionada pelo Patronato Penitenciário, que fornece infra-estrutura e supervisiona as atividades com objetivo de padronizá-las e uniformizar a atuação do programa nos diversos municípios onde funciona (SANTOS *et al.* apud GONZAGA *et al.*, 2002). O Pró-Egresso em Maringá possui como objetivo o acompanhamento dos beneficiários com intuito de orientar e fiscalizar o cumprimento das determinações judiciais, visando despertar no indivíduo a reflexão, sobre sua importância na sociedade como cidadão de direito e deveres. Para realização dos trabalhos o programa conta na cidade de Maringá com um numero expressivo de profissionais e estagiários de Serviço Social, Direito e Psicologia que trabalham junto aos egressos e beneficiários buscando sempre alcançar os objetivos traçados pelo projeto, esta troca de experiência entre os estagiários e os participantes do programa enriquece formação acadêmica e possibilita uma interação da teoria e pratica profissional (SANTOS *et al.* apud GONZAGA; *et al.*, 2002; GONZAGA *et al.* apud GONZAGA *et al.*, 2002). O programa enfoca também a importância da prestação de serviços comunitários, os quais possibilitam a interação do apenado com a comunidade e desperta o sentimento de pertencimento na mesma. Pesquisas realizadas em 2004 revelaram que esta relação do apenado e comunidade, têm grande efeito nos índices de reincidência, no período só cerca de dois por cento dos indivíduos atendido pelo Pró-Egresso voltaram a reincidir (SANTOS *et al.* apud GONZAGA *et al.*, 2002).

Pró-Egresso de Paranaguá

Desde 1990, que o Programa Pró-Egresso foi implantado no município, por meio de um convenio entre a Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania e a Faculdade Estadual de Filosofia, Ciências e Letra de Paranaguá (FAFIPAR), e vem desempenhando atendimentos na área jurídica, e psicossocial, aos egressos e beneficiários e seus familiares. As atividades são desenvolvidas por profissionais graduados e por estagiários (estudantes da faculdade conveniada) que desempenham um papel fundamental na reinserção e ressocialização dos apenados na sociedade, este contato entre os usuários do programa e os estagiários possibilita aos estagiários a vivencia na pratica dos conteúdos vistos em sala, proporcionando assim um diferencial em sua formação. O programa desenvolve atividades com intuito de reduzir a reincidência criminal e possibilitar a reintegração ou integração no mercado de trabalho e na sociedade, mas observando estas atividades já desenvolvidas os profissionais perceberam a necessidades de se realizar algo voltado não só aos adultos, mas também que abrangesse as crianças e adolescentes destas famílias, em parceria com o curso de Pedagogia e seus estagiários criou-se o projeto Acompanhamento e Incentivo Sócio-Educacional para atendê-los. No projeto é oferecido oficinas de Canto, Teatro, Literatura com intuito de desenvolver a criatividade, concentração e despertar a consciência crítica e responsabilidade para a vida (PARANÁ, 2010).

Pró-Egresso Paranavaí

Em agosto de 2006 através do convenio entre a FAFIPAR e a Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania, o Programa Pró-Egresso é implantado no município de Paranavaí. O programa conta com varias instituições privadas (Refrigerantes Garotos, Avícola Felipe, Ivo Pneus, Agencia do Trabalhador, Supermercado São Francisco) e instituições publicas que são parceiras na execução das atividades, os egressos e beneficiários que precisam cumprir a

penas alternativas ou prestação de serviços à comunidade são encaminhados para estas instituições. Os egressos e beneficiários que demonstram interesse são encaminhados para o curso de Educação de Jovens e Adultos (EJA) ou a outras instituições de ensino de acordo com a distancia entre a residência de cada um, é priorizado o encaminhamento para cursos profissionalizantes, e o programa também promove palestras informativas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST's), uso de Substancias Psicoativas e de Prevenção à Violência Familiar (PARANÁ, 2010; ALVES & CASTRO, 2010).

Pró-Egresso de Umuarama

No dia 3 de setembro de 1967, o município de Umuarama recebeu a implantação do Programa Themis, que ocorreu “através de um convênio firmado entre a Secretaria de Estado da Justiça e a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Umuarama-PR atualmente denominada de Universidade Paranaense (UNIPAR). Com a celebração deste convênio foi realizado um Seminário para treinamento e seleção de estagiários para atender no programa, este evento despertou grande interesse entre os acadêmicos, no entanto apenas um número pequeno de participantes poderiam ser selecionados, porém mesmo aqueles que não foram selecionados adquiriram uma experiência. Inicialmente o programa presta atendimento a apenas 4 albergados, os trabalhos são desenvolvidos em uma sala no prédio da Faculdade, cedida exclusivamente para o funcionamento do programa. Neste inicio o programa contou com seis estagiários de diversos cursos que realizavam atendimento individual com cada beneficiário e visitas domiciliares sem prévio aviso, também organizavam reuniões quinzenais com os albergados e seus familiares. O programa teve como primeira coordenadora “Cacilda Zafaneli – Professora de Fundamentos das Ciências Sociais (Faculdade de Umuarama) Socióloga” e recebia supervisão do Dr. Milton Alceu Etzel da Primeira Vara Criminal da Comarca de Umuarama (ILUSTRADO, 1999).

Logo após sua criação o programa passou a prestar atendimento ao albergados e presos das comarcas de Iporã que possuía 60 e 4.365 habitantes, de Xambê com 26.257 habitantes, de Umuarama com 183.790 habitantes e Cruzeiro do Oeste com 49.835 habitantes, estas comarcas possuíam como economia predominante a agricultura e a pecuária. Podemos destacar neste período alguns pontos positivos como o grande apoio dos juizes, a disponibilidade dos setores relacionados com o Programa, apoio da Prefeitura Municipal de Umuarama, o bom relacionamento entre as pessoas envolvidas, ou seja, albergados, estagiários, coordenação e supervisores, a disponibilidade e atenção dada pelos convidados a ministrar as palestras, a confiança adquirida pelos estagiários e profissionais, explicitada pelos beneficiários do programa. Com a alteração da Lei 7.209 e 7.210 em onze de julho de mil novecentos e oitenta e quatro que dispõe sobre a assistência ao apenado e egresso o programa passou a ser denominado como Programa Estadual de Assistência ao Apenado e Egresso (Programa Pró-Egresso) que possui como metas prestar atendimento jurídico, social e psicológico aos egressos, beneficiários e seus familiares (ILUSTRADO, 1999; PARANÁ, 2010). Dentro do Programa é desenvolvido o Projeto Viva em parceria com várias entidades do município, desde sua criação o Projeto vem desempenhando um papel importante na ressocialização dos egressos-beneficiários, promovendo rodas de conversa que alcançaram a autonomia e recuperaram a auto-estima do detento. Além disso, o projeto em associação com o Programa Pró-Egressograma, oferece palestras abordando (sobre prevenção de doenças de doenças sexualmente transmissíveis -DST's, cidadania -direitos e deveres dos cidadãos, de auto-estima, cultura e etc.). (PARANÁ, 2010).

O Programa Pró-egresso abrange todos os municípios paranaense, no entanto, informações sobre quando o projeto surgiu, sobre a sua estrutura e atividades desenvolvidas em cada municípios paranaense bem como em todas as 19 comarcas onde possui sede são escassas. No entanto, de modo geral o programa conta com a atuação de uma equipe multiprofissional que atua objetivando a ressocialização do ex-detento e a redução da

reincidência criminal. Entre as áreas específicas de atendimento ao egresso penitenciário temos as citadas abaixo conforme Strassburg (2002):

- Área do Direito: Analisa, acompanha a situação jurídica dos egressos e requer benefícios.
- Área de Serviço Social – Atende egressos/familiares, realiza entrevistas e visitas domiciliares. Executa o encaminhamento e acompanhamento da prestação de serviço à comunidade, pareceres de informação social, contato e cadastro de instituições receptoras de prestadores de serviços à comunidade.
- Área de Psicologia – Formada por psicólogos para atendimento psicoterapêutico sistematizado. Realiza triagens, encaminhamento para AA e NA, acompanhamento psicológico para egressos e seus familiares e informe psicológicos, quando solicitados pelo poder judiciário.
- Área de Integração ao Mercado de Trabalho e Capacitação Profissional – Orienta e encaminha o egresso para cursos profissionalizantes e para o emprego. (STRASSBURG, 2002, p.2).

No que diz respeito aos resultados alcançados pelo Programa Pró-egresso ao longo da sua trajetória histórica, a Pró-Reitora de Extensão e Assuntos Comunitários da UEM, relata que uma pesquisa divulgada em abril de 2004, em um congresso em Posadas, na Argentina, apontou que o índice brasileiro de reincidência na prática de crimes por indivíduos atendidos por programas de assistência aos apenados é de aproximadamente 2%, ao passo que, quando não há o benefício, a reincidência sobe para 45%. Demonstrando, portanto, a importância do programa não só para a promoção da reinserção do ex-detento como também para a diminuição da criminalização através da diminuição da recidiva criminal (ALVES & CASTRO, 2010).

Serviço Social e o Programa Pró-egresso

No que diz respeito especificamente à atuação do Serviço Social frente ao Programa Pró-egresso temos conforme Quimelli *et al.* (2003) o Assistente Social tem por finalidade encaminhar, auxiliar, acompanhar, orientar e dar assistência social aos beneficiários e aos egressos do sistema penitenciário, levando-os a refletir sobre sua condição dentro de uma perspectiva de emancipação, cidadania e de justiça social. Conforme Gonzaga (2006) para que os objetivos do Serviço Social sejam concretizados dentro do Programa Pró-egresso é necessário que atividades privativas do Assistente Social sejam contempladas pelo seu Código de ética como as transcritas abaixo.

Luta constante na defesa dos direitos humanos, civis, sociais e políticos; Orientação e esclarecimento aos beneficiários e familiares as questões pertinentes ao serviço social; Realização de triagens através de entrevistas preliminares e subsequentes, tendo em vista registrar os dados socioeconômicos, visando conhecer a realidade individual e familiar dos beneficiários; Atendimento familiar faz parte da história do serviço social, o qual realiza estudo, acompanhamento, orientação, encaminhamento nessa área; A visita domiciliar é um instrumento utilizado pelo serviço social, com a finalidade de fazer a abordagem familiar, é realizada na residência do beneficiário, visa coletar os dados objetivos e subjetivos dos mesmos, suas reações na dinâmica familiar, como também levantar todas as informações importantes que possam facilitar o processo de cumprimento da pena; As visitas às instituições são realizadas para se conhecer a dinâmica e o funcionamento das mesmas, esclarecer o trabalho realizado pelo Pró-egresso, em específico a pena de prestação de serviços à comunidade, tendo em vista fazer o encaminhamento e acompanhamento dos prestadores de serviços a essas instituições, para que realizem o processo de cumprimento da pena; O serviço social elabora parecer social a fim de concessão de benefícios aos quais os indivíduos têm direito; Realização de estudo socioeconômico e sindicância de endereço da família, por solicitação dos juízes da Vara de Execução Penal e Varas Criminais, também para instituir pedido de benefícios; O trabalho

desenvolvido no programa conta com o apoio de recursos da comunidade e o assistente social fará os encaminhamentos, orientando e esclarecendo os beneficiários e seus familiares sobre os benefícios que comunidade tem a oferecer, como por exemplo: aquisição de documentação pessoal, consultas, cestas básicas, entre outros. Participação em grupos de estudos e reuniões de equipe tendo em vista o aprimoramento do trabalho; Participação como membro efetivo do Conselho da Comunidade da Vara de Execuções Penais. (GONZAGA, 2009, p. 14-15)

Portanto, pode-se concluir que o Serviço Social atua junto aos beneficiários e seus familiares identificando e intervindo a partir de suas necessidades. Além, de propiciar condições para o exercício da cidadania destes indivíduos (GONZAGA *et al.*, s.d). Ao lermos o exposto acima podemos perceber que o Serviço Social dentro do Programa Pró-egresso tem por objetivo desenvolver um trabalho conjunto com os demais profissionais que atuam neste programa, por meio das reuniões com a equipe multiprofissional, com as famílias e beneficiários entre outras atividades.

As vantagens do Pró-egresso enquanto mecanismo de ressocialização

De acordo com o documento de divulgação da prestação de serviços a comunidade (PSC) do Programa Pró-egresso de Umuarama – PR, as penas e medidas alternativas apresentam as seguintes vantagens:

A diminuição as chances de a pessoa voltar a praticar delitos. O custo de execução das penas alternativas e infinitamente inferior ao da execução da pena de prisão. Possibilita a oferta de trabalho qualificada, que geram benefícios a toda a sociedade; Os prestadores de serviço tem a possibilidade de continuar trabalhando e sustentando suas famílias, permitindo que esses se mantenham no convívio familiar e social, facilitando dessa forma sua reinserção social. Possibilitam uma melhora da qualificação profissional dos prestadores de serviço. Aumentando suas oportunidades de ingresso no mercado de trabalho. Beneficiam inúmeras entidades que não possuem recursos financeiros para contratação de pessoal (UMUARAMA, 2010, p.1).

Além das vantagens supracitadas o Programa Pró-Egresso é um mecanismo de cumprimento de pena alternativa que permite ao sentenciado permanecer em liberdade, ter responsabilidades para com o cumprimento da condição imposta pela sua pena, para que este seja reintegrado a sociedade. Pois, permite de certa forma a reparação de um “mal” que o mesmo acabou proporcionando com o seu delito (UMUARAMA, 2010). Se levarmos em consideração que um dos grandes problemas para a reinserção de um egresso prisional na sociedade é a dificuldade que este encontra em encontrar trabalho, pois a sociedade ainda possui um grande preconceito, receio e medo de um ex-detento. Na medida em que o Programa Pró-egresso proporciona ao sentenciado-beneficiário condições para que este retorne ao convívio social, através de acompanhamento e orientações jurídicas, psicológica, pedagógicas e social colaborando de forma significativa para a inclusão social do apenado. Entretanto, conforme ressalta Pereira *et al.* (2010) para que este Programa desempenhe o seu papel adequadamente e atinja os seus objetivos é necessário a sensibilização, a conscientização e a participação da comunidade como um todo principalmente no que diz respeito a fiscalização da sanção aplicada e o acompanhamento do cumprimento da mesma.

REFLEXÕES

Baseado na literatura pesquisada conclui-se que na atualidade o Pró-egresso demonstra ser um importante mecanismo de ressocialização ao apenado que tem o direito de cumprir pena em regime aberto ou semi-aberto. Pois, promove a ressocialização deste indivíduo na medida em que o insere novamente na sociedade e no mercado de trabalho como pessoa

humana digna de oportunidade e confiança. Além disso, pode-se perceber ao longo do texto que o programa pró-egresso oferece amparo, reinserção social e acompanhamento social ao apenado durante um período tempo pré estabelecido (cerca de 1 ano), a fim de observar o seu desenvolvimento, bem como combate o preconceito existente na sociedade (medo, recenseio) a respeito do apenado. Na medida em que conscientiza a sociedade sobre a importância desta contribuir para a reinserção social do apenado a fim de se combater a reincidência criminal e assim melhorar a qualidade de vida e de segurança de todos. Pode-se concluir-se que o papel do profissional de serviço social nestes casos é suma importância.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVES, A.M.T.; CASTRO, M.B.H. **Pró-egresso: um mecanismo para ressocialização**. 2010. 103f. Monografia (Graduação em Serviço Social): Universidade Paranaense, Umuarama, 2010.
2. BRININI, B.C.C.B. et al. Programa Pró-egresso, auto-estima, um estado da percepção do egresso. **Revista Akrópolis**, v.10, n.4, p. 270, 2002.
3. COLMÁN, S. A. Contribuição do serviço social para a aplicação de penas alternativas. **Serviço Social em Revista**, v.4, n.1, p. 89-100, 2001.
4. GABIATTI, C.L.; ANZOLIN, M. **Pró-egresso**. 2008. Disponível em: <http://cac.php.unioeste.br/cursos/toledo/servico_social/pro_egresso.php>. Acesso em: 02 jul. 2010.
5. GONZAGA, M. T. C. **Programa Pró-egresso de Maringá - 1 Pró-Geral**. Maringá: Clichetec, 2006a, p. 19p.
6. GONZAGA, M. T. C. **Série Programa Pró-egresso de Maringá - 3 Beneficiários**. Maringá: Clichetec, 2006.
7. GONZAGA, M.T.C. *et al.* **A importância do Pró-Egresso na formação profissional dos acadêmicos**. In: GONZAGA, M.T.C. *et al.* **A cidadania por um fio: a luta pela inclusão dos apenados na sociedade**. Maringá: Dental Press; 2002. p.43-53.
8. GONZAGA, M. T. C. *et al.* **Programa Pró-Egresso de Maringá, Paraná, Brasil: A eficiente aplicação das medidas alternativas à prisão no Brasil**. s.d. Disponível em:<http://www.depen.pr.gov.br/arquivos/File/livro_maringa.pdf>. Acesso em 08 outubro 2010.
9. ILUSTRADO. **Pró-Egresso completa 22 anos**. 1999. Disponível em:<<http://www.ilustrado.com.br/arquivo/050999/local.htm>>. Acesso em 08 outubro 2010.
10. PARANÁ. Governo do Estado do Paraná. Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania. **Projetos de boas práticas Programa Pró-egresso dos patronatos penitenciários do Paraná**. Paraná: SEJU; 2010.
11. PRÁ, A. **A Incidência dos Delitos nos Programas Pró-egresso do Estado do Paraná por Regiões**. 2002. 34f. Monografia (Especialização em Controle Estatístico): Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2002.
12. QUIMELLI, G. A. S.; *et al.* Perfil dos usuários dependentes de drogas do Programa Pró-Egresso (PPE) de Ponta Grossa. **Revista Conexão**, v.3, n.1, 2003, p. 1-5, 2003.
13. SANTOS, A.S. *et al.* Descrevendo o Programa Pró- Egresso. In: GONZAGA, M.T.C. *et al.* **A cidadania por um fio: a luta pela inclusão dos apenados na sociedade**. Maringá: Dental Press; 2002.p.33-42.
14. STRASSBURG, U. Programa Pró-Egresso de Cascavel: o retorno pelo trabalho. In: **Anais do II SEU – Seminário de Extensão da UNIOESTE**, 22 a 24 de maio de 2002.
15. UMUARAMA. Programa Pró-egresso. **Prestação de serviços a comunidade**. Umuarama: Programa Pró-egresso; 2010. 2p.

**FATORES DE RISCO PARA O DESMAME PRECOCE: UMA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA****RISK FACTORS FOR EARLY WEANING: A REVIEW**

JAKELINE LOPES RIBEIRO. Enfermeira. Especializanda da Pós Graduação em Estratégia de Saúde da Família da Faculdade INGÁ

FERNANDA LORENA CANTON DA SILVA DANIELLI. Enfermeira. Especializanda da Pós Graduação em Estratégia de Saúde da Família da Faculdade INGÁ.

NELLY LOPES DE MORAES GIL. Professora Mestre e Coordenadora do curso de Pós Graduação em Estratégia de Saúde da Família da Faculdade INGÁ.

Endereço para correspondência: Avenida Colombo n. 9727 - Km 130, CEP 87070-000 Maringá, Paraná, Brasil. nelly_gil@yahoo.com.br

RESUMO

Trata-se de um estudo bibliográfico de natureza qualitativa, que tem por objetivo identificar quais os principais fatores de risco que podem conduzir ao desmame precoce. A seleção do material se deu nas bases de dados LILACS, SCIELO, e BVS sendo as obras publicadas entre o período de 1985 e 2010. A partir da análise do material obtivemos que as principais causas para o desmame precoce foram: paridade, dificuldades iniciais, "Leite fraco", crenças e valores, condições socioeconômicas e trabalho materno, rotinas hospitalares e falta de assistência eficazes dos profissionais de saúde, distribuídas em categorias. Evidencio-se que durante o aleitamento materno as mães lidam com inúmeras dificuldades, que as levam a questionar a prática da amamentação. É necessário uma assistência de saúde centrada nas necessidades individualizadas das nutrízes, que visem a promoção do aleitamento e suporte eficiente, principalmente para as mulheres que estão sob maior risco.

PALAVRAS - CHAVE: Aleitamento materno, Desmame, Fatores de risco, Lactação.

ABSTRACT

The study is bibliographical and of qualitative nature, which aims to identify the main risk factors that can lead to early weaning. The selection of material was carried out in the LILACS, SCIELO, BVS database whose works were published between 1985 to 2010. From the analysis of material obtained that the main causes of early weaning were: parity, initial difficulties, "weak milk", beliefs and values, socioeconomic conditions and maternal employment, hospital routines and lack of effective assistance of health professionals, distributed into categories. Was noticed that during breastfeeding mothers deal with many

difficulties, which lead them to question the practice of breastfeeding. You need a health care focused on the particular needs of nursing mothers, for the promotion of breastfeeding and support efficient, especially for women who are at highest risk.

KEYWORDS: Mother breastfeeding, Weaning, Risk Factors, Lactation.

INTRODUÇÃO

O leite materno é considerado um alimento ideal, capaz de atender satisfatoriamente as necessidades fisiológicas dos lactentes nos primeiros meses e atuar como um fator redutor de morbidades.

Dentre as vantagens comprovadas podemos citar o valor nutricional, as características bioquímicas que favorecem a digestibilidade, ausência de fatores alergênicos, importantes agentes de defesa contra infecção, o menor risco de contaminação, e o fortalecimento da relação afetiva entre mãe e filho (KAIEDA *et al.*, 1994; CARRAZA & MARCONDES 1991; DINIZ & SANTORO 1994).

Destaca-se também os benefícios que o aleitamento proporciona a mulher- mãe, tais como a redução da hemorragia pós-parto, por intermédio da contração uterina; o aumento do espaçamento entre as gestações, desde que seja praticada a amamentação exclusiva/predominante sob livre demanda; e a diminuição da ocorrência de anemias, devido ao atraso menstrual e à redução do risco de câncer mamário e ovariano (OMS, 1993).

A partir desses pressupostos, foram elaboradas políticas internacionais a serem implementadas em vários continentes no sentido de adotar o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança. Apesar de todo o incentivo e vantagens oferecidas pelo aleitamento materno, um grande número de mulheres não conseguem atingir essa meta, que leva ao abandono da prática favorecendo o desmame precoce.

O desmame é definido como sendo a introdução de qualquer tipo de alimento na dieta de uma criança que, até então, se encontrava em aleitamento materno exclusivo. Conseqüentemente, o “período de desmame” é aquele compreendido entre a introdução desse novo alimento até a supressão completa do alimento materno (PALMA *et al.*, 1998). Essa etapa pode levar a criança a condições de nutrição inadequadas e direcioná-las a enfermidades.

Dentre as causas de desmame precoce estão o desconhecimento pela mãe das vantagens do aleitamento natural, a falta de experiência anterior, mães adolescentes, aquisição de mamadeiras e chupetas, insucesso familiar na prática da amamentação, dificuldades técnicas no ato de amamentar, doenças da mama, causas relacionadas ao lactente e, sobretudo, a intenção de não amamentar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993; HALBE, 1994).

O profissional de saúde também é importante no incentivo ao aleitamento materno, apoiando e instruindo a nutriz, através do acompanhamento pré-natal cuidadoso, formação de grupos de gestantes, alojamento conjunto, durante a puericultura e na promoção de campanhas de incentivo ao aleitamento.

Por tanto, faz-se necessário uma investigação mais aprofundada através da revisão de literatura, sobre os fatores que influenciam no desmame precoce, a fim de proporcionar, enquanto profissional de saúde, uma melhor assistência as nutrizes e promover maior tempo possível de aleitamento materno exclusivo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, que é utilizado para explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos, e geralmente busca conhecer ou analisar as contribuições culturais ou científicas existentes sobre um determinado

tema ou assunto. A pesquisa bibliográfica é aquela desenvolvida a partir de um material já elaborado, constituído, de livros e artigos científicos (Pádua, 2003).

Para a seleção do material foram elaborados os seguintes critérios: 1) Seleção dos artigos, a partir das palavras chaves: Desmame precoce, Aleitamento materno, Amamentação; 2) Constassem nas bases de dados LILACS, SCIELO e BVS; 3) Serem publicados entre os anos de 1985 e 2010 e 4) Correspondentes aos objetivos do estudo.

Foram selecionados 43 artigos que atendiam os critérios da coleta de materiais. Após a aquisição destes, foram realizadas leituras de reconhecimento, tendo como subsídio a seguinte questão: 1) Quais os fatores que podem conduzir ao desmame precoce?

Para a análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo temática (BARDIN, 2008). Foram feitas várias leituras, exploração dos textos e grifadas as partes que correspondiam ao interesse do trabalho, e realizadas anotações e transcrições dos dados exatos e úteis em relação ao tema levantado (BARDIN, 2008). Os resultados serão apresentados a partir de categorias, que são: “Dificuldades iniciais e Paridade”; “ Profissionais de saúde e Rotinas hospitalares”; ” Condições socioeconômicas, Grau de instrução e Trabalho materno” e “Leite Fraco”, Crenças e Culturas”.

RESULTADOS

• Dificuldades iniciais e paridade

A influência da paridade materna é um fator bem presente na literatura, sugerindo que as primíparas são mais propensas para o desmame precoce. Para Hammer, Bryjon e Agras (1999) a razão estaria, talvez, relacionada à insegurança da "mãe de primeira viagem", eventualmente mais jovem, com menor grau de instrução e menor experiência de vida.

Em se tratando de ter ou não uma experiência anterior com aleitamento materno, as mães que tiveram uma experiência prévia positiva, provavelmente, terão mais facilidade para estabelecê-lo com os demais filhos. Parece haver uma forte correlação entre a intenção da gestante em amamentar seu filho e a duração da amamentação (VOGEL, 2003).

Ramos e Almeida (2003), Ichisato e Shimo (2001) e Carrascoza *et al.* (1991) relatam que a primiparidade é um fator de risco para o desmame precoce devido à falta de experiência anterior.

Um estudo "quasi-experimental", realizado em Santiago, Chile, por Pugin *et al.* (1996) avaliou, também, o efeito do programa de promoção de aleitamento materno no pré-natal, com gestantes de classe média e média alta com intenção de amamentar e observou que o grupo de primíparas que recebeu orientação pré-natal extra, alcançou uma taxa mais alta de aleitamento materno total aos seis meses do que o grupo que não recebeu (94% versus 57%).

Esses dados demonstram a necessidade de uma atenção especial de promoção e educação no pré-natal com o grupo de primíparas, de modo a trabalhando todas as questões que possam reduzir o risco do desmame precoce. Essas mães devem receber atenção especial no pré-natal de modo a priorizar as gestantes com alto risco do desmame precoce.

No puerpério o organismo da mulher passa por inúmeras alterações, é comum que muitas enfrentem dificuldades tanto psicológicas e físicas. As pressões pessoais e sociais geram tensões na mulher que podem dificultar a prática do aleitamento, levando a mulher muitas vezes a recorrer a métodos mais prático de alimentação do bebê evitando as adaptações e dificuldades iniciais.

Segundo Lana (2001), uma das dificuldades freqüentemente observadas é a produção excessiva de leite durante as primeiras semanas após o parto. Com o passar dos dias, a quantidade de leite produzida vai se ajustando ao volume de leite ingerido pela criança, culminando na redução da produção de leite e no tamanho das mamas. Mas, enquanto esta adaptação não ocorra, pode haver um acúmulo de leite nas mamas, e gerar intercorrências mamárias dificultando a amamentação ou levando até a interrupção.

Em relação aos fatores clínicos que afetam o aleitamento materno, incluem-se fissuras, ingurgitamento mamário, mastites, hipogalactia, prematuridade, drogas, bem como a infecção puerperal, dentre outras entidades clínicas (CAMANO *et al.*, 2005). Nesse sentido, quando a dor permanece durante toda a mamada contribui sobremaneira para a mãe desmamar seu filho.

Em estudo realizado por Araújo *et al.* (2003) as mães declaram que desmamou seus filhos devido a enfermidades associadas geralmente a medicamentos utilizados e que este se deva ao fato da mulher atual ter um cotidiano mais ansioso e tenso. Contudo, são raras as enfermidades maternas com contra-indicação absoluta à amamentação natural: tuberculose ativa, hanseníase, portadores de vírus HIV, herpes, vírus simples nas mamas, moléstias debilitantes graves, desnutrição materna, necessidade de ingestão de medicamentos nocivos à criança por tempo prolongado e níveis elevados e contaminantes maternos (mercúrio ou fungicida).

É essencial que nas primeiras semanas de vida da criança, a mãe receba apoio e orientação, a fim de amenizar a insegurança e a ansiedade comumente vivenciadas, favorecendo a manutenção do aleitamento materno por maior período de tempo (RAMOS & ALMEIDA, 2003). A falta de orientação e suporte pode determinar um sofrimento físico na mulher que poderia ser perfeitamente evitáveis através de medidas preventivas.

Profissionais de saúde e Rotinas Hospitalares

A partir do momento em que o período de lactação se estabelece, a nutriz vivencia inúmeros sentimentos e questionamentos, principalmente nos primeiros dias de amamentação. Nesse período o suporte de familiares e principalmente dos profissionais de saúde se faz essencial para que a amamentação tenha êxito.

A recomendação atual é que os profissionais que atendem ao binômio mãe-filho ajudem as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o nascimento. O contato precoce pele-a-pele, incluindo o toque dos mamilos, pode ter importantes efeitos no comportamento materno, no vínculo mãe-filho e no aleitamento materno (OMS, 2001).

Há evidências de que a educação pré-natal, quanto ao aleitamento materno, pode apresentar efeitos benéficos nos seus indicadores, sobretudo nas mulheres primigestas. Duffy *et al.* (1997) em um estudo randomizado, com 70 mulheres primíparas, realizaram sessões no pré-natal, enfocando práticas na amamentação; quando avaliado o aleitamento, seis meses após o parto, foi observada uma prevalência significativamente maior no grupo de intervenção (91,0%), do que no grupo controle (29,0%). Contudo para realizar tal assistência faz-se necessário, profissionais capacitados para introdução através de ações educativas de conceitos e práticas adequadas, no sentido de estimular a prática de aleitamento. O treinamento e reciclagem dos profissionais é fundamental para a manutenção de uma assistência de qualidade.

Entretanto pesquisas mostram que, embora a maioria dos pré-natalistas aconselhe o aleitamento materno às mães que ainda não se decidiram, poucos falam sobre o assunto no primeiro trimestre e muitos recomendam a complementação com fórmulas lácteas. Com isso, o próprio profissional de saúde acaba por fomentar o desmame precoce.

Segundo Giugliani (2000), o despreparo dos profissionais e dos serviços de saúde no atendimento às dúvidas, ansiedades e questões relacionadas ao aleitamento materno, geram desconfiança e descrédito por parte das mulheres. Segundo Freire (1998), a prática profissional exige um alto nível de responsabilidade ética, onde a própria capacitação científica também faz parte.

É preciso os profissionais da área da saúde, em particular os Enfermeiros, percebam a importância da comunicação como instrumento do processo de trabalho em saúde, descobrindo novas opções, rupturas e continuidades em seu compromisso social.

Além disso, ao prestar assistência é necessário que, os profissionais de saúde, se proponham a estabelecer uma comunicação eficiente, onde a escuta seja livre de pré-conceitos e que busque a individualidade de cada nutriz no sentido de motivá-las a expor seus medos, dúvidas, com rupturas de crenças errôneas e fornecendo conhecimentos para que o sucesso do aleitamento materno se concretize.

As rotinas hospitalares também podem induzir ao desmame precoce, quando os bebês são segregados da mãe logo após o parto, principalmente no caso de cesariana devido o efeito pós- anestésico, rompe-se um vínculo importante para a relação nutriz-bebê e dificulta as primeiras mamadas. Em 1980 e 1986, as mães que não iniciaram o aleitamento na maternidade apresentaram um risco 2 a 4 vezes maior de desmame do que quando saíam do hospital amamentando (ALVES *et al.*, 2008). Por isso, o sistema de alojamento conjunto veio para modificar esse trajetória.

As práticas adotadas nas maternidades em Belo Horizonte até a década de 90, como tempo prolongado de separação mãe-filho após o parto, a falta de alojamento conjunto e o uso sistemático de fórmulas infantis nos berçários, podem estar envolvidas com os expressivos resultados do alto índice de desmame precoce na época. Observou-se aumento progressivo das condições favorecedoras do início precoce do aleitamento materno, principalmente a partir de 1992. Em 2004, quase a totalidade das crianças iniciou a amamentação antes da alta hospitalar (ALVES *et al.*, 2008).

Num trabalho realizado no México por Huerta & Silva (1997) a frequência do aleitamento materno exclusivo foi maior em mães que ficaram em alojamento conjunto após o parto, influenciada também pelo tipo de parto, enquanto que o aleitamento misto foi maior nas que não ficaram no alojamento conjunto, independentemente do tipo de parto. Concluiu-se, portanto, que o alojamento conjunto interfere positivamente na amamentação, mesmo nas mães que tiveram parto cesárea, pois favorece um maior contato mãe-filho.

Para Giugliani (1992), Del Campo (1994) e Viera (2004) o sistema de alojamento conjunto tem como objetivo principal fortalecer o vínculo mãe-filho e estimular a prática do aleitamento materno, porém, mesmo nos hospitais que têm esse sistema, frequentemente, o recém-nascido, antes de ser colocado junto à sua mãe, é levado ao berçário para os primeiros cuidados, prolongando, assim, o intervalo entre o parto e a primeira mamada, dificultando o estabelecimento precoce do vínculo mãe-filho e da lactação. Um outro fator sabidamente promotor de maior duração do aleitamento materno é o regime de livre-demanda, para o qual esse sistema atua como um grande facilitador.

É necessário que esse sistema seja estabelecido em todas as maternidades, e conte com a supervisão constante das autoridades responsáveis para que os direitos da nutriz e da criança sejam mantidos, estimulando assim o aleitamento maternos desde as primeiros horas pós-parto.

Condições socioeconômicas, Grau de instrução e Trabalho materno

Com o transcorrer das décadas, a amamentação passou por fases que se modificavam conforme os padrões de desenvolvimento da sociedade, esta influencia diretamente na prática do aleitamento. O nível socioeconômico está diretamente relacionado com a amamentação, pois as mães em melhor situação econômica tendem a amamentar por períodos mais prolongados do que as mais carentes (VICTORA, 1989).

Renda familiar menor ou igual a três salários mínimos representa risco três vezes superior do que a presença de renda maior para o desmame precoce (SANTOS *et al.*, 2005). No Brasil, as mulheres de baixa renda foram as que menos procuraram os serviços de pré-natal e que tiveram um menor número de consultas, além de iniciá-lo mais tardiamente, resultando num menor índice de aleitamento materno entre elas (GIUGLIANI *et al.*, 1992). Fato que talvez se justifique pela necessidade de a mãe ter que trabalhar para contribuir para a

renda da familiar, dificultando a acessibilidade ao serviço de saúde, uma vez que esse funciona em horário comercial.

No que se refere ao grau de instrução, tem se mostrado uma importante variável quanto ao risco de desmame precoce. Em muitos países desenvolvidos, segundo Escobar e Venâncio (2002), mães com maior grau de instrução tendem a amamentar por mais tempo, talvez pela possibilidade de um maior acesso a informações sobre as vantagens do aleitamento materno. Já em países em desenvolvimento, as mães de classes menos favorecidas, também menos instruídas, freqüentemente não casadas, começam o pré-natal mais tarde e, conseqüentemente, se preocupam em decidir sobre a forma do aleitamento também mais tarde.

Entendemos que as mães com maior escolaridade estejam mais instruídas e conscientizadas sobre as vantagens da amamentação, contribuindo para a manutenção e sucesso do aleitamento materno exclusivo por mais tempo.

Kitoko *et al.* (2000) revela que o trabalho fora do lar é um fator de risco para o desmame precoce e mesmo a licença maternidade sendo útil e usada pela maioria das trabalhadoras para amamentar ainda existe fatores que interferem negativamente no início e manutenção da amamentação, como o acesso ao posto de saúde. As visitas domiciliares realizados pelos agentes comunitários e equipe de enfermagem, através da Estratégia Saúde da família, faz-se essencial para avaliar precocemente possíveis distúrbios de alimentação da criança, esclarecer dúvidas das mães e realizar prevenções e orientações de saúde, investindo assim no vínculo entre profissionais e comunidade.

O trabalho materno só não é empecilho se houver condições favoráveis à manutenção do aleitamento, como, por exemplo, respeito à licença gestante, creche ou condições para o aleitamento no local e horário do trabalho. De acordo com Gielen *et al.* (1991), independentemente da ocupação da mãe, o que parece ter mais importância é o número de horas trabalhadas, sendo maiores os índices de desmame quando o mesmo excede a 20 horas semanais. É importante o fato de essa mãe ter ou não uma jornada dupla de trabalho, ou seja, se ocupar de todos os afazeres domésticos, além daqueles que seu trabalho fora do lar lhe solicita. Nesse caso, mais freqüentemente, parece ocorrer o desmame.

Os planos de retorno ao trabalho, não parecem interferir com a decisão de iniciar o aleitamento, porém, se esse retorno ocorre já nos primeiros dois a três meses após o parto, isso parece dificultar o seu sucesso. Muitas vezes, essa volta precoce ao trabalho resulta de pressões, principalmente no caso das mães não registradas, pelo medo de perder seus empregos (CIACCIA, 2003).

É possível visualizar ainda que muitas nutrizas que trabalham fora, ainda desconhecem ou conhecem muito pouco a respeito das leis trabalhistas, como os benefícios da licença maternidade. Acreditamos que seja importante durante o período pré-natal que os profissionais de saúde as orientem sobre as leis que protegem a amamentação e o direito de amamentar durante a jornada de trabalho.

“Leite fraco”, Crenças e Valores

Após o parto, quando a mulher retorna ao seu contexto social, ela sofre interferências na sua forma de pensar e agir com relação ao aleitamento materno. As experiências familiares e de pessoas de seu convívio, pode transmitir tabus e crenças, que podem atuar como elementos estimuladores ou não para o aleitamento materno.

O ato de amamentar reúne múltiplos aspectos, podendo ser entendido como um acontecimento pessoal e também social. Nesse sentido, o estilo adotado pela mãe para atender às necessidades de seus filhos, aqui destacando a alimentação, é resultado de um processo de acumulação de informações e conhecimentos que são transmitidos de geração em geração por meio da herança cultural específica de cada grupo (CABRAL e TYRREL, 1995).

As autoras Ichisato & Shimo (2001) referem que os tabus, crenças e cultura interferem de forma crucial a prática do aleitamento determinando diferentes significados para a mulher, levando a amamentar ou não o seu bebê. Constatou que nutrizes que fizeram uso de lactogogos/galactogogos frente à hipogalactia, mantinha a crença fundamentada nas informações transmitidas culturalmente através do relacionamento avó-mãe-filha.

De acordo com Ramos & Almeida (2003) o leite fraco é uma das alegações mais usadas como explicação para o desmame e que neste tipo de alegação verbalizado pelas nutrizes esta um pedido de ajuda frente às dificuldades na amamentação.

As causas do desmame precoce foram estudadas em 71 grupos de incentivo ao aleitamento materno. A queixa mais freqüente estava relacionada à qualidade do leite materno _ “meu leite é fraco, não sustenta” _ e essa situação era associada pelas mães a um intenso e freqüente choro do bebê. A partir desse dado, os autores buscaram identificar as causas do choro das crianças, quando perceberam que estavam relacionadas a problemas orgânicos e fisiológicos (cólicas). Apenas alguns bebês encontravam-se com dificuldades na amamentação, em virtude da sucção inadequada das mamas e sucção com aréola distendida, fato que poderia ser corrigido com orientações e apoio. (MOSCOVICI, 2003).

Essas afirmações, segundo Osório & Queiroz (2007), provavelmente ocorreram devido à desinformação e à interpretação da aparência fina do leite materno, quando comparado às fórmulas lácteas engrossadas. O mito do leite fraco tem suas raízes no higienismo, quando ele foi utilizado para dar plausibilidade científica aos desvios do modelo estritamente biológico então em vigor. Posteriormente, foi ele utilizado como argumento para justificar a introdução precoce de alimentos lácteos artificiais na dieta do lactente, com estímulo da indústria alimentícia e pleno aval dos profissionais de saúde.

Não é preciso que haja ruptura entre os saberes feitos de experiências e aqueles construídos por procedimentos metódicos, mas sim superação, pois a “curiosidade ingênua” está associada ao saber de senso comum, que quando relacionado ao conhecimento científico muda de qualidade, mas não de essência e poderá mais facilmente ser aceito e aplicado por nossas usuárias (FREIRE, 1998).

REFLEXÕES

Observamos que há inúmeras causas que contribuem para o insucesso da amamentação. As questões socioeconômicas, trabalho materno, paridade, “leite fraco”, crenças e cultura, as dificuldades iniciais, problemas mamários, rotinas hospitalares e ainda a falta de suporte adequado dos profissionais de saúde, foram os principais fatores encontrados através da análise da literatura que podem culminar no desmame precoce. O ato de amamentar deve ser alimentado culturalmente, pelo seio familiar, comunidade, mídia e participação efetiva dos profissionais de saúde treinados e capacitados para fornecer a atenção de forma efetiva.

Acreditamos que o aleitamento materno deve ser visto sob a óptica da mulher no sentido de compreender suas reais necessidades, concepções e dificuldades, enquanto profissionais de saúde, realizar uma escuta ativa, adaptar a assistência através de uma equipe interdisciplinar, fornecendo apoio adequado e esclarecer crenças e tabus. Entretanto o sistema de saúde não possui todas as soluções para o desmame precoce, é necessário o suporte da sociedade com respeito da legislação, apoio para a mulher que amamenta e trabalha fora do lar, creches no local de trabalho, garantia de emprego, licença suficiente, entre outros.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVES, C.R.L. et al. Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 1980 e 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.6, p.1355-1367, jun, 2008.

- 2.ARAUJO, O.D.; et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília 2008 jul-ago; n.61, v.4, p. 488-92.
- 3.BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2008.
- 4.CABRAL I.E.; TYRREL, M.A.R. O estilo de cuidar da mãe e o trabalho da enfermagem. **Rev Enferm. UERJ**, v. 3, n.2, p.189-95. 1995.
- 5.CAMANO, L. et al. **Obstetrícia: guia de medicina ambulatorial e hospitalar**. Barueri (SP): Manole; 2005.
- 6.CARRAZA, F.R.; MARCONDES, E. **Nutrição clínica em pediatria**. São Paulo: Sarvier, 1991. p. 91-9.
- 7.CIACCIA, M.C.C.; RAMOS, J.L.A.; ISSLER, H. Amamentação e trabalho da mulher: como conciliar. **Rev Paul Pediatr**, n. 21, n.3, p.83-8, 2003
- 8.DEL CIAMPO, L.A.; et al. Influências dos diferentes tipos de alojamento sobre recém-nascidos na prática do aleitamento materno. **J Pediatr**, n.70, v.1, p.10-5, 1994.
- 9.DINIZ, E. M. A.; SANTORO Jr., M. et al. **Manual de neonatologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994. p.228-35.
- 10.DUFFY, E.P.; PERCIVAL, P.; KERSHAW, E. Positive effects of antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breast feeding rates. **Midwifery** n.13, p.189-96, 1997.
- 11.ESCOBAR, A.M.U.; et al. Aleitamento materno e condições sócio-econômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev Bras Saúde Mater Infant**. n. 2, v. 2, p. 253-6, 2002.
- 12.FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.
- 13.GIELEN, A.C.; et al. Maternal employment during the early postpartum period: effects on initiation and continuation of breast-feeding. **Pediatrics**. n. 87, v.3, p.298-305, 1991.
- 14.GIUGLIANI, E.R.J, at al. Risk factors for early termination of breast-feeding in Brazil. **Acta Paediatr**, n. 81, v.6, p.484-7, 1992.
- 15.GIUGLIANI, E.R.J. O aleitamento materno na prática clínica. **J Pediatr**. n.76 (3 Supl.), p. 238-52, 2000.
- 16.HALBE, H.W. **Tratado de ginecologia**. 1 ed. São Paulo: Rocca, 1990.
- 17.HAMMER, L.D.; BRYSON, S.; AGRAS, S. Development of feeding practices during the first 5 years of life. **Arch Pediatr Adolesc Med**. n.15, v.2, p.189-94, 1999.
- 18.HUERTA, S.F.; SILVA, I.C. Alojamento conjunto madre-hijo y lactancia exclusiva. **Salud Pública Méx**, n.39, v.2, p.110-6, 1997
- 19.ICHISATO, S.M.T.; SHIMO, A.K.K. Aleitamento materno e as crenças alimentares. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 9, n. 5, p. 70-6, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em : 12 de novembro de 2010
- 20.KAIEDA, I.M. et al. **Aleitamento materno**. Femina, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.111-5, fev. 1994.
- OMS (Organização Mundial da Saúde), OPAS (Organização Panamericana da Saúde), Ministério da Saúde. **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno**. Brasília (DF): O Ministério; 2001.
- 21.KITOKO, P.M.; et al. Situação do Aleitamento Materno em duas Capitais Brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.4, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo>. Acesso em: 12 de novembro de 2010.
- 22.KUMMER, S.C.; et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. **Rev Paul Saúde Pública**, n.34, v.2, p.143-8, 2000.
- 23.LANA, A. P. B. **O Livro de Estímulo à Amamentação**. São Paulo: Atheneu, 2001.
- 24.MINISTÉRIO DA SAÚDE, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Secretaria da Saúde, Fundação Hospitalar do Distrito Federal, Núcleo Normativo de Saúde da Comunidade. **Normas e rotinas para o incentivo ao aleitamento materno**. Brasília, 1993b.
- 25.MOSCOVICI, S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.
- 26.OSÓRIO, C.M.; QUEIROZ, A.N. Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: teste de associação livre de idéias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. **Esc. Anna Nery**, v.11, n.2, Rio de Janeiro, jun. 2007.
- 27.PÁDUA, E.M.M. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática**. Campinas: Papyrus; 2003.
- 28.PALMA, D. et al. Alimentação da criança nos primeiros anos de vida. **Revista Paulista de Pediatria**. v.16:112-117, 1998.
- 29.PUGIN, E. et al. Does prenatal breast feeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breast feeding promotion program? **J Hum Lact** , n.12, p. 15-9, 1996.
- 30.RAMOS, C.V, ALMEIDA, J.A.G. Alegações Maternas para o desmame: estudo qualitativo. **J Pediatr** (Rio J), n.79, v.5, p. 385-90, 2003. Disponível em: <www.jpmed.com.br>. Acesso em: 12 de novembro de 2010.
- 31.SANTOS, V.L.; et al. Children in the first semester of life: focus on exclusive breastfeeding. **Rev Bras Saúde Mater Infant** , n.5, p.283-91, 2005.
- 32.VENÂNCIO, S.I.; et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**. n.36, v.3, p. 313-8, 2002.
- 33.VICTORA, C.G. et al. **Epidemiologia da Desigualdade**. 2. ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 1989.

34. VIEIRA, G.O, et al. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. **Rev Bras Saúde Mater Infan**, n. 4, v.2, p.143-50, 2004.
35. VOGEL, A.M. Intended plans for breastfeeding duration: a simple tool to predict breastfeeding outcome. **Acta Paediatr.** n. 92, v.3, p. 270-1, 2003.

DEMÊNCIA DE ALZHEIMER: TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA E NÃO FARMACOLÓGICA

ALZHEIMER DISEASE: PHARMACOLOGICAL AND ALTERNATIVE TREATMENT

NAOMI HORI NASCIMENTO. Acadêmica do Curso de Graduação em Farmácia da Faculdade Ingá.

LUCIANA DIAS GHIRALDI. Docente da Faculdade Ingá e da Universidade Estadual de Maringá.

Endereço para correspondência: Prof.^a Luciana Dias Ghiraldi. Endereço: Rua Osvaldo Cruz, 91, apto 303. CEP: 87020-200 e-mail: lu_ghiraldi@hotmail.com

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo fazer uma análise da literatura atual sobre a fisiopatologia e os possíveis tratamentos da demência de Alzheimer (DA). O tratamento farmacológico em associação com o não farmacológico pode ser utilizado na doença a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas que sofrem de DA.

PALAVRAS-CHAVE: Demência de Alzheimer, Tratamento farmacológico, Tratamento não farmacológico.

ABSTRACT

The objective was to analyse the current literature about the pathophysiology and the possibilities to the treatment of Alzheimer's disease (DA). The pharmacological treatment in association with the alternative treatment can be useful to improving the life quality of people who suffer of DA.

KEYWORDS: Alzheimer's disease, Pharmacological treatment, Alternative treatment (non pharmacological).

INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer (DA) pode ser considerada atualmente como sendo a principal causa de declínio cognitivo em adultos, sobretudo idosos, representando mais da metade dos casos de demência. A DA é caracterizada por um distúrbio progressivo da memória e outras funções cognitivas, afetando diretamente o funcionamento ocupacional e social do indivíduo. A idade é o principal fator de risco: sua prevalência passa de 0,7% aos 60 a 64 anos de idade para cerca de 40% nos grupos etários de 90 a 95 anos (FORLENZA, 2005).

Os transtornos causados na memória afetam significativamente os processos de aprendizado e evocação. O paciente deixa de adquirir novas informações, com piora progressiva até que não haja mais aprendizado novo. Embora haja certa preservação da memória remota, em estágios iniciais, com a evolução a perda de memória é global e o indivíduo torna-se progressivamente incapaz de desempenhar atividades da vida diária (trabalho, lazer, vida social) e de cuidar de si mesmo (cuidar do próprio asseio pessoal, vestir-se, alimentar-se), passando a depender de um cuidador. Na doença avançada, observa-se a tríade afasia, apraxia e agnosia, caracterizada pela perda significativa da linguagem, da capacidade de desempenhar tarefas e de nomear pessoas e objetos (FORLENZA, 2005).

Os aspectos clínicos da Doença de Alzheimer refletem um envolvimento relativamente seletivo das regiões parietal, temporal medial, convexidade frontal e basal da parte anterior do cérebro encontrados, dados estes encontrados em autópsia. As alterações neuropatológicas características na DA incluem a perda neuronal, gliose, abundância de placas “senis”, emaranhados neurofibrilares e degeneração granulovascular. As anormalidades neuroquímicas na DA incluem a depleção colinérgica e distúrbios mais variáveis dos sistemas noradrenérgicos e serotoninérgicos, como agressividade, ideações suicidas e alteração de personalidade (CARVALHO *et al.*, 2008).

As estratégias colinérgicas têm sido há muito utilizadas para o tratamento da DA. Entretanto, apesar do tratamento a doença apresenta progressão. Os diversos instrumentos utilizados para verificar o desempenho dos pacientes diante da medicação mostram benefício em relação à cognição, função e comportamento, verificado pelos médicos e pelos cuidadores, indicando que mesmo melhoras mensuráveis reduzidas podem apresentar significado clínico. Os IChEs, através do aumento da oferta de acetilcolina (ACh), parecem também proporcionar uma possível modificação do curso da doença (ENGELHARDT, 2005).

As práticas farmacológicas até agora introduzidas no tratamento da DA têm tido eficácia sintomática, não havendo qualquer agente disponível capaz de interferir sobre a etiopatogenia das demências em geral ou impedir a progressão da doença. Também não são isentos de efeitos adversos e têm potencial para interação com outros medicamentos (WANNMACHER, 2005).

O tratamento farmacológico ainda é muito limitado, reduzindo-se praticamente à diminuição dos sintomas passíveis de serem amenizados pelos medicamentos, o que é comum a todas as formas de demência. Atualmente são utilizados fármacos específicos para a doença de Alzheimer que melhoram a transmissão colinérgica, nomeadamente o donepezil, a tacrina, a rivastigmina e a galantamina; mais recentemente, surgiu no mercado a memantina, um antagonista dos receptores NMDA (N-methyl- D-aspartate) (PINTO *et al.*, 2005).

Desta forma, é importante ressaltar que existem tratamentos denominados não farmacológicos, que visam garantir uma melhora significativa na qualidade de vida do paciente e da família do mesmo. Tratamentos relacionados com atividade física, fisioterapia ou mesmo a terapia de orientação da realidade têm sido cada vez mais utilizados em associação com os medicamentos e têm apresentado resultados significativos que não levam a cura, mas à um retardo dos efeitos causados pela DA. O presente estudo teve como objetivo fazer uma análise da literatura atual sobre a fisiopatologia e os possíveis tratamentos tanto farmacológico quanto não farmacológico da demência de Alzheimer (DA).

A Terapêutica Farmacológica da Demência de Alzheimer

A doença de Alzheimer (DA) é uma doença cerebral degenerativa, caracterizada pela perda progressiva da memória e de outras funções cognitivas, que afeta pessoas adultas, na maioria os idosos e prejudicam o paciente em suas atividades de vida diária e em seu desempenho social e ocupacional. A DA pode ser dividida em três fases – leve, moderada e grave – de acordo com o nível de comprometimento cognitivo e o grau de dependência do indivíduo (BOTTINO *et al.*, 2002).

Na fase leve da doença, a pessoa apresenta uma queda significativa no desempenho de tarefas instrumentais da vida diária, contudo ainda é capaz de executar as atividades básicas do dia a dia, mantendo-se independente. Na fase moderada, o comprometimento intelectual é maior e o paciente passa a necessitar de assistência para realizar tanto as atividades instrumentais como as atividades básicas. Já na fase grave da doença, o paciente geralmente fica acamado e necessitando de assistência integral. Nessa fase, o paciente pode apresentar dificuldades de deglutição, sinais neurológicos, incontinência urinária e fecal (NITRINI, 2006).

A DA é caracterizada por diversas alterações histopatológicas e neurofisiológicas, a presença de placas amilóides extracelulares, constituídas de depósitos amorfos de proteína β -amilóide e de emaranhados neurofibrilares intraneuronais, constituídos de filamentos de uma proteína fosforilada associada a microtúbulos, a proteína *tau*, têm sido considerados os principais achados histopatológicos da DA, sendo os mesmos frequentemente relacionados à gravidade da doença (CALIMAN & OLIVEIRA, 2005).

A proteína *tau* é um constituinte normal dos neurônios que aparece na DA anormalmente fosforilada, sendo depositada intracelularmente na forma de filamentos helicoidais pareados. Evidências experimentais indicam que a excitação de receptores colinérgicos muscarínicos está associada à fosforilação da proteína *tau*. A ativação destes receptores resulta em ativação de uma proteína quinase C, que por sua vez conduz a inativação da proteína quinase GSK-3, responsável pela fosforilação da proteína *tau*. Assim, como consequência de uma atividade colinérgica reduzida na DA, a GSK-3 estaria em maior atividade levando a uma hiperfosforilação da proteína *tau*, acarretando em danos do sistema nervoso (CALIMAN & OLIVEIRA, 2005).

Ainda não existe tratamento estabelecido que possa curar ou reverter a deterioração causada pela DA. As opções disponíveis visam aliviar os déficits cognitivos e as alterações de comportamento, através do uso de medicamentos, que seria o tratamento exclusivamente farmacológico, ou ainda com terapias alternativas não farmacológicas afim de melhorar a qualidade de vida do paciente e de sua família, com uma abordagem multidisciplinar (PINTO, 2005).

No campo do tratamento farmacológico, inúmeras substâncias psicoativas têm sido propostas para preservar ou restabelecer a cognição, o comportamento e as habilidades funcionais do paciente com demência. Contudo, os efeitos das drogas hoje aprovadas para o tratamento da DA limitam-se ao controle da evolução natural da doença, permitindo apenas uma melhora temporária do estado funcional do paciente (FORLENZA, 2005). Com relação à farmacoterapia, o tratamento da DA tem recebido grandes avanços nos últimos anos, principalmente com a introdução dos medicamentos anticolinesterásicos. Um dos primeiros medicamentos a ser utilizado neste tratamento foi a tacrina. Após o primeiro relato, feito em 1986, vários estudos controlados foram realizados com a finalidade de verificar a real eficácia e segurança da tacrina no tratamento de pacientes com DA. Depois de muitas pesquisas com este medicamento chegou-se a um parecer de que a utilização de doses adequadas de tacrina no tratamento de portadores de DA poderia ter implicações sobre a evolução da doença a longo prazo (ALMEIDA, 1998).

Após a tacrina, uma segunda geração de anticolinesterásicos, passou a ser utilizada recentemente, sendo eles o donepezil, a rivastigmina e a galantamina, que apresentam algumas vantagens em relação à tacrina, tais como, meia-vida prolongada, inibição relativamente seletiva da acetilcolinesterase e menos efeitos colaterais.

O donepezil foi a segunda medicação aprovada nos Estados Unidos para o tratamento da DA, por ser um anticolinesterásico que apresenta meia-vida aproximada de 70 horas, em contraste com as 3,5 horas da tacrina. Este se mostrou eficaz no tratamento da DA em doses de 5 e 10 mg/dia, mas não para doses de 1 ou 3 mg diários. Os efeitos adversos observados entre os pacientes que receberam 10 mg/dia de donepezil relataram significativamente alguns sintomas como diarreia, náusea, vômito e câibras. Entretanto esses

sintomas são, em sua maioria, temporários e tendem a remitir com a evolução do tratamento (ALMEIDA, 1998).

Entre os fármacos disponíveis no Brasil, a rivastigmina é um inibidor pseudo-irreversível seletivo da acetilcolinesterase, que não é metabolizado pelo sistema microsomal hepático. Os resultados preliminares de quatro estudos multicêntricos, envolvendo cerca de 3000 pacientes em 10 países, tratados por 6 meses, indicaram que as doses de 6 a 12 mg/dia estavam associadas a melhora na cognição e nas atividades da vida diária (BOTTINO *et al.*, 2002).

A galantamina é um inibidor reversível da acetilcolinesterase e apresenta adicionalmente ação de modulação alostérica de receptores nicotínicos ('ligante potenciador alostérico'). Embora não seja claro o significado clínico dessa modulação, existe relação entre cognição e receptores nicotínicos, potencializando a ação do fármaco. Tem meia vida de aproximadamente 7 horas, podendo ser administrada em duas doses diárias. É indicado a dose de 4 a 12 mg 2 vezes/dia (ENGELHARDT, 2006).

Diversos estudos têm demonstrado efeito favorável dos inibidores da acetilcolinesterase na doença de Alzheimer, que embora sejam efeitos pequenos, são consistentes. Na maioria dos estudos, existe efeito dose-dependente, em que as doses mais elevadas obtêm-se efeito mais intenso, como é o caso do donepezil que apresenta resultados significativos somente em dosagens maiores, proporcionando certa dependência do paciente (NITRINI, 2006).

Como já mencionado anteriormente não existe ainda um tratamento curativo para grande parte das demências em geral. Há todavia a possibilidade de influenciar o curso da doença e melhorar a qualidade de vida desses doentes. Com indicação para formas mais evoluídas da doença utiliza-se com algum sucesso a memantina, que é um antagonista dos receptores NMDA (N-metil-D-aspartato) (PONTES, 2007).

A memantina, que, no início, foi testada no tratamento da doença de Parkinson devido ao seu potencial efeito dopamimético, mais tarde revelou-se eficaz no tratamento da doença de Alzheimer, embora também tenha efeito relativamente discreto, admite-se que o efeito positivo decorra de sua ação como antagonista não-competitivo com afinidade moderada pelo receptor N-metil-D-aspartato. Desde o início do tratamento com inibidores da acetilcolinesterase, surgiu a questão de que ele pode não ser eficaz porque, na doença de Alzheimer, há acometimento de outros sistemas de neurotransmissores, além de extenso comprometimento sináptico e neuronal. Tal crítica, não invalida o emprego do tratamento atual, somente aponta para a necessidade de que sejam pesquisados outros recursos terapêuticos (NITRINI, 2006).

Desta forma, os medicamentos utilizados na terapia atual sobre DA agem melhorando os sintomas comportamentais, psíquicos e de perda de memória causados pelo avanço da demência. A falta de comprovação das causas que levam ao desenvolvimento da doença de Alzheimer e muitos mecanismos ainda não elucidados na progressão da mesma, dificultam o desenvolvimento de um fármaco que consiga alterar o curso da doença. Uma vez que os inibidores de colinesterases e a memantina não promovem a cura e somente reduzem as alterações causadas após o início da doença, o uso desses medicamentos ainda não constitui terapias seguras, uma vez que prolongam o sofrimento ao doente e a seus cuidadores (CHAVES & FERREIRA, 2008).

Portanto, a fim de atuar em mais de um fator relacionado ao desenvolvimento da doença de Alzheimer, surge a necessidade de se fazer uma combinação de compostos que poderiam ser útil para o tratamento dessa patologia. Nesse sentido, alguns estudos apontam o sucesso do uso de antioxidantes lipofílicos, como o α -tocoferol, para o tratamento da doença de Alzheimer. Outra terapia que tem sido avaliada é a utilização do fator neurotrófico derivado do cérebro, o qual estimula o crescimento do gânglio parassimpático no sistema nervoso periférico, da substância negra, do hipocampo e dos neurônios motores no sistema nervoso central (SERENIKI & VITAL, 2008).

Há ainda um crescente interesse no uso de antioxidantes polifenólicos, a fim de reverter o declínio associado à idade e às deficiências cognitivas e motoras dos pacientes portadores da DA. Um estudo *in vitro* e *in vivo* envolvendo 2,4-dinitrofenol e 3-nitrofenol demonstrou que esses nitrofenóis foram capazes de inibir a agregação amiloidal, além de provocar a desagregação das fibras amiloidais já formadas. Esses efeitos foram acompanhados por uma proteção contra a toxicidade induzida por β -amilóide em culturas primárias de neurônios hipocâmpais. Mais ainda, experimentos utilizando micro injeções desses nitrofenóis mostraram que essas substâncias foram capazes de inibir a deposição amiloidal em cérebros de ratos (SERENIKI & VITAL, 2008).

As últimas pesquisas apresentam a existência de novos modelos aplicados em animais para o estudo das bases fisiopatológicas e moleculares dessa doença, que oferecem esperanças para sua melhor compreensão e tratamento. Mas este último citado, por enquanto, é só paliativo, e consiste numa modesta melhora relacionado a memória (PRADO *et al.*, 2007).

Definir como as alterações neuroquímicas observadas em modelos animais geneticamente modificados alteram o comportamento e a capacidade cognitiva, é uma das principais metas para revelar novos alvos terapêuticos para o tratamento de doenças, além da DA. Além disso, determinar processos bioquímicos e moleculares envolvidos com aprendizado e com as diferentes etapas (aquisição, consolidação, e vocação, extinção) e formas de memória (curta e longa duração, declarativa e não-declarativa) em modelos animais de envelhecimento ou modelos relevantes para a DA, é de extrema importância para o desenvolvimento de novos fármacos e para o tratamento de alterações bioquímicas que influenciam na patogenia dessa doença (PRADO *et al.*, 2007).

Como a doença de Alzheimer induz às perdas cognitivas, o tratamento é feito sem consentimento do paciente envolvendo a família nas decisões cruciais sobre os métodos a serem empregados. Diferentemente dos casos graves de outras doenças em que o paciente pode decidir se realizará ou não os procedimentos indicados, o paciente de Alzheimer não tem essa capacidade. Além do mais, aspectos como a idade dos pacientes, podem indicar um processo de difícil entendimento dos problemas sociais relacionados à DA, pois o sofrimento dos familiares e a concepção de que o idoso talvez não necessite de tantos cuidados como um jovem que tem a vida toda pela frente em se considerando estados patológicos que conduzem inevitavelmente à morte, talvez seja indicativo que estejam dificultando a descoberta ou empenho na obtenção de fármacos mais eficientes pelos profissionais das indústrias farmacêuticas e métodos de tratamento por parte dos profissionais de saúde (CHAVES & FERREIRA, 2008).

Por mudar profundamente o cotidiano das famílias, pode-se visualizar a doença de Alzheimer como uma doença familiar. A carga de ministrar cuidados tornam os familiares vítima da doença de incertezas além de que a imprevisibilidade abala sua moral e crença de que estejam proporcionando um cuidado digno ao seu familiar. Os cuidadores se deparam com numerosos fatores, que incluem a aceitação do diagnóstico, lidar com um stress cada vez maior, administrar o conflito dentro da família e planejar o futuro. Com isso, o cuidador pode ficar vulnerável a doenças físicas, depressão, perda de peso, insônia, a abusar física e verbalmente do paciente, de álcool e de medicamentos psicotrópicos (CALDEIRA & RIBEIRO, 2007).

No objetivo de evitar os transtornos, alguns pesquisadores buscam tratamentos alternativos que visem melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, tratamento este que segue junto com o tratamento farmacológico, servindo como um apoio e não como uma busca da cura (VITAL *et al.*, 2010).

A Terapêutica não farmacológica da Doença de Alzheimer

O tratamento multidisciplinar objetiva complementar o tratamento farmacológico na DA. A literatura descreve grande variedade de métodos de intervenção para melhorar ou manter o desempenho cognitivo na mesma. Entre as principais técnicas que envolvem trabalho multidisciplinar destacam-se: treinamento cognitivo, técnica para melhor estruturação do ambiente, orientação nutricional, programas de exercícios físicos, orientação e suporte psicológico aos familiares e cuidadores (BOTTINO, 2002).

Embora a disfunção cognitiva seja a principal característica das demências, transtornos não cognitivos como agitação, delírio e alucinações relacionados a essas doenças causam grandes dificuldades no cuidado diário desses pacientes. Os sintomas psicológicos e comportamentais da demência (behavioral and psychological symptoms of dementia – BPSD) são responsáveis por diminuir a qualidade de vida de pacientes e cuidadores, aumentar os custos da doença, institucionalização precoce, bem como aumentar a carga para cuidadores e familiares. É estimado que cerca de 90% dos pacientes com demência experimentarão algum tipo de BPSD ao longo do curso da doença, e não há, até o momento, nenhum tratamento padronizado para o tratamento dos BPSD (KINDERMANN, 2003).

Sintomas depressivos são observados em até 40-50% dos pacientes, enquanto transtornos depressivos acometem algo em torno de 10-20% dos casos. Alguns autores acreditam que a frequência de depressão diminui nos casos de demência avançada, mas ainda há controvérsias sobre essa questão. Estudo longitudinal de cinco anos de duração sugeriu que tais condições têm evolução crônica, demonstrando taxas de recorrência de sintomas depressivos de 85% ao longo de um ano. Pacientes com DA e depressão apresentam comprometimento funcional maior do que os controles pareados sem depressão (FORLENZA, 2000). Esses resultados preliminares corroboraram a hipótese de que a realização de treinamento cognitivo pode acelerar e aumentar os possíveis efeitos terapêuticos dos tratamentos farmacológicos utilizados atualmente para a DA, levando a uma melhora não somente da performance cognitiva, mas também do comportamento e da qualidade de vida dos pacientes submetidos ao tratamento combinado (BOTTINO *et al.*, 2002).

A Terapia de Orientação da Realidade (TOR), muito utilizada na Inglaterra e nos EUA é uma terapia que se baseia em algumas estratégias de repetição contínua de dados reais, da presença contínua de informações atuais e muitas atitudes de socialização. A técnica de orientação da realidade é de natureza informal e contínua, onde a informação se realiza em cada contato do paciente com os cuidadores, os quais comentam a situação atual do paciente (onde está, de onde veio, aonde vai, dia e hora e situações que sucedem no ambiente). As informações são sempre passadas de forma clara, objetiva e paulatinamente, utilizando a comunicação pessoal (olhares, gestos, contato físico, voz, sons) e através de objetos (como relógios, calendários, revistas, figuras, músicas, etc.) (CAMÕES *et al.*, 2005).

Estudos controlados demonstraram que pacientes submetidos a terapia de orientação da realidade (TOR) apresentavam melhora significativa na orientação verbal, na atenção e interesse no ambiente e no desempenho em escalas de interação social e funcionamento intelectual, apesar de alguns autores terem sugerido que haveria melhora apenas quanto aos itens de orientação diretamente treinados. Resultados de um estudo recente indicaram que a estimulação cognitiva utilizada na OR estaria relacionada à melhora na capacidade de aprender coisas novas (BOTTINO *et al.*, 2002).

Muitas pesquisas sugerem a música como forma de tratamento para doenças neurológicas como Alzheimer, Parkinson, dentre outras. Além disso, alguns estudos indicam que ouvir música afeta a liberação de substâncias químicas cerebrais que podem regular o humor, reduzir a agressividade e a depressão e melhorar o sono. A música é uma preciosa alternativa terapêutica, capaz de modificar atitudes e comportamentos, estados de ânimo e, sobretudo, as relações interpessoais (FONSECA *et al.*, 2006).

O exercício físico é importante para esses pacientes, pois com a melhora da parte física, o psiquismo do doente também melhora, já que ele evita o recolhimento em si e continua a executar as atividades do mundo externo. O Mal de Alzheimer desencadeia uma série de efeitos tanto a nível intelectual quanto a nível motor. Se houver estimulação motora, haverá como consequência, uma melhora do quadro intelectual (BASTOS *et al.*, 2003).

O tratamento fisioterapêutico é constante e por tempo indefinido. Existem melhoras, mas o paciente nunca recupera suas funções totalmente, já que é uma demência e há comprometimento de uma área do cérebro. A conduta fisioterapêutica é realizada de acordo com as alterações apresentadas pelo paciente e essas alterações dependerão do estágio da lesão (BASTOS *et al.*, 2003). Na literatura encontram-se poucos estudos que tratam de fisioterapia e doença de Alzheimer. A prática de atividade física por portadores de DA leva a uma melhor retenção das habilidades motoras, melhora da qualidade do sono, melhora da circulação sanguínea e prevenção de algumas lesões ortopédicas, e também que a realização de um treino aeróbico tem mostrado uma melhora das funções mentais (MELO & DRIUSSO, 2006).

Alguns estudos analisaram apenas o efeito da atividade física sistematizada na cognição e encontraram melhora na função cognitiva global e na atenção. Alguns mecanismos associados à prática regular de atividade física sistematizada, que contribuem para a melhora no desempenho cognitivo, incluem benefícios neurofisiológicos como melhora na circulação sanguínea cerebral e na síntese de neurotransmissores. Também têm sido descritos aumento do fator neurotrófico de crescimento neural, com repercussão favorável para a plasticidade cerebral, além de benefícios psicológicos e sociais (COELHO *et al.*, 2009).

Algumas pesquisas têm demonstrado a ação benéfica do exercício físico sobre a cognição. Em uma metanálise, concluiu-se que o treinamento aeróbico, em pessoas idosas, proporciona melhora no funcionamento cognitivo, especialmente nas funções executivas (COELHO *et al.*, 2009).

O tratamento fisioterapêutico passa a ter grande importância para retardar a progressão das perdas motoras, evitar encurtamentos e deformidades e incentivar a independência do doente. Através de alguns estudos chegou-se a conclusão que a prática de caminhada e de bicicleta leva a uma melhora no comportamento, na nutrição e diminui o risco de quedas. A prática de caminhada por idosos produz melhora da marcha, da força muscular nos membros inferiores e também auxilia na manutenção do equilíbrio (MELO & DRIUSSO, 2006).

Vários estudos têm demonstrado que a intervenção não farmacológica pode ser eficaz para diminuir o declínio funcional presente nos pacientes com Alzheimer. Estudos recentes demonstraram que intervenções com programas de exercícios melhoram a função motora e têm sido um importante fator preventivo contra o declínio das atividades de vida diária, risco de quedas, distúrbios comportamentais e depressão, problemas comumente encontrados em paciente com DA (PIERMARTIRI *et al.*, 2008).

A atividade física regular deve ser considerada como uma alternativa não farmacológica de tratamento do transtorno depressivo, por representar baixo custo econômico, ser acessível e prevenir o declínio funcional do idoso. O exercício físico apresenta contribuições importantes, sobretudo quando associado ao tratamento psicofarmacológico, auxiliando na recuperação da auto-estima e da autoconfiança (VITAL *et al.*, 2010).

Existe ainda, um tratamento com atividade física denominado de método Kabat, que vem sendo utilizado no tratamento do paciente com a DA. A técnica consiste na realização de exercícios de alongamento e mobilidade corporal, onde o alongamento visará aumentar o comprimento de tecidos moles a fim de melhorar a flexibilidade da articulação e a mobilidade, melhorando a rigidez e a dor, já que a mobilização mantém a amplitude de movimento, o que facilita a realização de atividades de vida diária e transferências. Pode-se então sugerir que a aplicação da técnica resulta em uma melhora da funcionalidade e mobilidade do paciente portador da Doença de Alzheimer podendo adiar a necessidade de um

cuidador. Além disso, outro fator que torna eficaz tal atividade é a facilidade na aplicabilidade da mesma, pois o terapeuta não necessita de outro recurso a não ser sua habilidade profissional, sendo possível, assim, a utilização desse protocolo tanto em atendimentos domiciliares como clínico-hospitalares (CARVALHO *et al.*, 2008).

Estratégias de atendimento multidisciplinar têm sido desenvolvidas com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do portador de DA e também da família deste, o tratamento farmacológico é muito importante por minimizar o avanço da doença, quando associado ao tratamento não farmacológico pode-se encontrar resultados significativos, porém, longe de serem uma possível cura da doença (BOTTINO, 2002).

REFLEXÕES

Diante da revisão literária apresentada, pode-se fazer uma análise importante acerca do que vem sendo estudado e aplicado como forma de tratamento para a demência de Alzheimer. Infelizmente ainda não existe uma medicação que possa curar a DA, porém a utilização de anticolinérgicos tem demonstrado eficácia no retardo das reações apresentadas no desenvolvimento da doença.

A aplicação de tratamentos alternativos, denominados não farmacológicos, vem demonstrando bons resultados. Estudos comprovaram que a atividade física melhora significativamente os sintomas, trazendo ao paciente maior disposição, flexibilidade e sustentação evitando que este sofre quedas bruscas, transtornos depressivos, podendo adiar a necessidade de um cuidador.

Desta forma, o tratamento multidisciplinar ajuda tanto o portador de DA como também a família de modo que está não necessite despende de atenção integral ao paciente, evitando de certa forma um estresse coletivo. Portanto pode-se concluir dizendo que mesmo não havendo uma cura ainda existe uma esperança de que esta será encontrada, porém enquanto esta não é descoberta estudos vêm desenvolvendo tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida dando ao paciente um certo conforto.

BIBLIOGRAFIA

1. ALMEIDA, O. P. Tratamento da doença de Alzheimer avaliação crítica sobre o uso de anticolinesterásicos. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, vol.56, n.3B, p. 688-696, 1998.
2. BASTOS, C. C; GUIMARÃES, L. de S; SANTOS, M. L. A. di S. **Mal de Alzheimer: uma visão fisioterapêutica**. Vol. 2, Nº4, março de 2005.
3. BOTTINO, C. M. C. et al. Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, vol.60, n.1, p. 70-79, 2002.
4. CALDEIRA, A. P. S; RIBEIRO, R. de C. H. M. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. **Arquivos de ciências da saúde**, vol. 11, n.2, p. 1-6, 2004.
5. CALIMAN, G. T; OLIVEIRA, R. M. W. de. Novas perspectivas no tratamento da doença de Alzheimer. **Iniciação científica CESUMAR**, vol.7, n.2, p. 141-162, 2005.
6. CAMÕES, C; PEREIRA, F. M; GONÇALVES, A. **Reabilitação na doença de Alzheimer**. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0244> Acesso em 03 de agosto de 2010.
7. CARVALHO, K. R. de. et al. O método Kabat no tratamento fisioterapêutico da doença de Alzheimer. **Revista Kairós**, vol.11, n. 2, p. 181-195, 2008.
8. COELHO, F. G. de M. et al. Atividade física sistematizada e desempenho cognitivo em idosos com demência de Alzheimer: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol. 31, n.2, p. 163-170, 2009.
9. CHAVES, M.de B; FERREIRA, T. A. A. Terapia medicamentosa da doença de Alzheimer. **Revista eletrônica de farmácia**, vol. 5, n.1, p. 1-7, 2008.
10. ENGELHARDT, E. Tratamento da doença de Alzheimer: recomendações e sugestões do departamento científico de neurologia cognitiva e do envelhecimento da academia brasileira de neurologia. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, vol. 63, n.4, p. 1104-1112, 2005.
11. FONSECA, K. C. da. et al. Credibilidade e efeitos da música como modalidade terapêutica em saúde. **Revista eletrônica de enfermagem**, vol.8, n.3, p. 398-403, 2006.

12. FORLENZA, O. V. Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. **Revista de psiquiatria clínica**, vol. 32, n°3, p. 138-141, 2005.
13. FORLENZA, O. V. Transtornos depressivos na doença de Alzheimer: diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de psiquiatria**, vol. 22, n. 2, p. 87-95, 2000.
14. KINDERMANN, S. S. et al. Tratamento farmacológico de psicose e agitação em pacientes idosos com demência – Quatro décadas de experiência. **Revista de psiquiatria clínica**, vol. 30, n. 3, p. 98-99, 2003.
15. MELO, M. A. de; DRIUSSO, P. Proposta Fisioterapêutica para os cuidados de Portadores da Doença de Alzheimer. **Revista envelhecimento e saúde**, vol. 12, n.4, p. 10-18, 2006.
16. NITRINI, R. Há sentido em utilizar o tratamento atualmente disponível para a doença de Alzheimer?. **Revista psiquiatria clínica**, vol. 33, n.4, p. 214-217, 2006.
17. PIERMARTIRI, T. C. B; BEZERRA, N. C; HOELLER, A. A. **Efeito preventivo da fisioterapia na redução da incidência de quedas em pacientes com Doença de Alzheimer.** Revista de neurociência. Disponível em <www.unifesp.br/dneuro/neurociencias/273_revisao.pdf> Acesso em 29 de julho de 2010.
18. PINTO, C. G. et al. Avaliação Económica da Terapêutica e do Suporte Não Farmacológico da Doença de Alzheimer. **Arquivos de medicina**, vol.19, n.5/6, p. 183-190, 2005.
19. PONTES, C. **Perspectiva neurológica sobre as demências.** Disponível em: <<https://bdigital.ufp.pt/dspace/handle/10284/412>> Acesso em 3 de agosto de 2010.
20. PRADO, M. A. et al. Envelhecimento e memória: foco na doença de Alzheimer. **Revista USP**, n.75, p. 42-49, setembro/novembro 2007.
21. SERENIKI, A; Vital, M. A. B. F. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. **Revista de psiquiatria**, vol. 30, n.1, p. 1-10, 2008.
22. VITAL, T. M. et al. Atividade física sistematizada e sintomas de depressão na demência de Alzheimer: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, vol.59, n.1, p. 58-64, 2010.
23. WANNMACHER, L. Demência: evidências contemporâneas sobre a eficácia dos tratamentos. **Revista Pan-Americana de Saúde Pública**, Vol. 2, n°4, p. 1-3, 2005.

**HIPOGONADISMO MASCULINO TARDIO (ANDROPAUSA)
LATE-ONSET MALE HYPOGONADISM (ANDROPAUSE)**

JURACI REJAINE CATENASSI CAMPOS PILOTO. Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade INGÁ.

RAISSA PEREIRA CAVALINI. Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade INGÁ.

LUCIANO KLEBER DA ROCHA. Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade INGÁ.

EDSON ARPINI MIGUEL. Médico. Mestre, Professor Assistente do Curso de Medicina da Faculdade Ingá e UEM.

AISSAR EDUARDO NASSIF. Médico, Professor Adjunto do Curso de Medicina da Faculdade Ingá. Mestre e Doutor em Clínica Cirúrgica pela UFPR. Coordenador da Residência Médica em Cirurgia Geral- Hospital Santa Rita.

Endereço para correspondência: Aissar Eduardo Nassif. Rua Neo Alves Martins, 3164. CEP 87013-060, Maringá-PR. aenassif@gmail.com

RESUMO

A andropausa ou hipogonadismo masculino tardio resulta na diminuição dos níveis androgênicos no homem levando a algumas disfunções clínicas, entre elas a diminuição da libido sexual, perda da massa muscular e óssea, aumento da gordura visceral e presença de doenças coronárias entre outras. E como a sua ocorrência é mais elevada em indivíduos com idade entre 60 e 80 anos, mas pode ser encontrada em indivíduos com idade de 40 anos, que é quando tem início a diminuição dos níveis androgênicos. Estudos com a terapia de reposição de testosterona têm apresentado resultados satisfatórios, com aumento da qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Andropausa; Hipogonadismo masculino tardio; Testosterona.

ABSTRACT

The andropause or late-onset male hypogonadism results in decreased androgen levels in men leading to some clinical disorders, including decreased sexual libido, loss of muscle and bone mass, increased visceral fat and presence of coronary diseases among others. And as its occurrence is higher in individuals aged between 60 and 80 years, but can be found in individuals aged 40 years, that begins when the androgen levels decrease. Studies with the therapy of testosterone replacement has shown satisfactory results, with increased quality of life

KEYWORDS: Andropause, Late-onset male hypogonadism; Testosterone.

INTRODUÇÃO

O hipogonadismo de início tardio, também designado como deficiência androgênica no envelhecimento masculino, ou insuficiência androgênica ou ainda como andropausa, ocorre principalmente na segunda metade da vida do homem e vem se tornando cada vez mais um assunto médico discutido quanto à saúde masculina e as formas de tratamento para a reposição de testosterona (GOULD & KIRBY, 2006).

Segundo Bonaccorsi (2001) o termo “andropausa” é uma designação inapropriada para o quadro clínico resultante do declínio progressivo da produção androgênica encontrada em pelo menos 20% dos homens com idade entre 60 e 70 anos e complementa que a andropausa não é um processo isolado, mas é um processo ligado ao envelhecimento.

Clapauch *et al.* (2008a) citam que “em homens idosos com baixos níveis de andrógenos podem ocorrer diminuição da libido, com ou sem disfunção sexual, bem como a força muscular, alterações psicológicas, principalmente depressão e aumento do risco de osteoporose” e que a “esse conjunto de somático-sexual sintomas psico é referido por muitos nomes, tais como hipogonadismo de início tardio (LOH) ou andropausa”. Hohl *et al.* (2009) cita que a “designação ao declínio dos níveis de hormônios sexuais em homens como andropausa” não é correta, sendo que “a mais correta é a deficiência androgênica parcial do homem idoso (PADAM) ou hipogonadismo de início tardio (LOH)”.

Clapauch *et al.* (2008a) entre outros autores, consideram que o processo de envelhecimento em homens envolve modificações nos níveis de esteróides sexuais, com repercussões psicofísicas de intensidade variável. Sendo que com a reposição de testosterona, tem-se a correção da disfunção sexual, que afeta significativamente a qualidade de vida do homem e acomete cerca de 650 milhões de homens com mais de 60 anos em todo o mundo (MARTITS & COSTA, 2005)

Ao se considerar o aumento da longevidade da população, o que antes era apenas casos isolados, passou a ser um problema a ser considerado, já que a qualidade de vida de uma fatia da população caiu, devido ao fato de que as baixas concentrações de testosterona geram perdas das características sexuais, da energia, do humor, do desenvolvimento de massa muscular e da diminuição de massa óssea, além de casos de depressão (ANDRADE JÚNIOR, *et al.*, 2009; MARTITS & COSTA, 2005; MARTITS & COSTA, 2004; BONACCORSI, 2001).

Fatores que afetam os níveis de testosterona

Bonaccorsi (2001) cita que a partir dos 40 anos, ocorre a cada ano uma diminuição de 1,2% dos níveis circulantes de testosterona livre (TL) e de 1,0% dos de testosterona ligada a albumina e, também, uma elevação de cerca de 1,2% da globulina ligadora de hormônios sexuais (SHBG), a proteína carregadora que se liga a cerca de 50% da testosterona circulante, sendo que a testosterona total (TT) permanece estável até os 50 a 55 anos e, a partir daí, também começa a se reduzir a uma taxa entre 0,4% e 0,85% por ano. Este decréscimo é, sem dúvida, dependente da idade. Desta forma tem-se que “a andropausa” não é um processo isolado mas parte de outro mais amplo que é a senescência, a qual ocorre a partir de várias idades e por uma série de fatores variados, dos quais o mais importante é a hereditariedade. Além disso, destacam-se fatores como fisiológicos e de estilos de vida (alimentação, atividade física, sexualidade, etc).

Clapauch *et al.* (2008b) afirmam que é um desafio de estabelecer um diagnóstico de hipogonadismo de início tardio do sexo masculino, já que os sintomas não são específicos, e a maioria deles pode estar relacionado à idade avançada, ou outras condições hormonais. Como não há parâmetros clínicos patológicos, o diagnóstico de hipogonadismo de início tardio depende da presença de sintomas clínicos, associados a uma redução nos níveis plasmáticos

de andrógenos. Mesmo assim, a definição bioquímica da redução da testosterona em homens idosos não foi ainda estabelecida.

Hohl *et al.* (2009) cita que a “Testosterona tem declínio dos níveis de 1% a 2% ao ano a partir dos níveis máximos alcançados em adultos jovens, e 20% dos homens com mais de 60 anos têm níveis abaixo do normal ou jovens”.

Clapauch *et al.* (2008a) consideram que vários fatores afetam os níveis de testosterona no homem, e que a sexualidade combinada a função sexual e da libido, e pode ser relacionado, cultura, raça e religião, além de que é comum que com o avançar da idade, a grande maioria das causas se relacionam com a hipótese de patologia vascular, diabetes, hipertensão e uso de drogas, e somente em alguns casos, o hipogonadismo.

Clapauch *et al.* (2008b) citam que diferentes condições podem influenciar os níveis séricos de testosterona, incluindo: “cardíacas, respiratórias e hepáticas, doenças renais, doenças inflamatórias e doenças graves”. Podemos citar ainda várias drogas, “tais como os estrogênios, agonistas e antagonistas de GnRH, os opióides, tiazidas, agentes psicotrópicos e amiodarona”; além disso, “muitas outras condições e drogas também podem influenciar os níveis de SHBG e alterar os níveis de testosterona total”. Já “os agentes e as condições que aumentam os níveis de SHBG são os estrogênios, anticonvulsivantes, o hipertireoidismo, doenças hepáticas, deficiência de GH e infecção pelo HIV”. E “os agentes que reduzem os níveis de SHBG são andrógenos, glicocorticóides, progestágenos, o hipotireoidismo, a síndrome nefrótica e GH em excesso”.

Diagnóstico da andropausa

Ao se considerar que em muitos aspectos os sintomas da andropausa se confundem com o diagnóstico de envelhecimento natural da população, se preconiza a associação de fatores clínicos e laboratoriais para o diagnóstico de hipogonadismo de início tardio do sexo masculino (ANDRADE JÚNIOR *et al.*, 2009).

Martits & Costa (2004) citam que “o diagnóstico de hipogonadismo masculino tardio é baseado habitualmente em aspectos clínicos do hipogonadismo e demonstração de um nível sérico matinal de testosterona abaixo do valor mínimo de referência de jovens adultos” e complementam que o diagnóstico deve ser embasado em sintomatologia clínica e parâmetros bioquímicos dos níveis da testosterona livre ou biodisponível.

Clapauch *et al.* (2008a) afirmam que a maioria dos artigos publicados na literatura científica concordam que o hipogonadismo deve ser definida com: 1) exames bioquímicos, requerendo duas medidas de cálculo de testosterona livre e biodisponível, 2) critérios funcionais, sendo que estes, são normalmente avaliadas através de questionários, embora a sensibilidade e especificidade destes testes deve ser individualizada para cada cultura, para ser mostrado útil.

Diagnóstico clínico

Bonaccorsi (2001) relata que o quadro clínico do homem idoso com insuficiência androgênica parcial é bastante semelhante ao do homem jovem, sugerindo que boa parte destas alterações, se deve ao hipoandrogenismo, mas ainda são fracas as evidências até agora encontradas, também é possível que o quadro clínico de alguns homens idosos e a queda androgênica neles observada sejam conseqüências coincidentes, mas independentes entre si, do processo de envelhecimento.

Um dos problemas no diagnóstico da Andropausa é a sua correlação com sintomas freqüentes do início da senescência, já que nos homens com idade superior a 40 anos de idade, a testosterona pode diminuir a um ritmo de 1-2% ao ano, sendo relatado que mais de 50% dos indivíduos do sexo masculino com 80 anos têm níveis de testosterona compatíveis

com hipogonadismo, ou seja, muitos dos sinais e sintomas que compõem o estado hipogonadal lembram o envelhecimento (ANDRADE JÚNIOR, *et al.*, 2009)

Segundo Martits & Costa (2004), para se fazer o diagnóstico clínico deve-se considerar os principais sintomas e sinais clínicos do hipogonadismo masculino tardio, que são: diminuição da libido e disfunção erétil; depressão; diminuição do tecido muscular, aumento do tecido fibroso muscular; diminuição de alguns aspectos da força muscular; aumento do tecido adiposo total e redistribuição de gordura; osteopenia e osteoporose; diminuição do volume testicular. Ainda se faz o emprego de "questionários de envelhecimento masculino" como forma de diagnóstico clínico.

Andrade Júnior *et al.* (2009) complementam que estudos observacionais demonstram que os níveis baixos de testosterona estão relacionados a *diabetes mellitus*, obesidade visceral, doença arterial coronariana e a síndrome metabólica.

Hohl *et al.* (2009) afirma que os riscos potenciais do tratamento incluem efeitos locais sobre a próstata, a promoção do crescimento de células de câncer de próstata oculto, e hipertrofia da próstata. Outros efeitos sistêmicos como retenção de líquido, apnéia do sono, ginecomastia, policitemia e aumento do risco de doença cardiovascular.

Diagnóstico laboratorial

Bonaccorsi (2001) relata que os critérios laboratoriais deveriam ser os achados de níveis reduzidos de Testosterona Biodisponível os quais, ainda que os únicos fidedignos, são ainda de difícil determinação, motivo pelo qual utiliza a medida dos níveis circulantes de TT, mais especificamente, os de TL. Dosagens de LH sérico são de pouca utilidade, pois na maioria dos homens idosos, elas não estão elevadas.

De acordo com Martits & Costa (2004), no diagnóstico laboratorial deve-se levar em conta que a testosterona circula no sangue na quase sua totalidade (98%) ligado a proteínas séricas, principalmente SHBG (globulina ligadora de hormônios sexuais) e albumina, e somente 1% a 2% da testosterona sérica é livre de ligação protéica, desta forma para finalidades clínicas, deve-se ter em conta as frações de T circulante e suas ações é razoável, sendo que para a dosagem de T total, os laboratórios clínicos utilizam kits comerciais de RIA e imunoenaios do tipo competitivo que utilizam a tecnologia de quimioluminescência. Mas cada fabricante tem seu valor de referencia.

ANDRADE JÚNIOR *et al.* (2009) afirmam que as dosagens laboratoriais de diagnóstico não são simples, pois a dosagem total de testosterona dá resultados de pouca confiabilidade devido ao aumento da SHBG com a idade (alta afinidade de ligação). Para um diagnóstico mais confiável dos casos de suspeita, é importante avaliar os níveis de testosterona livre e a testosterona biodisponível (testosterona ligada à albumina + testosterona livre). No entanto, a dosagem de testosterona livre por radioimunoensaio não é confiável também, e deve ser determinada através do método de diálise de equilíbrio ou pela testosterona livre calculada.

Hohl *et al.* (2009) considera que somente os achados laboratoriais, como as dosagens TT, não só não são suficientes para o diagnóstico, mas também pode ser enganosa, pois os valores de referência variam, e os homens podem ter um nível normal e TT, se associado a um alto nível de SHBG, apresentam um nível de FT subnormal. E que quaisquer duas dosagens séricas FT abaixo de 6,5 ng/dl são uma indicação de hipogonadismo.

Clapauch *et al.* (2008b) citam a influência significativa da idade sobre as doses de TT e CBT, sendo esta influência maior sobre o TCC, sendo que para cada ano, após 40 anos de idade, há uma redução de 1,2% dos níveis circulatórios do TLC e de 1% dos níveis de testosterona ligada à albumina. E os níveis de TT permanecem estáveis até 50 a 55 anos de idade, acima disso, os níveis de TT também começam a baixar a uma taxa de 0,4% a 0,85% ao ano. "Esta redução é de aproximadamente 35% entre 25 e 75 anos, o que significa que os

valores TT média dos homens de 75 anos de idade, são aproximadamente 65% daqueles encontrados em homens jovens”.

Terapia de reposição de testosterona

A mais de 60 anos vem-se buscando formas e terapias para a reposição androgênica, com o objetivo de normalizar os níveis de testosterona plasmática, mas ainda existem as dúvidas de quais os métodos são mais eficazes, quais as dosagens que resultem menos efeitos colaterais, qual a melhor forma e principalmente a preocupação de que se a TRT pode ou não induzir câncer da próstata.

Bonaccorsi (2001) relata que o clínico deve levar em conta os critérios terapêuticos, tanto clínicos quanto laborais, para fazer a preconização da terapia de reposição da testosterona.

Martits & Costa (2005b) afirmam que o uso da terapia de reposição androgênica em homens hipogonádicos já está bem estudada, porque a restauração das concentrações de testosterona nos limites normais mantém as características sexuais, a energia, o humor, o desenvolvimento de massa muscular e o aumento de massa óssea, já quanto a reposição hormonal no hipogonadismo masculino tardio (andropausa) permanece controversa.

Gould & Kirby (2006) afirmam que a TRT é indicada para homens com hipogonadismo sintomático, quando não houver contra-indicações ao tratamento. Martits & Costa (2005) destacam que homens com níveis de testosterona ou IGF-1 séricos nos limites superiores da normalidade têm duas vezes mais risco de desenvolver carcinoma de próstata. E citam que “a reposição está indicada quando a presença de sintomas sugestivos de deficiência androgênica for acompanhada de níveis séricos de testosterona total abaixo de 300 ng/dl e níveis de testosterona livre abaixo de 6,5 ng/dl”.

Bonaccorsi (2001) relata que para se fazer a reposição hormonal deve-se levar em conta as contra-indicações, sendo “contra-indicações absolutas os cânceres de próstata e de mama e os prolactinomas, devido a elevação dos níveis de estradiol, a qual pode estimular o crescimento destes tumores. Os riscos da RH a serem considerados são os seguintes:

- 1) Dislipidogênese, aterogênese e morbidade e mortalidade cardiovasculares - ainda que os efeitos da testosterona sobre o metabolismo lipídico sejam contraditórios;
- 2) Hipertrofia e câncer prostático - ainda que a próstata seja um órgão androgênio dependente, uma hipertrofia prostática benigna não é contra-indicação para RH;
- 3) Policitemia. Pode ocorrer mesmo com doses fisiológicas, sendo sua incidência de 24% nos idosos sob RH;
- 4) Ginecomastia - é uma contra-indicação relativa, pois ocorre especialmente em idosos obesos e se deveria a um aumento do processo de aromatização ou a uma acentuação de uma ginecomastia pré-existente;
- 5) Retenção hídrica - é efeito de pequena monta e não importante, exceto em presença de insuficiência cardíaca ou renal e, também, de hipertensão;
- 6) Hepatotxicidade - não mais ocorre, desde que os androgênios alfa-metilados, como a fluoximesterona e a metil-testosterona foram abandonados, em favor dos produtos à base de testosterona pura;
- 7) Apnéia noturna - a RH pode exacerbar a apnéia obstrutiva noturna, ainda que a mesma também seja freqüentemente associada a hipogonadismo com obesidade mórbida, destaca-se que é uma contra-indicação relativa e correm maior risco os obesos, os fumantes e os portadores de doença pulmonar crônica obstrutiva.

Andrade Júnior *et al.* (2009) afirmam que a reposição de testosterona a curto prazo, foi benéfica na mudança da composição corporal, reduzindo significativamente a circunferência de cintura, sem alterar o peso, que pode ser interpretado como uma potencial diminuição do risco cardiovascular, e que a reposição de testosterona está diretamente relacionada à

diminuição da massa gorda e aumento da massa muscular e força, além da sensibilidade à insulina em homens, melhorando assim o controle da glicose e reduzindo a obesidade visceral. Bonaccorsi (2001) afirma que entre os benefícios da TRT têm sido descritos uma melhora na sensação geral de bem estar, da libido e da força muscular e uma discreta diminuição da gordura tissular, mas que ainda não existem ainda dados conclusivos acerca destes efeitos benéficos sobre a densidade óssea mineral do homem idoso.

Hohl et al. (2009) afirma que a reposição hormonal deveria somente ser usado em pacientes com sintomas clínicos associados com níveis subnormais de androgênios, já que a terapia de reposição androgênica mostra tanto melhorias laboratoriais e clínicos em homens.

Andrógenos disponíveis para utilização clínica

Martits & Costa (2005a) citam que, “as preparações disponíveis de testosterona são efetivas e seguras para o uso clínico, com exceção das formas orais alquiladas que possuem comprovada toxicidade hepática”, e que as formas de andrógenos disponíveis para utilização clínica são:

- *Andrógenos orais* - A fluoximetazona e a metiltestosterona preparados 17 α -alquilados resultam em grave hepatotoxicidade, não sendo, portanto, indicados para o tratamento de reposição. O undecanoato de testosterona é efetivo e seguro para uso clínico, pois é livre de efeitos hepatotóxicos, tem poucos efeitos colaterais. Mas não é aconselhável o uso dessas medicações devido ao potencial de toxicidade que elas apresentam;
- *Andrógenos transdérmicos* – pode ser na forma de adesivos escrotais, adesivos não escrotais e géis. Os adesivos transdérmicos escrotais e os não escrotais são de fácil utilização e, após uma aplicação noturna por dia, e ao mesmo tempo, permitem a interrupção imediata do tratamento quando necessário. A principal desvantagem dos adesivos é a associação com irritação local da pele em cerca de 1/3 dos pacientes. Os géis de testosterona são capazes de elevar rápida e eficientemente os níveis de testosterona dentro dos limites da normalidade, são bem tolerados e podem ser aplicados diariamente no mesmo local sem desencadear qualquer reação dermatológica e é seguro em curto prazo, tornando-se uma alternativa interessante para o tratamento do hipogonadismo de homens idosos.
- *Andrógenos subcutâneos* - Os implantes subcutâneos proporcionam níveis estáveis e fisiológicos de testosterona, não estão indicados para uso em idosos, pois a extrusão e a infecção local ocorrem em cerca de 10% dos casos.
- *Andrógenos injetáveis* - Os mais frequentes e amplamente utilizados são os de administração intramuscular: Possuem flutuações dos níveis de testosterona manifestam-se clinicamente em alguns pacientes e podem aumentar a frequência de efeitos colaterais, mas é o método mais barato de reposição e, por isso, o mais utilizado em nosso meio.

Segundo Hohl *et al.* (2009), atualmente, as terapias disponíveis são andrógenos nas formas: 1) orais, onde o undecanoato de testosterona é o único éster de testosterona seguro para uso clínico, uma vez que não é hepatotóxico, sendo que a terapia oral tem efeitos colaterais muito pouco e pode reduzir os sintomas do hipogonadismo; 2) adesivos que são usados na bolsa escrotal e não escrotal, podendo dar irritação; 3) os géis não tem efeito colateral desse tipo, mas são mais caros; 3) Injetáveis de testosterona ésteres tem várias apresentações, sendo que no Brasil, as apresentações estão disponíveis Durateston[®], uma combinação de ésteres de testosterona de semi-vidas diferentes, proporcionando maior tempo de níveis terapêuticos; Deposteron[®], cipionato de testosterona, que permite a auto-aplicação e é relativamente barato, mas faz com picos e vales em níveis séricos de testosterona, e Nebido[®], uma ação undecanoato de óleo de comprimento, que permite a administração

freqüentes e apresenta variações menores nos níveis séricos de testosterona, mas é muito mais caro.

REFLEXÕES

Os estudos mostraram que a reposição com testosterona é capaz de aumentar a massa magra e a força muscular dos membros inferiores e reduzir a massa gorda em homens hipogonádicos jovens e idosos, além de manter a libido sexual em níveis normais, permitindo uma melhora de qualidade de vida ao homem.

Devem-se considerar os fatores de risco para que seja feito a reposição hormonal, principalmente com relação ao método utilizado e os efeitos colaterais que possam advir do uso do hormônio. Existem muitos fatores que levam a diminuição dos níveis de testosterona, sendo que a idade é um dos fatores, mas ainda existem os fatores de genética, vida e de uso de drogas.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDRADE JÚNIOR, E.S.; CLAPAUCH, R.; BUKSMAN, S. Short term testosterone replacement therapy improves libido and body composition. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 53, n. 8, p. 996-1004, Nov. 2009.
2. BONACCORSI, A.C. Andropausa: insuficiência androgênica parcial do homem idoso. Uma revisão. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 45, n. 2, p. 123-133, Abr 2001.
3. CLAPAUCH, R. et al. Risk of late-onset hypogonadism (andropause) in Brazilian men over 50 years of age with osteoporosis: usefulness of screening questionnaires. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 52, n. 9, p. 1439-1447, Dec. 2008a.
4. CLAPAUCH, R. et al. Laboratory diagnosis of late-onset male hypogonadism andropause. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 52, n. 9, p. 1430-1438, Dec. 2008b.
5. HOHL, A. et al. Evaluation of late-onset hypogonadism (andropause) treatment using three different formulations of injectable testosterone. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 53, n. 8, p. 989-995, Nov. 2009.
6. GOULD, D.C.; KIRBY, R.S. Terapia de reposição da testosterona para hipogonadismo masculino tardio: qual o risco de induzir câncer da próstata? **Prostate cancer and prostatic diseases**, v. 9, n. 1, p. 14-18, March. 2006.
7. MARTITS, A.M.; COSTA, E.M.F. Hipogonadismo masculino tardio ou andropausa. **Rev Assoc Med Bras**, v. 50, n. 4, p. 358-359, Dez. 2004.
8. MARTITS, A.M.; COSTA, E.M.F. Benefícios e riscos do tratamento da andropausa. **Rev Assoc Med Bra.**, v. 51, n. 2, p. 67-70. Abr. 2005a.
9. MARTITS, A.M.; COSTA, E.M.F. Tratamento e monitoramento da andropausa. **Rev Assoc Med Bras**, v. 51, n. 3, p. 127-129, Jun. 2005b.

VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR – REVISÃO DE LITERATURA**POSTERIOR URETHRAL VALVE-LITERATURE REVIEW**

CAROLINE HORBAN. Acadêmica do curso de graduação em Medicina da Faculdade Ingá.

ALLAN SÉRGIO FAJARDO. Acadêmico do curso de graduação em Medicina da Faculdade Ingá.

EDSON MIGUEL ARPINI. Médico, Professor Adjunto do Curso de Medicina da Faculdade e da Universidade Estadual de Maringá.

AISSAR EDUARDO NASSIF. Médico, Professor Adjunto do Curso de Medicina da Faculdade Ingá. Mestre e Doutor em Clínica Cirúrgica pela UFPR. Coordenador da Residência Médica em Cirurgia Geral- Hospital Santa Rita.

Endereço para correspondência: Aissar Eduardo Nassif. Rua Neo Alves Martins, 3164, CEP: 87013-100 Maringá –PR. aenassif@gmail.com

RESUMO

A válvula de uretra posterior (VUP) representa a mais grave uropatia que pode ser identificada precocemente, intra-útero, através de ultra-sonografia da gestante. Esta doença obstrutiva causa repercussões graves no desenvolvimento da criança e é responsável pelo desenvolvimento de insuficiência renal e doença renal terminal antes da adolescência. O presente artigo tem como objetivo, demonstrar as alterações anatômicas e metabólicas que ocorrem nesta enfermidade, e como se identifica clinicamente e por exame de imagem a obstrução.

PALAVRAS CHAVE: válvula de uretra posterior, alterações metabólicas, insuficiência renal crônica.

ABSTRACT

The posterior urethral valve (VUP) is the most severe uropathy that can be identified early in uterus, by ultrasound in the pregnant women. This obstructive disease causes severe consequences on child development and it is responsible for developing renal failure and end stage renal disease before adolescence. This article aims to demonstrate the anatomical and metabolic changes that occur in this disease and how to identify clinically and by imaging the obstruction.

KEYWORDS: posterior urethral valve, metabolic disorders, chronic renal failure.

INTRODUÇÃO

A causa mais comum de uropatia obstrutiva severa em crianças é a válvula de uretra posterior, incidindo no sexo masculino, afetando 1 em cada 8.000 nascimentos (NELSON *et al.*, 2005). Seu primeiro relato foi feito por Morgagni em 1717 (KRISHNAN *et al.*, 2006). Trata-se de uma anomalia congênita caracterizada por uma estrutura membranosa, localizada na mucosa do assoalho da porção prostática da uretra masculina. As válvulas são de origem embriológica incerta e causam graus variados de obstrução. Porém, a teoria mais aceita é a Teoria de Stephens, que afirma resultar de uma inserção anormal e persistência da extremidade mais distal dos ductos de Wolff. (SAIOVICI *et al.*, 2006).

Inicialmente classificada em três tipos por YOUNG *et al.* (1919), através de achados de necropsia, admite-se como parâmetros a sua localização em relação ao verumontano e o aspecto das mesmas. Atualmente se aceita apenas as do tipo I (pregas mucosas que se estendem lateral e distalmente ao verumontano, presas as paredes anterolaterais da uretra) como as de mecanismo valvular, isto é, obstrução anterógrada ao fluxo urinário, sem impedir a instrumentação retrógrada. As do tipo II e III representam hipertrofia das pregas coliculares proximais ao verumontano (comuns na obstrução distal) e estenose congênita da uretra (obstrução nos dois sentidos), respectivamente. (SAIOVICI *et al.*, 2006).

A classificação é apenas didática, porque na prática a sintomatologia e o tratamento são idênticos nos dois tipos.

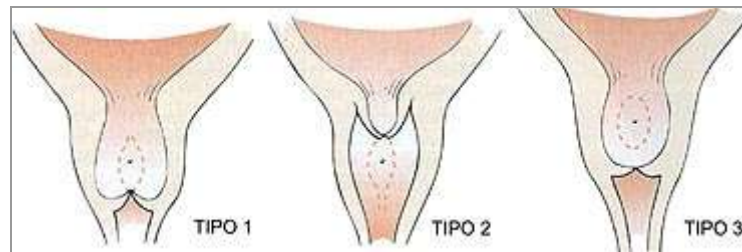


Figura 1. Uropatias obstrutivas severas em crianças. Tipo I: pregas mucosas que se estendem lateral e distalmente ao verumontano, presas as paredes anterolaterais da uretra; Tipo II e III representam hipertrofia das pregas coliculares proximais ao verumontano.

1. Alterações Anatômicas

A uretra prostática se dilata e se alonga e a musculatura vesical se hipertrofia. O músculo detrussor sofre hipertrofia e hiperplasia, com aumento numérico das terminações colinérgicas e depósitos de colágeno. Segundo Saiovici *et al.* (2006), isso ocorre devido ao obstáculo que a válvula representa ao fluxo urinário, e pela escassez de tecido muscular que envolve a uretra em comparação com a parede vesical. O colo vesical pode se encontrar hipertrofiado, porém sem caráter obstrutivo. A hipertrofia do trígono vesical determina o alongamento do ureter intramural, o que constituiria uma proteção ao refluxo vesicoureteral.

Ocorre refluxo vesicoureteral em 50% dos pacientes e a obstrução da uretra distal pode resultar de uma bexiga cronicamente distendida ou hipertrofia muscular da bexiga. (NELSON *et al.*, 2005). O aumento do tônus do detrussor, a hipertrofia trigonal e a espasticidade vesical, associados com a elevada pressão intraluminal aumentam a resistência ao esvaziamento ureteral. Os ureteres apresentam-se dilatados, hipertrofiados e tortuosos em graus variáveis. Recém nascidos podem apresentar volume urinário ureteral maior que o vesical. Nas grandes dilatações ureterais, o esvaziamento ocorre de maneira inadequada, muito mais pela atonia da musculatura e pela elevada pressão intravesical, do que por obstrução da junção uretero-vesical. (SAIOVICI *et al.*, 2006). As alterações renais variam de hidronefrose moderada a displasia renal grave. (NELSON *et al.*, 2005). Segundo Saiovici *et al.* (2006), nos rins, as alterações são decorrentes da obstrução, com atrofia parenquimatosa,

pielonefrite, displasia renal (incidência de 15 a 20%), doença microcística e nefrite intersticial. Aproximadamente 30% dos pacientes com VUP experimentam doença renal terminal ou insuficiência renal crônica antes da adolescência.

A displasia renal pode estar associada à VUP por três mecanismos: refluxo vesicoureteral com alta pressão, obstrução à saída do fluxo, e a própria displasia renal. No momento do diagnóstico de VUP, 40 a 50% apresentam algum grau de disfunção renal. (CONSENSO DE DISFUNÇÕES URINÁRIAS, 2005).

2. Alterações fisiológicas e metabólicas

A VUP e outras uropatias obstrutivas constituem causa potencial de comprometimento da função renal e da doença renal de estágio terminal. Os efeitos desta uropatia obstrutiva sobre a função renal são devidos a vários fatores com interações complexas. Após o início da obstrução, as pressões exercidas na pelve e nos túbulos renais aumentam, com conseqüente dilatação dessas estruturas. (GOLDMAN & AUSIELLO, 2005).

A lesão renal é provavelmente iniciada por pressões intraureterais e intratubulares elevadas (GOLDMAN & AUSIELLO, 2005). A lesão por hiperfiltração é considerada como uma importante via comum de destruição glomerular (NELSON *et al.*, 2005). O fluxo urinário normal da pelve renal para a bexiga depende do peristaltismo ureteral e de uma redução progressiva da pressão hidrostática do espaço de Bowman para a pelve renal. O comprometimento do fluxo de urina no trato urinário resulta em elevação da pressão e do volume de urina proximalmente à obstrução. Nesta situação, as altas pressões intra-ureterais transmitidas ao rim resultam em aumento da pressão intratubular. A elevação da pressão intratubular sem aumento semelhante da pressão intraglomerular reduz a pressão efetiva de filtração hidrostática através dos capilares glomerulares, com conseqüente queda na taxa de filtração glomerular (GOLDMAN & AUSIELLO, 2005). Assim que os néfrons perdem sua função, os remanescentes sofrem hipertrofia estrutural e funcional caracterizada por um aumento do fluxo sanguíneo glomerular. A força motriz para a filtração glomerular é desse modo aumentada nos néfrons sobreviventes. Embora essa hiperfiltração compensatória preserve temporariamente a função renal total, é hipotetizado que cause lesão progressiva aos glomérulos remanescentes, possivelmente por efeito direto da elevada pressão hidrostática na integridade das paredes capilares e /ou por efeito tóxico do aumento da passagem de proteínas através da parede capilar. As proteínas que atravessam o capilar glomerular podem atrair monócitos/macrófagos, aumentando o processo de esclerose glomerular e fibrose túbulo intersticial. Com o tempo, como aumenta a população de néfrons esclerosados, os restantes sofrem um aumento da carga excretória, resultando em um ciclo vicioso de aumento do fluxo sanguíneo glomerular e lesão por hiperfiltração. (NELSON *et al.*, 2005)

Após a instalação da obstrução completa, ocorre vasodilatação renal transitória, seguida de vasoconstrição progressiva da circulação renal. Essa vasoconstrição resulta em diminuição do fluxo sanguíneo renal, queda da pressão intraglomerular e redução na taxa de filtração glomerular. Ocorre aumento da síntese de prostaglandina E2 e prostaciclina, na tentativa de impedir redução adicional da filtração glomerular e do fluxo sanguíneo renal. (GOLDMAN & AUSIELLO, 2005).

Ocorrem incapacidade de concentração da urina e redução da excreção de íons hidrogênio e potássio. O defeito de concentração deve-se, em parte, à redução da osmolalidade na medula renal, provavelmente relacionada à reabsorção diminuída de sódio no ramo ascendente espesso da alça de Henle, bem como à redução de solutos medulares (sódio, uréia) em conseqüência do aumento inicial do fluxo sanguíneo medular observado na obstrução. Ocorre diminuição na expressão das aquaporinas 1, 2 e 3 após obstrução ureteral, sugerindo que a desregulação das aquaporinas localizadas no túbulo proximal, no ramo descendente delgado da alça de Henle e no ducto coletor, pode contribuir para a persistência da poliúria e o comprometimento da capacidade de concentração da urina associado à nefropatia obstrutiva. A excreção diminuída de íons hidrogênio e potássio deve-se ao

comprometimento da secreção desses íons nos segmentos distais do néfron, presumivelmente em consequência da resposta diminuída à ação da aldosterona. (GOLDMAN & AUSIELLO, 2005).

BRAUNWALD (1995) relata que, em geral, a acidose metabólica da IRC não se deve à produção excessiva de ácidos, mas reflete a perda de néfrons, que limita a quantidade de NH_3 (e, portanto, também de HCO_3^-) que pode ser gerada. Embora os néfrons remanescentes pareçam ser capazes de produzir quantidades supranormais de NH_3 *por néfron* a população diminuída de néfrons determina uma redução da produção global até um ponto inadequado para permitir o tamponamento correto do H^+ na urina. Em consequência, embora pacientes com insuficiência renal crônica possam ser capazes de acidificar normalmente a urina, o defeito na produção de NH_3 limita a excreção diária final de ácido a 30-40 mmol, ou seja, metade a dois terços da quantidade de ácido não volátil adicionada ao líquido extracelular no mesmo período de tempo. A acidose metabólica que decorre desse balanço de H^+ diário positivo é raramente florida na insuficiência renal crônica leve a moderada. A estabilidade relativa do bicarbonato plasmático é mantida à custa do tamponamento pelo osso. Como contém uma grande reserva de sais alcalinos (fosfato de cálcio e bicarbonato de cálcio), o osso é uma importante reserva de capacidade de tamponamento. A dissolução desses tampões contribui para osteodistrofia.

O mecanismo mais imediato de compensação do aumento exagerado dos ácidos no organismo consiste na sua neutralização pelas bases do sistema tampão.

O ácido em excesso ao reagir com o bicarbonato forma ácido carbônico que é eliminado pelos pulmões, sob a forma de dióxido de carbono. O pH baixo estimula o centro respiratório que aumenta a frequência respiratória produzindo a taquipnéia compensatória, reduzindo a PaCO_2 . A compensação renal, mais lenta, é pouco importante na fase inicial das acidoses severas e consiste em aumentar a reabsorção de bicarbonato e a eliminação de íons hidrogênio, em troca por sódio e potássio. A acidose metabólica é acompanhante comum dos quadros de hipotensão arterial severa, choque de todos os tipos e parada cardiorrespiratória.

3. Diagnóstico

3.1. Achados pré-natais

A partir da vigésima semana pode-se diagnosticar em exames evolutivos a presença de uropatia obstrutiva. Seus achados aos métodos de imagem são distensão da bexiga (mega bexiga), a qual se apresenta espessada e constantemente cheia, e também distensão da uretra proximal (megaureter). A dilatação ureteral e/ou piélica é observada em 40% dos pacientes, podendo ocorrer regressão da distensão em 10 a 20% dos casos, seja por ruptura do aparelho urinário ou por formação de urinomas perinéfricos, o que pode ser um sinal preditivo de displasia renal. Também se identifica oligodrômio devido a displasia renal (em casos de obstrução grave) e conseqüente reduzida produção urinária fetal, ascite ou presença de coleção peri-renal, o que sugere o diagnóstico de VUP. As crianças podem vir a sofrer de síndrome do desconforto respiratório, devido à hipoplasia pulmonar secundária à displasia renal. A ultra-sonografia, nesse período, diagnostica cerca de dois terços dos casos. A ascite urinosa, o divertículo vesical e a presença de refluxo vésico-ureteral maciço em unidade displásica (mais freqüentemente à esquerda) são formas de apresentação da doença, que normalmente conferem um melhor prognóstico, pois preservam, de forma uni ou bilateral, o trato urinário superior. (CONSENSO DE DISFUNÇÕES URINÁRIAS, 2005).

3.2. Achados pós-natal

75% de todos os diagnósticos são feitos antes dos 5 anos de vida, e os 25% restantes compreendem os casos oligossintomáticos. Dois terços dos óbitos ocorrem antes dos 2 anos de idade. No recém-nascido com suspeita diagnóstica ante natal de VUP, realiza-se ultra-sonografia logo após o nascimento para confirmação dos achados prévios, que, devido à desidratação fisiológica do período pós-natal, podem não ser evidenciados, o que indica a

repetição do exame em 48 horas. A uretrocistografia miccional confirma o diagnóstico. (CONSENSO DE DISFUNÇÕES URINÁRIAS, 2005).

Suspeita-se de VUP quando há uma bexiga distendida palpável devido à retenção urinária, e diminuição do calibre e força do jato. Também há intermitência, incontinência, gotejamento pós-miccional, hesitação e urgência (GOLDMAN & AUSIELLO, 2005). Se a obstrução for grave e passar despercebida pelo período neonatal, os lactentes podem apresentar tardiamente desenvolvimento insuficiente devido à uremia ou sepse causada por infecção no trato urinário obstruído. Com um menor grau de obstrução, as crianças se apresentam tardiamente com dificuldade de adquirir controle urinário diurno ou com ITU. (NELSON *et al.*, 2005).

A ocorrência de infecções repetidas das vias urinárias sem causa aparente sugere a presença de obstrução das vias urinárias inferiores, possivelmente devido a uma redução da “eliminação” bacteriana e maior aderência das bactérias à mucosa da bexiga. Além disso, na presença da obstrução, é difícil erradicar a infecção. A cultura positiva para *Proteus* e *Pseudomonas* sugere obstrução subjacente. Por conseguinte, em pacientes com infecções repetidas do trato urinário ou com infecção persistente refratária ao tratamento, deve-se considerar a possibilidade de uropatia obstrutiva subjacente (GOLDMAN & AUSIELLO, 2005). Segundo Francisco e colaboradores, no neonato, há febre como manifestação de infecção urinária, além de ocorrer septicemia com anemia e icterícia. A infecção do trato urinário está presente em mais de 50% das crianças portadoras de VUP com idade superior a 1 ano, e freqüentemente é responsável pelo diagnóstico. Em crianças maiores, o quadro miccional é mais evidente, com perdas urinárias, urgência, enurese, ardor miccional, jato fino e interrompido e gotejamento.

Também se observa, devido à displasia renal, prejuízo do crescimento da criança ou perda de peso, desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos. Vômitos e diarreia podem ser manifestações de infecção e/ou insuficiência renal. A obstrução grave com displasia renal causa manifestações da síndrome do desconforto respiratório, devido à hipoplasia renal. (BRAUNWALD *et al.*, 1995).

A hidronefrose é bilateral, e constitui uma causa comum de massa abdominal palpável em crianças. No neonato, podem-se verificar massas palpáveis nos flancos. (GOLDMAN *et al.*, 2005).

Uma creatinina sérica superior a 0,8 - 1,0 mg/ DL (WARSHAW *et al.*, 1985) também sugere um prejuízo na taxa de filtração glomerular (TFG < 70 ml/min/1,73m²) e deterioração da função renal em longo prazo. (STRAND, 2004).

3.3. Exames de imagem

- Uretrocistografia miccional: continua sendo o método padrão-ouro no diagnóstico de VUP. Esse exame revela dilatação da uretra posterior, banda uretral radioluscente (válvula), colo vesical hipertrófico e estreitado em relação à uretra posterior, bexiga trabeculada e com pseudodivertículos, e refluxo vesicoureteral (50% dos doentes) associado à hidronefrose. (BERROCAL *et al.*, 2002)

- Ultra-sonografia abdominal: bexiga com paredes espessadas, uretra posterior dilatada, dilatação da pelve e cálices renais, e dilatação e espessamento ureterais. Na displasia renal, existe um aumento da ecogenicidade do parênquima e perda da diferenciação corticomedular. (BENSON & DOUBILET, 2000; MERCADO-DEANE *et al.*, 2002)

- Ultra-sonografia transperineal: feita em repouso ou durante micção, revela uma estrutura linear hiperecótica no interior da uretra posterior dilatada, que corresponde à válvula, além da hipertrofia do colo vesical (SCHOELLNAST *et al.*, 2004).

REFLEXÕES

Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento cirúrgico da VUP, 13 a 64% das crianças ainda apresentam insuficiência renal crônica ou doença renal em estágio terminal, em um seguimento tardio. A incidência de insuficiência renal após 10 a 15 anos do diagnóstico da VUP varia de 10 a 21% e pode atingir os 51% aos 20 anos de idade. Obviamente, a VUP é uma entidade que deve ser tratada de forma criteriosa e necessita de seguimento nefrológico criterioso, iniciado precocemente e mantido continuamente.

O grau de displasia presente ao nascimento é irreversível e determina o potencial para o crescimento e a função renal. A uropatia obstrutiva é causa freqüente de doença renal em estágio terminal na infância e corresponde a 16,3% dos transplantes renais. Dentro deste grupo, a válvula de uretra posterior é o diagnóstico mais comum.

BIBLIOGRAFIA

1. BENSON, C.B.; DOUBILET, P.M. O sistema geniturinário fetal. IN: FLEISCHER, A.C.; MANNING, F.A.; JEANTY, P.; ROMERO R. **Ultra-sonografia em obstetrícia e ginecologia**. 5ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Revinter; p. 433-6, 2000.
2. BERROCAL, T. et al. Anomalies of the distal ureter, bladder, and urethra in children: embryologic, radiologic, and pathologic features. **RadioGraphics**, vol. 22, p. 1139-64, 2002.
3. BRAUNWALD, E.; FAUCI, A. S., KASPER, D. L. **HARRISON – Medicina Interna**. 16ª ed. Vol. 2. São Paulo: McGraw-Hill, 1995.
4. CONSENSO DE DISFUNÇÕES URINÁRIAS – SBU, 2005.
5. GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **CECIL - Tratado de Medicina Interna**. 22ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
6. GUYTON, A.C.; HALL, J.E **Tratado De Fisiologia Médica** 10ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2002.
7. KRISHNAN, A. et al. The anatomy and embryology of posterior urethral valves. **Journal of Urology**, vol. 32, p.1873-8, 2006.
8. MERCADO-DEANE, M.G.; BEESON, J.E.; JOHN, S.D. US of renal insufficiency in neonates. **RadioGraphics**, vol. 22, p. 1429-38, 2002.
9. NELSON, W. E. et al. **Nelson Tratado de Pediatria**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
10. OLIVEIRA, E.A. et. al. Curso clínico da válvula de uretra posterior detectada intra-útero: seguimento a longo prazo. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, 2001.
11. SAIOVICI, S.; NOBRE, Y.T.D.A.; TUCCI JR, S. Válvula de uretra posterior. In: KOFF, W.J.; DAMIÃO, R.; CARRERETTE, F.B. **Consenso de Uropediatria da Sociedade Brasileira de urologia**, 2005.
12. SCHOELLNAST, H.; LINDBICHLER, F.; RICCABONA, M. Sonographic diagnosis of urethral anomalies in infants – value of perineal sonography. **J. Ultrasound Med.**, vol.23, p.769-76, 2004.
13. STRAND, W.R. Initial management of complex pediatric disorders: prunebelly syndrome, posterior urethral valves. **Urol. Clin. North. Am.**, vol. 31, p.399-415, 2004.
14. WARSHAW, B.L. et al. Prognostic features in infants with obstructive uropathy due to posterior urethral valves. **Journal of Urology**, vol. 133, p.240-3, 1985.

COMO AVALIAR OS NERVOS CRANIANOS NO EXAME FÍSICO DO PACIENTE ADULTO?

HOW TO EVALUATE THE CRANIAL NERVES IN THE ADULT PATIENT'S PHYSICAL EXAM?

JURACI REJAINÉ CATENASSI CAMPOS PILOTO. Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade INGÁ.

LÍRIA BIANCA DO NASCIMENTO. Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade INGÁ.

EDSON ARPINI MIGUEL. Médico. Mestre, Professor Assistente do Curso de Medicina da Faculdade Ingá e UEM.

AISSAR EDUARDO NASSIF. Médico, Professor Adjunto do Curso de Medicina da Faculdade Ingá. Mestre e Doutor em Clínica Cirúrgica pela UFPR. Coordenador da Residência Médica em Cirurgia Geral- Hospital Santa Rita.

Endereço para correspondência: Aissar Eduardo Nassif. Rua Neo Alves Martins, 3164. CEP 87013-060, Maringá-PR. aenassif@gmail.com

RESUMO

Os nervos cranianos exercem funções importantíssimas, e dez destes originam-se no tronco encefálico, muito próximo a outros núcleos nervosos. Sendo assim alterações em nervos cranianos além dos prejuízos funcionais, podem ser os primeiros sinais de patologias graves. Neste artigo realizamos uma revisão bibliográfica do exame físico dos pares cranianos nos adultos, para preparar material de referência durante o exame físico. Tentou-se demonstrar os principais teste e formas para detectar alterações relacionadas a cada nervo craniano.

PALAVRAS-CHAVE: nervos cranianos, semiologia, anatomia.

ABSTRACT

The cranial nerves exert very important functions, and ten of these originate in the brainstem, close the other nervous nuclei. Thus changes in cranial nerves, in addition to the functional impairment may be an early sign of serious illnesses. This paper presents a review of the physical examination of the cranial nerves in adults, to prepare reference material during the examination. We tried to test and demonstrate the main ways to detect changes related to each cranial nerve.

.KEY WORDS: cranial nerves, semiology, and anatomy.

INTRODUÇÃO

Os nervos cranianos exercem funções muito importantes, e dez dos doze pares, apresentam suas origens no tronco encefálico, muito próximos a outros núcleos nervosos. Sendo assim, alterações em nervos cranianos, além de causarem incômodos e prejuízos funcionais, podem ser os primeiros sinais de patologias graves.

Para compreender melhor os testes dos nervos cranianos é importante ressaltar as funções de cada par craniano isoladamente, pois dessa forma facilitamos o raciocínio clínico e obtermos um diagnóstico mais preciso sobre os danos e lesões sofridas.

Ao examinar os nervos cranianos, sugere-se optar pela ordem em que são classificados, ou seja, crânio-caudal.

I par – NERVO OLFATÓRIO

O nervo olfatório é formado por cerca de 20 filetes nervosos que atravessam a lâmina cribiforme do osso etmóide. Estes filetes (axônios das células olfatórias) estão localizados na mucosa olfatória, situada na parte superior da cavidade nasal. É um nervo exclusivamente sensitivo. Este nervo, geralmente será afetado em casos de resfriados (hiposmia), tumores nas fossas nasais, diabetes, fraturas da lâmina cribiforme, TCE, e até mesmo em pacientes tabagistas e/ou usuários de cocaína. Sua lesão pode cursar com hiposmia ou anosmia (SPECIALI, 1996; MACHADO, 2006).

Para Testar a capacidade olfativa, Speciali (1996) sugere que se utilizem substâncias suaves e de odor conhecido (café, alho, fumo, canela) aproximando-as da narina do paciente, uma de cada vez. Atenção com substâncias fortes, que causem irritação na mucosa como o vinagre, amoníaco, estas estimulam o n. trigêmeo gerando um reflexo nasolacrimal (PORTO, 2008).

II par - NERVO ÓPTICO

É um nervo exclusivamente sensitivo. O feixe de fibras nervosas origina-se na retina (células sensitivas), emergem próximo ao pólo posterior do bulbo ocular e penetra no crânio através do canal óptico. O conhecimento da disposição das fibras da via óptica possibilita a agilidade na identificação e o diagnóstico mais preciso da lesão em qualquer dos seus níveis. (MACHADO, 2006).

Segundo Bates (2001) uma vez comprovado que um paciente apresenta qualquer comprometimento visual, é importante a realização de testes da acuidade e do campo visual, além da fundoscopia.

Acuidade visual: nesse teste faz-se uso de cartões padrão, para a leitura. O paciente é posicionado a uma determinada distância, de acordo com a tabela usada para o teste. É solicitado ao paciente que tape um dos olhos e com o outro, leia a tabela. Assim será registrada a menor letra (linha) que o paciente consiga ler.

Campo visual: este exame permite uma localização bastante precisa da lesão na via óptica, o teste mais usado é conhecido por campimetria por confrontação. A pesquisa deve ser feita face a face (examinador e paciente), sendo que o médico utiliza-se do seu próprio campo visual como referência. É solicitado ao paciente que tape um dos olhos, enquanto o outro será examinado. O examinador segura um determinado objeto a uma distância de cerca de 60 cm e irá explorar todo o campo visual do paciente, aproximando aos poucos o objeto, da periferia para o centro, superior e inferiormente. Sempre perguntando se deixou de ver o objeto, tendo o examinador o seu campo visual para a confrontação e comparação das informações obtidas.

Fundo de olho: pesquisa feita com o oftalmoscópio, sendo o paciente orientado a olhar fixamente a um ponto sobre o ombro do examinador, de modo que seu olhar fique levemente desviado. Através desse exame procura-se visualizar a papila, os vasos e a retina.

A pupila é encontrada seguindo-se os vasos, é importante observar o seu tamanho, a nitidez do seu contorno, sua relação com os vasos e as fibras do nervo óptico. Na identificação dos vasos, observamos que as veias apresentam calibres maiores e trajeto sinuoso, quando comparado às artérias. Quanto à retina, é imprescindível verificar sua borda, a entrada e saída dos vasos e nervos, além da pigmentação, presença ou não de hemorragias e exsudatos.

III par – NERVO OCULOMOTOR; IV par- NERVO TROCLEAR e o VI par- NERVO ABDUCENTE

Com finalidade didática, esses três nervos são estudados e testados em conjunto, visto que atuam na Motilidade Ocular Intrínseca (MOI) e Motilidade Ocular Extrínseca (MOE).

Machado (2006) afirma que, o III par inerva os músculos elevador da pálpebra, reto superior, reto inferior, reto medial e oblíquo inferior, além do músculo ciliar e esfíncter da pupila. Através da inervação do m. constritor da pupila e m. ciliar temos o reflexo de acomodação.

Lesões do III par podem causar estrabismo externo, diplopia e ptose palpebral, com midríase não fotoreagente (SPECIALI, 1996; MUTARELLI, 2009).

O IV par inerva o músculo oblíquo superior, o qual produz rotação do olho para baixo e para dentro, promovendo a MOE. Já o VI par inerva o músculo reto lateral, responsável pela rotação lateral do olho, que também atua na MOE (MACHADO, 2006; DANTAS, 2007).

Ainda segundo Mutarelli (2009), ao testarmos estes nervos procura-se observar a forma (presença de discorias) e o tamanho da pupila (diminuído/miose, aumentado/midríase), sendo que a miose ocorre por lesão ou bloqueio simpático, e a midríase, por lesão do III par.

Ao realizar os testes para estes nervos vários autores (DANTAS, 2007; SILVEIRA, 2009; MUTARELLI, 2009) recomendam a pesquisa de:

- **Simetria das fendas palpebrais e protrusão ocular:** observação direta pelo examinador;

- **Movimentação extra-ocular (MOE):** é necessário seguir um protocolo, onde o teste exige que o paciente mantenha a “cabeça fixa” e que, apenas com o olhar acompanhe a movimentação do objeto e/ou o dedo examinador, sempre informando quando perder a nitidez. O movimento do objeto deverá ser realizado em várias direções (para cima e para baixo; para frente e para trás, para a direita e esquerda) lembrando a letra “H”. Durante o teste é observado casos de nistagmo, assimetria da movimentação e queixa de diplopia.

A diplopia (visão dupla) é um sinal funcional de alteração da motilidade ocular extrínseca. Pode-se observar que o paciente fecha o olho comprometido para evitar o aparecimento de diplopia ou, ainda, faz uma inclinação compensadora da cabeça no sentido do músculo ou movimento paralisado. Este é um sinal precoce de paralisia ocular.

- **Reação pupilar à luz:** o paciente é examinado em ambiente escuro, utilizando um foco de luz que incide obliquamente sobre a pupila. O examinador irá solicitar que o paciente olhe para frente, para que ele possa observar, ao mesmo tempo, a reação pupilar dos dois lados, a pupila iluminada (fotomotor direto) e da outra (fotomotor consensual). Registrar o diâmetro pupilar e qualquer assimetria ou irregularidade dos movimentos oculares.

O reflexo de acomodação e convergência é obtido quando o paciente fixa o olhar em um objeto próximo, apresentando contração pupilar, convergência dos olhos e acomodação. É importante verificar a convergência movendo o dedo na direção da ponta do nariz (PORTO, 2008; MUTARELLI, 2009).

V par – NERVO TRIGÊMEO

É um nervo misto, a sua raiz sensitiva é dividida em três ramos: n. oftálmico, n. maxilar e n. mandibular, sendo estes responsáveis pela sensibilidade de grande parte da

cabeça. Já a raiz motora é bem menor e acompanha o n. mandibular, atua no controle dos músculos mastigatórios (MACHADO, 2006).

A pesquisa da integridade do V par pode ser testada através da avaliação da sensibilidade superficial da face, mucosa oral e nasal, sensibilidade geral dos 2/3 anteriores da língua. Uma manobra importante e que testa a reação da sensibilidade na face é o reflexo corneano (PORTO, 2008).

Ao testar o reflexo corneano (DANTAS, 2009), orienta que este deve ser realizado cuidadosamente; solicitar ao paciente que olhe para o lado e para cima. Com um pedaço de algodão, toca-se a borda externa inferior da córnea e observa-se a contração do músculo orbicular do olho (reação de piscar) em ambos os olhos. Em casos de sensibilidade diminuída, o reflexo do lado estimulado, também estará alterado. Repetir o teste do outro lado.

Quanto à raiz motora, os testes são simples, resultam da palpação e avaliação da musculatura mastigatória, observando comparativamente a força de contração (MUTARELLI, 2009; SPECIALI, 1995).

VII par – NERVO FACIAL

É um nervo misto, cuja raiz motora é o nervo facial propriamente dito, enquanto que, a raiz sensitiva é constituída pelo nervo intermédio (de Wrisberg). Os dois componentes do nervo facial apresentam relações íntimas com outro nervo, o vestibulo-coclear e com estruturas do ouvido médio e interno (MACHADO, 2006). Sua lesão pode ocasionar, além de alterações na expressão facial e na gustação, alterações do equilíbrio e da audição (LAZARINI *et al.*, 2002).

A raiz sensitiva leva estímulos secretores às glândulas lacrimais e às glândulas salivares (submandibulares e sublinguais) e é responsável pela gustação (sabor doce, salgado, azedo e amargo) dos 2/3 anteriores da língua. A parte motora é responsável pela inervação dos músculos (mm.) da face ou mm. da mímica, além do músculo(m.) platisma e m. estapédio (SPECIALI, 1995; MACHADO, 2006).

As lesões do nervo facial são bastante freqüentes e de grande importância clínica. A precisão e a precocidade no diagnóstico são fundamentais para o adequado tratamento e reabilitação facial. A classificação das paralisias faciais, segundo a topografia da lesão em relação ao núcleo facial possivelmente facilitará a condução terapêutica para cada caso, permitindo de maneira prática e objetiva a instituição do melhor tratamento para o paciente (LAZARINI *et al.*, 2002). Sendo assim, um dos testes consiste em:

Pesquisar a presença de assimetria facial: as rugas da testa e as pregas nasolabiais, ato de piscar, movimento da boca ao falar, sorrir, etc. Solicitar ao paciente mostrar os dentes, abrir a boca, fechar os olhos com força, assobiar, ou seja, explorar a mímica facial (PORTO, 2008).

Teste da gustação: examinar o paladar dos 2/3 anteriores da língua, observando se não há alterações na gustação (SPECIALI, 1995).

Lesões periféricas do n. facial causam a Paralisia de Bell, cursa com paralisia da motricidade de toda a face, inclusive mandíbula. Lesões centrais do n. facial cursam com paralisia da mandíbula, mas não da porção superior da face (FALAVIGNA *et al.*, 2002).

VIII par - NERVO VESTIBULO-COCLEAR

É um nervo sensitivo, tendo dois componentes: o coclear, responsável pela audição, e o vestibular, responsável pelo equilíbrio, que se originam em receptores periféricos diferentes e com conexões centrais separadas (MACHADO, 2009).

A partir do meato acústico interno, ele atravessa o ângulo ponto-cerebelar, mantendo relações a este nível com o V e VI par. Na parte lateral do bulbo, eles se separam (MACHADO, 2009).

Ramo Coclear

A lesão deste nervo leva a queixas como: presença de tinidos ou zumbidos, diminuição ou perda de audição e, em caso de lesão central, pode haver presença de alucinações auditivas (SPECIALI, 1995; BATES, 2001).

A semiologia deste nervo é feita, estimativamente, através de exame otoscópico do ouvido externo e membrana timpânica; e exame da capacidade auditiva, através da voz e com uso do diapasão. A avaliação mais fiel é feita através da audiometria.

Teste da Capacidade Auditiva:

Prova de Rinne: a manobra consiste em colocar o diapasão sobre o mastóide e assim que o paciente deixa de perceber as vibrações, ele é retirado, ainda vibrando, colocando-o em frente ao conduto auditivo externo. O indivíduo normal é capaz de ouvir as vibrações do segundo tempo da manobra (teste de Rinne positivo). Caso o paciente não consiga perceber as vibrações, a suspeita deve ser de surdez de condução. Na surdez nervosa o paciente consegue ouvir, embora mal, a vibração da segunda etapa da manobra, não tendo, no primeiro tempo da prova, escutado as vibrações (BATES, 2001).

Prova de Weber: o diapasão é colocado sobre o vértice do crânio, tapando-se um ouvido e, em seguida, o outro. Normalmente, ouvem-se melhor as vibrações no lado do ouvido coberto. Quando não se ouvem as vibrações no lado tapado, suspeita-se de surdez nervosa (lesão do ramo coclear).

Prova de Schwabach: comparação entre o tempo de percepção óssea do paciente e o de uma pessoa normal.

De acordo com vários estudos (SPECIALI, 1995; BATES, 2001) os resultados das provas:

Surdez de condução (lesão do ouvido externo ou médio): diminuição ou perda da audição por via aérea, com conservação ou exaltação da óssea. Prova de Rinne negativa; prova de Weber com lateralização para o lado lesado.

Surdez de Percepção (lesão de cóclea ou do nervo): diminuição ou perda da audição por via aérea e óssea. Prova de Rinne positiva; prova de Weber com lateralização para o lado não afetado.

Teste da Audição: em um ambiente silencioso, provoque um ruído esfregando as pontas dos dedos ao lado do ouvido do paciente. A mão do examinador deve ir se afastando gradativamente, e assim que o paciente deixar de ouvir o ruído, deverá informá-lo. Repita no lado oposto e compare os resultados.

Ramo Vestibular

O sistema vestibular é responsável pela manutenção do equilíbrio estático e dinâmico, recebendo no labirinto as excitações determinadas pela movimentação da cabeça, especialmente rotação, transmitindo-as ao cerebelo e substância reticular do tronco cerebral. A lesão desta porção ocasiona vertigens, ataxia e nistagmo (PORTO, 2008).

De acordo com Mutarelli (2009), a semiologia deste nervo envolve as pesquisas de equilíbrio estático sendo que, a lesão vestibular irá provocar queda unilateral; e do tipo de marcha, a lesão provocará desvios unilaterais.

Equilíbrio: o paciente estende os braços e de olhos fechados, poderá apresentar desvios de ambos os braços para um dos lados do corpo (PORTO, 2008).

Nistagmos: o espontâneo é investigado ao solicitarmos que o paciente mantenha a cabeça em posição normal e olhe em diferentes posições, enquanto que, no nistagmo de posição, a investigação inicia-se com a mudança da posição da cabeça do paciente, seguida pela observação de quais as posições provocam o nistagmo. Geralmente o aparecimento do nistagmo é acompanhado de sensação vertiginosa (MUTARELLI, 2009).

IX par - NERVO GLOSSOFARÍNGEO

É um nervo misto, com funções motoras e sensitivas. As fibras motoras se destinam aos músculos faríngeos; e as sensitivas ao 1/3 posterior da língua, faringe, úvula, tuba auditiva, seio e corpo carotídeo. A sensibilidade especial (gustação) é testada no 1/3 posterior da língua (RIZZOLD & MADEIRA, 2004; MACHADO, 2009).

O comprometimento das fibras motoras é melhor observado juntamente com a avaliação do **X par** (SPECIALI, 1995)

X par - NERVO VAGO

É um nervo misto e o maior dos nervos cranianos. Saindo do crânio pelo forame jugular, percorre o pescoço e o tórax, terminando no abdome. Neste longo trajeto dá origem a ramos que inervam a laringe e a faringe, e entra na formação dos plexos viscerais que inervam as vísceras torácicas e abdominais.

Os testes do nervo vago serão relacionados à sua raiz motora e, geralmente é realizado em conjunto com avaliação do nervo glossofaríngeo. A queixa do paciente diz respeito a disfasias e alterações de voz (anasalada) (DANTAS, 2007; MUTARELLI, 2009).

De acordo com Speciali (1995), a avaliação do IX e X par de nervos cranianos devem iniciar, perguntando ao paciente se apresenta dificuldades de deglutição ou alteração de voz. Em seguida é solicitado ao paciente que mantenha a boca aberta para a observação do palato e da úvula em repouso; depois peça que diga “EHHHHHHHHHHH ..AHHHHHHHHHHH!” Observe a simetria da elevação do palato e a ausência de desvio lateral da rafe mediana, se houver suspeita de lesão em algum dos pares, realiza-se o reflexo do vômito (cuja eferência é vagal), na paralisia lateral do **IX par** há o “repuxamento” para o lado sadio, não lesado.

Reflexo faríngeo: após a excitação da mucosa da faringe com uma espátula ou estilete, observamos o repuxamento para o lado estimulado (DANTAS, 2007).

Reflexo palatino ou uveal: usa-se fazer a excitação da parte lateral e inferior da úvula com espátula ou estilete, o que resultará na elevação do palato mole e retração da úvula (SPECIALI, 1995).

Lesões supranucleares do **IX e X par** só têm expressão clínica sendo bilaterais, já que o núcleo ambíguo recebe inervação cortical contralateral e também, em menor grau, ipsilateral.

Lesões nucleares são comuns e podem ser decorrentes de tumores, alterações vasculares (artéria vertebral), degenerativas e infecciosas.

XI par – NERVO ACESSÓRIO

Exclusivamente motor. Sua semiologia inclui os testes de força para os músculos trapézio e esternocleidomastóideo. É solicitado ao paciente que mantenha a elevação dos ombros e a cabeça virada para um dos lados. Ao tentar virar a cabeça para o lado oposto, o examinador irá fazer resistência no seu queixo (do paciente), enquanto palpa o m. esternocleidomastóideo lado oposto, com o propósito de observar as assimetrias e atrofia dos músculos pesquisados. (SPECIALI, 1995; MUTARELLI, 2009).

XII par – NERVO HIPOGLOSSO

Assim como o anterior é um nervo exclusivamente motor, responsável pela motilidade da língua, ou seja, a musculatura intrínseca da língua, responsável pelo tamanho, movimentos de encurtamento e alongamento, destinados às funções de fala, mastigação e deglutição, e a musculatura extrínseca, responsável pela movimentação da protusão da língua, movimento para um lado e outro, etc (MACHADO, 2006).

Observar a língua em repouso, dentro da boca, à procura de atrofia e/ou mio-fasciculações. O paciente pode ter dificuldades para engolir a saliva (PORTO, 2008; MUTARELLI, 2009).

Os testes para esse nervo se resumem em observar a língua, registrando possíveis assimetrias, desvios e atrofia da língua no interior da boca e fora dela. É importante ressaltar que desvios em repouso apontam para o lado sadio e não da musculatura lesada, ao contrário se observa quando a língua esta para fora, o desvio é para o lado da lesão. Estas alterações são encontradas nas lesões periféricas do nervo. Lesões centrais são geralmente bilaterais (RIZZOLO & MADEIRA, 2004; PORTO, 2008; MUTARELLI, 2009).

Ao se testar um nervo motor deve-se observar o seu tônus e sua força muscular. Quanto ao tônus verifica-se a simetria, a presença de redução (hipotonia) ou de aumento (hipertonia plástica ou espástica) e quanto à força muscular, iremos testá-la solicitando que o paciente mantenha uma posição, enquanto o examinador tenta vencer a resistência, sempre comparando com a força, do mesmo músculo, do lado oposto (MUTARELLI, 2009).

BIBLIOGRAFIA

- 1- BATES, B. *Propedêutica Médica*. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- 2- DANTAS, A.M.. Artigo de Revisão: Exame de paciente com doença neurológica. **Rev. Bras. Oftalmol.** vol. 66: n.º.5. Rio de Janeiro. Set./Out., 2007.
- 3- FALAVIGNA, A.; SILVA, F.M. da; HENNEMANN, A.S.. Fratura de côndilo occipital associada a fratura de Jefferson e lesão dos nervos cranianos caudais: relato de caso. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** vol.60, n.4, p. 1038-1041. 2002.
- 4- LAZARINI, PR.; FERNANDES, A.M.F.; BRASILEIRO, V.S.B.; CUSTODIO, S.E.V.. Paralisia Facial Periférica por comprometimento do tronco cerebral: A propósito de um caso clínico. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**, vol.68, n.1, p. 140-144, 2002.
- 5- MACHADO, A. **Neuroanatomia Funcional**. 2ª. ed., São Paulo: Atheneu. Cap 12, 2006.
- 6- MUTARELLI, E. G. Nervos cranianos. In: MUTARELLI, A.C.. **Tratado de Clínica Médica**. 2ª. ed. São Paulo: Roca, Cap 19, p 2198-2216, 2009.
- 7- PORTO, C.C. et. al.. **Exame Clínico: Bases para a Prática Médica**. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- 8- RIZZOLO, R.J.C.& MADEIRA, M.C.. **Anatomia Facial com fundamentos de anatomia sistêmica geral**. São Paulo: Sarvier. Cap. 8, 2004.
- 9- SILVEIRA, P.R. O que se deve saber sobre o exame neurológico. 24/out./2009. Disponível em: www.ibemol.com.br/silveira/saber_exame_neuro.doc. Acesso em 8/11/2010.
- 10- SPECIALI, J.G.. Semiotécnica Neurológica. **Medicina, Ribeirão Preto**, vol. 29, p. 19-31, jan/mar, 1996.

GINÁSTICA, EXERCÍCIOS TRADICIONAIS, NOVAS TENDÊNCIAS E MATERIAIS ALTERNATIVOS

GYMNASTICS, TRADITIONAL YEARS, NEW TRENDS AND MATERIALS ALTERNATIVE

ALESSANDO MICHEL DE OLIVEIRA DOMICIANO. Educador físico, graduado na Universidade Paranaense (UNIPAR) e Especialista em Treinamento Desportivo pela Universidade Paranaense (UNIPAR).

ANA PAULA SERRA DE ARAÚJO. Fisioterapeuta graduada na Universidade Paranaense (UNIPAR), Pós-graduada em Fisioterapia em Terapia Manual pelo Centro Universitário de Maringá (CESUMAR), Pós-graduada em Acupuntura pela Faculdade de Educação Física e Fisioterapia de Jacarezinho Paraná (FAEFIJA - PR)/Instituto Brasileiro de Therapias e Ensino (IBRATE).

VITOR HUGO RAMOS MACHADO. Educador físico graduado na Universidade Paranaense (UNIPAR). Especialista em Treinamento Desportivo pela Universidade Paranaense (UNIPAR), Mestrando em Educação Física pela Universidade Paranaense (UNIPAR).

Endereço para correspondência: Ana Paula Serra de Araújo. Rua Natal, 2982, CEP 87.504-230, Centro, Umuarama, Paraná, Brasil. anaps_araujo@hotmail.com

RESUMO

Em todo o mundo surge uma nova tendência, processada no universo das academias de ginástica, com promessas de felicidade que levam uma verdadeira idolatria do corpo, expandida pelo marketing e pela moda que em termos de práticas e técnicas corporais são descartáveis, trocadas de tempos em tempos pelo processo de inovação. Assim a ginástica a modalidade desportiva mais prática no mundo e que envolve a prática de uma série de movimentos que exigem força, flexibilidade e coordenação motora, tem sido praticada de forma competitiva e não competitiva nos últimos anos, dividida em diferentes técnicas e métodos que vão desde as técnicas de ginásticas praticadas em academias que possuem finalidades estéticas e de condicionamento físico, a ginásticas fisioterápicas utilizadas na prevenção e/ou auxílio ao tratamento de patologias, além das de conscientização corporal formadas por técnicas alternativas entre outras. Que misturado vários tipos de ginástica, vão criando vários tipos de técnicas e vão reinventando exercícios e aparelhos. Sendo assim, o presente trabalho tem por objetivo fazer uma breve revisão de literatura sobre a ginástica, seus exercícios tradicionais, suas novas tendências e equipamentos. Pode-se concluir com o presente trabalho que praticamente todas as modalidades de atividade física desenvolvidas e praticadas na atualidade são modalidades de ginástica e /ou tiveram como base para a sua elaboração a ginástica e que o mercado de academias vem oferecendo constantemente um grande leque de atividades físicas/métodos de ginástica que ainda necessitam de maior fundamentação científica.

PALAVRAS – CHAVES: Ginástica, tipos de ginástica, modalidades de ginástica, novas tendências em ginástica.

ABSTRACT

Worldwide is a new trend, processed in the universe of academies of gymnastics, with promises of happiness leading a real idolatry of the body, expanded by marketing and fashion that in terms of practices and body techniques are disposable, exchanged time to time by the process of innovation. Thus the gym to practice more sport in the world and that involves the practice of a series of movements that require strength, flexibility and motor coordination, has been practised so competitive and not competitiva in recent years, divided into different techniques and methods that will from the media, gymnastics charged in academies that have aesthetic purposes and physical condition, the gymnastics physiotherapeutic used in the prevention and / or assistance to the treatment of diseases, in addition to the awareness of body formed by alternative techniques among others. What mixed several types of gymnastics, will create various types of techniques and exercises will reinventing and appliances. So this work aims to make a brief review of literature on the gymnastics, exercises its traditional, new trends and their equipment. It can be concluded with this work that virtually all forms of physical activity developed and practised at present are forms of gymnastics and/or had the basis for its establishment and the gym that the market for academies is constantly offering a wide range of physical activities / methods of gymnastics that still need further scientific reasoning.

KEYWORDS: Gymnastics, types of gymnastics, terms of gymnastics, new trends in gymnastics.

INTRODUÇÃO

A ginástica é uma modalidade desportiva que envolve a prática de uma série de movimentos que exigem força, flexibilidade e coordenação motora. Sua origem a principio está atrelada à busca do corpo forte e musculoso pelos homens. Porém com o passar dos anos, vários tipos de ginástica foram surgindo, ora para os homens e ora para as mulheres e hoje já se fala em ginástica para ambos.

Atualmente a ginástica vem sendo praticada por ambos os sexos e se encontra dividida em ginástica competitiva e não competitiva. Onde as ginásticas competitivas são organizadas e regulamentadas pela Federação Internacional de Ginástica (FIG) e, as não competitivas são atividades realizadas em escolas, clubes e academies que têm vários objetivos tais como: educacional, terapêutico, lazer, condicionamento, apresentação artística, entre outros (SESSO & TEREZANI, s.d).

Conforme Oliveira (2007), a FIG, regulamenta e tem vinculada sete modalidades de ginástica: A ginástica artística feminina e a masculina, a ginástica rítmica, ginástica aeróbica esportiva, ginástica Acrobática, trampolim e ginástica para todos (única modalidade não competitiva reconhecida pela federação). Entre as outras modalidades de ginástica não reconhecida pela FIG temos as ginásticas de academies que geralmente possuem finalidades estéticas e de condicionamento físico, as fisioterápicas utilizadas na prevenção e/ou auxílio ao tratamento de patologias, além das de conscientização corporal formadas por técnicas alternativas entre outras (GAIO & GÓIS, s.d).

Sendo uma das principais características da ginástica atualmente é a enorme variedade de aparelhos que podem ser utilizados na sua pratica que vão desde aparelhos de grande porte como o trampolim acrobático, através de equilíbrio a aparelhos de sobrecarga como os

halteres, as bicicletas ergométricas, aparelhos de musculação, portáteis e aparelhos, aparelhos adaptados ou alternativo (PAOLIELLO, s.d).

Hoje, a busca por novos alunos e/ou clientes em algumas academias, tem-se misturado vários tipos de ginástica, criados vários tipos de aparelhos, reinventando exercícios, onde uns até dão certo, mas outras faltam fundamentação teórica em algo mais concreto (COPACABANARUNNERS, s.d.).

Pensando nisso o presente trabalho tem por objetivo fazer uma breve revisão de literatura sobre a ginástica, seus exercícios tradicionais, suas novas tendências, equipamentos e uso de materiais alternativos durante a prática e o trabalho do educador físico com a ginástica. Visando assim, demonstrar os exercícios considerados tradicionais e as novas tendências da ginástica mundial.

Para a realização deste estudo realizou-se uma pesquisa do tipo revisão de literatura em revistas de material publicado a partir de 1997 e disponibilizado de forma gratuita e na íntegra na biblioteca da Universidade Paranaense (UNIPAR), na base de dados eletrônicos *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e no site de acesso livre e gratuito Google. Para a localização do material bibliográfico, buscou-se por publicações que abordavam os seguintes temas: ginástica, exercícios físicos tradicionais, exercícios de ginástica tradicionais, novas tendências em ginástica, novas modalidades de ginástica, materiais alternativos utilizados em ginástica.

CONCEITUAÇÃO DE GINÁSTICA

Conforme o Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa a palavra Ginástica é derivada do grego *Gymnastiké* que significa a “Arte ou ato de exercitar o corpo para fortificá-lo e dar-lhe agilidade (PAOLIELLO; COPACABANARUNNERS, s.d.).

Segundo Paoliello (s.d,p.3) na *Encyclopedia Britannica*, a ginástica é definida como “*a system of physical exercises practised either to promote physical development or a sport*”, que em português significa “o conjunto de exercícios corporais sistematizados, para este fim, realizados no solo ou com auxílio de aparelhos e aplicados com objetivos educativos, competitivos, sendo ainda caracterizada pela grande enciclopédia português e brasileira como:

“Uma forma ou modalidade de educação física, isto é, uma maneira de formar fisicamente o corpo humano, sendo as restantes, além dela, os jogos e os desportos. A definição científica diz-nos que a ginástica é a exercitação metódica dos órgãos no seu conjunto (relacionada ao movimento e à atitude), por intermédio de exercícios corporais, de “forma” precisamente determinada e ordenados sistematicamente, de modo a solicitar não só todas as partes do corpo, como as grandes funções orgânicas vitais e sistemas anatômicos, nomeadamente: o respiratório, o cardiocirculatório, o de nutrição (assimilação e desassimilação), o nervoso, os órgãos de secreção interna, etc.” (PAOLIELLO, s.d, p.3- 4) .

Tão logo partindo destes conceitos acima exemplificados podemos observar e concluir que, quase todas as atividades realizadas em academia são consideradas área da ginástica e/ou modalidades de ginástica.

BREVE HISTÓRICO DA GINÁSTICA

A ginástica vem da Pré-história onde a atividade física era uma questão de sobrevivência decorrente da necessidade de atacar, defender, caçar, pescar e etc. Depois de afirmar-se na antiguidade a ginástica estacionou na Idade Média fundamentando-se na Idade Moderna e sistematizando-se nos primórdios da Idade Contemporânea (COPACABANARUNNERS, s.d., SHINOHARA, 2007).

Conforme Shinohara (2007); Guitierrez (1980) estas atividades físicas podem ser classificadas como natural (atividades físicas feitas instintivamente): Andar, saltar. Nadar e lançar; Utilitárias (quando o homem percebe a necessidade de trabalhar um determinado movimento e/ou grupo muscular): musculação, ginástica localizada; Recreativa (quando o homem utiliza- a para lazer para brincar): dançar, saltar; e por fim Religiosa (Para aplacar a ira de Deus): Dançar, pular.

De acordo com Mirador (1994), Shinohara (2007) e Moraes (2007) somente a partir da idade contemporânea a ginástica passou a se desenvolver em cinco grandes escolas: Sueca, Alemã, Francesa, Inglesa e a Russa. Onde temos que:

- **Escola Sueca:** Dividiu a ginástica em quatro partes, ginástica pedagógica que era voltada para a saúde, evitando vícios posturais e doenças; ginástica militar, a qual incluiu a esgrima e o tiro; ginástica médica baseada na ginástica pedagógica também visa à prevenção de doenças e por fim em ginástica estética preocupada com a graça, forma física do corpo.
- **Escola Alemã:** Que deu origem à ginástica baseada na fundamentação da força, sendo que esta escola foi a base para a criação da ginástica olímpica, foi onde foram criados a barra fixa, pararelas e o cavalo.
- **Escola francesa:** Que deu origem a ginástica orgânica “era da inspiração” que caracterizou a ginástica pelas paradas bruscas e os movimentos rápidos. Dividindo a ginástica em: Civil e industrial, militar, medica e cênica. Sendo que a escola francesa pregou o uso de exercícios como marchar, saltar, puxar, empurrar e de equilíbrio.
- **Escola Inglesa:** Os esportes em grupos visavam o espírito de equipe e a introdução da ginástica em competições.
- **Escola Russa:** Estimulou o fisiculturismo, e tinha como objetivo estimular um corpo formidável o espírito coletivo e a disciplina.
- **Calistenia:** exercícios realizados com musica e ritmo. Sendo aplicado este método de ginástica no seu inicio a pessoas obesas, fracas e enfermas de todas as idades.

Somente a partir do ano de 1800, com a Era Industrial, a ginástica passou a ter também uma conotação de saúde sendo capaz de corrigir vícios posturais decorrentes do trabalho (ginástica laboral). (COPACABANARUNNERS, s.d.).

CAMPOS DE ATUAÇÃO DA GINÁSTICA

Conforme Paoliello (s.d), os campos de atuação da ginástica descritos as seguir englobam todas as modalidades de ginástica com caracterizais competitivas ou não.

- **Ginásticas de Condicionamento Físico:** englobam todas as modalidades de ginástica que tem por objetivo a aquisição ou a manutenção da condição física do indivíduo normal e/ou do atleta.
- **Ginásticas de Competição:** reúnem todas as modalidades competitivas de ginástica (rítmica olímpica etc.).
- **Ginásticas Fisioterápicas:** responsáveis pela utilização do exercício físico na prevenção ou tratamento de doenças.
- **Ginásticas de Conscientização Corporal:** reúnem as Novas Propostas de Abordagem do Corpo, também conhecidas por Técnicas Alternativas ou Ginásticas Suaves, que foram introduzidas no Brasil a partir da década de 70, tendo como pioneira a anti-Ginástica. Que tiveram a sua origem na busca da solução de problemas físicos e posturais.

- **Ginásticas de Demonstração:** Também chamada de Ginástica Geral, cuja a principal característica é a não-competitividade, tendo como função principal a interação social entre os participantes.

Tipos de ginástica e as modalidades tradicionais mais procuradas

De acordo com a Confederação Brasileira de Ginástica a ginástica é uma modalidade bastante abrangente que, fundamentada nas atividades que valem de vários tipos de manifestações, tais como danças, expressões folclóricas e jogos, expressos através de atividades livres e criativas, que objetivam promover o lazer saudável, proporcionando bem estar físico, psíquico e social aos praticantes, favorecendo a performance coletiva, respeitando as individualidades, em busca da auto-superação pessoal, sem qualquer tipo de limitação para a sua prática, seja quanto às possibilidades de execução, sexo ou idade, ou ainda quanto à utilização de elementos materiais, musicais e coreográficos.

Segundo diversos autores como Gaio & Góis (s.d.), Guerreiro (s.d) e Fernandez, (2006) a ginástica artística, aeróbica esportiva, ginástica acrobática, trampolim e ginástica para todos entre outras técnicas descritas a seguir:

- **Ginástica Artística:** Praticada desde a Antigüidade, a modalidade ganhou sua forma moderna pelas mãos do professor alemão Friedrich Ludwig Jahn, que formulou regras e aparelhos, e abriu o primeiro campo de ginástica de Berlim, em 1811. Na ginástica artística, a competição pode ser individual ou por equipes, sendo aberta a homens, que disputam seis provas (salto, cavalo, argolas, barra fixa, paralelas e solo); e mulheres, que disputam quatro provas (salto, trave, paralelas e solo). Seu principal objetivo é conseguir a melhor nota na avaliação dos juízes, que avaliam o grau de dificuldade dos movimentos e a execução.
- **Ginástica Rítmica:** Começou a ser praticada no século XIX com coreografias básicas e conhecida como ginástica de grupo. À medida que a complexidade das coreografias foi aumentando, a partir do fim da Primeira Guerra Mundial, o interesse e o encanto do público cresceram, até que a modalidade fosse reconhecida pela FIG em 1962. Consagrada por sua inegável graça e beleza plástica, a modalidade é exclusivamente feminina, com provas individuais e de conjunto, que usam cinco aparelhos (fita, corda, maça, bola e arco). Incorpora muitos movimentos do balé clássico, com ritmo e graça.
- **Ginástica de Trampolim:** As origens do trampolim repousam na Idade Média, nas performances dos acrobatas e dos trapezistas de circo com seus saltos realizados a partir do impulso da rede de segurança. Nesta modalidade o atleta e ou praticante fica sobre uma tela, de nylon, de 5m x 3m, e começa a saltar até atingir cerca de 6m de altura e executa 20 elementos técnicos. Sendo esta modalidade de ginástica praticada tanto por homens como por mulheres. Há também o trampolim sincronizado, em que atletas se apresentam em trampolins diferentes, mas executam os movimentos simultaneamente.
- **Ginástica aeróbica (Alto e Baixo Impacto):** Combinação da ginástica clássica com dança. Sendo considerada como uma forma de treinamento dinâmico com movimentos rítmicos flanqueado com música motivadora. Sendo o seu elemento principal coordenação motora e o fitness. Caracterizada pela prática de movimentos rítmicos e intensos com elevado gasto calórico e de impacto sobre as articulações, ou ainda pela prática de exercícios isotônicos.
- **Ginástica localizada:** Uma das mais tradicionais formas de fazer exercícios físicos e o seu nome se refere O nome ginástica localizada é colocada pela forma como ela é feita, com os exercícios priorizando séries para cada segmento muscular ou pelos segmentos articulares, sendo a série de exercícios nesta modalidade de ginástica tem

um número elevado de repetições para grupos musculares distintos, com o fim de moldar o corpo.

- **Ginástica geral:** é uma das modalidades ou atividades mais requisitadas nas academias/ginásios, em especial para atendimento de grupo adultos, que querem melhorar o tônus muscular nas regiões abdominais, parte posterior de membros superiores e também coxas e glúteos.
- **Ginástica abdominal hipopressiva:** Consiste numa classe de ginástica composta por exercícios posturais. As técnicas hipopressivas são baseadas na manutenção de uma determinada postura durante um determinado tempo, provocando de imediato uma queda da pressão intra-abdominal e intra-torácica e uma modificação do esquema corporal. Este tipo de ginástica tem por objetivo tonificar o pavimento pélvico e a parede abdominal, normalizando as tensões dos músculos anti-gravíticos e parietais implicados no equilíbrio postural.
- ✓ **Ginástica laboral:** Modalidade de atividade física orientada, praticada durante o horário do expediente, no local de trabalho e que visando benefícios pessoais no trabalho. Tais como minimizar os impactos negativos oriundos do sedentarismo na vida e na saúde do trabalhador e com redução da incidência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. Além de uma série de outros métodos baseados na prática de ginástica tais como o Pilates, *Step*, *Boddycombat*, *Isostretching*.

Onde se pode praticar ginástica?

A prática de ginástica pode ocorrer tanto em campos público, ao ar livre, em lugares centrais de fácil acesso para as pessoas, como praças, centros esportivos, ginásios, academias, em escolas e até mesmo no domicílio do aluno praticante, desde que devidamente equipado e adequado de forma que possa possibilitar as pessoas que ali vão praticar atividades físicas e ginástica, possibilidades para correr, pular/saltar e atirar/joga (TAFFAREL, s.d.)

Equipamentos utilizados durante a prática de ginástica

Os equipamentos utilizados durante a prática de ginástica são bastante variáveis e vão depender do tipo de exercício que se pretende realizar. As seguir e apresentando uma relação de equipamentos utilizados durante a prática de ginástica e os tipos de exercícios que abrangem conforme o descrito por Taffarek (s.d).

- Barra fixa, barras, barras paralelas,
- Cavalo de pau com e sem alças,
- Equipamentos para escalar, como torres e outros, trave olímpica,
- Campo de jogos,
- Ringue,
- Pista para cabo de guerra,
- Outros utensílios: halteres, bolas, bastões, cama elástica, vestuário adequado e etc.

Exercícios de ginástica e a sua classificação

Os exercícios de ginástica abrangem uma gama de movimentos com velocidades e formas de execução bastante variáveis. Conforme Taffarek (s.d), os exercícios que compreendem a modalidade de atividade física da ginástica podem ser divididos em diferentes formas descritas as seguir com a exemplificação de cada um:

- **Formas básicas do atletismo:** caminhar, correr, saltar, salto com vara, atirar;
- **Formas básicas da ginástica:** puxar, empurrar, levantar, carregar, espichar;

- **Exercícios com aparelhos:** oscilar, balançar, embalar, inclusive pré-exercícios (saltar sobre o cavalo de pau), exercícios na barra fixa exercícios nos aparelhos para trepar, exercícios na trave olímpica (balançar), exercícios na barra;
- **Exercícios com aparelhos manuais:** salto no aro, salto na corda;
- **Formas de luta:** ringue.

Podendo ainda segundo Taffarel (s.d) serem classificados:

- Exercícios livres como exercícios sem aparelhos (por ex. caminhar, correr, ficar parado e pular);
- Exercícios de pendurar como exercícios em aparelhos;
- Exercícios de apoio como exercícios em aparelhos;
- Exercícios gerais.

De acordo com Taffarel (s.d) os exercícios de ginástica podem ser classificados da seguinte forma:

- Conforme os membros e as articulações trabalhadas durante o movimento (braço, cabeça, tronco, etc.);
- Conforme as posições que o individuo realiza durante a ginástica (para frente, para o lado, para trás);
- Conforme a situações e/ou posição do corpo (de pé, pendurado, apoiado, etc.).

Novas tendências para a prática de ginástica e os seus equipamentos

Desde sua origem, a ginástica tem evoluído influenciada pelas diferentes culturas, e com isso tem sofrido várias transformações ao longo dos anos. Havendo várias manifestações da mesma, ou seja, vários métodos de ginástica que visam atender interesses diversos, que vão desde a estética e a performance até a busca da melhoria da saúde, além de interesses relacionados ao mercado de academias e aos padrões de corpo a serem buscados. Conforme Goyaz (2006), por volta de 1970, mais especificamente a partir da grande repercussão dos fundamentos dos exercícios cárdio-respiratórios, desenvolvidos pelo Dr. Keneth Cooper. Exercícios estes, chamados aeróbicos que despertaram o interesse de profissionais da Educação Física em todo o mundo e que os difundiram de diferentes formas e que tiveram grande repercussão na mídia. Tornando tais exercícios uma "febre" nas academias de ginástica em todo o mundo, uma vez que a ginástica aeróbica favorece a redução de percentual de gordura e produzem corpos "sarados".

Goyaz (2006) ressalta e afirma que atualmente, há uma diversidade de programas tais como: Musculação, Ginástica Localizada, Alongamento, *Step*, Hidroginástica oferecidas as pessoas em academias de ginástica em todo o mundo e que muitas outras modalidades mais recentes, ainda não definidas na bibliografia da área são encontradas em *folders* de *marketing* de academia ou em cursos promovidos no mundo *fitness*, com o intuito de atrair cada vez mais pessoas em busca do “corpo da moda”, de uma melhor performance ou da melhoria da saúde.

Tendo em vista os fatos supracitados segue abaixo uma relação de algumas modalidades atuais de ginástica e seus equipamentos que já são consideradas como novas tendências no mundo das academias conforme Espaço Vital (2005), basta clicar notícias (2008) e Aroeiraphysio (s.d).

- **Jump Fit Circuit:** Modalidade de ginástica que trabalha os músculos de uma forma em geral proporcionando um maior equilíbrio na musculatura. Nesta modalidade é utilizado o microtrampolim

- **Extreme 55:** modalidade de ginástica ideal para quem busca tonificar e definir a musculatura e reduzir a gordura. Trata-se de uma aula de ginástica localizada que usa halteres e *steps* baixos.
- **Power Mix:** modalidade de ginástica que utiliza barras e anilhas para trabalhar todo o corpo. A aula é dividida em três blocos intercalados com exercícios de treinamento cardiovascular. Sendo considerada como uma aula bastante simples, sem movimentos complicados cujo um dos seus principais objetivos é oferecer novos exercícios com barra, baseados nas atuais tendência *fitness* no mundo.
- **Fight Max:** mistura movimentos de boxe, caratê, *muay tai* e outras lutas. Tudo no ritmo da música! “É a evolução do *fitness* in combat”
- **Ritmix:** Modalidade que mistura *Hip-Hop*, Latino, Dance, *Funk*, *Jazz*, Árabe e outros estilos aos exercícios de ginástica.
- **Easy Strecht:** Baseada em técnicas norte-americanas e japonesas e tem a finalidade de melhorar a postura, realinhar as fibras musculares, desenvolver a flexibilidade e descomprimir a coluna. Os alunos utilizam um cilindro de polietileno como material facilitador para os exercícios.
- **Pilates:** Método que associa conceitos de *Rolfing*, *Polestar*, *Feldenkrais*, *Power Yoga*, *Isostretching*, *Fisioball*, *Gyrokinesis* e outras técnicas de conscientização corporal e teorias de controle motor

Além dos métodos supracitados ha uma gama de outros métodos que são considerados como novas tendências nas academias de ginástica e musculação atualmente. Dentre estes métodos Filho *et al.* (2007) ressaltam um método chamado *Iso Class System* consiste em um elaborado programa de preparação física global, que tem como base exercícios da ginástica olímpica desportiva, com ênfase na contração isométrica, dinâmica na flexibilidade, cujo principal objetivo é a obtenção do aumento da força muscular, de equilíbrio, coordenação motora, flexibilidade, concentração, consciência corporal e conseqüentemente uma melhor saúde.

Diante do que foi exposto ao longo do texto, pode-se observar que o mercado de academias vem oferecendo constantemente um grande leque de atividades físicas diferenciadas que se utilizam destas capacidades, acima relacionadas na busca por uma melhor qualidade de vida. Trazendo assim, ao público uma enorme variedade e variabilidade de modalidades de atividades físicas relacionadas a saúde, gerando constantemente novas tendências no campo da ginástica que ainda necessitam de maior fundamentação científica.

REFLEXÕES

Mediante está revisão de literatura pode-se concluir que praticamente todas as modalidades de atividade física desenvolvidas e praticadas na atualidade são modalidades de ginástica e /ou tiveram como base para a sua elaboração a ginástica. E que assim como há uma grande diversidade de técnicas e métodos de ginástica há também uma grande diversidade se aparelhos utilizados que vão desde as barras paralelas, bolas e fitas elásticas a equipamentos mais elaborados e mais alto custo como equipamentos de escalada, trampolins entre outros. Que visam o fortalecimento, a melhora da flexibilidade e tonicidade muscular na busca e estruturação de corpos perfeito. Podendo – se por fim concluir que diante o mercado de academias vem oferecendo constantemente um grande leque de atividades físicas/métodos de ginástica que ainda necessitam de maior fundamentação científica.

BIBLIOGRAFIA

1. AROEIRAPHYSIO. **Ginástica abdominal hipopressiva.** [s.d.]. Disponível em:< <http://aroeiraphysio.no.sapo.pt/gah.htm>>. Acesso em: 20 agosto 2008.

2. **BASTACLICAR. Cia Athletica de Curitiba completa dois anos com novas modalidades.** 2008. Disponível em: <http://www.bastaclicar.com.br/noticias/noticia_mostra.asp?id=8710>. Acesso em: 20 agosto 2008.
3. CARVALHO, S. H. F. **Ginástica Laboral - Ponto de vista.** Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=815>. Acesso em: 20 agosto 2008.
4. COPACABANRUNNERS. **O que é ginástica?.** [s.d]. Disponível em:<<http://www.copacabannerunners.net/ginastica-2.html>>. Acesso em: 20 agosto 2008.
5. ESPAÇO VITAL. **Novas modalidades agitam a Espaço Vittal.** 2005. Disponível em:<http://espacovittal.com.br/ver_materia.php?IdTipo=D&id=78<http://www.google.com.br/>>. Acesso em: 20 agosto 2008.
6. FERNANDEZ, S. F. **Ginástica localizada.** 2006. Disponível em:<http://cyberdiet.terra.com.br/cyberdiet/colunas/010511_fit_ginastica_localizada.htm>. Acesso em: 20 agosto 2008.
7. FILHO et al. **MEtudo iso class system de ginastica: Perfil antropometrico, de flexibilidade e forca dos praticantes. Revista Mackenzie de Educacao Fisica e Esporte,** v. 6, n.3, p.93-101, 2007.
8. GAIO, R.; GÓIS, A. A. **As ginásticas de ontem e de hoje: um estudo sobre gênero.** [s.d.]. Disponível em: <http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/G/Gaio-Gois_21.pdf>. Acesso em: 20 agosto 2008.
9. GOYAZ, M. **As possibilidades da ginástica na sua relação com o lazer e com a sociedade.** Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fef/article/viewFile/127/122>>. Acesso em: 20 agosto 2008.
10. OLIVEIRA, N. R. C. **Ginástica para todos: perspectivas no contexto do lazer. Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte,** v. 6, n. 1, p. 27-35, 2007.
11. PAOLIELLO, E. **O universo da ginástica.** [s.d.]. Disponível em: <http://www.ginasticas.com/conteudo/gimnica/gin_ginastica/ginasticas_com_gimnica_o_universo_da_ginastica.pdf>. Acesso em: 20 agosto 2008.
12. SESSO, J. **Ginástica de Ontem e de Hoje uma Abordagem Histórico-Cultural sob a Ótica da Formação Profissional em Educação Física.** [s.d.]. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/mostracademica/anais/4mostra/pdfs/334.pdf>>. Acesso em: 20 agosto 2008.
13. SHINOHARA, E. S. **Mapeamento do conhecimento da acupuntura no âmbito dos profissionais de educação física na cidade de Castro – PR.** 2007. 96f. Monografia [Pós- graduação em Acupuntura]: Faculdade Estadual de Educação Física e Fisioterapia de Jacarezinho Paraná, Instituto Brasileiro de Therapias e Ensino, Castro, 2007.
14. TAFFAREL, C. Z. **Ginástica na escola: Um diálogo crítico entre professores da Alemanha e do Brasil.** [s.d]. Disponível em:< http://www.faced.ufba.br/rascunho_digital/textos/579.htm>. Acesso em: 20 agosto 2008.

DIREITOS PARA LGBTTs: UMA AGENDA EM CONSTRUÇÃO**FOR RIGHTS OF LGBTTs: AN AGENDA IN CONSTRUCTION**

ANDRÉ GUSTAVO FERNANDES LIMA. Graduada em Serviço Social na Universidade Paranaense (UNIPAR).

PRISCILLA DOS SANTOS REMOR. Graduada em Serviço Social na UNIPAR.

ELMIDES MARIA ARALDI. Bacharel em Serviço Social. Docente da UNIPAR.

Endereço para correspondência: ANDRÉ, G.F.L. Praça Mascarenhas de Moraes, s/nº, Centro, CEP: 87400-000, Umuarama - PR.andrefernandes.ss@hotmail.com

RESUMO

A construção de políticas de inclusão social e de combate às desigualdades para a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTTs) requer construção e afirmação de medidas estratégicas, fundamentadas em preceitos ético-políticos que visem à garantia dos direitos e do exercício pleno da cidadania. Neste contexto, o presente estudo teve por objetivo realizar uma revisão de literatura sobre os Direitos voltados ao segmento de LGBTTs dando ênfase ao Plano Nacional de Promoção a Cidadania e Direitos Humanos de LGBTTs. A literatura pesquisada evidenciou que a questão da homossexualidade é um fenômeno social e individual cujo seu preconceito está intimamente relacionado a questões morais. Que na busca de se combater esse preconceito e as desigualdades sofridas pela população de LGBTT no Brasil surgiu o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBTTs o qual busca garantir a igualdade de direitos civis e sociais às pessoas independente do seu gênero, raça, orientação e opção sexual.

PALAVRAS-CHAVES: Homossexualidade, Plano Nacional de promoção da cidadania e direitos humanos de GLBTTs

ABSTRACT

The construction of policies of social inclusion and combating inequality for the population of lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBTTs) requires construction and affirmation of strategic measures, based on ethical and political principles aimed at ensuring the rights and full citizenship. In this context, this study aimed to conduct a literature review focused on the Rights of the segment LGBTTs emphasizing National Plan to Promote Citizenship and Human Rights LGBTTs. The literature showed that the issue of homosexuality is a social phenomenon and its individual whose bias is closely related to moral issues. That in an effort to combat the prejudice and inequalities suffered by the population of LGBTT in Brazil the National Plan for the Promotion of Human Rights and Citizenship LGBTTs which seeks to

guarantee equal civil and social rights for people regardless of their gender, race Orientation or sexual preference.

KEYWORDS: Homosexuality, National Plan for the promotion of citizenship and human

INTRODUÇÃO

Notícias recentes envolvendo homossexuais na mídia nos dão a noção exata de que o preconceito é a principal barreira contra a evolução do Direito e da sociedade, forçando um debate em torno do preconceito no emaranhado, visível e invisível do cotidiano de todos nós. Na maior parte das vezes, os fenômenos da intolerância, do preconceito e da discriminação em relação a gays, lésbicas (lesbofobia) e transgêneros (transfobia) devem ser tratados não com terapia e antidepressivos, como no caso das demais fobias, mas sim com a punição legal e a educação (LIMA & REMOR, 2010).

Diante desta resistência contra os novos caminhos e as novas famílias que estão se formando no Brasil e no mundo, ostentados pela aversão aos homossexuais, e, por extensão, a todos os que manifestem orientação sexual ou identidade de gênero diferente dos padrões impostos pela sociedade, se torna necessário um esforço no intuito de gerar ações capazes de consolidar direitos e reconstituir a cidadania da minoria da população tão alvejada de discriminações que é a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTTs) (LIMA & REMOR, 2010).

Neste contexto o presente estudo tem por objetivo realizar uma revisão de literatura sobre os Direitos voltados ao segmento de LGBTTs dando ênfase ao Plano Nacional de Promoção a Cidadania e Direitos Humanos de LGBTTs. Além disso, pretende-se com este estudo colaborar para a construção de uma sociedade mais justa, que de maior visibilidade às formas de enfrentamento do preconceito sexual

REFLEXÕES

O Estado de direito e a necessidade da construção de políticas sociais voltadas ao segmento LGBTTs

Segundo Couto (2008) e Lima & Remor (2010) a introdução dos direitos sociais como enunciadores da relação entre Estado e sociedade, está vinculada a um projeto de Estado social, constituindo em um novo patamar de compreensão dos enfrentamentos da “questão social”, incorporando-se às conquistas dos direitos civis e políticos. Pois, os direitos sociais são conquistas realizadas no século XX.

Entretanto, para se empreender o campo dos direitos faz-se necessário classificá-lo a partir da idéia de geração. Nesse contexto, os direitos civis e políticos são considerados de primeira geração, no qual são direitos exercidos pelos homens, individualmente e tem como princípio opor-se à presença da intermediação do Estado para o seu exercício. Os direitos sociais são considerados direitos da segunda geração, são exercidos pelos homens por meio da intervenção do Estado. Assim sendo, “É no âmbito do Estado que os homens buscam o cumprimento dos direitos sociais, embora ainda o façam de forma individual” (COUTO, 2008, p. 35). Destaca-se que tais direitos buscam o enfrentamento das desigualdades, isto é, ancora-se na ideia de igualdade.

Os direitos da terceira geração são fundados na ideia de solidariedade e são de natureza coletiva. É feito por meio de pactos entre povos e por organismos internacionais. Para Couto (2008) uma questão importante no campo dos direitos é que este tem sido um campo de luta nas sociedades modernas. Por isso, compreender o movimento que constrói os direitos (civis, políticos ou sociais) torna-se fundamental para pensá-lo como estratégia de enfrentamento das desigualdades sociais. Constatase que, na tradição liberal, os direitos são

proclamados a partir da liberdade e da autonomia, sem nenhuma forma de coação ou intervenção do Estado, critérios estes que foram se alternando com a evolução da sociedade.

A partir do século XX, com a introdução dos direitos sociais, começaram a ser identificadas as alterações no campo econômico e social. Pois, os direitos sociais, conforme Couto (2008) são fundamentados pela ideia de igualdade, uma vez que decorrem do reconhecimento das desigualdades sociais gestadas na sociedade capitalista. Nesse sentido, pode-se acrescentar que, os direitos sociais possuem caráter redistributivo, onde buscam promover a igualdade de acesso a bens socialmente produzidos, com o intuito de restaurar o equilíbrio para a coesão social.

Couto (2008) e Lima & Remor (2010) afirmam que, a concretização dos direitos sociais depende da intervenção do Estado, estando atrelado as condições econômicas e à base fiscal estatal para ser garantidos. Além disso, a autora enfatiza que, a sua materialidade dá-se por meio de políticas públicas. As políticas públicas buscam por meio de tratados, leis e constituições efetivar os acordos estabelecidos na órbita das relações sociais. Vê-se que, os direitos sociais enquanto direitos que podem ser cobrados e exercidos tem exigido das estruturas formais um reposicionamento e uma busca por mecanismos inovadores que possam garantir a conquista desses direitos. No entanto, a simples existência de garantias legais não se traduz em garantias de direitos sociais. Assim, pode-se constatar que: [...] “o próprio acesso às leis e ao seu aparelho jurídico formal tem sido dificultado aos segmentos populacionais pauperizados, o que tem reforçado a máxima de que existem leis em abundância e pouca efetividade no seu cumprimento” [...] (COUTO, 2008, p. 56). Cabe destacar que, na construção de direitos, bem como na sua afirmação por meio de um aparato jurídico, sejam eles civis, políticos ou sociais, tem centralidade a discussão do papel do Estado.

Alguns aspectos históricos sobre a sexualidade

A questão da sexualidade e da homossexualidade se constitui tanto em um fenômeno social quanto num fenômeno individual, pois em muitos lugares do mundo continua sendo considerada uma questão muito controversa, por haver oposição de muitos que se baseiam em questões morais. Visto sob uma perspectiva histórica e transcultural, observa-se que, dada a diversidade da cultura humana, não é surpreender que a homossexualidade seja expressa com uma ampla variedade de formas e seja vista de modos nitidamente contrastantes durante diferentes períodos históricos e em diferentes sociedades. Em algumas épocas e lugares, a homossexualidade era elemento aceito da vida cotidiana. Em outros contextos, tem sido considerada ofensa moral, punível com a morte; ou designada com anomalia digna de pena a ser curada com tratamento médico. Antropólogos culturais têm desenvolvido sistemas elaborados para caracterizar as estruturas sociais e funções associadas à homossexualidade dentro de sociedades em particular. Temos com exemplo histórico a sociedade da Grécia Antiga que via a homossexualidade de maneira diferente das demais (LIMA & REMOR, 2010).

Nas cidades-estado da Grécia Antiga, a homossexualidade masculina tanto feminina era socialmente aprovada e prática institucionalizada associada a instituições militares, educacionais e religiosas. Tal atividade não interferia em outros aspectos da vida social como no casamento heterossexual e funções de pais. Recentemente, a atenção de estudiosos tem sido dada à homossexualidade socialmente aceita dentro de algumas culturas americanas nativas tradicionais. São exemplos menos conhecidos as várias práticas homossexuais socialmente aceitas em sociedades em desenvolvimento ou tradicionais. Pode-se perceber que, quando se discute a questão da homossexualidade, há que se discutir de forma clara as questões da própria sexualidade e da heterossexualidade levando em consideração aspectos históricos e culturais. Isso porque, via de regra, quando se discute sexualidade parte-se do pressuposto que a definição do sexo do ser humano é feita com base nos órgãos genitais externos que, desde a fase embrionária, desenvolvem-se com maior ênfase a partir da sétima

semana de gravidez e é com base nesses padrões externos que se condicionam padrões comportamentais pré-estabelecidos socialmente, que de uma forma onde outra, influenciar a orientação sexual do indivíduo (LIMA & REMOR, 2010).

O que se vê claramente é que a sexualidade ou identidade sexual, não pode ser definida apenas pelas características externas dos órgãos sexuais, pois, sabe-se que:

[...] ao redor dos nossos corpos estão os modos como percebemos, sentimos, definimos, entendemos e, acima de tudo, praticamos o sexo, isso significa que a sexualidade humana vai muito além dos fatores meramente fisiológicos, pois é transpassada por concepções, valores e regras que determinam, em cada sociedade, em cada grupo social e em cada momento da história aquilo que é tido com certo ou errado, apropriado ou impróprio, digno ou indecente. (MELLO-NETO & AGNOLETI, 2010, p.4).

Fato é que questões em torno da sexualidade, heterossexualidade e homossexualidade vem há muito tempo sendo discutidas. Percebe-se que Hobbes, Locke, Rousseau dedicaram-se a buscar a natureza humana a existência de direitos inatos ao homem. Mais tarde essas concepções transformaram-se em exigências dirigidas contra o absolutismo do século XVIII, e que desencadearam movimentos de independência e revolucionários de extrema importância para a consolidação dos mesmos até a atualidade. Percebe-se também que, o homem sempre buscou transformar o mundo onde vive no que diz respeito à esfera material e às regras de conduta, visando sua sobrevivência e dos outros. Nesse percurso histórico passou de sujeito de deveres a sujeito de direitos, os quais surgem como direitos naturais universais, desenvolvem-se como direitos positivos genéricos e atingem a universalização e especificação.

No final da década de 70, no Brasil, a sociedade vê cada vez mais crescerem as lutas pelos direitos positivos genéricos e, na medida em que avançava o processo de redemocratização, surgiram diversos movimentos sociais em defesa de grupos específicos e de liberdade sexual, uma vez que, a homossexualidade passa a ser vista numa transgressão ao padrão de gênero social e a heterossexualidade como padrão ou norma desejável a seguir em seus mais fortes pressupostos, incentiva o abandono de identidades não-normativas favorecendo uma perspectiva que reforça o poder de determinados grupos em detrimento de outros, marginalizados e invisibilizados; também demonstram que a auto-reprodução da heterossexualidade não é natural, antes faz parte de um processo social. De acordo com Dias (2010), o que se vê, com certeza é que tudo que diz com a sexualidade são envolto em uma aura de mistério, sempre despertando curiosidade e profunda inquietação, tudo que se situa fora dos estereótipos resta por ser rotulado de “anormal”, ou seja, fora da normalidade, que não se encaixa nos padrões convencionais. A sociedade tem valores culturais dominantes em cada época e um sistema de exclusões muitas vezes baseado em preconceitos estigmatizantes, como é o caso da homossexualidade. Entretanto, presenciamos a evolução dos costumes e a mudança dos valores, dos conceitos de moral e de pudor, destruindo barreiras de debates sobre temas referentes à orientação sexual, que deixou de ser “assunto proibido” permitindo ser abordado abertamente, sendo retratado na mídia, como cinemas e novelas. A visão polarizada sempre é extremamente limitante, sendo farto o anedotário sobre gays. Portanto, ainda que a sociedade se considere heterossexual, a homossexualidade existe desde que o mundo é mundo, nas culturas ocidentais contemporâneas, é marcada por um estigma, renegando à marginalidade aqueles que não têm preferências sexuais dentro de determinados padrões de estrita moralidade. No entanto a homossexualidade é um fato que se impõe e não pode ser negado, estando a merecer a tutela jurídica, ser enlaçado como entidade familiar, o que não vai transformar a família nem estimular sua prática (DIAS, 2010; LIMA & REMOR, 2010).

Políticas públicas e políticas sociais: aspectos conceituais

Políticas públicas, de acordo com Adams (2006) são ações públicas assumidas pelos governos, instituições públicas estatais com ou sem participação da sociedade que caracterizam direitos humanos coletivos ou direitos sociais garantidos em lei. Ela compreende tudo o que o Estado faz ou deixa de fazer. Nessa compreensão, as políticas públicas podem oportunizar a melhoria da qualidade de vida da população redistribuindo renda, ou pode privilegiar setores dominantes da sociedade aumentando ainda mais a concentração da renda e da desigualdade social. Já as políticas sociais iniciaram no Brasil no período Vargas quando as políticas públicas começaram a privilegiar setores ligados ao desenvolvimento econômico enquanto crescia rapidamente o número de marginalizados (ADAMS, 2006; LIMA & REMOR, 2010).

O autor supracitado destaca que, as políticas públicas e políticas sociais são sempre um resultado do jogo de forças que se estabelece no âmbito das relações de poder na sociedade. Nessas relações participam, mais ou menos, todos os setores organizados da sociedade, com os mais diversos interesses. É uma relação de disputa que se dá ou repercute também nas instâncias dos poderes tradicionais e nos novos espaços institucionais como são os conselhos paritários. O jogo de forças sociais motivados pelos diferentes interesses na sociedade envolve a dimensão política, econômica, educativa e cultural. É assim que se exerce o poder na sociedade.

As políticas e as lutas em favor da homossexualidade

De acordo com Silva (2008) os movimentos em defesa dos direitos dos homossexuais começaram a se organizar, principalmente nos Estados Unidos, em meados do século XX. O grande marco da luta destes movimentos foi a “Rebelião de Sto. Newal”: comuns nos anos 1950 e 1960, as batidas policiais em bares gays de Nova York, com o objetivo de humilhar e espancar homossexuais, foram pela primeira vez refutados em julho de 1969, quando não só frequentadores desses bares, mas, também, a comunidade vizinha ao bar uniram-se e enfrentaram a polícia. Nos anos 80, um novo obstáculo foi apresentado aos movimentos de libertação sexual: a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Anterior a esse período, a década de 1970 foi marcada pela fundação do grupo SOMOS, reconhecido como precursor da luta homossexual, mas atualmente o movimento agrega lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, pautando a homossexualidade como tema político. A expansão dessas idéias vai se configurando no denominado Movimento LGBTTs, cujas reflexões e práticas ativistas têm promovido importantes mudanças de valores na sociedade brasileira. Estas mudanças deram visibilidade política para os problemas tanto da vida privada como das relações sociais que envolvem as pessoas LGBTTs. Voltando à década de 80 e ao surgimento da epidemia HIV/AIDS, vê-se uma grande mobilização de apoio do governo brasileiro aos movimentos de mobilização da população homossexual masculina na prevenção da doença (SILVA, 2008; LIMA & REMOR, 2010).

De acordo com Santos (2007) a fundação do SOMOS, em 1978, é considerada o marco no início da luta política dos homossexuais em São Paulo e no Brasil. Este era um momento de extrema efervescência política, oriunda do processo de abertura do regime militar, milhares de movimentos sociais emergiam em torno de diversas reivindicações coletivas. Juntamente com a mobilização das mulheres contra o machismo e o sexismo, os homossexuais, buscaram, pela primeira vez no país, politizar a homossexualidade, a fim de romper os limites do gueto e reivindicar direitos iguais. Com outros movimentos sociais da época, o movimento homossexual dava grande ênfase à sua autonomia em relação a partidos políticos. Também propunha um modelo igualitário de identidade sexual, rejeitando modelos hierárquicos de relações sexuais/afetivas presentes na cultura brasileira e reivindicando uma identidade homossexual na qual se identificariam todos aqueles que eram vítimas da discriminação e do preconceito independentemente das diferenças existentes dentro da comunidade homossexual (FRY, 1982; LIMA & REMOR, 2010).

Na década de 90, devido ao avanço da epidemia e ao processo de desmobilização dos grupos homossexuais em curso, o caráter da militância homossexual sofreu grande mudança. A emergência da doença inaugurou uma nova fase do movimento (FACCHINI, 2002). Embora basicamente envolvidos com atividades voltadas ao combate à AIDS, vários grupos mantiveram atividades mais relacionadas à discussão em torno da homossexualidade. O principal deles foi o Grupo Gay da Bahia (GGB), que continuou a se empenhar em campanhas, como, a campanha, pela mudança do código de classificação de doenças dos INAMPS em 1982, que descrevia a homossexualidade como “desvio ou transtorno sexual”. Outra importante ação do movimento homossexual foi a campanha pela mudança do Código de Ética dos Jornalistas, organizada pelos grupos Triângulo Rosa (RJ), GGB (BA) e Lambada (SP), incluindo o termo “orientação sexual” nas proibições do Artigo 10, a fim de minimizar “os preconceitos constantemente reafirmados pela imprensa” (SILVA, 1993).

Na década de 90 também houve uma rearticulação do movimento homossexual a partir do VII Encontro Brasileiro de Lésbicas e Homossexuais, realizado em Cajamar, Estado de São Paulo, em 1993. De acordo com Facchini (2002) o encontro teve aumento significativo no número de participantes, com o predomínio dos grupos lésbicos, e contou, também, com a presença de novos grupos gays e mistos da cidade, além de diversas ONG-AIDS. Tal diversidade de atores refletiu-se nas discussões que ocorreram desde a paridade entre gays e lésbicas nas instâncias do movimento, a participação do movimento homossexual no consórcio de vacinas anti-HIV e no I Congresso de Movimentos Populares, até a possível criação de uma entidade para articular o movimento em âmbito nacional.

Outro importante evento para a rearticulação do movimento em São Paulo foi a XVII Conferência da ILGA, no Rio de Janeiro, em 1995, que contou, com a presença de vários militantes homossexuais de São Paulo. A sexóloga e então deputada Marta Suplicy, apresentou a primeira versão do projeto de lei de união civil entre pessoas do mesmo sexo, tema que mobilizou boa parte das discussões do encontro e que possibilitou, posteriormente à conferência, a reunião da Marta Suplicy com militantes de São Paulo. Em 1997, o IX Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Travestis que Trabalham com AIDS ocorreu mais uma vez em São Paulo, com a participação de 52 grupos tanto na militância GLT, como de ONG-AIDS e simpatizantes. Havia muito conflito entre seus organizadores, sendo que vários grupos foram excluídos da comissão de organização. Apesar disso, foi neste ano que os grupos de São Paulo organizaram a Parada do Orgulho GLT, que se tornou símbolo do movimento homossexual no Brasil. Mesmo depois de uma primeira tentativa frustrada em 1996, aproximadamente duas mil pessoas seguiram pela Avenida Paulista com o intuito de atrair a atenção da sociedade e dar visibilidade pública às reivindicações dos homossexuais (SANTOS, 2007).

O que se pode perceber é que, ao combinar diversas formas de ação, o movimento homossexual conseguiu dar visibilidade à suas causas em distintas ações de defesa da população homossexual. Essas ações tiveram como resultado uma maior interlocução com os poderes públicos para a garantia de uma legislação favorável à comunidade homossexual, como a criação do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

O Programa Brasil Sem Homofobia

A homofobia caracteriza o medo e o resultante desprezo pelos homossexuais que algumas pessoas sentem e descreve uma repulsa face às relações afetivas e sexuais entre pessoas do mesmo sexo, um ódio generalizado aos homossexuais e todos os aspectos de preconceito heterossexista e discriminação anti-homossexual. De acordo com Rossi (2008) e Lima & Remor (2010) o programa “Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBTTs e de Promoção da Cidadania Homossexual”, foi desenvolvido pela Secretaria Especial de Direitos Humanos, órgão vinculado a Presidência da

República, conjuntamente com o Movimento Homossexual Brasileiro, hoje denominado de Movimento de LGBTTs. A criação deste programa foi uma das reivindicações do Movimento de LGBTTs junto ao Estado, visando garantir a cidadania da comunidade LGBTTs no Brasil através da criação de políticas afirmativas dos direitos dos homossexuais. O Programa Brasil sem Homofobia pode ser entendido como a materialização das reivindicações do Movimento LGBTTs que vem sendo fortalecido pelos vários movimentos sociais engendrados pela sociedade civil.

Esses movimentos sociais trouxeram várias reivindicações políticas, que segundo Lima & Remor (2010) incluem tanto um novo sindicalismo operário, rompendo com o tradicional modelo de paternalismo estatal e da subordinação sindical, como também a emergência de movimentos mais relacionados às reivindicações do cotidiano”. Percebe-se nesse contexto que as políticas públicas de equiparação de direitos dos homossexuais e de combate à violência e a discriminação homofóbica contribuem para a organização de pessoas que lutam por objetivos comuns e, o Movimento LGBTTs tem suas reivindicações pautadas no ideal de igualdade, desconsiderando as contradições do modelo capitalista de organização da sociedade.

O Programa Brasil sem Homofobia busca a erradicação da homofobia e contribui para o enfrentamento e ao combate à AIDS e à violência urbana que não se atinge somente os sujeitos LGBTTs. E, para além da luta pelo reconhecimento de seus legítimos direitos civis, sociais e políticos, sua atuação tem se desdobrado em um notável engajamento no enfrentamento de graves problemas de interesse público, sendo casos exemplares de sua mobilização em torno da luta contra HIV/AIDS no País e do combate à violência urbana. Em ambos os contextos, têm visto surgir uma eficiente parceria entre grupos LGBTTs e órgãos de saúde e de segurança pública municipais, estaduais e federais (ROSSI, 2008). Vê-se que, um dos princípios fundamentais do Programa Brasil sem Homofobia é a questão da tolerância frente à diversidade, ou seja, ao princípio ético intrínseco ao modelo social estabelecido.

Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBTTs

Como vimos desde a década de 1980, o Ministério da Saúde do Brasil adotou estratégias e fez parcerias com vários movimentos sociais vinculados à defesa dos direitos da população de LGBTTs. Esta estratégia fortaleceu a participação destes grupos na luta pela saúde, e deu início a esta trajetória. Como resposta a adoção destas estratégias e parcerias, houve no país a formulação de uma Política Nacional de Saúde Integral de LGBTTs inspirada no Programa Brasil sem Homofobia, lançado em 2004 pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, que conclamou o Ministério da Saúde ao cumprimento das diretrizes de Governo (IRINEU; BERTOLINI, 2008). Mais tarde como resultado da 1ª Conferência Nacional LGBTTs, ocorrida em Brasília – DF, nos entre os dias 5 e 8 de junho de 2008, foram elaboradas diretrizes e ações de políticas públicas voltadas para garantir a promoção da cidadania e dos Direitos Humanos ao segmento de LGBTTs como base em diretrizes e preceitos éticos e políticos previstos na constituição federal de 1988 que visam à garantia dos direitos e do exercício pleno da Cidadania por todo e qualquer cidadão no país.

As diretrizes e ações de políticas públicas voltadas para o segmento LGBTTs supracitadas, fez com que no ano seguinte de 2009, fosse lançado no Brasil pelo Governo Federal em conjunto com a sociedade civil, o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBTTs. Na época este plano foi elaborado por uma comissão técnica interministerial, que tinha como objetivo firmar a consolidação da democracia frente às questões relacionado à minoria populacional do segmento de LGBTTs, e que posteriormente seriam implementados pelo poder público em todo o país. Composto por 51 ações e 180 diretrizes, criadas no intuito de concretizar as políticas de Estado que envolve temas como legalização de adoção por casais homossexuais e reconhecimento de união estável entre

indivíduos do mesmo sexo, entre outros projetos de lei que tramitava no congresso nacional para votação desde 1996 e que ainda não foram aprovados. O Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBTTs dentro deste contexto veio para orientar todas as decisões e propostas a respeito dos direitos civis e sociais do segmento LGBTTs e assim levou o Brasil a se posicionar de maneira sólida para garantir a igualdade de direitos entre cidadãos heterossexuais e homossexuais no sentido de fazer como que todos os indivíduos sejam reconhecidos como cidadãos de fato, que podem e devem gozar de sua cidadania em sua totalidade. Assim, a partir da elaboração de tal plano deu-se início no país ao desenvolvimento de ações que tem permitido a construção de uma cultura mais tolerante ao pluralismo sexual, dando acesso ao pleno exercício da cidadania do segmento LGBTTs da população Brasileira, por tratar das questões dos Direitos Humanos como verdadeira política de Estado, ultrapassando barreiras partidárias e conjuga distintas filosofias e crenças para garantindo os recortes de gênero, orientação sexual, raça/etnia, origem social, procedência, nacionalidade, atuação profissional, religião, faixa etária, situação migratória, especificidades regionais, particularidades da pessoa com deficiência aplicando o princípio da igualdade. Tendo os seus objetivos gerais voltados para a orientação e a construção de políticas públicas de inclusão social e de combate às desigualdades para a população LGBTTs (LIMA & REMOR, 2010). Segundo Brasil (2009) o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBTTs tem seus objetivos específicos voltados para:

Promover os direitos fundamentais da população LGBTTs brasileira, de inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, dispostos no art. 5º da Constituição Federal; Promover os direitos sociais da população LGBT brasileira, especialmente das pessoas em situação de risco social e exposição à violência; Combater o estigma e a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero (BRASIL, 2009, p.10).

Baseado nos objetivos supracitados é possível se observar na atualidade que tal plano tem desempenhado importantes ações no combate a toda forma de discriminação e violência em razão da orientação sexual e identidade de gênero das pessoas LGBTTs. Sendo um dos movimentos mais importantes e representativos da sua contribuição para a afirmação dos direitos humanos a todos os indivíduos do segmento LGBTTs e a realização da Parada Gay em São Paulo. Além dos fatos anteriormente citados, Brasil (2009) ressalta que o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBTTs é orientado por 5 princípios básicos da igualdade e respeito à diversidade sendo eles: a equidade, a laicidade do Estado, a universalidade das políticas, da justiça social, da transparência dos atos públicos e da participação e do controle social, ambos fundamentados na Constituição Federal Brasileira em vigor.

Dignidade da pessoa humana (inciso III do art. 1º da Constituição Federal); Igualdade de todos os cidadãos perante a lei, sem distinção de qualquer natureza e garantia da inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. (art. 5º da Constituição Federal); [...] respeito à diversidade de orientação sexual e promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. (inciso IV do art. 3º da Constituição Federal); Direito à Cidadania (inciso II do art. 1º da Constituição Federal); Direito à educação, à saúde, ao trabalho, à moradia, ao lazer, à segurança, à previdência social, à proteção à maternidade e à infância, à assistência aos desamparados (art. 6º da Constituição Federal); Liberdade de manifestação do pensamento (inciso IV do art. 5º da Constituição Federal); Laicidade do Estado: a pluralidade religiosa ou a opção por não ter uma religião é um direito que remete à autonomia e a liberdade de expressão, garantidos constitucionalmente; Inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da honra e da imagem das pessoas (inciso X do art. 5º da Constituição Federal). A universalidade dos direitos humanos deve estar acima de qualquer quadro de discriminação e das variadas formas de

violência praticadas socialmente. Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos”. (BRASIL, 2009, p.12-13).

Baseado nos princípios supracitados o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT, mostra-se como um grande avanço e um importante instrumento no rumo ao fortalecimento do Programa Brasil sem Homofobia que contempla reivindicações históricas do movimento LGBTTs organizado e tem ações que devem se tornar políticas de Estado em curto (2009) e médio prazo (2010 e 2011) e longo prazo (2012). Entretanto, de acordo com Brasil (2009) todas as ações e diretrizes preconizadas pelo Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBTTs encontram-se divididas em 2 eixos estratégicos de atuação. Onde o primeiro eixo é voltado à formação e promoção do conhecimento, formação de atores, defesa e proteção dos direitos, sensibilização e mobilização; E o segundo voltado para a formulação e promoção da cooperação federativa, a articulação e fortalecimento de redes sociais, a articulação com outros poderes, a cooperação internacional e a gestão da implantação sistematizada da política LGBT. Além dos fatos anteriormente citados PT (2008) relata que para o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBTTs conseguir alcançar seus objetivos e promover a cidadania de LGBTTs, a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação, é necessário que este plano reafirme seus objetivos constantemente em conjunto com todas as esferas do poder brasileiro (nível federal, municipal e estadual) a fim de promover:

a manutenção do diálogo, entre seus órgãos, e com a sociedade civil, com vistas à convalidação de direitos e à promoção da cidadania LGBTTs; seja pela ampliação, transversalidade e capilaridade de políticas públicas; pelo legislativo e pelo avanço jurisprudencial que reconheça, no ordenamento constitucional, a legitimidade de direitos e garantias legais reivindicadas pelo público LGBTT em suas especificidades; a busca de apoio na comunidade internacional para a retomada, junto ao conselho de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), das discussões para a aprovação de uma nova resolução dedicada aos Direitos Humanos e a Orientação Sexual e Identidade de Gênero, a exemplo da Resolução já aprovada na OEA, também apresentada pelo Brasil. [...] o cumprimento dos objetivos do Programa Brasil sem Homofobia e na aprovação dos projetos de lei que criminalize a homofobia; que reconheça a união civil de pessoas do mesmo sexo e que autoriza a mudança do nome civil das travestis e transexuais pelo seu nome social [...] aprofundar os esforços, reflexões e ações por parte do poder público (nos três níveis), em prol da consolidação de direitos de toda a comunidade LGBTTs, a fim de que as futuras gerações possam viver num mundo onde toda mobilidade de preconceito e discriminação, motivadas por questões raciais, religiosas, políticas e de orientação sexual e identidade de gênero, estejam definitivamente suprimida [...] (PT, 2008, p.6).

PT (2008) e Lima & Remor (2010) relatam que a nível municipal as Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBTTs deve promover a:

[...] garantir que nenhum cidadão de LGBTTs deixe de receber atendimento médico em função de sua orientação sexual [...]; Na Educação, criar uma rede de garantia de acesso e permanência de LGBTTs [...]. No tocante ao funcionalismo público, em cujo seio se reflete o preconceito enraizado na sociedade em geral, é preciso ir além da sensibilização inicial. Neste aspecto, a administração municipal deve ter papel proativo para impedir que haja negligência, antecipando-se às práticas discriminatórias antes que elas ocorram; Para LGBTTs em situação de rua, garantia de vagas nos albergues com acompanhamento para que não haja constrangimento [...]; Assegurar o caráter laico do poder público [...]. Ampliar a participação da comunidade LGBTTs, incentivando a auto-organização, promovendo audiências públicas para haver interlocução com a sociedade civil [...]; Organizar e realizar cursos de formação continuada para operadores do Direito, visando capacitar um número cada vez mais de profissionais para atuarem na defesa da comunidade LGBTTs (PT, 2008, p, 6-7).

Entretanto, para obter a garantia de execução das propostas acima referidas conforme PT (2008) é necessária que em nível Municipal o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBTTs crie uma Coordenadoria da Cidadania LGBTTs, uma instância de estudo, análise, proposição, implementação e acompanhamento das políticas públicas transversais, que afetam a população LGBTTs. E que tal conselho seja composto por representantes das diversas secretarias municipais e por membros do movimento LGBTTs de cada cidade. Pois, tal Conselho deve ser um órgão que permita a participação da sociedade civil organizada nas políticas públicas voltadas ao segmento LGBTTs, realizando o controle social e monitorando a implementação das ações. Portanto, ao nos basearmos em todos os fatos anteriormente expostos ao longo destes textos podemos perceber que estamos presenciando avanços na promoção da cidadania de LGBTTs atualmente no Brasil, e que tem havido o reconhecimento do direito sexual como direito humano. Haja vista que nesta década tem havido inúmeras discussões e debates a respeito da violência sexual e da saúde reprodutiva das mulheres e que hoje atinge outros atores sociais que sofrem violação de seus direitos devido à sexualidade, como é o caso do público do segmento LGBTTs e profissionais do sexo, como tantos outros. Neste contexto, pode-se observar que mesmo que vivamos em um Estado democrático de direito, as práticas sociais e institucionais expostas e vivenciadas em nosso dia-a-dia evidenciam a criminalização, a estigmatização e marginalização de pessoas por motivos de sexo, orientação sexual e/ou identidade de gênero. Fatos estes que não podem ser aceitos nem mesmo ignorados quando se vive em um Estado democrático, que prima pela igualdade social e de direitos (LIMA & REMOR, 2010).

Mesmo que os direitos civis sejam exercidos individualmente pelos homens e não necessitam da intermediação do Estado para seu pleno exercício, diferentemente dos direitos políticos que se mantêm no âmbito da intervenção estatal, torna-se de fundamental importância que todos nós combatamos as formas de discriminação existentes na sociedade e que coloquemos em prática todos os princípios e preceitos preconizados pelo Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBTTs. Pois, a prática sexual é um direito de fora íntimo assim como a apresentação social do sentimento de pertencimento a um determinado gênero, independente do sexo biológico. Sendo arbitrário o rebaixamento moral de LGBTTs, que sustenta a homofobia e associa as práticas homoeróticas e as apresentações sociais de gênero discordantes do sexo biológico ao desvio moral de conduta e negam a equiparação de direitos instituídos em leis sem distinção de etnia/raça, cor, ou orientação sexual para com estes (BRASIL, 2007). Na busca pela concretização e superação desses preconceitos, e na superação de uma sociedade de opressão e exploração que discrimina aqueles indivíduos com diferentes orientações. Temos a atuação do profissional de Serviço Social. Pois este é um profissional que realiza o diálogo entre sociedade civil e Estado. Diálogo este que é necessário para a efetivação de direitos sociais, em moldes universalizantes e igualitários (IRINEU & BERTOLINI, 2008).

Contribuições do Serviço Social para a promoção da cidadania e dos direitos humanos de LGBTTs

Como vimos ao longo do texto os movimentos em prol dos direitos sociais e civis do segmento LGBTTs, não são algo recente, haja vista, que são mais de duas décadas de mobilizações que tem por objetivo alcançar uma visibilidade para questão social do segmento LGBTTs a fim de se obter igualdade de direitos sociais e civis perante todos. Além disso, o atual contexto sócio-político-cultural que vivenciamos nas últimas décadas do século XX, seguindo o ritmo e as reivindicações do movimento feminista, múltiplos sujeitos coletivos se formaram e, entre estes, os movimentos gay e lésbico que ao romperem com o tratamento da sexualidade em sua dimensão estritamente biológica, colocaram na cena política reivindicações pelo direito à livre orientação e expressão sexual. Com enfoques variados, e

possibilitaram o questionamento da moral conservadora, expressa na compreensão de família nuclear; na negação e/ou violação dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais. Assim, geraram reivindicações coletivas e debates sobre a orientação e expressão sexual, que por sua vez, foram fortalecidos e disseminados para vários espaços sociais que englobam os poderes Legislativo e Judiciário, a vida acadêmica e o cotidiano de muitas profissões, especialmente da Psicologia, Antropologia, Direito e Serviço Social (LIMA & REMOR, 2010).

No caso do Serviço Social temos que este profissional em sintonia com os princípios do seu Código de Ética Profissional ao longo da história das mobilizações e movimentos sociais em prol do segmento LGBTTs tem agregado varias contribuições para as lutas e as reivindicações dos mais variados segmentos que trazem em suas trajetórias coletivas a defesa política pela garantia de direitos (CRESS, 2006). Conforme o CRESS (2006) nas últimas décadas o Serviço Social através de suas entidades representativas tem efetivado iniciativas relevantes na defesa da democracia e dos direitos humanos. No universo teórico-político do Serviço Social brasileiro, os profissionais de Serviço Social ao longo da historia de luta pela igualdade de direitos civis e sociais do segmento LGBTTs tem iniciado discussões que buscam criar e Leis em âmbito estadual e municipal, com o intuito de garantir a todos estes os direitos que estes ainda não possuem como os citados abaixo:

1. Não podem casar;
2. Não têm reconhecida a união estável;
3. Não adotam sobrenome do(a) parceiro(a);
4. Não podem somar renda para aprovar financiamentos;
5. Não somam renda para alugar imóvel;
6. Não inscrevem parceiro(a) como dependente de servidor(a) público(a);
7. Não podem incluir parceiros(as) como dependentes no plano de saúde;
8. Não participam de programas do Estado vinculados à família;
9. Não inscrevem parceiros(as) como dependentes da previdência;
10. Não podem acompanhar o(a) parceiro(a) servidor(a) público(a) transferido(a);
11. Não têm a impenhorabilidade do imóvel em que o casal reside;
12. Não têm garantia de pensão alimentícia em caso de separação;
13. Não têm garantia à metade dos bens em caso de separação;
14. Não podem assumir a guarda do filho do cônjuge;
15. Não adotam filhos em conjunto;
16. Não podem adotar o(a) filho(a) do(a) parceiro(a);
17. Não têm licença-maternidade para nascimento de filho da parceira;
18. Não têm licença maternidade/ paternidade se o(a) parceiro(a) adota filho(a);
19. Não recebem abono-família;
20. Não têm licença-luto, para faltar ao trabalho na morte do(a) parceiro(a);
21. Não recebem auxílio-funeral;
22. Não podem ser inventariantes do(a) parceiro(a) falecido(a);
23. Não têm direito à herança;
24. Não têm garantida a permanência no lar quando o(a) parceiro(a) morre;
25. Não têm usufruto dos bens do(a) parceiro(a);
26. Não podem alegar dano moral se o(a) parceiro(a) for vítima de um crime;
27. Não têm direito à visita íntima na prisão;
28. Não acompanham a parceira no parto;
29. Não podem autorizar cirurgia de risco;

[...] (CRESS, 2006, p.6).

Ao observarmos a ausência de direitos supracitada aos indivíduos do segmento LGBTs podemos perceber que é evidente que a luta a favor dos direitos sociais e do combate a qualquer forma de preconceito é e deverá ser constante. E que o trabalho do profissional Assistente Social nestes casos, onde se busca o combate ao preconceito e a geração de igualdade de direitos conforme Lima & Remor (2010) em sua maioria será de origem educativa. Pois, somente assim tal profissional pode vir a contribuir para que a sociedade viva de modo mais harmônico e que passe a respeitar de modo mais significativo as diferenças existentes entre todos e que a mesma passe a ser mais solidária (SOARES, 2008). Além disso, atualmente uma das questões mais defendidas pelos profissionais de Serviço Social no campo da aquisição de direitos pelo segmento LGBTTs é a da possibilidade destes indivíduos virem a adotar uma criança e de obterem o direito a uma união estável e civil que garanta aos casais homossexuais que vivem em situação matrimonial os mesmos direitos civis que aqueles indivíduos heterossexuais em mesma situação possuem. Neste quesito, estudos desenvolvidos na área social a respeito destes assuntos têm demonstrado que a maioria dos assistentes sociais postula que um casal gay pode vir a adotar uma criança sem maiores problemas e que

a sua orientação sexual não interfere nas futuras relações familiares que se formaram e nem mesmo na opção sexual que a criança/adolescente irá desenvolver. Embora na maioria das vezes em se tratando de adoção a preferência seja dada a adoção individual a adoção por casais heterossexuais, em concordância do o modelo de família nuclear e patriarcal que foi desenvolvido ao longo dos séculos como modelo ideal de estrutura familiar.

Outros estudos e publicações da área de assistência social e jurídica vêm reconhecendo o direito de um cidadão homossexual de receber benefícios, do tipo plano de saúde, plano de previdência privada, pensão, partilha de bens do companheiro com que manteve uma união estável a te o monte da morte deste ou separação. Embora ainda nos dias atuais a união estável do tipo casamento no civil entre indivíduos do mesmo sexo ainda não seja reconhecida nem mesmo aceita no Brasil. Estudo da área de serviço social tem vem evidenciando a posição destes profissionais para a aprovação deste tipo de união. Como é o caso do estudo de Lima & Akiyoshi (2002) sobre a união homossexual. Onde verificaram que os obstáculos legais à união entre homossexuais são nada se forem comparados com aqueles de origem religiosa e social, pois, segundo a colocação de que o casamento visa à procriação, vem a conclusão de que as uniões de pessoas do mesmo sexo não são naturais. Mas hoje muitos casais heterossexuais optam por não ter filhos e a cada dia aumenta o número de casais homossexuais que se tornam pais, formando um grande paradoxo: se os homossexuais podem ter filhos, mas não podem casar. Que espécie de família bastarda está sendo imposta a estas crianças. Neste contexto cabe então aos profissionais de serviço social atuarem como articuladores e como educadores no sentido de tornar a sociedade, as políticas públicas e jurídicas, mais abertas para todas estas questões. Sendo o grande desafio de estes profissionais romperem as grandes disparidades de direitos que existem entre os cidadãos homossexuais e heterossexuais através da execução de suas ações profissionais em concordância com os direitos humanos (SOARES, 2008). Por fim, ao analisarmos todos os fatos expostos anteriormente, podemos mesmo o Estado Democrático de Direito, enquanto garantidor dos direitos fundamentais, e cuja base está o respeito à dignidade da pessoa humana, necessita de ações que efetivamente assegurem a observância dos direitos humanos. Algumas dessas ações vêm sendo paulatinamente concretizadas por meio de decisões judiciais que concedem os direitos dos homossexuais que as leis insistem em ignorar. Ocorre que ao Poder Legislativo compete regulamentar essa realidade por que passa a sociedade, reconhecendo, finalmente, os direitos pertinentes às uniões estáveis homoafetivas, enquanto entidades familiares que são. Uma sociedade contemplada com a característica de democrática, precisa despir-se de práticas discriminatórias que conduzem à iniquidade e à intolerância, despertando para a importância do exercício da alteridade, respeitando cada membro que a compõe, independentemente de raça, sexo ou condição sexual (LIMA & REMOR, 2010).

Cabendo então aos profissionais de Serviço Social frente às questões levantadas neste estudo, ajam em prol da aquisição de igualdade de direitos baseado em seu código de Ética profissional, que por sua vez é respaldando-nos em seus princípios fundamentais constitucionais, onde consta que tal profissional deve-se empenhar na eliminação de todas as formas de preconceito, sem discriminação. E que tal classe profissional deve empenhar-se nas luas pela igualdade de direitos e para que em seu exercício profissional os casais homossexuais não sofram mais prejuízos e possam exercer sua cidadania de modo pleno (LIMA & AKIYOSHI, 2002).

A literatura pesquisada para a formulação deste estudo evidenciou que a questão da homossexualidade é um fenômeno social e individual cujo preconceito está intimamente relacionado a questões morais. Que na busca de se combater esse preconceito e as desigualdades sofridas pela população homossexual no Brasil surgiu o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBTTs que hoje pode ser visto como uma verdadeira política de Estado que tem ultrapassado barreiras partidárias e sociais na medida em que conjugar distintas filosofias e crenças para garantir a igualdade de direitos civis e sociais às pessoas independente do seu gênero, raça, orientação e opção sexual.

BIBLIOGRAFIA

1. ADAMS, T. **O desafio das políticas públicas no Brasil**. 2006. Disponível em: <<http://www.diocesedecaxias.org.br/documentos/odesafiodaspoliticaspUBLICASNOBRASIL.doc>>. Acesso em: 01 nov. 2010.
2. BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: SEDH;2009.
3. CRESS. Conselhos Regionais de Serviço Social. **Assistente Social na luta contra o preconceito: campanha pela livre orientação e expressão sexual**. Brasília: CRESS, 2006.
4. DIAS, M.B. **União homossexual - Aspectos sociais e jurídicos**. 2010. Disponível em: <<http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/index.php/buscalegis/article/viewFile/30790/30109>>. Acesso em: 01 nov. 2010.
5. FACCHINI, R. **“Sopa de letrinhas?” Um movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90: um estudo a partir da cidade de São Paulo**. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
6. FRY, P. **Para inglês ver: identidade e política na cultura brasileira**: Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
7. IRINEU, B.A.; BERTOLINI,V.L. A violência contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na agenda da segurança pública. **Revista Fazendo Gênero Corpo, Violência e Poder**, v.8, n.1, p.1-7, 2008.
8. COUTO, B.R. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** 3.ed. São Paulo: Cortez, 2008.
9. LIMA, R.C.; AKIYOSHI, L.M.N. União homossexual: uma relação de amor. **Serviço Social em Revista**, v. 5, n.1, p.-, 2002.
10. LIMA, A.G.F.; REMOR, P.S. **Direitos para LGBTs: uma agenda em construção**. 2010. 60f. Monografia (Graduação em Serviço Social): Universidade Paranaense, Umuarama, 2010.
11. PT. Partido dos trabalhadores. **LGBT nos programas de governo municipais do PT eleições municipais 2008**. Brasília: Grupo de Trabalho Eleitoral; 2008.
12. SOARES, R. **A família no prisma da adoção por pares homossexuais**. 2008. Disponível em:< <http://www.webartigos.com/articles/10424/1/A-Familia-no-Prisma-da-Adocao-por-Pares-Homossexuais/pagina1.html>>. Acesso em: 12 dez 2008.
13. ROSSI, A. J. Políticas homossexuais : uma breve análise do programa Brasil sem homofobia e do tema transversal orientação sexual. **Revista Fazendo Gênero, Corpo, Violência e Poder**, v.8, n1, p.1-7, 2008.
14. SANTOS, G. G. da C. Mobilização sexual e estado do Brasil: São Paulo (1978-2004). **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.22, n.63, p.121-135,2007.
15. SILVA, J. A. A. **Questões sobre direitos sexuais e direito ao exercício da orientação sexual no contexto dos direitos difusos e coletivos**. 2008. 271f. Dissertação (Mestrado em Direitos Difusos e Coletivos): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.
16. MELLO-NETO, J.B.; AGNOLETI, M.B. **Dignidade sexual e diversidade humana: cidadania e respeito para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTT)**. 2010. Disponível em:< http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/edh/redh/03/03_netolgbtt.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2010.