

2022
v.10
nº4

Escola de Ciências da Saúde e Bem-Estar CISBEM/FMU: atualidades na área da Saúde

ACiS

Atas de Ciências da Saúde
ISSN: 2448-3753

FMU
CENTRO UNIVERSITÁRIO

Atas de Ciências da Saúde - ACIS / Faculdades
Metropolitanas Unidas. -- São Paulo: A Faculdade,
2013-

Trimestral
ISSN: 2448-3753

1. Ciências da Saúde. 2. Qualidade de Vida.
I. Faculdades Metropolitanas Unidas. II. Título.



CENTRO UNIVERSITÁRIO DAS FACULDADES METROPOLITANAS UNIDAS – FMU

PRESIDENTE / REITOR

Prof. Arthur Sperandéo de Macedo

VICE-PRESIDENTE ACADÊMICO

Prof. Dr. Manuel Nabais da Furriela

VICE-PRESIDENTE EXECUTIVA DE ESTRATÉGIA E TRANSFORMAÇÃO

Profa. Ms. Aline Alves de Andrade

ATAS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ACiS

EDITOR CIENTÍFICO

Profa. Dra. Terezinha A. de Carvalho Amaro

Profa. Ms. Leila Frayman

EQUIPE EDITORIAL

Profa. Ms. Alessandra Gasparello Viviani

Prof. Dr. Daniel Manzoni de Almeida

Profa. Dra. Maria Lucia Marques

Profa. Ms. Mirtes C.T. P. Perrechi

Profa. Dra. Priscila C. Cristovam

Profa. Dra. Rogéria Maria Ventura

ASSISTENTE EDITORIAL

Patrícia Salvaia

Maria Laura Brandão Machado

ACiS 2022 vol.10 n.4 Escola de Ciências da Saúde e Bem-Estar

CISBEM/FMU: atualidades na área de Saúde

ACiS 2022 vol.10 n.4 Escola de Ciências da Saúde e Bem-Estar CISBEM/FMU: atualidades na área de Saúde

Carta das Editoras	5
<i>Leila Frayman, Terezinha Amaro</i>	
ACiS 2462 Artigo Original / Original Article	6
Sensibilidade à feniltiocarbamida e níveis plasmáticos de colesterol e triglicerídeos Phenylthiocarbamide sensitivity and plasma levels of cholesterol and triglycerides	
<i>Autores</i>	
ACiS 2670 Artigo Original / Original Article	16
Toxoplasmose congênita Toxoplasmosis congenital	
<i>Moraes CFG, Saenz ECT</i>	
ACiS 2706 Artigo Original / Original Article	28
Um estudo sobre a saúde mental de residentes em ortopedia A study on the mental health of orthopedic's residents	
<i>Esquivel DA, Yazizi L, Nogueira-Martins LA</i>	
ACiS 2723 Artigo Original / Original Article	46
O trauma e o desvalimento em psicanálise – contribuições da teoria das relações objetais Trauma and worthlessness in psychoanalysis – contributions from object relations theory	
<i>Paulino FL, Amaro TAC</i>	
ACiS 2739 Artigo Original / Original Article	62
Intercorrências do Ácido Tricloroacético e Ácido Fenol Intercurrences of Trichloroacetic Acid and Phenol Acid	
<i>Goulart BM, Silva TBF, Braga JSS</i>	
ACiS 2775 Relato de Experiência / Experience Report	75
Atendimento Musicopsicoterapêutico Online na pandemia da COVID-19 Online Music Psychotherapy Service during the COVID-19 pandemic	
<i>Autores</i>	
ACiS 2778 Relato de Experiência / Experience Report	81
Se liga na felicidade aqui, agora e em todos os dias Stick on happiness here and now, every day	
<i>Campos MCTP, Pinheiro L, Cara SPHM, Graciani JS, Perrechi MCTP</i>	

Prezado leitor,

Conceituar saúde não é uma tarefa fácil e podemos perceber essa dificuldade quando analisamos os diversos autores que se ocuparam deste assunto. Filósofos e cientistas, desde a antiguidade até a atualidade, de acordo com as peculiaridades de cada período, questionam o que é saúde. E até hoje, não há um consenso. No entanto, se pensarmos na complexidade do ser humano, este ser feito de tantas camadas físicas e mentais, fica evidente a razão desta dificuldade. O certo é que de uma forma ou outra, a saúde é um bem maior.

Esta edição da revista ACIS traz vários trabalhos tratando do tema saúde em seus diversos aspectos, contribuindo para o pensar na forma de produzir uma vida mais saudável.

Melo e colaboradores estudam a associação da dosagem dos triglicérides e colesterol total com a sensibilidade à feniltiocarbamida.

Moraes e Saez trazem os riscos da toxoplasmose na gestação, dando ênfase no diagnóstico e apresentando soluções de prevenção da doença.

Esquivel e colaboradores discutem sintomas de burnout, depressão e ansiedade em um grupo de residentes durante seu treinamento.

Goulart e colaboradores mostram como peelings químicos, utilizando ácidos tricloroacético e fenol proporcionam renovação celular.

Paulino e Amaro apresentam a relação do trauma e de sua ontogênese com o desamparo e o vazio psíquico a partir da teoria das relações objetais.

Pires de Campos relata uma experiência com atendimentos musicopsicoterapêuticos online trazendo reflexões sobre a possibilidade de continuar a preparar os discentes de graduação do curso de musicoterapia para essa nova perspectiva de atendimento remoto.

E, por fim, Pinheiro e colaboradores relatam a experiência com um grupo de trabalho voluntário, de docentes do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU) com objetivo de promover um espaço de reflexão sobre o tema Felicidade.

Estes resumos são um aperitivo para incentivar o leitor a degustar prazerosamente os trabalhos na sua íntegra.

Uma boa leitura a todos!

Leila Frayman e Terezinha Amaro

Sensibilidade à feniltiocarbamida e níveis plasmáticos de colesterol e triglicérides

Phenylthiocarbamide sensitivity and plasma levels of cholesterol and triglycerides

Silva FM^a, Correia LAB^b, Caixeta FG^c, Diniz FL^d, Rocha PV^e, Sousa PCS^f, Melo HCS^g*

a. Graduada em Biomedicina pela Faculdade Patos de Minas, Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil; fernandamarques2014@bol.com.br

b. Graduada em Biomedicina pela Faculdade Patos de Minas, Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil; liliap1993@hotmail.com

c. Graduada em Biomedicina pela Faculdade Patos de Minas, Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil; fernandagcbio@gmail.com

d. Doutor e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Franca e Professor na Faculdade Patos de Minas, Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil; drfernandodiniz@gmail.com

e. Doutor e Mestre em Ciências Veterinárias pela Universidade Federal de Uberlândia e Professor na Faculdade Patos de Minas, Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil; pauloviniciusbiomedicina@gmail.com

f. Biomédico especialista em biomedicina estética pelo Centro de Ensino Superior de Valença e Professor na Faculdade Patos de Minas, Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil; biomedicopc@hotmail.com

g. Doutor e Mestre em Genética e Bioquímica pela Universidade Federal de Uberlândia e Professor na Faculdade Patos de Minas, Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil; hugo.some@gmail.com

* Autor para correspondência: Av. Juscelino Kubitschek de Oliveira, 1200, bairro cidade nova, Faculdade Patos de Minas, Unidade JK, CEP 38706-401, Patos de Minas – MG, Brasil. E-mail: hugo.some@gmail.com

RESUMO

A sensibilidade à feniltiocarbamida é uma herança conhecida há mais de 80 anos e está relacionada com o sabor amargo dos alimentos. Estudos revelam que a percepção do sabor dos alimentos está relacionada às escolhas alimentares dos indivíduos, essas escolhas são influenciadas pela herança genética dos seres humanos. O colesterol é um tipo de lipídio presente nos seres humanos com funções importantes em diversos sistemas do organismo, e os triglicérides, por sua vez, constituem uma das reservas energéticas mais importantes do ser humano. Este estudo é resultante de uma pesquisa analítica correlacional realizada em uma instituição de ensino superior da cidade de Patos de Minas – MG em que foram analisados 152 indivíduos, de ambos os sexos. O objetivo deste estudo foi associar a dosagem dos triglicérides e colesterol total, incluindo suas frações, com a sensibilidade à feniltiocarbamida. Dos pesquisados 47,4% afirmaram não sentir o sabor amargo da PTC. Na pesquisa, os homens representaram 24,1% dos sensíveis à PTC em relação às mulheres. A partir das variáveis bioquímicas apresentadas na pesquisa como colesterol, VLDL, LDL, HDL e triglicérides é possível concluir, ao contrário do esperado em relação ao comportamento alimentar, que não há relação entre a sensibilidade à feniltiocarbamida e os níveis séricos supracitados.

Descritores: feniltiouréia, análise química do sangue, exames de sangue

ABSTRACT

Sensitivity to phenylthiocarbamide has been known for over 80 years and is related to the bitter taste of food. Studies reveal that the perception of food flavor is related to the food choices of individuals, these choices are influenced by the genetic inheritance of beings and humans. Cholesterol is a type of lipid present in human beings with important functions in different systems of the organism, and triglycerides, in turn, constitute one of the most important energy reserves of human beings. This study is the result of a correlational analytical research carried out in a higher education institution in the city of Patos de Minas - MG, in which 152 individuals of both sexes were analyzed. The aim of this study was to associate the measurement of triglycerides and total cholesterol, including their fractions, with sensitivity to phenylthiocarbamide. Of those surveyed, 47.4% said they did not feel the bitter taste of PTC. In the survey, men represented 24.1% of those sensitive to PTC compared to women. From

the biochemical variables presented in the research, such as cholesterol, VLDL, LDL, HDL and triglycerides, it is possible to conclude, contrary to what was expected in relation to eating behavior, that there is no relationship between sensitivity to phenylthiocarbamide and the aforementioned serum levels.

Descriptors: phenylthiourea, blood chemical analysis, hematologic tests

INTRODUÇÃO

As preferências alimentares são únicas para cada indivíduo. A feniltiocarbamida (PTC) é uma substância que pode ser relacionada ao sabor amargo perceptível nos alimentos, entretanto é necessário destacar que somente algumas pessoas identificam esse sabor amargo. Essa característica de sensibilidade à PTC é uma característica herdada geneticamente. A PTC é encontrada em bebidas como chá verde e vinho tinto, e também em vegetais como brócolis, couve, couve de Bruxelas, couve flor, agrião e repolho, além de gramas e capins da família Gramineae.¹

A dosagem do colesterol é influenciada por diversos fatores, especialmente a alimentação, sendo que as pessoas sensíveis à PTC tendem a consumir uma dieta rica em carboidratos e proteínas e rejeitar certos tipos de leguminosos.² Já as pessoas que demonstram ser insensíveis à PTC estão mais propensas a ter mais aceitação por leguminosas e conseqüentemente ter uma dieta mais saudável.³ As escolhas alimentares são diretamente influenciadas não só pelos hábitos culturais, mas também geneticamente, sendo que os indivíduos definem o que vão ingerir de acordo com suas preferências.⁴

O colesterol é uma molécula com consideráveis funções no ser humano. Existem algumas anormalidades do metabolismo que alteram sua concentração no sangue. A alteração da concentração do colesterol no sangue pode ser o sinal de diversas doenças, por exemplo: hipertensão arterial, diabetes mellitus e cálculos biliares. Por sua vez, seu acúmulo pode causar aterosclerose, que é uma doença decorrente do acúmulo de gorduras, de colesterol e de outras substâncias que podem estar presentes tanto nas paredes das artérias quanto dentro delas.⁵

Devido ao caráter altamente hidrofóbico dos lipídeos, os mesmos precisam ser transportados no sangue através das lipoproteínas, como a VLDL (Very Low Density Lipoprotein), a HDL (High Density Lipoprotein) e a LDL (Low Density Lipoprotein). O LDL está diretamente relacionado ao surgimento das doenças cardiovasculares, visto que transporta o colesterol do fígado às células dos tecidos, ocasionando uma aglomeração de colesterol nas paredes internas das células. Já o HDL possui uma função nobre no organismo, pois reduz o risco de doenças cardíacas, uma vez que o HDL absorve os cristais de colesterol sedimentados nas

artérias, não só removendo, mas também o retornando ao fígado com o objetivo de eliminá-lo.⁶

A VLDL é uma lipoproteína semelhante à LDL, ou seja, quanto maior sua concentração no sangue pior é para o organismo. A LDL assim como a VLDL pode entupir os vasos e as artérias, ao acumular colesterol nas células. A principal incumbência da VLDL é transportar produtos endógenos como fosfolipídeos, triglicerídeos e colesterol.⁷

Em se tratando do HDL, a sua concentração no sangue deve ser igual ou superior a 60 mg/dL. No caso do LDL é aconselhável que o valor seja menor que 100 mg/dL. O valor do HDL é abalizado como baixo quando está inferior a 40 mg/dl nos indivíduos do sexo masculino e 50 mg/dl nas pessoas do sexo feminino. Por outro lado, se os valores do LDL estiverem entre 160 e 189 mg/dL são considerados altos, maiores que esses valores já são considerados muito altos.⁸

O colesterol do organismo pode ter origem pela produção endógena ou a partir da dieta. A proporção do colesterol sintetizado endogenamente varia de modo inverso com a quantidade ingerida.⁹

Quanto às causas que podem acarretar no aumento dos níveis de colesterol, existem os fatores de risco não-controláveis e os controláveis. Dentre os fatores de risco não controláveis estão o sexo, a idade e a hereditariedade. Os indivíduos do sexo masculino são mais propensos a aumentar os níveis de colesterol, pois nas mulheres há o efeito protetor dos estrógenos, visto que os hormônios ovarianos desviam gorduras para serem produzidos. Por isso, mulheres que estão na faixa etária da menopausa apresentam altas taxas de colesterol. À medida que a idade vai avançando, é possível observar também um aumento da predisposição à aterosclerose. A cada período de tempo a mortalidade por doença cardiovascular sofre um aumento significativo. Já em relação a hereditariedade, todo o espectro de doenças cardiovasculares envolve fatores genéticos. Por outro parte, os fatores de risco controláveis envolvem hábitos alimentares, sedentarismo, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e também a obesidade.¹⁰

Além do seu papel imprescindível na membrana celular, o colesterol funciona como precursor de uma série de moléculas essenciais ao nosso organismo, como, por exemplo, ácidos biliares, hormônios esteróides, vitamina e, entre outras. Ainda, a nível histológico, o colesterol aliado a outros componentes da pele possui função primordial para evitar intensas perdas de água por evaporação, o que poderia ocasionar problemas, desidratação e morte.⁵

Os triglicérides, também conhecidos como triglicerídeos, representam o estoque de energia do corpo humano, no entanto quando não são usados ficam acumulados no tecido adiposo,

em forma de gordura. Os triglicérides, assim como o colesterol, estão presentes em todos os organismos, causando complicações quando há elevação dos níveis desses lipídeos, pois estão diretamente relacionadas a um maior risco não só de doenças hepáticas e cardiovasculares, mas também obesidade e pancreatite.¹¹

MÉTODO

O presente trabalho refere-se a uma pesquisa analítica correlacional que foi realizada em uma instituição de ensino superior privada da cidade de Patos de Minas-MG, onde participaram desta pesquisa cerca de 152 indivíduos, incluindo alunos, professores e funcionários da instituição referida. A amostra foi composta por indivíduos com faixa etária acima de 18 anos de ambos os sexos. Vale ressaltar ainda que o projeto foi elaborado atendendo as exigências do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em relação às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos de acordo com a Resolução CNS nº 466/2012, sendo aprovada por um comitê de ética em pesquisa com seres humanos mediante parecer nº 1.835.867.¹²

A pesquisa foi iniciada com a aplicação de uma gota de PTC à 0,01 mg/mL, preparada com água deionizada e em recipientes esterilizados, aspergida de maneira centralizada, objetivando que o sujeito relatasse, nesse momento, se percebia uma sensação de sabor amargo ou não.

Diversas metodologias aplicadas à PTC utilizam soluções com concentrações crescentes da mesma, para que o limiar de detecção do amargo da substância seja detectado. No entanto, trata-se de uma substância tóxica e houve uma preocupação com esse fato. Segundo o boletim de segurança liberado pela Sigma-Aldrich (revisado em 30.12.2019) a PTC é tóxica e seu LD50 oral, ou dose letal mediana, em ratos é 3 mg/kg, em camundongos é 10 mg/kg, e em coelhos é 40 mg/kg. Trata-se de um parâmetro toxicológico para determinar se uma substância é tóxica ou não para uma determinada espécie. A solução usada nesse estudo contém cerca de 0,005 mg, ou seja, 42.000 vezes menor que a LD50 oral de ratos, 140.000 vezes menor que a LD50 oral de camundongos e 560.000 vezes menor que a LD50 oral de coelhos, esse cálculo foi realizado considerando um ser humano adulto com massa corporal média de 70 kg.

Em seguida, mediante agendamento prévio pelos participantes, foi realizada coleta de sangue para dosagem do colesterol total, LDL-colesterol, HDL-colesterol, VLDL-colesterol e triglicérides.

As recomendações para o exame do perfil lipídico para clínicos e laboratórios é que os pacientes se abstenham de comer de 12 a 14 horas antes da coleta do material que será examinado¹¹. No entanto, aponta-se que não há diferença significativa nos valores do colesterol total, HDL e LDL se estes forem realizados em jejum ou no estado pós-prandial. No estado pós-prandial, o nível de triglicérides sofre um aumento pouco significativo, desde que não ocorra uma refeição rica em gorduras recentemente. Ressalta-se também que nesse caso pode haver um reajuste nos valores de referência.¹³ Desta forma, foi adotado o período de jejum mínimo tradicional de 12 horas.

Os exames foram realizados em analisador automático Flexor E NS: 11-8002 (Vitalab), usando reagentes da marca Elitech Clinical Systems (SAS), segundo recomendações do fabricante. O colesterol total e os triglicérides foram obtidos pela técnica enzimática colorimétrica, esterase/oxidase, já o HDL pelo método direto, ou seja, enzimático colorimétrico e acelerador detergente seletivo, de ponto final, sem precipitação seletiva das lipoproteínas de baixa densidade. Os colesteróis LDL e VLDL foram calculados empregando a equação de Friedewald.¹⁴

Os nomes dos sujeitos pesquisados foram armazenados somente para identificação durante a realização dos exames. Os exames também foram entregues aos participantes da pesquisa para uso pessoal.

Ao término da coleta de dados, estes foram analisados utilizando o software Epi info v7.2.2.2 e análise estatística por teste t de student bicaudal, com análise dicotômica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das informações extraídas através dos dados da Tabela 1 em relação a sensibilidade à feniltiocarbamida, 47,4% se mostraram insensíveis à substância. Em relação ao gênero sexual 66,7 dos participantes do sexo feminino se mostraram insensíveis à feniltiocarbamida. Quanto ao sexo masculino, 33,3% se mostraram insensíveis. É possível perceber que 52,6% dos pesquisados se mostraram sensíveis à feniltiocarbamida, dos quais 24,1% eram homens e 75,9% eram mulheres. Este dado não aponta que há mais mulheres sensíveis à feniltiocarbamida que homens, simplesmente reflete a amostra utilizada na pesquisa, composta em sua maioria por mulheres. Houve diferença estatística significativa em relação à idade, peso corporal e altura devido ao valor de p ser igual ou maior que 0,05.

Variáveis	Média ± DP		
	Sensíveis	Não sensíveis	Valor de p
Total	52,6%	47,4%	
Idade	24,8 ± 7,9	27,0 ± 9,2	0,001
Sexo			
Feminino	75,9%	66,7%	
Masculino	24,1%	33,3%	
Peso corporal (Kg)	67,4 ± 15,2	70,0 ± 15,8	0,08
Altura (cm)	164,4 ± 13,1	166,5 ± 9,3	0,05

Tabela 1. Dados gerais da população amostral (n=152) em relação à sensibilidade à feniltiocarbamida (PTC).

Um fator de destaque é a importância de se observar a influência da genética de acordo com a região em que a pesquisa foi aplicada, visto que a sensibilidade à feniltiocarbamida é uma herança passada de pai para filho e os resultados coletados em um estudo pode sofrer variação dependendo do território em que foi realizado.^{15,16} Sabe-se que o determinismo genético se refere às características herdadas geneticamente pelo indivíduo, por outro lado o comportamento instintivo é fundamentalmente genético, visto que depende mais dos genes que o indivíduo herda do que das experiências vivenciadas.^{17,18} No entanto, a partir da relação e interação com o meio, o indivíduo registra em sua memória experiências que vão influenciar os comportamentos subsequentes.¹⁹ Em relação às preferências alimentares não é diferente, mesmo com a influência da genética, muitas vezes o ambiente e a cultura influenciam nas preferências alimentares dos indivíduos.²⁰

Foi realizado um estudo do perfil lipídico, com 702 universitários, em uma universidade localizada na cidade de Fortaleza, no estado do Ceará. Ao término do estudo foi possível identificar que 23% apresentavam triglicérides com altos valores, 9,7% apresentaram colesterol total com valores acima do recomendável e 5,9% também apresentaram LDL com valor elevado. Já em relação ao LDL 12% apresentaram valores abaixo do recomendável. O estudo concluiu que mesmo em uma população jovem, houve alterações significativas no perfil lipídico dos pesquisados.²¹

Na Tabela 2, mostramos os valores de triglicérides e colesterol e suas frações, associando os valores encontrados na pesquisa à sensibilidade à PTC.

Variáveis	Valor de	
	Média em mg/dL	p ^a
Colesterol total		
Sensíveis	174,7	
Não-sensíveis	180,0	0,31
HDL Colesterol		
Sensíveis	53,0	
Não-sensíveis	53,9	0,66
LDL Colesterol		
Sensíveis	97,6	
Não-sensíveis	103,6	0,18
VLDL Colesterol		
Sensíveis	21,8	
Não-sensíveis	21,9	0,96
Triglicerídeos		
Sensíveis	102,3	
Não-sensíveis	103,4	0,91

^a Teste do qui-quadrado. (n=152)

Tabela 2. Associação entre variáveis bioquímicas e a sensibilidade à Feniltiocarbamida (PTC).

A correlação entre níveis de colesterol e triglicerídeos e pessoas sensíveis à PTC deveria ser simples, pessoas sensíveis ao amargo da PTC não comeriam alimentos conhecidos como auxiliares na redução dos níveis de colesterol. Em relação ao exame de Colesterol total, os indivíduos que foram considerados sensíveis à feniltiocarbamida representaram uma média de 174,7 mg/dL e os considerados insensíveis à proteína representaram uma média de 180,0 mg/dL. A significância (p) dos dados foi de 0,31, indicando que o valor do Colesterol Total não tem relação estatisticamente significativa com a sensibilidade à feniltiocarbamida.

Em relação ao HDL, os indivíduos que foram considerados sensíveis à feniltiocarbamida representaram uma média de 53,0 mg/dL e os considerados insensíveis à proteína representaram uma média de 53,9 mg/dL. Uma vez que o valor de p foi de 0,66, o valor do HDL também não se mostrou estatisticamente associado com a sensibilidade à feniltiocarbamida.

O valor médio encontrado do LDL foi de 97,6 mg/dL para os indivíduos sensíveis à feniltiocarbamida e 103,6 mg/dL para os insensíveis. Nesse caso o valor de p foi 0,18, indicando que o mesmo não possui relação estatisticamente significativa com o fato de ser sensível ou não à feniltiocarbamida.

Ainda considerando o colesterol fracionado, no caso do VLDL, os resultados obtidos através da pesquisa indicam que esse tipo de colesterol também não apresenta relação com a

sensibilidade à feniltiocarbamida, visto que os indivíduos ditos sensíveis apresentam uma média de 21,8 mg/dL e os ditos insensíveis 21,9 mg/dL, com o valor de p de 0,96.

Finalmente, em relação ao triglicérides, os indivíduos sensíveis à PTC possuíram em média 102,3 mg/dL, por outro lado os não-sensíveis apresentaram em média 103,4 mg/dL. De forma análoga aos demais resultados também não parece apresentar relação com a sensibilidade à feniltiocarbamida, dado que o valor de p foi de 0,91.

Embora o presente estudo não tenha encontrado elementos que associam os níveis de colesterol e triglicérides à sensibilidade à feniltiocarbamida, a literatura correlata destaca que as preferências alimentares estão diretamente relacionadas à sensibilidade a essa substância. Os indivíduos sensíveis à PTC estão mais propensos a recusar alimentos que possuem essa substância.³ Os alimentos que possui em sua composição feniltiocarbamida tendem se apresentar mais amargo para quem tem sensibilidade a essa substância.¹⁹ Em vista disso os indivíduos sensíveis à PTC, estão mais propensos a adotar hábitos alimentares menos saudáveis, excluindo de seu cardápio diário alimentos que possuem essa proteína. Esses indivíduos, muitas vezes, preferem incluir em suas refeições uma dieta rica em gordura e colesterol, incluindo sal e açúcar, além disso geralmente essas refeições são desprovidas de carboidratos complexos, vitaminas e minerais. Quando o sujeito é adepto de um estilo de vida mais sedentário, estará sujeito a apresentar várias doenças crônicas não transmissíveis como, por exemplo, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e hiperlipidemia.

CONCLUSÃO

Sendo o gosto desagradável o principal critério para rejeição de alimentos por indivíduos sensíveis à feniltiocarbamida é o gosto desagradável produzido por esta e por outras substâncias similares. Tal fator pode influenciar diretamente na adoção de hábitos alimentares pouco saudáveis, o que pode acarretar prejuízos à saúde, visto que a alimentação rica em frutas e vegetais é responsável pela redução no risco de desenvolvimento do câncer, obesidade, doenças crônicas e cardiovasculares.

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise de como a dosagem dos níveis séricos de colesterol, VLDL, LDL, HDL e triglicérides não estão relacionadas à sensibilidade à feniltiocarbamida. Além disso, permitiu contribuir para relacionar fatores primordiais na compreensão da influência das preferências alimentares sobre a dosagem de colesterol e a sensibilidade à PTC.

Nossos resultados apontam que novos estudos deverão ser feitos em diferentes populações e áreas geográficas, especialmente visando minimizar a correlação fenotípica ambiental e

cultural, e assim apresentar resultados mais puramente genéticos. Em conjunto com esses estudos futuros, nossos resultados podem justificar e confirmar a profunda influência que o ambiente e a cultura têm no comportamento alimentar dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Drewnowski A., Henderson SA, Barratt-Fornel L. Genetic taste markers and food preferences. *Drug Metabolism and Disposition* [Internet] 2001; 29(4):535-38. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11259346>.
2. Fox AL. The Relationship between Chemical Constitution and Taste. *Proc Natl Acad Sci USA* [Internet] 1932; 18:115-120. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1076170/?page=1>.
3. Morais JRS, Silva JRM, Conte RM, Grinolia MNKG, Raso V. Relação da sensibilidade à feniltiocarbamida (ptc) e o estado nutricional dos pacientes atendidos em um centro de saúde de Brasília - DF. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento* [internet] 2007; 1(1):72-79. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/8/8>.
4. Caixeta F, Marques F, Correia L, Mendonça L, Melo, HS. Sensibilidade à feniltiocarbamida e comportamento alimentar. *Psicologia e Saúde em Debate* 2016; 2(1):16-7. doi:10.22289/2446-922x.v2s1a5.
5. Ludke MCOMM, López J. Colesterol e composição dos ácidos graxos nas dietas para humanos na carcaça suína. *Ciência Rural* [Internet] 1999; 29(1):181-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-84781999000100033&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
6. Seki M, Matsuo T, Seki M. Colesterol não-HDL em escolares de 7 a 17 anos de idade em um município brasileiro. *Revista Panamericana de Saúde Pública* [Internet] 2007; 21(5):307-12. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892007000400006&script=sci_abstract&tlng=pt.
7. Bergmann M L A, Bergmann GG, Halpern R, Rech RR, Constanzi CB, Alli, LR.. Colesterol total e fatores associados: estudo de base escolar no sul do Brasil. *Arq. Bras. Cardiol* [Internet] 2011; 97(1):17-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2011000900004.
8. Lottenberg AMP. Importância da gordura alimentar na prevenção e no controle de distúrbios metabólicos e da doença cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia* [Internet] 2009; 53(5):595-607. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302009000500012.
9. Marzocco A, Torres BB. *Bioquímica Básica*. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2007.
10. Gonçalves RC, Faria KRM, Silva PI, Mattar Filho R, Malafaia G. Perfil lipídico e os fatores de risco para a doença aterosclerose em metalúrgicos de Quirinópolis-GO. *Enciclopédia Biosfera* [Internet] 2012; 8(14):1615-2012. Disponível em: <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2012a/saude/perfil.pdf>.
11. Schiavo M, Lunardelli A, Oliveira JR. Influência da dieta na concentração sérica de triglicerídeos. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial* [Internet] 2003; 39(4): 283-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442003000400004.
12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 2013.

13. Scartezini M, Ferreira CES, Izar COM, Bertoluci M, Vencio S, Campana GA et al. Posicionamento sobre a Flexibilização do Jejum para o Perfil Lipídico. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [Internet] 2017; 3(108):195-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v108n3/pt_0066-782X-abc-108-03-0195.pdf.
14. Friedewald WT, Levy RI, Fredrickson DS. Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge. *Clin Chem* 1972; 18(6):499-502.
15. Wooding S. Phenylthiocarbamide: a 75-year adventure in genetics and natural selection. *Genetics* 2006; 172(4):2015-23.
16. Freire IS, Lima FCV. O teste de sensibilidade à feniltiocarbamida (PTC) usado como prática lúdica no ensino de genética. *Universitas: Ciências da Saúde* [Internet] 2009; 7(1):45-56. doi.org/10.5102/ucs.v7i1.951. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/951>.
17. Goldstein GL, Daun H, Tepper BJ. Adiposity in Middle-aged Women is Associated with Genetic Taste Blindness to 6-n-Propylthiouracil. *Obesity Research* [Internet] 2005; 18(6): 1017-23. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1038/oby.2005.119>.
18. Bartoshuk LM. Separate worlds of taste. *Psychology Today* 1980; 14(4):48-63.
19. Freitas AG, Brito FE, Granja F. Avaliação da sensibilidade à Feniltiocarbamida (PTC) na comunidade acadêmica do centro de estudos da biodiversidade – Ufr. In: Zouein ME. A iniciação científica em Roraima. [Internet] Boa Vista: Editora da Ufr; 2013; P.65-80. Disponível em: <http://www.prppg.ufr.br/index.php/administrativo/modelos-e-formularios?download=748:epic-livro-2013>.
20. Pinheiro M. Comportamento humano: interação entre genes e ambiente. *Educação em Revista* [Internet] 1994; (10):53-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40601994000100007.
21. Freitas RWJF, Araújo MFM, Lima ACS, Pereira DCR, Alencar AMPG, Damasceno MMC. Análise do perfil lipídico de uma população de estudantes universitários. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet] 2013; 21(5):1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000501151&script=sci_arttext&tIng=pt.

Toxoplasmose congênita

Toxoplasmosis congenital

Moraes CFG^a, Saenz ECT^a

a: Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU, Brasil

RESUMO

A toxoplasmose é uma doença causada por um parasita que possui a capacidade de infectar inúmeras espécies de vertebrados, inclusive os gatos domésticos. O que coloca em risco a saúde das pessoas, em especial as mulheres durante o período gestacional. A infecção durante o 3º trimestre de gravidez é o que apresenta maior risco pela transmissão vertical, se a mãe estiver na fase aguda da doença. Objetivo: Devido às altas estimativas da doença, este trabalho tem o objetivo de esclarecer quais são os riscos da toxoplasmose na gestação, dando ênfase no diagnóstico e apresentando soluções de prevenção da doença. Metodologia: Foi realizado através de um levantamento bibliográfico de bancos de dados públicos abordando a toxoplasmose gestacional. Resultados: A parasitose é capaz de causar no feto cegueira, má formação, aborto espontâneo e até a morte do recém-nascido, o que torna crucial o conhecimento e aplicações dos métodos de diagnósticos, tanto no pré-natal quanto no pós-parto. Há inúmeros métodos utilizados, tendo cada um a sua peculiaridade, sendo o melhor deles a PCR (Polymerase Chain Reaction), mas por se tratar de um método caro, torna-se inviável, o que nos leva a utilizar os testes imunológicos. Conclusão: Deve-se realizar o alerta a população através de campanhas, veiculando informações sobre a infecção, seus prejuízos e o cuidado e consumo de antiparasitários nos animais domésticos. Essas são as melhores formas de prevenir e erradicar a doença.

Descritores: toxoplasmose, congênita, toxoplasmose gestacional.

ABSTRACT

Toxoplasmosis is a parasitic disease that has the capacity to infect countless species of vertebrates, including domestic cats, which endangers the health of people and especially women during gestation. The infection during the third trimester of pregnancy is the one that presents the greatest risk for vertical transmission, if the mother is in the acute phase of the disease. Objective: Because of the high estimation of the disease, this work has the objective of clarifying which are the risks of the Toxoplasmosis in the gestation, to emphasize the diagnosis and presenting solutions of prevention. Methodology: Was performed through a bibliographic survey of public databases about gestational toxoplasmosis. Results: The parasite is capable of causing blindness in the fetus, malformation, miscarriage and even the death of the newborn, which makes the knowledge and applications of diagnostic methods crucial, both in prenatal and postpartum. There are many methods used, each having its peculiarity, being PCR (Polymerase Chain Reaction) the best of them, but to being an expensive method, becomes infeasible, leading us to use immunological tests. Conclusion: The population should be alert through campaigns that convey information about the infection. The anti-parasitic care and consumption in domestic animals are certainly the best way to prevent and eradicate the disease.

Descriptors: toxoplasmosis, congenital, gestational toxoplasmosis.

INTRODUÇÃO

O *Toxoplasma gondii* é um protozoário heterogêneo da família Sarcocystidae, intracelular obrigatório que tem como hospedeiro definitivo gatos domésticos, aves e demais mamíferos, sendo como hospedeiro intermediário o ser humano. Sua infecção na maioria das vezes ocorre pela ingestão de oocistos presentes nas fezes de felinos, que podem contaminar a água e alimentos, outra forma de contaminação é a ingestão de cistos pelo consumo de carne crua ou malcozida^{1,2}.

A toxoplasmose é uma infecção frequente em todo o mundo, mas na maioria dos casos não traz repercussões importantes para o paciente, exceto indivíduos imunodeprimidos e fetos, dos quais podem apresentar graves sequelas¹.

No Brasil, situam-se entre 50% e 80% de gestantes contaminadas, sendo esta última taxa a prevalência encontrada em um inquérito feito pelo Rio de Janeiro². E como a sua transmissão é relativamente fácil ela se torna cada vez mais evidente nas estatísticas^{1,2}.

A toxoplasmose congênita pode apresentar um quadro clínico de assintomático até sequelas graves. Quanto mais precoce a infecção materna, maior o risco de acometimento fetal, quanto mais tardia a infecção aguda, maior o risco de transmissão vertical³.

A gestante contaminada com o parasita na fase aguda, no início da gestação, pode causar ao feto consequências mais graves, como o aborto espontâneo, a má-formação do feto, hipoacusia (redução da percepção auditiva), retardo mental, morte neonatal e comprometimento ocular. Há outros vários sintomas que podem atingir o bebê, que em primeira instância pode parecer assintomático, mas com o passar do desenvolvimento da criança vão aparecendo, porém por muitas vezes, não ocorre o acompanhamento médico e não correlacionam a doença causada pelo parasita, o que nos leva a um levantamento epidemiológico falho e um tratamento ineficaz^{2,4}.

O objetivo deste trabalho é esclarecer quais são os riscos da toxoplasmose na gestação, dando ênfase no diagnóstico e apresentando soluções para prevenção da doença.

MÉTODO

O presente trabalho é uma revisão realizada por levantamento bibliográfico de banco de dados públicos obtidos através de pesquisas diretas nos sites PUBMED, LILACS, BIREME, CAPES, SCIELO e livros, sendo selecionados artigos entre os anos de 2002 e 2017, publicados tanto em português quanto em inglês, abordando a toxoplasmose na gestação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

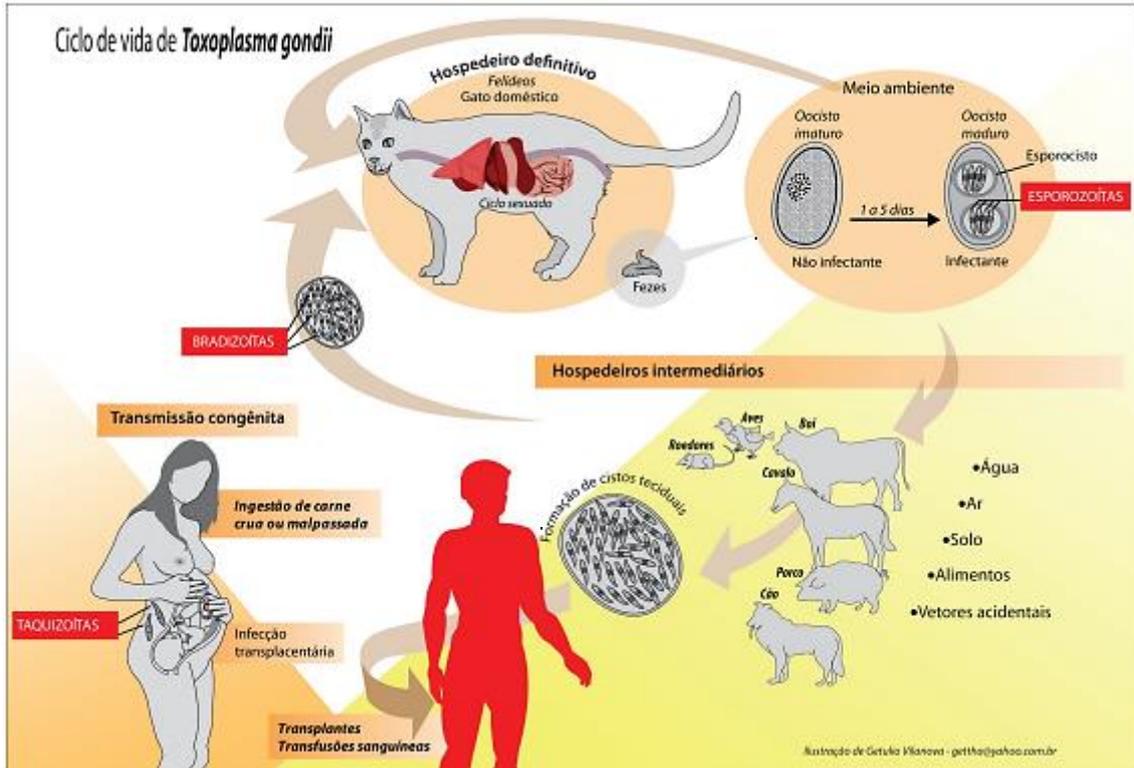
O parasita age de forma sistêmica, atingindo todas as células nucleadas. Ele realiza dois ciclos, um no hospedeiro definitivo, felino e outro no hospedeiro intermediário que seria o homem. Após realizar o ciclo no gato infectado o mesmo eliminará nas fezes os oocistos não esperulados. Para tornar-se infectante, essa forma necessita ser maturada no meio ambiente, essa maturação leva de 1 a 5 dias para tornar-se um oocisto que infecta o hospedeiro intermediário^{2,4}.

Ao entrar em contato com o suco gástrico do hospedeiro, os oocistos são estimulados para que no intestino ocorra a liberação dos esporozoítos presentes no interior do oocisto, que ao serem libertados, se transformam em taquizoítos, que por sua vez invadirá as células epiteliais do intestino, se multiplicando rapidamente, migrando para as demais células nucleadas aonde irão se proliferar até romperem as células infectadas, indicando a fase aguda da doença^{3,4}.

Com o ataque do sistema imunológico, os parasitas evoluem formando cistos com bradizoítos nos tecidos e olhos, reduzindo a sintomatologia, que pode ser carregado pelo hospedeiro por toda a vida. Caracterizando a fase crônica da doença^{2,4}.

A transmissão pode ocorrer de duas formas, a horizontal pelo consumo ou inalação do oocisto presente nas fezes, de cistos presentes em carne crua ou mal-cozidas ou pela forma vertical através da transferência placentária, que só ocorre na fase aguda da doença^{2,4,5,6}.

E é na transmissão vertical que ocorre a forma congênita; os taquizoítos primeiramente atingem a placenta para enfim chegar ao feto². O risco de infecção aguda com repercussões fatais é maior em mulheres sem exposição ao parasita anteriormente à gestação, já que a mesma não possui anticorpos para o combate do mesmo, o que justifica o rastreamento sorológico rotineiro, mensal, ou ao menos, trimestral dessas pacientes⁵.



Fonte: Moura, Amendoeira & Barbosa, 2009

Figura 1: Ciclo do parasita no hospedeiro intermediário⁶

A transmissão vertical (TV) ocorre frequentemente entre o primeiro ao quarto mês gestacional, após a infecção aguda, mas a placenta pode abrigar o parasita viável durante toda a gestação⁴. A gravidade, porém, se encontra em circunstância invertida em relação ao tempo da gestação e à facilidade da transmissão. Assim, apesar de facilmente transmissível no último trimestre, em geral não causa danos ao feto, cuja capacidade de defesa já é bem maior. Em compensação, quando a mãe se infecta no primeiro trimestre e passa o toxoplasma para o feto, o prejuízo é imenso. As sequelas são geralmente graves, podendo levar ao aborto, em especial no primeiro mês⁷.

O risco de TV da toxoplasmose aguda durante o primeiro trimestre é de aproximadamente 6% já no terceiro trimestre é de 60% a 81%. A taxa de infecção fetal quando não tratada durante a gestação é de 20% a 50% sendo que a prevalência da infecção congênita é de aproximadamente 0,2 a 2/1.000 Nascidos vivos⁵.

Manifestações clínicas

Os sinais clínicos causados pela toxoplasmose geralmente são assintomáticos em pacientes saudáveis, porém, em pacientes imunodeprimidos ou gestantes que adquirem a infecção primária durante o período gestacional podem ser severos^{2,3}.

A toxoplasmose congênita possui diferentes graus de gravidade, a maioria dos recém-

nascidos não apresenta sintomas, mas obtém sequelas derivadas do parasita. Quando a transição ocorre até a 17ª semana, o bebê já pode apresentar sinais ao nascer, a exemplos de sequelas neuropsicomotoras, como hipotonia (redução ou perda do tono muscular), hepatomegalia e esplenomegalia, petéquias pelo corpo, febre, rash maculopapular, icterícia, convulsões, trombocitopenia e raramente linfadenopatia generalizada^{7,8}.

O tempo para manifestações das sequelas pode variar entre meses ou anos após o nascimento, podendo se evidenciar através da Tríade de Sabin composta por retinocoroidite, calcificações cerebrais e hidrocefalia ou microcefalia⁹. O déficit auditivo também tem sido relatado em cerca de 20% dos casos de toxoplasmose congênita, principalmente nas crianças não-tratadas ou tratadas por período muito curto¹¹.

Dentre as oculares as conseqüências mais conhecidas são a coriorretinite e a catarata congênita, que podem acometer mais de 10% dos fetos com Toxoplasmose. Essa alteração tem início na coroide e retina, podendo causar a opacidade do cristalino fetal. Entretanto, essas alterações podem não ser identificadas na ultrassonografia, de forma especial a coriorretinite⁹. Estudos Brasileiros indicam que as lesões oculares se devem principalmente às retinocoroidites, com predileção pela região macular onde se observa com maior frequência o acometimento bilateral com graus diversos de prejuízo da visão¹⁰.

Quanto ao acometimento cerebral, o quadro mais grave é o de microcefalia, que geralmente é letal. Hidrocefalia do tipo obstrutivo é a manifestação mais frequente atingindo cerca de 16 a 80% e pode ocorrer isoladamente. Além disso, pode-se manifestar retardo do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), responsáveis pelas crises convulsivas, opistótono, dificuldades de deglutição e calcificações intracranianas⁸.

Diagnóstico

O diagnóstico para toxoplasmose pode ocorrer através de métodos parasitológicos ou triagem sorológica, sendo essa a mais utilizada. A triagem sorológica é um dos primeiros exames a ser solicitado no pré-natal, ocorrendo no início do 1º trimestre gestacional. Esse exame ocorre através de coleta de sangue que irá buscar anticorpos IgM e IgG reagentes, visando acompanhar se ocorreu a transmissão, e em qual fase ela se encontra, sendo que as pacientes não reagentes por estar suscetível a doença, devem ser acompanhadas e realizarem a sorologia nos 2º e 3º trimestres. No caso de reatividade apenas do IgG não há necessidade de repetir a sorologia, que por estar presente nas infecções crônicas indica que a paciente já esteve em contato com o parasita e possui defesas contra ele^{2,7}.

A presença de IgM (ou IgA) anti-*T. gondii* no soro do neonato é indicativo para infecção congênita, já o IgG materno que possui a capacidade de ultrapassar a barreira placentária,

está presente no soro das lactantes de forma latente, se encontra presente até mesmo nos fetos não infectados, sendo que nestes, a IgG anti-*T.gondii* negativa-se antes dos 12 meses de idade. Nos casos de infecção congênita, a IgG continua reagente após o primeiro ano de vida¹².

No início da infecção, as imunoglobulinas de classe IgM, IgA e IgE são as primeiras a aparecer, podendo ser detectadas de oito a doze dias após a infecção. Em recém-nascidos, as imunoglobulinas IgM e IgA são utilizadas para o diagnóstico congênito, pois essas não atravessam a barreira placentária e em caso positivo, indicam que os anticorpos estão sendo produzidos pelo próprio feto^{13,14}.

A pesquisa de imunoglobulinas IgM é realizada já que a mesma é a primeira a surgir na fase aguda, indicando a existência da infecção, mas somente ela não é capaz de nos indicar a confirmação, sendo que o mesmo pode ser detectado até 1 ano após a infecção. Por isso os resultados devem ser comparados em casos de reagentes positivos para IgM e IgG realizado o teste de avidéz para IgG preferencialmente na mesma amostra^{12,13}.

O teste de avidéz vai avaliar o grau de maturação dos anticorpos no período da resposta humoral, indicando o período aproximado que ocorreu a infecção, sendo que em avidéz baixa sugere infecção recente (anterior à quatro meses) e alta pode excluir essa possibilidade indicando que se trata de uma infecção de mais de 16 semanas podendo descartar o risco ao feto¹⁵.

Comprovada	<ul style="list-style-type: none"> • Soro conversão gestacional. • Detecção do DNA do <i>toxoplasma</i> em líquido amniótico pela PCR.
Provável	<ul style="list-style-type: none"> • IgG +, IgM + baixo índice de avidéz em qualquer idade gestacional. • Aumento progressivo nos títulos de IgG e IgM. • IgM+ com histórico clínico sugestivo para toxoplasmose aguda gestacional.
Possível	<ul style="list-style-type: none"> • IgG+, IgM+ com índice de avidéz alto (colhido após 12 semanas de gestação) ou indeterminado. • IgG+, IgM + em amostra única colhida em qualquer idade gestacional sem realização do teste de avidéz.
Improvável	<ul style="list-style-type: none"> • IgG+ e IgM+ ou - índice de avidéz alto (colhido antes de 12 semanas de gestação).

Ausente	<ul style="list-style-type: none"> • IgG - e IgM - durante toda a gestação. • IgG+ antes da concepção. • IgM+ sem aparecimento de IgG.
---------	---

Fonte: Significant performance variation among PCR systems in diagnosing congenital toxoplasmosis. Quadro 1: Definições de possíveis resultados de diagnóstico para o *Toxoplasma gondii* em gestantes no teste de avidéz¹⁶.

Teste sorológicos

Várias técnicas sorológicas podem ser utilizadas na detecção deste parasita, como por exemplo a IFI (imunofluorescência indireta), HAI (hemoaglutinação indireta), ISAGA (Immunosorbent Agglutination Assay) sendo que a mais utilizada é o teste de ELISA (EnzymeLinked Immunosorbent Assay) que tem uma maior sensibilidade para o anticorpo IgManti-*T. gondii*, comparado a outros testes que possuem a possibilidade de dar falso negativo, como é o caso do IFI em pacientes com doenças reumatóides interferir no resultado¹³.

A reação de Imunofluorescência Indireta (IFI) possui uma boa sensibilidade, mas devido à interferência do fator reumatóide pode resultar em falso negativo por possível competição entre os anticorpos IgG e IgM que não permitem a ligação dos antígenos do parasita. No ELISA o IgM captura, os anticorpos antinucleares e o fator reumatóide não interferem¹³.

O teste de HAI apresenta uma boa sensibilidade e se trata de um teste barato e sem a utilização de equipamentos sofisticados, sendo assim bem útil por sua praticidade para triagem de *toxoplasma gondii*. A técnica refere-se à utilização de hemácias de aves recobertas de antígenos parasitários aglutináveis por IgM e IgG que ao entrarem em contato com esses anticorpos realizam a aglutinação, tornando assim o teste simples e prático, porém pode ocorrer falsos positivos graças a uma ligação de IgM não-específicos que podem estar presente no paciente em baixos níveis¹⁶. Já na aglutinação por imunoabsorção (ISAGA) os antígenos que são adicionados sofrem uma suspensão com *toxoplasma* e são somente aglutinados por um IgM específico o que o prioriza para o diagnóstico agudo da doença^{13,17}.

Na reação de ELISA possui uma maior sensibilidade ao IgG frente a método de hematoaglutinação e fixação do complexo, sendo que na classe de IgM a sensibilidade é similar. Esse teste tem como princípio usar antígenos em pequenos poços presentes em uma placa de plástico, onde será adicionado o soro do paciente e anticorpos com anti imunoglobulinas marcadas por um substrato, é adicionado enzimas (peroxidase) que irá degradar o substrato, se houver alguma ligação, irá formar um polímero intensamente

colorido, indicando assim a positividade do teste que pode ser lido a olho nu ou preferencialmente no espectrofotômetro que indicará resultados mais precisos¹⁴.

Na literatura, é quase unânime que o “Polymerase Chain Reaction” (PCR) é o padrão de ouro para detecção da infecção, já que o mesmo possui uma alta especificidade. Essa técnica molecular tem como princípio de amplificar uma região específica de interesse no DNA. É utilizada uma sonda específica para *T.gondii* buscando a detecção do parasita extraído da amostra do paciente. Mesmo sendo de uma alta precisão a PCR ainda é pouco utilizada já que se trata de uma técnica cara e não padronizada para detecção de *T.gondii*^{3,17}.

A infecção por toxoplasma, tem como base a sorologia em indivíduos imunodeprimidos, é indicada através da soro-conversão juntamente com o perfil sorológico tendo presente ou não manifestações clínicas de fase aguda, na primeira infecção¹³.

Há algumas dificuldades no diagnóstico destes pacientes, ocasionada pelo comportamento irregular do perfil sorológico dos mesmos, o que nos leva, a não ter marcadores totalmente confiáveis, sobretudo em portadores da doença que não são cuidadosos e apresentam um quadro agudo de infecções crônicas. O que nos leva cerca de 50% das complicações oportunistas graves causadas pelo *Toxoplasma gondii* nos imunocomprometidos, mantendo o quadro latente, não sendo incomum a soro reversão, causando o desaparecimento dos anticorpos anti-toxoplasma, negatizando os testes¹³. Por isso, a detecção do parasita no sangue é de suma importância com maior sensibilidade pela PCR¹⁵. Com a rapidez das técnicas moleculares e a não dependência do estado imunológico do indivíduo a técnica se tornou padrão ouro para diagnósticos de imunodeprimidos¹³.

Tratamento

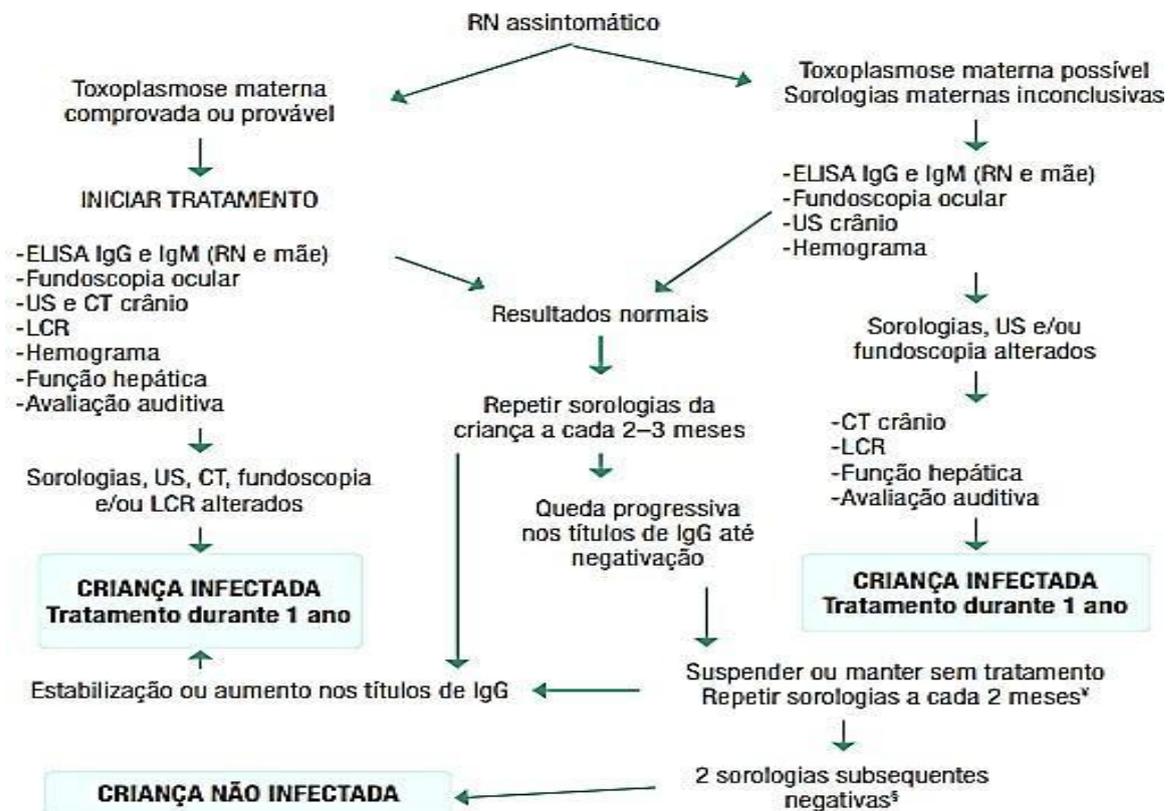
Com a positividade do diagnóstico laboratorial, o médico deve encaminhar rapidamente a paciente para o tratamento. Para pacientes normais deve ser administrado Espiramicina, 750 a 1.000 mg, Via oral, a cada 8 horas ou Clindamicina, também Via oral, na dose de 600mg a cada 6 horas. Na forma ocular para reduzir a necrose e inflamação e minimizar a cicatriz utiliza-se 40mg/dia de prednisona, por uma semana, e 20mg/dia, por outras 7 semanas^{18,19}.

Está contraindicado o uso de Pirimetamina no 1º trimestre, pois é teratogênica, podendo ocorrer má formação embrionária e de Sulfadiazina, no 3º trimestre, pelo risco de desenvolver kernicterus¹⁶, que pode ocasionar a encefalopatia bilirrubínica (aumento da taxa de bilirrubina no sangue capaz de impregnar núcleos cerebrais). A utilização desses medicamentos pode provocar como efeito adverso a Neutropenia, anemia, trombocitopenia, icterícia, reações de hipersensibilidade, intolerância gastrointestinal e erupções cutâneas¹⁸.

A gestação deve ser acompanhada de perto e após o nascimento deve haver o acompanhamento médico mesmo após um ano, seguido de uma bateria de exames sorológicos, oftalmológicos e neurológicos, já que algumas sequelas só se desenvolvem conforme o crescimento da criança¹⁶. Deve-se realizar a sorologia tanto da mãe quanto a do recém-nascido, no caso de não haver alteração, a mesma deve ser refeita entre 2 e 3 meses, obtendo uma queda nos níveis de IgG até o seu desaparecimento. O tratamento deve ser suspenso e acompanhado por aproximadamente 6 meses, realizando exames periódicos a cada dois meses, onde ao constatar duas sorologias consecutivamente negativas, indica a cura da criança; já no caso do IgG se estabilizar ou aumentar seus níveis, a criança deve ser submetida a tratamento por mais humano¹⁸.

Para recém-nascidos que mesmo após o início de tratamento preventivo, demonstra nas primeiras baterias de exames, resultados alterados, os mesmos devem ser submetidos a uma intervenção médica por mais 1 ano. O mesmo serve para mãe com sorologia não conclusiva durante a gestação¹⁸.

Fonte: Ministério da saúde. Atenção recém-nascido guia profissionais de saúde.



* Na descontinuidade do tratamento pela negativação dos anticorpos IgG, repetir a sorologia em 1 mês.

‡Em crianças que receberam tratamento, confirmar soronegativação 6 meses após a suspensão dos medicamentos.

Figura 2: Fluxograma para abordagem inicial de Recém-Nascido assintomático com suspeita de toxoplasmose congênita¹⁸

Profilaxia

Para evitar a propagação desta doença devemos tomar alguns cuidados, como a não ingestão de carnes cruas, malcozidas ou mal passadas. Lavar as mãos antes da manipulação de alimentos e após o manuseamento da carne crua, assim como toda a superfície e utensílios que entrarem em contato com o mesmo. Lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar^{4,19}. Usar sempre luvas e lavar bem as mãos após praticar atividades de jardinagem. Evitar contato de fezes de gato presentes no lixo ou solo. Não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, seja de vaca ou de cabra¹⁹.

Os cuidados com os hospedeiros intermediários são de suma importância, sendo assim devemos lavar bem as mãos após contato com os animais, alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que estes ingiram sua caça, deve-se limpar ou trocar diariamente a caixa de areia dos gatos, utilizando luvas e pá, lembrando que se a responsável for gestante se deve pedir para que essa função seja realizada por outra pessoa¹⁶. Sempre manter a visita ao veterinário em dia, assim como o consumo de antiparasitários anuais^{12,19}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A toxoplasmose é uma doença amplamente distribuída, causadora de inúmeras sequelas neuropsicomotoras e fisiológicas, sendo algumas delas irreversíveis como o acometimento ocular e cerebral. Mesmo havendo tratamento essa patologia ainda continua atingindo milhões de gestantes a cada ano, por ser uma doença muitas vezes assintomática não é dada a devida importância.

O diagnóstico precoce é sempre essencial e hoje contamos com diversos métodos diferentes para detecção, sendo eles parasitológicos, imunológicos e moleculares. Mesmo que o teste molecular seja o mais sensível para essa detecção, o mesmo ainda é pouco utilizado por se tratar de um teste caro e não padronizado, nos levando a recorrer aos testes imunológicos que mesmo com uma boa sensibilidade, em muitos casos podem apresentar uma reação cruzada, o que indica a necessidade de mais investimento para se encontrar formas mais baratas e eficazes para detecção da doença. Como solução para a prevenção, deve-se abrir campanhas veiculando informações sobre a infecção e seus prejuízos, esclarecendo a transmissão e como ela pode ser evitada. Outra medida muito importante é o cuidado para com o gato, que é o hospedeiro, evitando que se contamine e distribua essa parasitose, para isso devemos incentivar a visita ao veterinário e consumo de antiparasitários pelo menos anualmente, evitando assim que o ciclo continue, nos levando rumo à erradicação da doença.

REFERÊNCIAS

1. Vidigal PVT, Santos DVV, Castro FC, Couto, JCF., Vitor RWA., Filho GB. Prenatal toxoplasmosis diagnosis from amniotic fluid by PCR. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* vol.35 no.1 Uberaba Jan./Feb.2002
2. Rey L. Bases da parasitologia medica. 3 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015. 391p
3. Spanhol MR, Domingues MF, Leonhardt NR, Jaeger N, Nienov OR, Minozzo R. Toxoplasmose na gestação. *Conhecimento Online*, Novo Hamburgo, v. 2, sep. 2012. ISSN 2176-8501. [Acesso em: 08 oct. 2017]; 1-12 Disponível em: <http://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistaconhecimentoonline/article/view/257>.
4. Bartholo BBGR, Monteiro DLM, Trajano AJB, Jesús NR. Toxoplasmose na gestação. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2015; [Acesso em 2017 Nov 05] 14(2):65-70 Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=557
5. Pessanha TM, Carvalho M, Pone, MV, Saint CGJ. Diagnostic and therapeutic management of toxoplasmosis in pregnancy and the effect in the newborn. *Rev. paul. pediatr.* [online].2011;
6. Moura MA, Amendoira MR, Barbosa HS. Primary culture of intestinal epithelial cells as a potential model for *Toxoplasma gondii* enteric cycle studies. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 104: 862-864, 2009.
7. Conceição L. Toxoplasmose: Perigo que ronda os bebês [Internet]. Porto Alegre; [Acesso em: 2018 Jan 06]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/imunovet/debate-3.htm>.
8. Berrebi A, Bardou M, Bessieres MH, Nowakowska D, Castagno R, Wallon M. et.al. Out come for children infected with congenital toxoplasmosis in the first trimester and with normal ultrasound findings: a study of 36 cases. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2007. v. 135, p. 53- 57.
9. Gonçalves LF. Aspectos Ultrassonográficos da Toxoplasmose Congênita – Relato de Caso [Internet]. CETRUS; 2013
10. Soares JAS, Nasser LS, Carvalho SFG, Caldeira AP. Achados oculares em crianças com toxoplasmose congênita. *Arq Bras Oftalmol.* [online]. 2011;
11. Andrade GMQ, Resende LM, Goulart EMA., Siqueira AL, Vitor RWA., Januario JN. Deficiência auditiva na toxoplasmose congênita detectada pela triagem neonatal Ver Bras Otorrinolaringol. [online]. 2008
12. Amendoeira MRR, Coura LFC. Uma breve revisão sobre toxoplasmose na gestação *Scientia Medica* [online]. 2010 [acesso em: 2018 jan 06] vol. 20 número 1 p.113-119 disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/5917/49>
13. Camargo ME, Okay TS. Toxoplasmose In: Ferreira AW, Moraes SL. Diagnóstico laboratorial das principais doenças infecciosas e auto-imunes. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p.304-315.
14. Cimerman B, Cimerman S. Toxoplasmose In: Neto VA, March CR. Parasitologia humana e seus fundamentos gerais 2ed. São Paulo: Atheu.p.159-178.
15. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). Telecondutas: toxoplasmose na gestação: versão digital 2022. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 14 nov 2022. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_toxoplasmosenagestacao.pdf. Acesso em: “dias, mês abreviado e ano”.
16. Okay TS, Yamamoto L, Oliveira LC, Manuli ER, Junior HFA, Negro GMBD. Significant performance variation among PCR systems in diagnosing congenital toxoplasmosis. in São Paulo, Brazil: analysis of

467 amniotic fluid samples.[Internet]2009[acessadoem2018mar18]; vol.64 171-176.Disponívelem:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-59322009000300004&script=sci_arttext

17. Costa TL, Silva MG, Rodrigues IMX, Barbaresco AA, Avelino MM, Castro AM. Diagnóstico Clínico e Laboratorial da Toxoplasmose News Lab [online]. 2007

18. Ministério da saúde. Atenção recém-nascido guia profissionais saúde [Internet]. Brasília-DF; 2011[acesso em: 2018 mar 13]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v2.pdf

19. Ministério da saúde. Guia de bolso de infecciosas e parasitárias [Internet], Brasília- DF. 2010 [acesso em: 2018 fev25]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf

Um estudo sobre a saúde mental de residentes em ortopedia

A study on the mental health of orthopedic's residents

Um estudio de la salud mental de los residentes em ortopedia

Esquivel DA^a, Yazizi L^b, Nogueira-Martins LA^c

a. Psicóloga, Profa. Dra. Docente do Curso de Psicologia do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, FMU, Brasil

b. Psicóloga (USP), Livre Docente e Ex-professora Titular do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP-EPM, Brasil

c. Psiquiatra (UNIFESP-EPM), Livre Docente e Professor Associado do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP-EPM, Brasil

RESUMO

Estudos referem que residentes de medicina podem apresentar risco para o desenvolvimento de problemas emocionais durante o treinamento. O objetivo deste trabalho é avaliar sintomas de *burnout*, depressão e ansiedade em um grupo de residentes durante seu treinamento. Método: foram acompanhados 13 residentes homens de Ortopedia, média de 26 anos de idade, durante os três anos de residência. Utilizados os inventários: Inventário de *Burnout* de Maslach - MBI, Inventário de Depressão de Beck - BDI e o Inventário de Ansiedade de Beck - BAI. As avaliações foram realizadas no primeiro, sexto e décimo segundo mês do 1º ano (R1) e no 9º mês do 3º ano de residência. Resultados: o grupo apresentou sintomas de burnout, depressão e ansiedade principalmente no sexto mês do R1. Os sintomas diminuíram ao longo do tempo embora não tenham alcançados os valores encontrados da primeira avaliação. Essa diminuição de sintomas sugere que a residência não foi uma experiência deletéria ou prejudicial, mas sim um caminho difícil, porém necessário, promovendo mudanças importantes em direção ao amadurecimento profissional.

Descritores: residência médica, ortopedia, burnout, depressão, ansiedade

ABSTRACT

Studies have proven that medical residents may be at risk for developing emotional problems. The objective of this study is to evaluate symptoms of burnout, depression, anxiety and quality of life in 13 male residents, with an average of 26 years old, during the three years of residency in orthopedics. Method: instruments used: Maslach Burnout Inventory - MBI, Beck Depression Inventory - BDI and Beck Anxiety Inventory - BAI. Evaluations conducted in four stages: first (= T0), sixth (= T1) and twelfth month (= T2) of the 1st year (R1) and the 9th month (= T3) of the 3rd year. Results: it can be seen that the group had symptoms of depression, anxiety and burnout, especially in the sixth month of R1. Symptoms decreased over time, however, were not lower than the values found in T0. This decrease of symptoms suggests residency is not harmful or harmful, but a difficult path, but necessary, which promotes fundamental changes to medical education.

Descriptors: medical residency, orthopedics, burnout, depression, anxiety

RESUMEN

Estudios indican que médicos residentes pueden presentar riesgo de desarrollar problemas emocionales. El objetivo de este estudio fue evaluar los síntomas de agotamiento, la depresión y la ansiedad en 13 residentes varones, con una media de 26 años, durante los tres años de residencia en ortopedia. Método: instrumentos utilizados: Inventario de Burnout de

Maslach_ MBI, Inventario de depresión Beck - BDI y Inventario de Ansiedad Beck - BAI. Evaluaciones en cuatro etapas: en primer (= T0), sexto (= T1) y el mes duodécimo (= T2) del 1er año (R1) y el noveno mes (= T3) del 3er año. Resultados: puede observar que el grupo tenía síntomas de la depresión, la ansiedad y el agotamiento en T1. Los síntomas disminuyeron con el tiempo, sin embargo, no eran más bajos que los valores encontrados en t0. Esta disminución de los síntomas sugiere la residencia no es dañino o perjudicial, sino un camino difícil, pero necesario, que promueve cambios fundamentales en la educación médica.

Descriptor: residência médica, ortopedia, salud mental, *burnout*, depresion, ansiedad.

INTRODUÇÃO

Estudos têm mostrado que residentes de medicina, principalmente os de primeiro ano (R1), podem apresentar risco para o desenvolvimento de problemas emocionais como depressão, ansiedade e *burnout* durante seu treinamento^{1, 2, 3, 4,5}. A inexperiência profissional e a carga de trabalho do estágio têm sido apontados como fatores que podem contribuir para o desencadeamento de crises de adaptação ou mesmo disfunções profissionais em médicos residentes, o que podem comprometer a qualidade da assistência prestada aos pacientes⁶. É notório que certos aspectos da personalidade podem predispor o indivíduo a transtornos mentais e estudiosos asseveram que a carreira médica tende a atrair pessoas psicologicamente mais vulneráveis^{7,8}.

Os principais distúrbios psíquicos que afetam os residentes são os cognitivos associados à privação de sono, a estados disfóricos, à depressão, à ideação suicida, às tentativas de suicídio, ao consumo excessivo de álcool e drogas não prescritas. Tais estados emocionais comumente provocam licenças e afastamentos, promovem excesso ou carência de autoconfiança, perda de compaixão pelos pacientes bem como ao aumento de raiva crônica, de ceticismo, de ironia e humor negro^{9,10,11,12}.

A literatura refere que os quadros depressivos representam um dos mais importantes distúrbios detectados nesse grupo e que os R1 são os mais propensos a desenvolver sintomas depressivos^{7,13,14,15,16,17}, sendo os índices nesse período em torno de 27 a 30%^{14,15,16}. Reuben¹⁶ constatou um decréscimo nos anos subsequentes: 22% nos R2 e 10% nos R3. As mais altas taxas foram encontradas durante os estágios de Enfermaria, Serviço de Emergência e UTI¹⁶.

No Brasil, Paterlini e colaboradores³ utilizando a escala Beck de depressão, BDI, detectaram sintomas depressivos severos em 2,1% dos residentes, moderados em 4,2% e leves em 27% em um grupo de 59 residentes. O estudo também avaliou sintomas de ansiedade traço (escala STAI) e confirmou que 26,9% participantes apresentavam nível elevado, 55,9% nível médio e 17,2% nível baixo de sintomas de ansiedade traço³. Leão, Martins, Menezes e Bellodi¹⁸

avaliaram 156 estudantes do último ano de graduação de medicina utilizando os inventários Beck de depressão, BDI, e Beck de ansiedade, BAI e 27% apresentaram sintomas de ansiedade e 20% sintomas depressivos. Obara¹⁹ encontrou a prevalência de depressão de 9,3% no BDI em 75 residentes de primeiro ano. Apesar de certa divergência entre os estudos quanto às notas de corte, aqueles aqui referidos adotam o critério de 14 pontos ou mais para o diagnóstico de depressão.

A Síndrome de *burnout*, definida por Freudenberger²⁰ como um estado de esgotamento físico e mental decorrente das atribuições da vida profissional, tem apresentado resultados heterogêneos em estudos envolvendo residentes. Revisões sobre o tema^{4,5} revelam variações nos índices de *burnout* entre 18% a 82%. O ambiente de trabalho do residente, assim como dos médicos em geral, é carregado de agentes estressores que aumentam a ocorrência de *burnout*. Assim, demandas excessivas que prejudicam a qualidade do atendimento, jornadas de trabalho longas, número excessivo de plantões, convivência com sofrimento, morte e exposição constante a riscos. Um agravante no caso de residentes, tornando-os ainda mais suscetíveis ao *burnout*, decorre da ambivalência de papéis vivenciada por eles. Os residentes são cobrados por seus preceptores, por si mesmos e pela da sociedade; são cobrados enquanto alunos, pois estão se especializando e cumprindo tarefas obrigatórias, mas também a expectativa é de que atuem como profissionais, com responsabilidade, competência e eficiência²¹.

Thomas⁵ observou alta incidência de *burnout* em médicos residentes e sugeriu que esta síndrome poderia estar associada à depressão e a dificuldades em cuidar de pacientes. Entretanto, afirma que os trabalhos atuais ainda são insuficientes para determinar o agente causador ou os perfis mais característicos de risco para o desenvolvimento de tal síndrome. Além do mais, salienta que somente 1% das pesquisas sobre *burnout* se referem a médicos residentes. Esta constatação é algo surpreendente, na medida em que os residentes vivem situações reconhecidas como potencialmente desencadeadoras de *burnout*, são jovens com pouca experiência profissional, mas com muita responsabilidade, pois atendem pacientes graves por períodos prolongados⁵.

Existem poucos artigos recentes sobre ortopedistas ou residentes de Ortopedia mais especificamente. Encontramos dois estudos do mesmo grupo norte-americano, um teve por foco os chefes de setor de Ortopedia ou diretores de programas de Ortopedia realizado nos EUA. Nele, 38% dos ortopedistas docentes apresentaram um alto nível de exaustão emocional, o que foi correlacionado à falta de equilíbrio entre a vida pessoal e a vida profissional²². O outro foi um estudo nacional norte-americano visando avaliar a saúde mental e a qualidade de vida de médicos residentes em Ortopedia e ortopedistas^{23,24}. Contou com a

participação de 384 residentes de Ortopedia e 264 ortopedistas que foram avaliados por meio do Maslach Burnout Inventory, MBI, dentre outros instrumentos. Os autores encontraram elevados níveis de *burnout* em 56% dos residentes e em 28% dos ortopedistas docentes, sendo que a maior taxa de risco de *burnout* foi encontrada em residentes de 2º ano, R2. Relatam que cerca de 16% dos residentes e 19% dos ortopedistas docentes referiram sintomas de estresse psicológico. De maneira geral, o estudo mostrou que, apesar de apresentarem alto nível de satisfação com o trabalho ou de realização profissional, tanto residentes como ortopedistas apresentaram alto risco para o desenvolvimento de *burnout* e sofrimento psicológico. Os autores concluíram que os fatores de risco para os residentes seriam níveis elevados de privação de sono; conflitos no trabalho ou na vida pessoal; menor concentração no trabalho devido a preocupações pessoais; níveis de raiva, ansiedade e solidão elevados; estresse decorrente de dificuldades nas relações interpessoais no trabalho; insegurança quanto a própria competência; uso regular de bebidas alcoólicas; sair do trabalho irritado ou cansado, não conseguir usufruir da vida familiar, sentir-se dividido entre trabalho e vida pessoal, e dificuldade para se ‘desligar’ dos problemas do trabalho. Estes fatores de risco aumentam a probabilidade de *burnout* e comprometem a qualidade das relações interpessoais familiares. Os fatores de proteção que diminuiriam os riscos de *burnout* seriam evitar levar problemas pessoais para o local de trabalho e vice-versa; aceitar o apoio de outros médicos; ter um tutor no programa de residência; conversar e pedir conselhos a este tutor; ter algum tipo de crença ou religião; conseguir tempo para se exercitar e ter *hobbies*; tirar férias não relacionadas ao trabalho; beber com moderação; regularmente ter tempo para estar a sós com a/o companheira/o; e, ter um bom grau de satisfação geral com a sua vida profissional de médico^{23,24}.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi o de identificar e comparar a presença/ausência de transtornos mentais e problemas emocionais tais como depressão, ansiedade e *burnout* de residentes de um programa de residência médica em Ortopedia e Traumatologia. Verificar se características do programa de residência em Ortopedia poderiam gerar ou intensificar problemas psicológicos e/ou comportamentais interferindo no bem-estar mental e físico dos residentes.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso prospectivo longitudinal do qual participaram todos os 13 residentes de Ortopedia, todos do sexo masculino, com média de idade de 26 anos.

Os instrumentos selecionados, de acordo com os estudos referidos na literatura foram Inventário de *Burnout* de Maslach^{25,26} (MBI), traduzido e validado por Lautert²⁷ para o Brasil,

Inventário Beck de Depressão (BDI)²⁸ e Inventário Beck de Ansiedade (BAI)²⁹ traduzido e validado por Cunha³⁰ para o Brasil.

Procedimentos: As administrações dos instrumentos ocorreram no 1º mês do primeiro ano de residência, R1 (T0), no 6º mês do R1 (T1), no 12º mês do R1 (T2) e no 9º mês do 3º ano de residência, R3 (T3). Parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – CEP No. 0516/09.

Descrição dos Instrumentos:

Maslach Burnout Inventory – Inventário Maslach de Burnout (MBI)^{25,26,27}:

O inventário MBI foi criado por Maslach e Jackson^{25,26} em 1978 e traduzido, adaptado e validado por Lautert²⁶ para o uso em profissionais da saúde no Brasil. É um instrumento auto-aplicável que consiste em 22 questões para avaliar aspectos do funcionamento emocional afetados pelo estresse causado pelo trabalho. O MBI é composto por três subescalas que avaliam exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização profissional (RP). As duas primeiras subescalas correlacionam-se diretamente ao *burnout*, enquanto a terceira é inversamente relacionada. Por isso, é importante avaliar o MBI como um construto tridimensional, ou seja, as três subescalas devem ser avaliadas, consideradas e articuladas, a fim de manter sua perspectiva de síndrome. Neste estudo, utilizamos o sistema de pontuação de 1 a 5, empregado na adaptação brasileira do instrumento. Assim, 1 para nunca, 2 para algumas vezes ao ano, 3 para algumas vezes ao mês, 4 para algumas vezes na semana e 5 para diariamente. Foram usadas as referências para as notas de corte de Tamayo³⁰, em que para Exaustão Emocional (EE) temos: ≥ 27 alto nível de exaustão, 22 a 27 nível moderado e < 22 nível baixo; para Despersonalização (DP) temos: ≥ 12 alto nível de despersonalização, 9 a 11 nível moderado e < 9 nível baixo; para Realização Profissional (RP) os valores são inversos, ou seja, de 0 a 30 baixos valores de realização profissional, de 31 a 34 nível moderado e ≥ 35 alto nível de realização. Tamayo³¹ considera a presença de *burnout* quando as duas subescalas de Exaustão Emocional e Despersonalização apresentam valores de alto nível e a de Realização Profissional apresenta baixo nível. Se duas subescalas apresentarem alterações para mais ou menos (ou seja, valores altos para EE e DP e valor baixo em RP) indicam critérios para o risco de desenvolver *burnout*.

Inventário de Depressão Beck (BDI) e Inventário de Ansiedade Beck (BAI)^{28,29}:

Desenvolvidos por Beck e Steer^{28,29}, traduzido e adaptado por Cunha³⁰ em nosso país, o BDI avalia a intensidade dos sintomas depressivos, e o BAI avalia a intensidade dos sintomas ansiosos. Ambos foram inicialmente desenvolvidos como escalas de sintomas de depressão

e ansiedade para pacientes psiquiátricos, e posteriormente passaram a ser utilizados amplamente nas áreas clínica e de pesquisa, mostrando-se úteis para população geral. Trata-se de inventários autoaplicáveis, com 21 itens cada, incluindo sintomas e atitudes, cada um com quatro alternativas, com graus crescentes de gravidade de depressão e ansiedade, variando de 0 a 3. Em ambos os instrumentos, o escore total é o resultado da soma dos escores individuais. Este escore permite a classificação de níveis de intensidade tanto da depressão (BDI), como da ansiedade (BAI). Foram usadas neste estudo as referências para as notas de corte de Cunha³⁰. Para o BDI: de 0 a 11 seriam sintomas mínimos de depressão, de 12 a 19 sintomas leves, 20 a 35 sintomas moderados e de 36 a 63 sintomas depressivos graves. Já para o BAI: de 0 a 10 seriam sintomas mínimos de ansiedade, de 11 a 19 sintomas leves, 20 a 30 sintomas moderados e de 31 a 63 sintomas ansiosos graves.

RESULTADOS

Análise Estatística:

Para a análise do desempenho a partir dos inventários BDI, BAI e os três domínios (subescalas) do MBI (Exaustão Emocional: MBI EE; Despersonalização: MBI DP e Realização Profissional: MBI RP, obteve-se alterações estatisticamente significantes, por meio do teste de Friedman, considerando as quatro avaliações ao longo dos intervalos de tempo. Para todas essas medidas, obteve-se um $p\text{-value} < 0,05$ (Tabela 1):

Tabela 1. Análise do desempenho dos inventários ao longo dos intervalos de tempo

	χ^2 (Friedman)	p
BDI	17,41	<0,001
BAI	11,87	0,008
MBI EE	25,8	<0,001
MBI DP	26,59	<0,001
MBI RP	23,71	<0,001

Com o intuito de avaliar em quais pares de tempos houve diferença em cada um dos instrumentos, utilizamos o teste dos postos com sinais de Wilcoxon, levando-se em conta a correção para o número de testes realizados. A forma de corrigir o número de testes é aceitar somente como significativo quando a significância do resultado for inferior à alpha dividido pelo número de comparações realizadas (com correção de Bonferroni). Assim, no presente

estudo temos, $\alpha/6$, ou seja, $0,05/6 = 0,008$. Foi também calculado o tamanho de efeito (*size effect* = *r*) para possíveis diferenças entre os pares de tempo. Segundo Cohen³², diferenças acima de 0,5 são consideradas como efeito grande, portanto, quando “*r*” encontra-se acima de 0,5 tem-se que a magnitude da diferença entre os grupos é grande. Valores entre 0,3 e 0,5 indicam magnitude moderada, e abaixo de 0,3, pequena.

Para se avaliar onde foram observadas as diferenças entre as medianas em cada um dos pares de tempo foi utilizado o teste estatístico de Kruskal-Wallis. Os resultados encontrados encontram-se na Tabela 2:

Tabela 2. Avaliação dos pares de tempos para o BDI, BAI e subescalas do MBI

	T0-T1			T1-T2			T2-T3		
	z	p	r	z	P	r	z	p	r
	Wilcoxon		Effect size	Wilcoxon		Effect size	Wilcoxon		Effect size
BDI	2,834	0,002	0,556	-2,306	0,013	na	0,771	0,464	na
BAI	2,943	0,001	0,57						
MBI EE	3,188	0,001	0,624	-2,73	0,004	0,535	-1,193	0,273	na
MBI DP	3,19	0,001	0,625						
MBI RP	-3,224	0,001	0,623						

$p \leq 0,008$

na – não se aplica

No BDI, ocorreu um aumento marcado de T0 para T1, em seguida, de T1 para T2, apesar de uma redução da mediana de 8 para 6, mas esta não foi estatisticamente significativa, da mesma forma que de T2 para T3 houve um aumento na mediana (de 6 para 7), mas que também não foi estatisticamente significativa. É importante ressaltar que a referência para o alpha foi 0,0125 e não mais o tradicionalmente usado (0,05) em virtude das comparações múltiplas pareadas.

No BAI, tal como o BDI, observou-se apenas uma grande alteração estatisticamente significativa no momento de T0 para T1 (aumento de 3 para 8 na mediana). A partir de T1 não foram observadas diferenças estatisticamente significantes (Mediana T2 =4 e Mediana T3=5).

Quanto ao domínio EE (MBI), houve aumento estatisticamente significativo da mediana de T0 para T1, e redução de T1 para T2, também estatisticamente significativa. De T2 para T3, não foi observada nenhuma diferença significativa, apesar da redução na mediana de 25 para 19. O domínio DP (MBI) teve aumento estatisticamente significativo de T0 para T1, enquanto que

para o domínio RP (MBI) ocorreu diminuição de T0 para T1. Para todos os outros pares consecutivos de tempo, a partir de T1, não foram observadas alterações nas medianas.

Análise descritiva dos resultados:

Inventário Maslach de *Burnout* (MBI) ^{25,26}:

Segundo os critérios de nota de corte propostos por Tamayo³¹, em T0 (1º mês do R1), dentre os 13 residentes, um sujeito apenas apresentou critério para *burnout* e três exibiram situação de risco para desenvolver a síndrome. Em T1 (6º mês do R1), 10 residentes (77%) pontuaram *burnout* e um mostrou situação de risco. Em T2 (12º mês do R1), quatro residentes (30,8%) apresentaram *burnout* e cinco mostraram risco (38,5%). Já em T3 (9º mês do R3), três residentes apresentaram *burnout* e seis (46,1%) apresentaram risco para desenvolver a síndrome.

Tabela 3. MBI – Critérios de nota de corte segundo Tamayo³¹ com 3 subescalas pontuadas

Pontuações na Escala	Sintomas	T0 (1º mês do R1)	T1 (6º mês do R1)	T2 (12º mês do R1)	T3 (9º mês do R3)
≥27	EE	1	10	5	3
≥12	DP	3	12	11	9
0-30	RP	4	12	8	10
Total	Com 3 critérios	1 =7,7%	10=77%	5=38,5%	3=23,1%
	Com 2 critérios = risco	3 (risco) = 23,1%	1 (risco) = 7,7%	5 (risco) = 38,5%	6 (risco) = 46,1%

Com relação aos aspectos avaliados pelas subescalas do MBI, pôde-se notar que, conforme informações contidas na Tabela 4:

– Na subescala de Exaustão Emocional (EE), de T0 para T1 ocorreu um aumento significativo dos sintomas (T0<T1 em que $p=<0,001$) mas de T1 para T2 sucedeu uma diminuição (T1>T2 em que $p=0,004$). Contudo, entre T2 e T3 e entre T0 e T3, não houve diferença significativa. Ainda assim, T0<T2 ($p=0,005$) e T1>T3 ($p=0,001$), ou seja, existe um acentuado aumento dos sintomas de exaustão emocional de T0 para T1 e uma diminuição de T1 para T2 e T3. E ao final da avaliação (após todos os momentos) os valores não retornam aos valores iniciais mais baixos, ou seja, menores sintomas de exaustão emocional no momento inicial (T0).

– Na subescala de Despersonalização (DP), de T0 para T1 ocorreu aumento significativo dos sintomas (T0<T1 em que $p=<0,001$), que se mantém elevado em T2 e em T3; entre T1, T2 e T3 não há diferença significativa. Ainda assim, T0<T2 ($p=<0,001$) e T0<T3 ($p=<0,001$), ou seja, ocorreu marcado aumento dos sintomas de despersonalização de T0 para T1, que se mantém elevado e muito próximos em T2 e T3 não retornando ao valor inicial, que era o menor

entre todos os momentos, o que indica os menores sintomas de despersonalização no momento inicial (T0).

– Na subescala de Realização Profissional (RP) (de pontuação invertida: maior o valor maior o sentimento de realização), de T0 para T1 ($T0 > T1$, $p = < 0,001$), ocorreu significativa diminuição do sentimento de realização. Entre T1, T2 e T3 não mostrou diferença significativa. Ainda assim, $T0 > T2$ ($p = 0,001$), ou seja, nota-se que o sentimento de realização profissional inicialmente mais elevado diminuiu em T1, entretanto, a partir de T1 há significativo aumento em direção aos valores iniciais (T0), mostrando retomada no sentimento de realização profissional ao longo dos anos (Tabela 4).

Tabela 4. Comparação entre os instantes T0, T1, T2 e T3 quanto as médias e valor de p do MBI – subescalas: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DP) e Realização Profissional (RP)

MBI	n = 13				p	Resultados $p < 0,008$
	T0	T1	T2	T3		
EE						
Média ± D.P.	17,62 ± 4,25	29,46 ± 4,64	24,62 ± 6,02	22,15 ± 6,96	<0,001	T0<T1 (<0,001) T0<T2 (0,005)
Mediana	17	29	25	19		T1>T2 (0,004) T1>T3 (0,001)
Mín- Máx	12-27	20-37	16-35	13-36		T0=T3 (0,066) T2=T3 (0,273)
DP						
Média ± D.P.	9,69 ± 2,46	15,92 ± 3,22	15,31 ± 3,47	13,77 ± 3,85	<0,001	T0<T1 (<0,001) T0<T2 (<0,001) T0<T3 (<0,001)
Mediana	11	16	16	13		T1=T2 (0,336) T1=T3 (0,091) T2=T3 (0,190)
Mín- Máx	5-12	11-24	10-20	9-23		
RP						
Média ± D.P.	31,23 ± 3,76	25,15 ± 4,14	26,62 ± 5,31	27,85 ± 4,50	<0,001	T0>T1 (<0,001) T0>T2 (0,001) T0>T3 (0,021)
Mediana	32	26	27	29		T1=T2 (0,197) T1=T3 (0,102) T2=T3 (0,605)
Mín- Máx	22-36	17-31	18-35	17-35		

Inventários de Depressão (BDI) e de Ansiedade (BAI) de Beck^{28,29}:

Segundo os critérios de nota de corte utilizados por Cunha³⁰ para os sintomas depressivos avaliados pelo Inventário de Depressão de Beck, em T0 apenas um residente apresentou critérios para pontuar sintomas leves de depressão. Em T1, dois apresentaram sintomas leves e dois pontuaram sintomas moderados. Em T2, três residentes apresentaram sintomas leves

e um sintomas moderados. Em T3, um apresentou sintomas leves, dois sintomas moderados e um sintomas graves (Tabela 5).

Tabela 5. BDI – Critério para nota de corte segundo Cunha³⁰

Pontuações na Escala	Sintomas	T0 (1º mês do R1)	T1 (6º mês do R1)	T2 (12º mês do R1)	T3 (9º mês do R3)
0-11	Ausência	12 = 92,3%	9 = 69%	9 = 69%	9 = 69%
12-19	Leve	1 = 7,7%	2 = 15%	3 = 23,1%	1 = 7,7%
20-35	Moderado	0	2 = 15%	1 = 7,7%	2 = 15%
36-63	Grave	0	0	0	1 = 7,7%

Baseando-se nos critérios de nota de corte utilizados por Cunha (2001) para o Inventário de Ansiedade de Beck, em T0, dois residentes apresentaram sintomas leves de ansiedade. Em T1, três apresentaram sintomas leves e um sintomas moderados. Em T2, um apresentou sintomas leves e um outro sintomas moderados. Em T3, um apresentou sintomas leves e um outro apresentou sintomas graves (Tabela 6).

Tabela 6. BAI – Critério para nota de corte segundo Cunha³⁰

Pontuações na Escala	Sintomas	T0 (1º mês do R1)	T1 (6º mês do R1)	T2 (12º mês do R1)	T3 (9º mês do R3)
0-10	Ausência	11 = 84,6%	9 = 69%	11 = 84,6%	11 = 84,6%
11-19	Leve	2 = 15%	3 = 23,1%	1 = 7,7%	1 = 7,7%
20-30	Moderado	0	1 = 7,7%	1 = 7,7%	0
31-63	Grave	0	0	0	1 = 7,7%

Ainda assim, é importante observar que as médias apresentadas, ao longo do tempo, nos Inventários de Depressão e de Ansiedade de Beck refletiram os seguintes resultados (Tabela 7).

– No BDI, de T0 para T1 ocorreu aumento significativo dos sintomas de depressão (T0<T1 em que p=0,002); de T1 para T2 ocorreu uma diminuição dos sintomas, mas sem apresentar significância estatística (T1>T2, em que p=0,013). Entre T1, T2 e T3 os valores encontrados são muito próximos. Por outro lado, entre T0 e T2 (p=0,018) e entre T0 e T3 (p=0,035) apesar da diminuição, não ocorreu diferença significativa. Entretanto, valores aumentaram significativamente após T1, ou seja, os sintomas depressivos se elevaram e se mantiveram mais altos ao longo do tempo.

– No BAI, de T0 para T1 ocorreu aumento significativo dos sintomas de ansiedade (T0<T1 em que $p=0,001$). Entretanto, não ocorreu diferença significativa nos demais momentos avaliados se comparados aos valores de T0, ou seja, T0=T2 ($p=0,096$), T0=T3 ($p=0,412$), assim como entre os outros momentos quando comparados entre si, ou seja, T1=T2 ($p=0,066$), T1=T3 ($p=0,393$) e T2=T3 (0,464). Neste inventário, após o aumento dos sintomas de ansiedade em t1 ocorreu uma diminuição dos sintomas ao longo do tempo (em T2 e T3), com valores que se aproximaram mais aos valores iniciais (em T0).

Tabela 7. Comparação entre os instantes T0, T1, T2 e T3 quanto às médias e valor de p no BDI e BAI

	n = 13				P	Resultados $p<0,008$
	T0	T1	T2	T3		
BDI						
Média ± D.P.	3,46 ± 4,44	11,54 ± 8,68	9,0 ± 8,82	11,23 ± 11,37		T0<T1 (0,002);
Mediana	1	8	6	7	<0,001	T0<T2 (0,018); T0<T3 (0,035) e T1>T2 (0,013)
Mín-Máx	0-13	3-33	2-33	1-36		T1=T3 (0,778) e T2=T3 (0,464)
BAI						
Média ± D.P.	3,92 ± 5,05	9,5 ± 8,2	5,77 ± 6,26	6,92 ± 9,90		T0<T1 (0,001);
Mediana	3	8	4	5	0,006	T0=T2 (0,096); T0=T3 (0,412); T1=T2 (0,066); T1=T3 (0,393) T0=T3 (0,412)
Mín-Máx	0-16	0-29	1-23	0-36		

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi o de identificar e comparar a presença/ausência de transtornos emocionais como depressão, ansiedade, estresse e *burnout* de residentes de um programa em Ortopedia e Traumatologia. Alguns autores (referência) consideram que o programa de residência poderia causar problemas psicológicos e comportamentais e repercutir negativamente prejudicando a saúde mental dos residentes.

Síndrome de Burnout

Os dados da literatura relativos ao MBI e já mencionados coincidem com os do presente estudo para as subescalas EE e DP nos dois momentos de avaliação, T1 e T2. Neste estudo, os residentes iniciam suas atividades apresentando níveis de intensidade baixos ou moderados de *burnout*, que aumentou ao longo do primeiro ano, principalmente após seis meses de residência (T1) para em seguida começar a diminuir a partir do 12º mês do R1 (T2), decrescendo um pouco mais em T3 (final do R3), mas sem retornar aos valores iniciais (T0).

Isso reflete uma persistência de sintomas de *burnout*, ao final da residência, que deve ser considerada.

A revisão sistemática sobre *burnout* em médicos residentes de várias especialidades, realizada por Prins et al.⁴, assinala que as causas da síndrome estão especialmente ligadas ao contexto do trabalho em que a tarefa médica poderia ser um desencadeador ou agravante de distúrbios emocionais.

Dos poucos estudos existentes especificamente sobre ortopedistas e/ou residentes de Ortopedia, e que utilizaram o MBI, dois se sobressaem. Sadat-Ali et al.²² constataram que cerca de 38% ortopedistas sauditas participantes do estudo apresentaram elevado nível de exaustão emocional. Sargent et al.^{23,24} avaliaram 384 residentes de Ortopedia e 264 médicos ortopedistas docentes, norte-americanos e encontraram níveis elevados de *burnout* em 56% dos residentes e em 28% dos docentes. A maior taxa de risco de *burnout* foi encontrada em residentes do 2º ano. Entretanto, os maiores valores de *burnout* foram encontrados nos R1 (77% em T1 ou 6º mês), o que diverge com o estudo de Sargent et al.^{23,24}. Além disso, apresenta maiores valores que aqueles do estudo de Sadat-Ali et al.²². Os fatores de risco mencionados no estudo de Sargent et al.^{23,24} também foram observados neste estudo como agravamento da síndrome, em situações do 1º ano de residência.

Depressão e Ansiedade

Distúrbios depressivos e ansiosos são os sintomas mais comuns em residentes de primeiro ano^{13,16,17,32}. Assim, estudos de Valko e Clayton¹⁷, em 1975, foram os pioneiros no estudo da depressão em residente. Observaram que 30% dos residentes apresentaram quadro depressivo durante o primeiro ano de residência (R1)¹⁷.

No presente estudo, os sintomas depressivos foram encontrados em 7,7% dos residentes em T0 (1º mês do R1) e 30% em T1(6º mês do R1) e T2 (12º mês do R1), variando de sintomas leves a moderados. Estes valores encontrados convergem com os valores da maioria dos estudos citados acima referentes ao primeiro ano de residência. Contudo, os valores divergem quando comparados com valores encontrados no terceiro ano de residência que foram também de 30%, ou seja, mais altos neste estudo do que nos estudos referidos na literatura que foram por volta de 10%.

Se levarmos em conta os valores estatisticamente significantes, veremos que os resultados mostram que os valores no 6º mês do R1 (em T1) aumentaram significativamente, e sofreram certa diminuição ao longo do tempo (T2 e T3), porém não retornaram aos valores iniciais, o que indica uma presença constante de sintomas depressivos ao longo da residência. Tais achados não condizem com os achados de Valko e Clayton¹⁷, que referem que o quadro

depressivo usualmente se inicia no começo da residência, apresentando incidência de 44% no primeiro mês, 25% no segundo mês e diminuição dos sintomas após cinco meses. Temos neste estudo, 7,7% no primeiro mês, 30% no sexto mês, 30% no décimo segundo mês e 30% no final do terceiro ano de residência. O que é esperado, pois os programas de residência médica divergem entre si.

Com relação aos sintomas ansiosos, não foram encontrados estudos que utilizaram a escala de Beck para ansiedade (BAI) com residentes em ortopedia, apenas com estudantes de medicina ou com residentes de outras áreas e também com outros tipos de escalas (que não a BAI) avaliando a ansiedade.

Os valores para os sintomas ansiosos neste estudo foram de 15% de sintomas leves em T0 (início do R1), 30% (em que 23,1% apresentaram sintomas leves e 7,7% moderados) em T1(6º mês do R1); em T2 (12º mês do R1) 15% (7,7% leve e 7,7% moderado) e em T3 (9º mês do R3)15% (7,7% leve e 7,7% grave). Esses valores condizem com o estudo da FMUSP¹⁸. de 2011, com 156 estudantes do último ano de graduação, que apresentaram 27% sintomas de ansiedade e com o estudo de Peterlini et al.³, de 2002, que avaliou sintomas de ansiedade-traço, observando que dos 59 residentes avaliados, 26,9% apresentavam um nível alto de sintomas, 55,9% nível médio de sintomas e 17,2% um nível baixo de sintomas de ansiedade-traço.

No presente estudo diferente do que ocorreu quanto aos sintomas depressivos (certa persistência ao longo do tempo), com relação aos sintomas ansiosos, os valores estatisticamente significantes revelaram um aumento no 6º mês do R1 (T1). Contudo, ao longo tempo, em T3, os valores retornaram muito próximos aos valores iniciais, indicando uma diminuição ao longo do tempo dos sintomas ansiosos. Tais sintomas só foram mais evidentes, da mesma forma que a maioria das escalas utilizadas, no 6º mês do R1.

As hipóteses neste estudo se pautaram na possibilidade de que os sintomas apareçam mais no primeiro ano de residência devido à busca pela adaptação ao novo ambiente, dificuldade em lidar com as demandas, vicissitudes da tarefa e novas responsabilidades (muitos plantões, muita demanda de trabalho, pouco descanso, dificuldade de enfreteamento). A elevação ou mesmo persistência dos sintomas depressivos, posteriormente no terceiro ano de residência (R3), podem ter ocorrido, possivelmente, por conta da proximidade da realização da prova de título de Ortopedia e do início da vida profissional no mercado de trabalho. Tais hipóteses encontradas neste estudo também são muito semelhantes às encontradas no estudo de Rezende³⁴, em 2011, que refere que os residentes do terceiro ano sofrem com a adaptação às atividades do centro cirúrgico, são muito cobrados quanto a atenção e responsabilidade,

além de terem que estudar mais pela proximidade da prova de título de especialista, o que pode elevar seus sintomas depressivos e diminuir sua qualidade de vida.

Há na literatura evidências que sugerem que uma parcela da população médica (de 8% a 10%), seja composta por um grupo de risco a desenvolver distúrbios emocionais^{8,40}. Este grupo apresentaria, portanto, uma maior vulnerabilidade psicológica. Entende-se que a tarefa médica apresenta um caráter altamente ansiogênico, e essa ansiedade precisa ser bem canalizada, caso contrário, pode gerar adaptações patológicas, desenvolvendo distúrbios ou transtornos emocionais/mentais, principalmente para àqueles sujeitos mais predispostos emocionalmente^{8,40}. Notou-se também tal fato neste estudo. Os mais vulneráveis sofrem mais e pioram as características já pré-existentes. Notou-se, contudo, que grande parte dos residentes do presente estudo apresentam estrutura psíquica para lidar com as demandas exigidas pelas vicissitudes da tarefa, bem como recursos emocionais suficientes de enfrentamento (maturidade emocional) para lidar com as pressões exigidas ao longo do período de treinamento.

Girard et al.¹⁵ e Aach et al.¹³ referem em seus estudos de estágios emocionais vivenciados pelos residentes, que o período inicial é caracterizado pelo momento de ansiedade antecipatória com elementos mais relacionados com aspectos positivos, do ponto de vista emocional, em decorrência da expectativa do início do programa e começo de um novo desafio (experiências novas). Os participantes estavam mais eufóricos e entusiasmados e pareciam dirigir sua tensão para a expectativa pelo desconhecido. Relataram terem ouvido falar sobre a residência como algo dificultoso, porém acessível, com um sentimento comum de ser capaz de suportar toda a demanda proposta pelo programa de treinamento.

Com relação às questões voltadas ao estresse pôde-se entender que para grande parte do grupo ocorreu intensificação de aspectos e sintomas de estresse após um ano. Pode-se pensar que tal fato poderia estar relacionado com a personalidade dos indivíduos – mais ou menos suscetíveis ao estresse, com menos recursos adaptativos e de estratégias de enfrentamento, assim como com a magnitude, intensidade, frequência, duração e previsibilidade da situação estressante, bem como a experiência anterior do indivíduo com situações semelhantes. Sabe-se que existem estágios na residência mais “estressantes” do que outros, onde os residentes referem maior desgaste físico e emocional, o que poderia também justificar a variação, mas sabemos que pelo menos quase metade do grupo apresentou dados que comprovam a intensificação de sintomas de estresse além do aumento e da dificuldade de controle e enfrentamento^{7, 8}.

As evidências encontradas nos estudos e nessa pesquisa em questão convergem sobre a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos, bem como a alta incidência de síndrome de

burnout, estresse, sofrimento emocional e acentuada diminuição da qualidade de vida dos residentes, principalmente no primeiro ano da residência. Residentes do primeiro ano parecem realmente representar um grupo de risco importante no desenvolvimento de futuros distúrbios emocionais. Desta forma, merecem cuidadosa atenção e trabalhos preventivos, sendo muito importante, por parte dos chefes de serviço e preceptores (dos cursos de residências) estarem alertas as manifestações de sintomas sugestivos aos quadros mencionados e oferecerem serviços de atendimento e orientação psicológica/psiquiátrica para este grupo de risco (R1s)³³.

Estudos mencionam^{23,24} que os fatores protetivos seriam facilitadores na diminuição dos riscos de transtornos mentais nos residentes. Estes se baseiam no apoio de familiares e companheiras/os, em programas de tutoria e *mentoring*, prática de hobbies e atividades físicas, na moderação com bebidas alcoólicas e ter satisfação com sua vida profissional entre outros. São questões fundamentais observadas nos estudos e que foram compreendidas como essenciais também neste estudo em questão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que o grupo estudado apresentou sintomas de depressão, ansiedade e *burnout*, principalmente no sexto mês, do primeiro ano de residência (R1). Os sintomas diminuíram ao longo do tempo, contudo, não retornaram (ao final da residência) aos menores valores encontrados no início do treinamento (1º mês do primeiro ano de residência), principalmente com relação aos sintomas depressivos e ao *burnout*.

Notou-se que de forma geral os residentes que apresentaram uma vulnerabilidade emocional prévia seriam os mais inclinados a desenvolverem distúrbios emocionais (tais como ansiedade, depressão, estresse e síndrome de *burnout*) ao longo do tempo.

Os sintomas de depressão, ansiedade e *burnout* aumentaram em decorrência da intensidade e ritmo do treinamento, mas, por outro lado os residentes não se mostraram incapazes de exercerem suas funções. Mostraram-se sensíveis e apresentaram certa persistência dos sintomas. Os menos vulneráveis ou menos propensos emocionalmente acabaram por desenvolver capacidade de adaptação e mecanismos de enfrentamento, o que fez com que amadurecessem e se desenvolvessem como melhores profissionais. Os sintomas parecem diminuir ao longo do tempo, notando de forma geral que a residência médica não é deletéria ou prejudicial, e sim um caminho difícil, porém necessário e que promove mudanças fundamentais para a formação médica.

Trabalhos preventivos e programas de tutoria/*mentoring* aparecem nos estudos como possibilidades de evitar ou prevenir o desenvolvimento/risco de transtornos mentais e problemas emocionais nos residentes médicos.

A análise dos resultados deste estudo deve ser feita com cautela, uma vez que se refere a uma amostra de conveniência (estudo de caso) com um grupo específico de 13 residentes. Um outro ponto que merece ser salientado se refere ao fato de ser uma amostra de médicos residentes de uma única instituição. Estudos multicêntricos utilizando a mesma metodologia, em outras instituições, devem ser desenvolvidos para que se possa melhor compreender a saúde mental dos residentes de Ortopedia e se existem interferências dos programas de residência médica neste âmbito.

REFERÊNCIAS

1. Firth-Cozens J. Emotional distress in junior house officers. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987 Aug 29;295(6597):533-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1247439/pdf/bmjcred00035-0027.pdf>
2. Girard DE, Hickam DH, Gordon GH, Robison RO. A prospective study of internal medicine residents' emotions and attitudes throughout their training. *Acad Med*. 1991 Feb;66(2):111-4. Disponível em: https://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1991/02000/A_prospective_study_of_internal_medicine.14.aspx
3. Peterlini M, Tiberio IF, Saadeh A, Pereira JC, Martins MA. Anxiety and depression in the first year of medical residency training. *Med Educ*. 2002 Jan;36(1):66-72. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2923.2002.01104.x?sid=nlm%3Apubmed>
4. Prins JT, Gazendam-Donofrio SM, Tubben BJ, van der Heijden FM, van de Wiel HB, Hoekstra-Weebers JE. Burnout in medical residents: a review. *Med Educ*. 2007 Aug;41(8):788-800. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2923.2007.02797.x>
5. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA*. 2004 Dec 15;292(23):2880-9. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/199994>
6. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2002 Mar 5;136(5):358-67. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008>
7. Firth-Cozens J, Cording H, Ginsburg R. Can we select health professionals who provide safer care. *Qual Saf Health Care*. 2003 Dec;12 Suppl 1:i16-20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765761/>
8. Vaillant GE, Sobowale NC, McArthur C. Some psychologic vulnerabilities of physicians. *N Engl J Med*. 1972 Aug 24;287(8):372-5. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM197208242870802>
9. Butterfield PS. The stress of residency. A review of the literature. *Arch Intern Med*. 1988 Jun;148(6):1428-35. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/610073>

10. Colford JM Jr, McPhee SJ. The ravelled sleeve of care. Managing the stresses of residency training. *JAMA*. 1989 Feb 10;261(6):889-93. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/376285>
11. Nogueira-Martins LA, Jorge MR. Stress nature and magnitude during medical residency training. *Rev Assoc Med Bras*. 1998 Jan-Mar;44(1):28-34. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/nNpQKZWbbWY3y7zBfPQjfp/abstract/?lang=pt>
12. Small GW. House officer stress syndrome. *Psychosomatics*. 1981 Oct;22(10):860-9. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318281730937?via%3Dihub>
13. Aach RD, Cooney TG, Girard DE, Grob D, McCue JD, Page MI, et al. Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification, and management. *Ann Intern Med*. 1988 Jul 15;109(2):154-61. Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification, and management. *Ann Intern Med*. 1988 Jul 15;109(2):154-61. Disponível em: <https://ohsu.pure.elsevier.com/en/publications/stress-and-impairment-during-residency-training-strategies-for-re-2>
14. Clark DC, Salazar-Grueso E, Grabler P, Fawcett J. Predictors of depression during the first 6 months of internship. *Am J Psychiatry*. 1984 Sep;141(9):1095-8. Disponível em: https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.141.9.1095?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
15. Girard DE, Elliot DL, Hickam DH, Sparr L, Clarke NG, Warren L, et al. The internship--a prospective investigation of emotions and attitudes. *West J Med*. 1986 Jan;144(1):93-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1306539/>
16. Reuben DB. Depressive symptoms in medical house officers. Effects of level of training and work rotation. *Arch Intern Med*. 1985 Feb;145(2):286-8. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/605357>
17. Valko RJ, Clayton PJ. Depression in the internship. *Dis Nerv Syst*. 1975 Jan;36(1):26-9. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1975-11821-001>
18. Leão PB, Martins LA, Menezes PR, Bellodi PL. Well-being and help-seeking: an exploratory study among final-year medical students. *Rev Assoc Med Bras*. 2011 Jul-Aug;57(4):379-86. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/ycQVtXR8S4tjJVdHVTGRhbD/?format=pdf&lang=en>
19. Obara CS. Sintomas depressivos em médicos residentes de primeiro ano da UNIFESP-EPM em 1998: diferenciais por especialidade e gênero [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2000.
20. Freudenberger HJ. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy (Chic)*. 1975;12(1):73-82.
21. Lima FD, Buunk AP, Araújo MB, Chaves JG, Muniz DL, de Queiroz LB. Burnout Syndrome in residents of the Federal University of Uberlândia – 2004. *Rev Bras Educ Med (Internet)*. 2007 [cited 2015 May 1];31(2):137-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n2/03.pdf>
22. Sadat-Ali M, Al-Habdan IM, Al-Dakheel DA, Shriyan D. Are orthopedic surgeons prone to burnout? *Saudi Med J*. 2005 Aug;26(8):1180-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16127509/>
23. Sargent MC, Sotile W, Sotile MO, Rubash H, Barrack RL. Stress and coping among orthopaedic surgery residents and faculty. *J Bone Joint Surg Am*. 2004 Jul;86-A(7):1579-86. Disponível em: https://neuro.unboundmedicine.com/medline/citation/15252111/Stress_and_coping_among_orthopaedic_surgery_residents_and_faculty
24. Sargent MC, Sotile W, Sotile MO, Rubash H, Barrack RL. Quality of life during orthopaedic training and academic practice. Part 1: orthopaedic surgery residents and faculty. *J Bone Joint Surg Am*. 2009 Oct;91(10):2395-405. Disponível em:

https://journals.lww.com/jbjsjournal/Abstract/2009/10000/Quality_of_Life_During_Orthopaedic_Training_and.12.aspx

25.Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto (CA): Consulting Psychologist; 1986.

26.Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd ed. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists; 1996.

27.Lautert L. O desgaste profissional do enfermeiro [tese]. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca; 1995. Disponível em:

<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/11028/000117551.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

28.Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory: manual. San Antonio (TX): Psychological Corporation; 1993.

29.Beck AT, Steer RA. Beck Anxiety Inventory: manual. San Antonio (TX): Psychological Corporation; 1993.

30.Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas de Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

31.Tamayo RM. Relação entre a síndrome de *burnout* e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia; 1997.

32.Cohen J. Statistical power analysis for the behavioural sciences. 2a ed. New York: Academic Press; 1988.

33.Nogueira-Martins LA. Residência médica: estresse e crescimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.

34. Rezende GL, Mello MS, Granjeiro RC, Nakanishi M, Oliveira CA. The quality of life among Otorhinolaryngology residents in Distrito Federal (Brazil). Braz J Otorhinolaryngol. 2011 Jul-Aug;77(4):466-72. Disponível em:

<https://www.scielo.br/bjorl/a/YsWt3xSx9JqKnHP68NkBF/?lang=en&format=pdf>

O trauma e o desvalimento em psicanálise – contribuições da teoria das relações objetais

Trauma and worthlessness in psychoanalysis – contributions from object relations theory

Paulino FL^a e Amaro TAC^b

^a Graduando do Curso de Psicologia do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, FMU, Brasil

^b Psicóloga, Pós-doutora e Docente do Curso de Psicologia do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, FMU/ Brasil

RESUMO

Os estudiosos das relações objetais, uma das vertentes teóricas da psicanálise, examinam questões metapsicologias e clínicas em termos de vicissitudes das pulsões e sua interação com relações objetais internalizadas, concebendo o aparelho psíquico como originário do estágio mais remoto de uma sequência de internalizações de relações objetais, abarcando as pulsões de vida e de morte, encontrando expressão mental nas formas de fantasias [*phantasy*] inconscientes, que existem desde o início da vida. O objetivo deste trabalho é de compreender a relação do trauma e de sua ontogênese com o desamparo, assim como, o estado de desvalimento [vazio] psíquico a partir das contribuições da teoria das relações objetais. Utilizou-se como metodologia o ensaio teórico, com a finalidade de compreensão dos fenômenos do trauma e desamparo, situando o desvalimento como sua intersecção. Em suma, foi possível observar, a partir dos estudos analisados, que o imperativo dos estados de desamparo, condicionam o sujeito a crescer sem seus objetos, quando há a falta do objeto bom, vindo a se tornar um sujeito vazio, levando consigo a experiência do abandono e de relações frustradas na ausência. Verificou-se também que o sujeito desvalido procura no outro, no objeto externo, algo que não tem, tornando-se adicto do objeto.

descritores: psicanálise, desamparo, relações objetais, trauma psíquico

ABSTRACT

Scholars of object relations, one of the theoretical strands of psychoanalysis, examine metapsychological and clinical issues in terms of the vicissitudes of drives and their interaction with internalized object relations, conceiving the psychic apparatus as originating from the most remote stage of a sequence of object relations internalizations, embracing life and death drives, finding mental expression in the forms of unconscious phantasy, which exist from the beginning of life. The objective of this work is to understand the relationship between trauma and its ontogeny with helplessness, as well as the state of psychic helplessness based on the contributions of object relations theory. The theoretical essay was used as a methodology, with the purpose of understanding the phenomena of trauma and helplessness, placing helplessness as their intersection. In short, it was possible to observe, from the analyzed studies, that the imperative of helplessness states, after the irruption of traumatic events, condition the subject to grow up without his objects, when there is a lack of the good object, becoming a subject emptiness, taking with it the experience of abandonment and frustrated relationships in the absence. It was also verified that the helpless subject looks for in the other, in the external object, something that he does not have. Becoming an object addict.

descriptors: psychoanalysis, helplessness, object relations, psychic trauma

INTRODUÇÃO

As relações objetais são observadas em quase todas as escolas do movimento psicanalítico. Foi a partir de 1915 em ‘Os instintos e suas vicissitudes’, que Freud, incluiu o objeto em sua teoria das pulsões e conseqüentemente na psicanálise, advém que a palavra “objeto” é paralelo ao seu duplo uso, em inglês, se referindo tanto a uma coisa como a um objetivo ou alvo de uma pulsão.¹ Os teóricos das relações objetais buscam compreender a mente humana por meio de uma perspectiva estrutural-relacional, na qual, os objetos fazem parte da formação e constituição das estruturas endo psíquicas por um processo de internalização em que são incorporadas na mente.^{2,3}

O sujeito é o resultado das gratificações que lhe são proporcionadas e das frustrações das quais foi submetido em sua tenra infância, adquirindo representação inconsciente destas relações, as quais se assemelham como um quadro mnésico emoldurado por uma ação, ou seja, uma memória envolta por um acontecimento, a exemplo, a vigília e o olhar da mãe, enquanto acompanha sua criança deitada na cama em estado de sonolência para dormir: uma memória envolta pela ação do objeto materno externo.^{2,3} O psicanalista Thomas Ogden, apresenta os conceitos desenvolvidos por Melanie Klein, do objeto bom e do objeto mau, em que, por meio do campo da *phantasy*,¹ serão incorporados inicialmente como *self-objetos*, entendidos como o conjunto de sentimentos e pulsões clivadas mais a clivagem do próprio objeto, assim, tanto o *self* do bebê quanto o objeto se clivam e formam o *self-objetos*, cujas diferentes partes assim clivadas podem entrar em conflito, destarte, temos o objeto parcial, como o **seio** e a sua impressão como **bom**, mediante os sentimentos e suas pulsões projetadas sobre nele.³

O relacionamento objetal do bebê para com o objeto externo é afetivo-relacional com uma dependência do objeto externo. O bebê por não conseguir processar, por meio da subjetivação, aquilo que sente, vivencia o afeto puro dos eventos que lhe sucedem, necessitando de alguém que interprete aquilo e o devolva de forma que o faça criar um traço mnêmico da relação que o sucedeu. Neste caso, não é apenas o evento gratificante ou frustrantes que são registrados (carga afetiva), mas também, o relacionamento que o bebê teve com o objeto. São tais vivências de frustração que sucederão à utilização da cisão (*splitting*) que acompanhará o bebê após a formação do objeto mau: uma parte de si (*self*) é projetada no objeto, vindo o bebê a se identificar com ele, constituindo o movimento da identificação projetiva.³ Serão as experiências de prazer, como as de desprazer, que darão lugar a atitudes específicas para com o objeto.² A este respeito, Ogden citando Klein esclarece como:

Característico das emoções de bebês muito pequenos que sejam por natureza extremas e poderosas. O objeto frustrante (mau) é sentido como um perseguidor aterrorizante, o seio bom tende a tornar-se o seio “ideal” que

deve preencher o desejo ganancioso de gratificação ilimitada, imediata e eterna. Assim, emergem sentimentos sobre um seio perfeito e inexaurível, sempre disponível, sempre gratificante.^{3:34-5}

Serão essas posições para com o objeto que constituirão as atuais e futuras relações objetais do sujeito em seu trama em busca do objeto gratificante em face à investida do objeto frustrante, onde “[...]o seio idealizado forma o corolário do seio persecutório; e [...] a idealização é derivada da necessidade de proteção contra objetos persecutórios...”^{3:34-5}

Para Ogden, ao explorar os relacionamentos entre a pessoa real – externa e seus representantes internos – objetos, encontraremos imagens mnêmicas, tais quais como imagos e resíduos com seus significados, exibindo o funcionamento psíquico e a dinâmica das pulsões com suas vicissitudes objetais.³ É inerente ao desenvolvimento psicológico e fadado que todos sejam impactados por eventos traumáticos debelados pelo terror sem nome, por agonias impensáveis e por estados e sensação de desamparo.⁵⁻⁷ O desvalido – o sujeito desprotegido e sem valia, se vê diante de seu desamparo para com o outro, externo de si, enquanto se sente desamparado em seu mundo interno, habitado pelos objetos mortos, maus ou pela falta destes, conjecturando o vazio interno. A aplicabilidade da teoria das relações objetais com o trauma e o desvalimento se sustenta na criação da fantasia em torno do objeto, participante da cena traumática e conseqüentemente no desamparo e no desvalimento psíquico. É, portanto, o seu papel como [objeto] agente reparador, ou de desajuda [desmentido o evento traumático], que se estabelece sua relação.^{7,8}

Dito isto, a relevância deste ensaio não consiste em apresentar, unicamente, o trauma e o desvalimento, mas sim, uma perspectiva de como pensá-los a partir da teoria das relações objetais. O objetivo reflexivo desse trabalho é de compreender a relação do trauma e de sua ontogênese com o desamparo, assim como, o estado de desvalimento [vazio] psíquico a partir das contribuições da teoria das relações objetais. Utilizou-se como metodologia o ensaio teórico para a compreensão do fenômeno do trauma e do desvalimento sob perspectiva das relações objetais consoante com os tópicos em que são desenvolvidos a seguir: trauma, desamparo e desvalimento.

DESENVOLVIMENTO TEÓRICO

Trauma: uma perspectiva histórica

A epistemologia traumática está circunscrita nos trabalhos iniciais da psicanálise. Ao se deparar com a histeria, Freud encontra não só o inconsciente, mas também, o trauma, dando a este a etiologia dos quadros histéricos, elemento primordial e fundante para o surgimento das neuroses.⁹

Em sua historização a noção de trauma foi apresentada pela teoria da sedução, na qual, Freud, acreditava que as crianças passavam por um trauma em decorrência da experiência sexual infantil, recorrendo, posteriormente, à amnésia, relacionada ao processo do recalque, como explicação por não conseguirem se recordar de tais eventos.⁹ Vale-se dizer, que neste contexto, o trauma era visto pela perspectiva sexual. O sujeito recalca sua experiência por lhe parecer conflitiva, dolorosa ou perturbadora, sofrendo posteriormente do seu retorno, da ideia afastada e esquecida, como o retorno do recalcado. Em cartas para Fliess datadas de 1897, Freud, o escreve dizendo que já não acreditava mais em sua neurótica: o trauma pela sedução como etiologia da histeria, constatando e descobrindo o papel da fantasia na cena traumática.¹⁰ Posteriormente, em seus estudos, o trauma ressurgiu como etiologia das neuroses traumáticas em função da interação do velho ego pacífico com um ego bélico em referência ao período da Primeira Guerra Mundial, e por fim, como uma falha do escudo de para excitação revisitando a questão da angústia.^{11,12}

O trauma se caracteriza por um acúmulo de excitações que despertam o desprazer e a angústia que é excessivo à tolerância do indivíduo e a sua capacidade de elaboração psíquica destas excitações e a sua não contenção e não elaboração, gerando um estado de frustração no qual o ego sofre por uma injúria psíquica, não conseguindo processá-la e recaindo num estado no qual se sente desamparado e atordoado.⁴ O trauma psíquico não é provocado, portanto, por nenhuma lesão, mas sim, pelo susto, pelo sobressalto, pela surpresa que acaba convertendo o evento em trauma psíquico, assim, o trauma é toda “impressão ou vivência que provoque afetos penosos de medo, susto, angústia, vergonha ou dor psíquica”.^{13:33} Portanto, “o traumatismo qualifica[ria] em primeiro lugar um acontecimento pessoal da história do indivíduo, datável e subjetivamente importante pelos afetos penosos que podem desencadear”.^{4:680}

Uma relação dialética entre trauma e o objeto

O diálogo entre trauma e objeto é resgatado da história do sujeito vivido, é na infância que ocorre a maior parte do desenvolvimento interpessoal e intrapsíquico. Ogden articula a obra de Melanie Klein na criação da matriz da mente humana, permeada por objetos, em que a preponderância do pensamento analógico dual leva o bebê, no início do seu desenvolvimento psíquico, a se relacionar pela dicotomia bom/mau, amor/ódio, gratificante/frustrante para com seus objetos externos.³ É por meio da *phantasy* [fantasia], preponderante da posição esquizoparanoide, que o bebê cria suas impressões do *self*-objetos, constituído por objetos parciais mais uma parte do seu *self*, em função da clivagem do ego, não havendo ainda um eu [ego em contato com a realidade] para amá-los ou valorizá-los, bem como, para subjetivá-los, cabendo ao objeto externo, ser receptáculo das projeções do bebê, deslinda Thomas Ogden que:

O indivíduo que projeta induz um estado de sentimentos no outro, que corresponde ao estado que não conseguiu sentir por ele mesmo. O objeto recebe a função de desempenhar um papel em uma versão externalizada do estado psicológico inconsciente de quem projeta. Quando um “receptor” de uma identificação projetiva permite-se vivenciar o estado induzido sem imediatamente tentar livrar-se desses sentimentos, o par projetador-receptor pode vivenciar o conteúdo projetado de maneira que não estaria disponível ao projetador somente.^{3:43} (aspas do autor)

De acordo com Ogden, na posição depressiva e com o desenvolvimento da subjetividade, o bebê, já não mais pode substituir magicamente seus objetos, como fazia anteriormente, criando um novo *self-objeto* “bom” [gratificador], para cada *self-objeto* “mau” [frustrante] que lhe perseguiram, o bebê na posição depressiva arma-se com objetos bons, inteiros, projetando [expulsando] seus objetos maus do mundo externo, para um outro repositório de suas projeções [a mãe, por exemplo], vindo à mercê, posteriormente, da agressão dirigida à estes objetos expulsados identificados no objeto externo [a mãe, o seio], iniciando o processo de reparação [por culpa], por suas agressões.³ Consequentemente, “a presença de uma mãe-ambiente é condição fundamental para o desenvolvimento do bebê”.^{14:214} O bebê se depara com o trauma ao longo do seu desenvolvimento, sendo as perturbações nas relações entre o objeto e o ego como etiologia do trauma.¹⁵ Em um retorno a teoria do trauma, segundo Gurfinkel, Ferenczi refuta a ideia de Otto Rank, de que o nascimento fosse traumático, não fazendo sentido tais atribuições de mazelas e angústias ao sofrimento no nascimento, pois, o instinto dos pais “tornam essa transição tão suave quanto possível”.¹⁴ O seu caráter traumático dependeria de como a experiência de nascimento transcorreria.¹⁴ É no desenvolvimento perturbador e frustrante, assim como pela falha do cuidado, que o bebê se depara com o evento traumático e é o acesso ao desamparo, ao mar das angústias freudiano, que o bebê se encontra ferido.

O maior trauma que uma criança pode experimentar é a frustração de seu desejo de ser amada como pessoa e de que seu amor seja aceito. Esse trauma é o que estabelece fixações nas várias formas da sexualidade infantil às quais a criança conduzida na sua tentativa de compensar por meio de satisfações substitutas o fracasso de suas relações emocionais com os objetos exteriores.^{15:141}

Esta falha no cuidado é apontada por Fulgencio e Gurfinkel como a necessidade da ternura materna, relacionando à “falha básica” proposta por de Balint.¹⁴ Para Gurfinkel “é justamente o fator humano aquele que mais ameaça” a criança.¹⁴ A traumatogênese ganha seus contornos a partir da ótica da participação do objeto. “A criança não pode escolher. Não tem outra alternativa senão aceitar ou recusar seu objeto, alternativa em que está exposta a se apresentar como uma escolha entre a vida e a morte”.^{15:133}

A função materna é condição constituinte para a sobrevivência e o desenvolvimento do aparelho psíquico do bebê. É por meio da implementação do domo, o escudo de paraexcitação que se instala o papel capital da função materna. “Uma filtragem constante das

excitações que invadem o bebê é requerida para garantir a sua redução e evitar que ele seja exposto ao seu impacto de forma demasiado intensa e prolongada”.^{16:39} Sejam elas excitações endógenas, como fome e sede, ou, excitações exógenas, como frio e calor, todas elas possuem seu efeito com alcance traumático quando não amparadas pelo objeto materno. A querela do traumático passa por uma sucessão de eventos micro e macro traumáticos cumulativos como descrito por Masud R. Khan¹⁷

O papel de escudo protetor constitui “o ambiente normal que se pode esperar” para as necessidades anaclíticas do bebê. Meu argumento é que o trauma cumulativo resulta das fendas [falhas] observadas no papel da mãe como escudo protetor durante todo o curso do desenvolvimento da criança, desde a infância até à adolescência— isto é, em todas as áreas de experiência onde a criança precisa da mãe como um ego auxiliar para sustentar suas funções de ego, ainda imaturas e instáveis. [...] O trauma cumulativo procede, portanto, das tensões que uma criança experimenta no contexto da sua dependência de ego com relação à mãe como seu escudo protetor e ego auxiliar.^{17:62}

Khan distingue que o papel da mãe, como escudo protetor, é uma construção que compreende a participação pessoal da mãe face a da criança, bem como, o manejo do ambiente não humano, como o quarto, os brinquedos e o berço, por exemplo, das quais a criança depende para seu completo bem-estar, além de frisar, que tais fendas observadas não são exclusivamente traumáticas, tendo por característica uma tensão, podendo exercer uma influência no desenvolvimento do ego.¹⁷ As falhas observadas no desenvolvimento infantil são estruturantes, por um processo de fixações até que se tomem o caráter estrutural de personalidade, além de que tais falhas só receberem o valor traumático *après coup*, quando o sujeito já subjetiva suas vivências e experiências, tais falhas são uteis como um instrumento de precisão para identificar os tipos de distorções do ego no seu desenvolvimento psicosssexual além dos tipos de falhas ambientais que podem estar relacionadas às necessidades anaclíticas do bebê e da criança, ou seja, a noção do caráter traumático e das falhas do escudo de paraexcitação só possuem valor de análise no contexto do sujeito pré-verbal.¹⁷ O que se mostra presente na arqueologia psicanalítica, são as fixações como indicativos de eventos que ocorreram outrora com o sujeito, fixações da libido (pulsão) em alguma relação objetal, seja este o próprio indivíduo como destino da pulsão, ou um objeto externo, entrando no campo das relações do narcisismo do sujeito.^{18,19}

No percurso traumático, o narcisismo se desenvolve, se adapta e amadurece e se estabelece como pôde, fornecendo assim o destino de tudo aquilo que vivenciou e experienciou em seu desenvolvimento. O resultado da sobrevivência do bebê-criança-adolescente será, correlativamente, a variedade de suas manifestações clínicas com a interpelação do trauma com as advindas feridas narcísicas do sujeito.²⁶

Desamparo: o objeto na cena

A autora Menezes, em seu livro *Desamparo*, buscou a melhor compreensão a respeito da tradução de *Hilfflosigkeit* ¹¹, do alemão, traduzido inicialmente como desamparo, retoma que sua definição é um processo linguístico, em que poderíamos encontrar a definição de “ausência de ajuda”.⁸ Portanto, desamparo conota a imagem de “sem ajuda, sem auxílio, sem saber o que fazer e sem proteção”.⁸ Ademais, corroborando com sua ideia, Ferreira citado por Menezes conota que o desamparo expresse:

o estado de privação de meios para sustentação da vida; evoca o sentido de cair sem ter nada para agarrar-se, escorar-se ou apoiar-se; não há abrigo, não há refúgio, nem alguém que possa socorrer; implica uma condição de abandono, solidão e esquecimento. O desamparo é um termo que pressupõe a existência do outro.^{8:24}

Segundo Menezes, este outro, que põe fim à tensão interna que se vivência pela falta, decorre do fato da imaturidade e da condição de indefesa que o bebê tem ao nascer, tornando-se dependente de sua mãe (outro), para sobreviver, é esta relação de sobrevivência por meio do outro, de dependência, que devolverá a segurança que perdera outrora, essa relação influenciou Freud em sua utilização pelo termo.⁸ A saber, esse desamparo originário, dado pelo nascimento, é estruturante da psique do bebê, pois está associado ao trauma do nascimento, à mortalidade, à angústia e ao filogenético, que não se deixa amarrar às situações traumáticas, porque a elas transcende, essas amarrações se referem a dimensão do irrepresentável, do mistério, do umbigo inatingível, que são as fronteiras da morte, portanto, o desamparo estruturante é condição *sine qua non* para o amadurecimento psicológico do sujeito.⁷ De acordo com Mello e Nunez, este desamparo é o protótipo da fragilidade da condição humana, o que permite se encontrar com uma visão heurística para poder lidar com a impotência diante da morte.⁷ Figueiredo e Coelho Junior, em uma releitura do traumático como fonte de adoecimentos psíquicos, contribui esclarecendo ser possível diferenciar um desamparo pré-traumático e normal, como o desamparo estruturante, de um desamparo pós-traumático, que é vivido como uma condição de impotência e desespero.⁵

Segundo ainda:

No primeiro [desamparo estruturante e normal], naturalmente há uma imensa vulnerabilidade ao trauma, mas não há necessariamente nada de traumático se passando se as condições ambientais foram adequadas [maternagem]. No segundo [desamparo catastrófico], o desamparo pós-traumático, o vir a ser do sujeito é colocado em um impasse, o sujeito é lançado em uma condição de impotência e desespero em que a única defesa possível é o recuo, o retraimento, o descarte de uma parte de si mesmo, a desistência em ser.^{5:212-3}

O desamparo pós-traumático é tido como catastrófico, pois o “terror não pode ser dosado, transformado, significado, compreendido”, havendo diante desse vivido um extravasamento pulsional pela irrupção do escudo protetor.^{7:196} A desajuda não é inteiramente atribuída ao objeto externo que serve como função de paraexcitação, mas também da ausência de um

objeto interno que possa garantir a segurança psíquica ao sujeito diante do trauma. Corroborando que essa associação temos que:

os efeitos do desamparo catastrófico podem ser devastadores se não há um encontro duradouro com o objeto compreensivo, continente, transformador, com capacidade de rêverie e holding que ofereça possibilidades de ressignificar os traumas num processo de historização [...] pode ser um fator poderoso, entrelaçado a muitos outros que condena o infans a viver num mundo estagnado, concreto, primitivo, a-simbólico ou pré-simbólico, quase sem mudança psíquica e sem esperança.^{7:197}

Sobre a constituição do objeto interno é importante resgatar que Freud os descrevia como “vozes” internas dos pais, da sua imagem e valores e que a partir das ideias de Klein podemos conceber que o objeto interno é constituído pelas internalizações dos objetos externos, que *a priori* é a internalização das relações que tiveram com estes objetos, que serão vivenciadas como gratificantes ou frustrantes e sobre esses objetos externos será reprojeto seus objetos internos constituindo o funcionamento mental da criança, projetando e se identificando com aquilo que foi projetado no objeto externo, após ter sido metabolizado e devolvido à criança o projetado, constituindo a via identificação projetiva.^{2,3}

Para tal, com relação ao desamparo catastrófico, o bebê lança ao mundo externo aquilo que está vivenciando como angustiante para si, se não encontrar o objeto externo que lhe devolva sua situação de gratificação, frente a frustração daquilo que vem sentindo, se deparará com a ausência do objeto.²⁰ Esta ausência será introjetada como o desamparo catastrófico, constituindo assim a via pulsional do efeito traumático: excesso de um *quantum* de energia invadindo o incipiente ego da criança, não podendo elaborar aquilo que sente, extravasando para o *soma* toda a quantidade pulsional, inscrevendo o trauma no corpo e tornando um irrepresentável ao psíquico imaturo de pensar.^{8,16}

a “experiência emocional” é o que emociona, move, mobiliza, põe a unidade somatopsíquica em movimento, abrindo o campo para uma série de possibilidades e de exigências de transformação. Uma delas, a mais importante para o crescimento psíquico, requer a capacidade de suportar o desconforto, “tolerar a frustração” e, eventualmente, a dor, de forma a encontrar para esta experiência um destino melhor do que sua pura e imediata eliminação. Ora, a tal da “frustração” se dá quando as expectativas de o bebê, o que Klein chamou de innate unconscious awareness of the presence of the mother III, não são minimamente correspondidas. Nos termos de Bion, as preconcepções “dão no vazio”, ocorrem na ausência do objeto, um objeto externo, evidentemente, em falta. Às vezes, não se trata de uma ausência absoluta, mas da incapacidade de o objeto externo realizar o que lhe compete. “Pensa-se na ausência do objeto”.^{5:149} (aspas do autor).

André Green, em seus atendimentos clínicos, se deparou com o objeto ausente que tinha esta incapacidade de fazer o que lhe competia, nomeando-o como a “mãe morta”, o resultado da identificação do bebê com o sujeito ausente, a mãe morta. Segundo Schor, a ausência do ponto de vista emocional, a mãe não pôde viver com seu filho uma “experiência compartilhada”.^{15:73}

E acrescenta em sua explicação:

Dessa perspectiva, podemos dizer que, antes de o bebê, foi ela quem não esteve lá para lhe proporcionar uma verdadeira experiência, libidinizando-o e provendo as condições para que este pudesse sentir sua experiência como real a partir dos investimentos a ele dirigidos.^{15:73}

Sobre a mãe morta, Green citado por Schor salienta que se origina nos quadros de fracasso que a mãe não consegue elaborar, manifestado por sentimento de impotência “para sair de uma situação conflitiva, impotência para amar, para tirar partido de seus dotes, para aumentar suas aquisições, ou quando isso ocorreu, insatisfação profunda diante do resultado”.^{15:110} Vemos, portanto, algo que inflige a dupla, tanto a mãe quanto o bebê, como indicado por Green quando: “o objeto está ‘morto’; carrega por isto o Eu para um universo deserto, mortífero. O luto branco da mãe induz o luto branco da criança, enterrando uma parte do seu Eu na necrópole materna”.^{18:267} (aspas simples do autor)

O que imperam com a mãe morta e o objeto ausente, são as angústias entorno do desamparo, angústias muito primitivas.³ O conectivo do trauma com o desamparo será, portanto, a capacidade de lidar diante da angústia com a moção pela sobrevivência, e segundo Freud:

O indivíduo terá alcançado importante progresso em sua capacidade de autopreservação se puder prever e esperar uma situação traumática dessa espécie que acarrete desamparo, em vez de simplesmente esperar que ela aconteça [...] a angústia, por conseguinte, é, por um lado, uma expectativa de um trauma e, por outro uma repetição dele em forma atenuada. Assim, os dois traços de angústia que notamos tem uma origem diferente. Sua vinculação com a expectativa pertence à situação de perigo, ao passo que sua indefinição e falta de objeto permanecem a situação traumática de desamparo.^{12:191}

A partir da segunda teoria da angústia, Freud situa o desamparo no núcleo da situação de perigo, assim é discriminado dois tipos distintos de angústia: I) angústia automática e II) angústia – sinal, em que a situação de perigo, (angústia – sinal), constituiria como uma ameaça de uma situação traumática, decorrente de uma expectativa e lembrança da situação de desamparo, não obstante, a situação traumática, consumada (angústia automática), corresponderia ao retorno do sujeito a situação de desamparo.^{8,12} Segundo Figueredo e Coelho Jr, uma ameaça condiciona a mobilização das defesas psíquicas, se falharem, consuma o ato traumático, uma ferida (re)aberta no cerne do escudo protetor.⁵ Trazendo o sujeito a cena do desamparo, sem alguém que lhe ajude, sem nada a poder fazer com aquilo, diante da impotência pelo que está sentindo e passando.⁸ O sujeito bebê, por meio da recusa, descontinua a experiência que estava sendo submetido, ao recusar a realidade externa, abre-se uma fenda pela cisão no mundo interno e no objeto bom, “cria-se uma realidade em que o objeto não existe e o sujeito é onipotente e autossuficiente”.^{21:201} A defesa da desmentida é convocada para fazer com que a intragável realidade da tensão interna insatisfeita possa desaparecer. Contudo, não somente desaparecem as sensações e as tensões, como também o objeto bom que habitava seu mundo interno, sendo ele agora fruto de uma idealização, algo

que “existiu” e espera que se “exista” de novo em contraste com a presença do objeto mau que o desamparou, a outra parte dividida do objeto bom. O objeto bom externo continua existindo na realidade, mas não sendo mais perceptível nem sentido pelo bebê, como aponta Green: a “não percepção de um objeto ou fenômeno psíquico que é perceptível”.^{22:68} (tradução do autor).

A odisseia tal qual foi descrita, por meio do trauma com o advento do desamparo, a preambulo da recusa e do desmentido, se qualificam na matriz do sofrimento pela passivação, em que há falência de defesas, dando lugar ao impensável, a experiência de agonias, de fato, o *breakdown*^{IV} ocorreu, o sujeito bebê de nada sabe, restando viver com seu deserto psíquico, rumo a reelaboração pela repetição do que lhe ocorreu.⁵ A fantástica estória do sujeito que esqueceu de tudo e anda pelo deserto em busca de uma resposta, encontrando muito das vezes as adições que preencherão seu espaço vazio/morto, deixado por alguém/algo.

Desvalimento e a criação da ausência diante da ausência

Segundo Costa, em uma nota de rodapé, a editora Amorrortu ao traduzir as Obras Completas de Sigmund Freud, do alemão para o espanhol, utilizou a palavra *desvalimiento* para traduzir *Hilflosigkeit*, aquilo que em português foi traduzido como desamparo.²³ O desvalimento, compreende o significado de falta de validade e valia, portanto, de um vazio somado ao próprio desamparo. O psicanalista e pesquisador David Maldavsky, propõe em seus estudos, uma nova clínica para a psicanálise: as patologias do desvalimento, as quais são caracterizadas por um estado econômico na qual predominam uma dor que não se cessa, sem consciência e com a abolição da subjetividade, manifestado pelas patologias traumáticas, pelas adições, pelos transtornos de alimentação, borderline e transtornos narcísicos, em que estes “pacientes não buscam o prazer, mas a calma, dado o caráter traumático de qualquer excitação”.^{23:27}

De acordo com Maldavsky em seu livro “*Pesadillas em vigília: sobre neurosis tóxicas y traumáticas*”,^V os desvalidos padecem de uma vida fantasmática, empobrecia e com carências simbólicas que se traduzem por uma falha no registro dos afetos e conseqüentemente o empobrecimento da subjetividade.²⁴ Para compreendermos o desvalimento, precisamos pensar na metapsicologia em torno da terceira tópica, porque são sujeitos que possuem uma tendência para a desobjetalização, devido à pulsão de morte.^{18,25} Retomando a construção do aparelho psíquico, volta-se a cena do traumático, uma “zona de sensibilidade do inconsciente”, porque será a forma de lidar com a ausência do objeto externo que categorizará o desamparo como estruturante ou traumático e optando pelo segundo, levará o sujeito bebê ao abandono de seus objetos internos e a criação de um vazio psíquico.^{16:89,18}

Durante o amadurecimento emocional do bebê, este precisa conseguir introjetar o objeto suficientemente bom: ele desempenhará as funções antitraumáticas e permitirá que o sujeito bebê possa desenvolver seus próprios recursos psíquicos para lidar com traumas, ou seja, não necessitando demasiadamente do ego-auxiliar.^{21,6} Durante o estágio de indiferenciação, o bebê ainda não configurou a diferença entre o mundo interno e o mundo externo, necessitando da presença constante do objeto externo para que o objeto interno também esteja presente, essa é uma função anaclítica, em que o bebê pousa sobre sua mãe, ademais não é possível pensar em um desenvolvimento do bebê sem pensar na possibilidade deste ficar algum tempo sozinho, esta questão de 'estar só' foi trabalhada por Winnicott em continuidade ao pensamento de Klein a respeito dos objetos bons introjetados.^{21,6} Em suma, o bebê consegue ficar sozinho porque este estaria rodeado internamente por seus objetos bons.

A relação do indivíduo com este objeto interno, com a confiança com às relações internas, lhe dá autossuficiência para viver, de modo que ele ou ela fica temporariamente capaz de descansar contente mesmo na ausência de objetos, ou estímulos externos. Maturidade e capacidade de ficar só significam que o indivíduo teve oportunidade através de maternidade suficientemente boa de construir uma crença num ambiente benigno. Essa crença se constrói através da repetição de gratificações instintivas satisfatórias. [...] À medida que o tempo passa o indivíduo introjeta o ego auxiliar da mãe e dessa maneira se torna capaz de ficar só sem apoio frequente da mãe ou de um símbolo da mãe.^{6:34}

Essa capacidade de estar sozinho, só é possível mediante a alucinação do bebê de ter criado o objeto na sua ausência, processo este que consiste na apresentação do objeto externo na sua transformação em representação interna por meio dos processos de introjeção, neste percurso, o bebê elegerá objetos transicionais que o auxiliem a lidar com ausência materna.²² O estar sozinho e de poder lidar com essa ausência é condição necessária para o amadurecimento psicológico do bebê, contudo, nos sujeitos desvalidados, somos tomados a pensar que houve uma falha neste processo, visto que, após sua adulez, o objeto externo é utilizado como um tampão para sua hemorragia narcísica, tendo sua autoestima esvaindo-se pelo ralo, levando a pensar no porquê dos casos fronteiros não conseguir lidar com a questão da ausência, abandono e da dor, pois há a ausência de um objeto bom internalizado que o ajude a lidar com a solidão da vida.^{6,26,23}

Quando o objeto externo se revela excessivamente traumático ou se ausenta demasiadamente, então a capacidade de representar esse objeto será internamente prejudicada, perdida regressivamente ou não conseguirá se desenvolver. Esse é o mundo do não neurótico, em que a ausência ou fragilidade do objeto interno torna intolerável a ausência do objeto externo.^{22:24}

Na incapacidade de o sujeito bebê de poder alucinar a presença de seus objetos bons, este estará entregue ao desamparo, suscitando vivências endógenas e exógenas num *quantum*

de excitação, tornando-se o paradigma traumático em Freud: a angústia automática. Esse acúmulo de tensão não pode ser processada pelo incipiente ego do bebê e seu registro terá como uma das vias de escoação, sua inscrição no corpo por meio de somatizações, “o registro econômico se sobrepõe ao registro psicodinâmico”.^{16:139}

Winnicott citado por Junqueira sintetiza a ausência:

Quando a mãe, ou alguma outra pessoa de quem o bebê depende, está ausente, não há uma modificação imediata, de uma vez que o bebê possui uma lembrança ou imagem mental da mãe, ou aquilo que podemos chamar de uma representação interna dela, a qual permanece viva durante um certo tempo. Se a mãe ficar além de certo limite medido em minutos, horas ou dias, então a lembrança ou a representação interna, se esmaece. À medida que isso ocorre, os fenômenos transicionais se tornam gradativamente sem sentido e o bebê não pode experimentá-los. Podemos observar o objeto sendo descatexizado.^{25:114}

O desamparo ocorre posteriormente a incapacidade de estar só, sendo o resquício de um evento traumático, dito isto, como se constitui os buracos psíquicos e o vazio do mundo interno objetual? Em resposta, André Green, explica que o vazio se constitui porque o sujeito bebê não mais consegue pensar – alucinar- o objeto na sua ausência, sua representação interna cinde-se no objeto bom idealizado, que era o objeto externo ante sua ausência, e o objeto mau, aquele que não o atendeu, com isso, para que o sujeito bebê não perca seus objetos,^{VI} ele recorre à identificação com o objeto mau, mantendo pelo menos algum objeto consigo, este objeto mau será a representação da mãe morta e o desenvolvimento de uma depressão branca, em que ele se “agarra” psiquicamente ao objeto para se manter minimamente integrado.^{12,18,6}

Diante da ameaça da perda do objeto, o sujeito bebê começa um processo de descatexia dos objetos, desinvestindo o:

A descatexia é uma tentativa de homeostase emocional atingida não através da memória prazerosa da satisfação do bebê se alimentando e se tornando saciado, mas por uma retirada perigosa do investimento do objeto. Essa retirada resulta numa depressão “primária”, uma depressão branca, em que o vazio é o ponto de partida: “uma descatexia radical por parte do paciente, que busca atingir um estado de vazio e aspira ao não ser e ao nada”.^{22:33} (aspas do autor).

Segundo Maldavsky, o objeto morto será internalizado como “déspota louco”, a figura da mãe morta, como um interlocutor arbitrário que contraria a realidade, sendo ela precisamente uma representação dessa realidade que o objeto procura destituir da vida.²⁴ A marca de um objeto mau que o aterriza com a angústia de desamparo. Tornando-se um sujeito desvalido. A identificação do negativo como aponta Green:

[...] houve o enquistamento do objeto e o apagamento de sua marca por desinvestimento, houve uma identificação primária com a mãe morta e a transformação da identificação positiva em identificação negativa, isto é, a

identificação com o buraco deixado pelo desinvestimento e não com o objeto.^{18:253}

O sujeito com seu vazio interno, diante do buraco que ficou em seu psiquismo, como um registro semelhante ao que fica em solo com a queda de um meteoro, um buraco que registrou o “*breakdown*” – o colapso ante o trauma, esquecido por conta da recusa (*verleugnung*), e do recalque, com uma fixação ao pré-traumático como aponta Chreim:

Embora a Recusa procure interromper o encadeamento das consequências psíquicas do trauma, ela causa um efeito colateral importante, uma vez que a paralisia não permite o desenvolvimento do tempo pós-traumático de elaboração da experiência. Assim como um flash, a cena se congela no momento pré-traumático, na iminência do perigo, mas sem impedir o registro do trauma, que persistirá como elemento tóxico no psiquismo. Portanto, fica vedada a abertura para a superação de tal vivência, pois se estabelece um circuito temporal pseudocíclico em que a projeção do futuro é uma repetição do presente e do passado traumático, e nada de novo pode acontecer.^{21:261}

De acordo com Levine, Reed e Scarfone, o resultado destes processos culminam num apagamento: “Onde as representações não estão suficientemente presentes, o apagamento é um vazio”.^{22:46} Com o fim desse processo trágico que é o risco da perda do objeto, a desobjetalização, o surgimento da “mãe morta” e pôr fim a cristalização pela internalização do “déspota louco”, vemos a integração do Ego, com suas ranhuras e trincas, em referência ao cristal que se quebra ao ser atirado no chão, segundo as linhas da cisão.²⁷ Portanto, o desaparecimento do objeto com o nascimento do Eu, aos moldes de um narcisismo de morte.¹⁸ Numa perspectiva do desenvolvimento do sujeito, como aponta Minerbo, o sujeito deixa o eixo objetal para construir e se desenvolver no eixo narcísico.²⁶ Contudo, as falhas já existentes no eixo objetal irão refletir no eixo narcísico do sujeito desvalidado, em uma espiral de movimento e este, procurará sempre objetos que reacendam sua imagem: um “Self Grandioso Patológico”.^{28:162} Um objeto que sirva para validar a existência de um sujeito sem valia, como aponta Gazire:

há algo que se passa mal nas relações com os outros, como se houvesse algo errado antes. Devido a falhas precoces e severas ao longo da diferenciação (limites) em relação com o objeto, este não pode ser negado para ser, em seguida, incorporado, assimilado e introjetado.^{29:161}

Para Marraccini, o que se observa na clínica do vazio, nas patologias do desvalimento, é, portanto, essa incapacidade do sujeito de abandonar seus objetos (internos) para manter uma relação com pessoas reais, o que ocorre é a projeção destes objetos no externo a si, como representantes do objeto interno ideal, mostrando pouca diferenciação do que é meu e do outro.³⁰ Há um mergulho no mar dos sentimentos diante da impossibilidade de reorganizar sua subjetividade após as vivências de perdas traumáticas, afogando-se, muitas das vezes, no desamparo e na desapropriação pessoal, um sujeito que não se habita.^{30:42} Kernberg

acrescenta que estas perdas foram vividas, porém, não elaboradas e integradas ao psiquismo, estão vivas-mortas, operando no mundo objetal interno como objetos desvitalizados, tido como morto e louco, porque ocupam o cerne das relações insatisfeitas e tomadas por sentimentos de raiva e ódio e foram internalizadas, originando um superego sádico.²⁸ Vivas porque soam internamente uma voz crítica e sádica que atemoriza o sujeito. Estes estados de desvalimento podem ser reconhecidos em “sujeitos consumidos por repetidos e corrosivos fracassos, habitando vidas esvaziadas que se tornam sem sentido”.³⁰ São sujeitos que possuem seu Eu em ruínas, sujeitos que, conforme Marraccini; Fernandes e Cardoso, são marcados pelos limites de Eros, os sujeitos que estão além e aquém do princípio do prazer.³⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em consideração os aspectos apresentados, é imprescindível pensar a interconectividade destes temas tão relevantes para a compreensão da clínica psicanalítica atual, é certo que o que mudou é a forma de enxergar a teoria para cada pessoa. Cada vez mais se pensa numa integração das escolas da psicanálise. Aspecto que neste estudo é descrito. Hoje não nos deparamos apenas mais com os históricos de Freud. A clínica nos levou a pensar a formação psicológica dos sujeitos tidos ‘vazios interiormente’, porque se sentem assim e demonstram essa pobreza simbólica e afetiva. Foi descrito a constituição dos estados vazios, com a missão de dissecar cada evento que se sucede até o vazio interno, como flashes de slides sucessivos. Consoante o objetivo deste estudo, o que se observa é uma constituição de depressão branca, anterior à posição depressiva proposta por Klein, uma depressão que não pode ser elaborada, por carência evolutiva para tal.^{18,3} Foi possível verificar que o desvalimento ocorre pelo adentramento da constituição do narcisismo secundário, com o retorno do investimento objetal para o Eu, de forma que há o apagamento dos objetos, que, na forma saudável, deveriam imperar como relações internalizadas. O que se sucede, são casos de indivíduos que preservam seus objetos desvitalizados e constituem o solo para o desenvolvimento do Eu sobre eles, sombreando o sujeito pela falta de objetos bons.¹⁹ Como o sujeito idealiza o objeto bom, que não é alcançado, este não pode mais externalizar e expulsar o objeto mau de sua “parede psíquica”, restando apenas olhar o quadro emoldurado do objeto mau, feio, morto que tem. No tópico “Trauma”, foi descrito e discutido sobre a re-historização da noção do desamparo, estado este que se dá sucessivo ao trauma e que será seu precedente em novas situações de desamparo, assim como da participação do objeto externo como sua ação traumática e antitraumáticas, objeto este tido como o objeto suficientemente bom, aquele que cumpre com o papel de maternagem.⁶ No tópico “Desvalimento”, é articulado as contribuições

da escola Argentina de psicanálise, representada pelo pesquisador e psicanalista Maldavsky, bem como as colocações de Green acerca dos vazios psíquicos e sua desvitalização. Assim, integro ao desenvolvimento teórico das relações objetais, aos movimentos de descatexia (desinvestimento) do objeto interno e o apagamento do objeto. O sujeito vazio de seus objetos, em analogia a uma parede sem quadros que reflete apenas aos buracos dos pregos que antes seguravam alguma coisa, buracos esses que soam e despertam angústia pela ausência, corroborando com uma associação ao infamiliar. Por fim, as relações objetais são vertentes teóricas da Escola Inglesa de psicanálise, que muito contribui para (re)pensarmos a constituição do psiquismo, seu desenvolvimento e progresso. As fixações das relações ulteriores, as projeções e identificações projetivas que (re)aparecem na via da transferência-contratransferência na análise, como o respectivo movimento(s) do(s) objeto(s).

Notas

^I [*phantasy*], do inglês. Susan Isaacs e autores ingleses, propõe duas grafias distintas para o termo fantasia, *phantasy* e *fantasy*, nos sendo relevante a descrição apenas da primeira, designando como o conteúdo primário dos processos mentais inconscientes.⁴

^{II} A autora, em uma definição por sufixos da palavra alemã, afirma que é sua tradução resulta num misto de “falta de saída”, “falta de solução para alguma coisa”, “falta de apoio de toda espécie”; designando um estado em que a pessoa fica sem saber o que fazer diante de uma situação “X”; é uma sensação de vazio e desespero diante da ausência de *hilfe*, “ajuda”.^{8:26} (aspas da autora)

^{III} “conhecimento inconsciente inato da presença da mãe”, (tradução nossa).

^{IV} Winnicott, explica que o colapso que é temido já aconteceu, e seu significado é a falência das defesas, com o término do colapso quando novas defesas foram organizadas.^{6:127}

^V “pesadelos acordados: Sobre neuroses tóxicas e traumáticas” (tradução nossa).

^{VI} Perda objetal, real ou imaginária, não somente do objeto materno ou seu substituto, mas de todo e qualquer investimento que tenha valor de objeto para o psiquismo.^{16:126}

REFERÊNCIAS

1. Freud, S. (1915). Os instintos e suas vicissitudes. Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud). 420 p. vol. 14
2. Greenberg JR, Mitchell SA. Relações objetais na teoria psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 328 p.
3. Ogden TH. A matriz da mente: Relações objetais e o diálogo psicanalítico. São Paulo: Blucher, 2017. 278 p.
4. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da Psicanálise. 3. Ed. Pedro T, translator. Santos: Martins Fontes, 1977. 707 p.
5. Figueiredo LC, Coelho Junior NE. Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise. São Paulo: Blucher. 304 p.
6. Winnicott WD. O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. 268 p.
7. Mello RAA, Nunez WPS, organizators. Des-amparo e a mente do analista. São Paulo: Blucher, 2018. 431 p.
8. Menezes LS. Desamparo. 2. ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2012. (coleção clínica psicanalítica). 130 p.
9. Freud S. (1896b). A etiologia da histeria. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud). 317 p. vol.3

10. Freud S. (1897). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess: Carta 69. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud). 442 p. vol. 1
11. Freud S. (1920). Além do princípio do prazer. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud). 352 p. vol. 18
12. Freud S. (1926). Inibições, sintomas e ansiedade. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud). 351 p. vol. 20
13. Uchitel M. Neurose traumática. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. (coleção clínica psicanalítica). 215 p.
14. Gurfinkel D. Relações de objeto. São Paulo: Blucher, 2017. 567 p.
15. Schor D. Heranças invisíveis do abandono afetivo: um estudo psicanalítico sobre as dimensões da experiência traumática. São Paulo: Blucher, 2017. 216 p.
16. Tabacof D. Clínica da excitação: psicossomática e traumatismo. São Paulo: Blucher, 2021. 224 p.
17. Khan MMR. Psicanálise: Teoria, técnica e casos clínicos. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977. 408 p.
18. Green A. Narcisismo de vida, narcisismo de morte. São Paulo: Escuta, 1988. 310 p.
19. Marraccini, EM. O Eu em ruína: Perda e falência psíquica. 2. ed. São Paulo: Blucher, 2021. 358 p.
20. Fulgencio L, Gurfinkel D. Relações e objeto na psicanálise: Ontem e hoje. São Paulo: Blucher, 2022. 358 p.
21. Chreim V. Dimensões da Recusa. São Paulo: Blucher, 2021, 352 p.
22. Levine HB, Reed GS, Scarfone D. Estados não representados e a construção de significado: contribuições clínicas e teóricas. São Paulo: Blucher, 2016, 388 p.
23. Costa GP, Cynara CK, Maldavsky D, Edson SB, Gildo K, et al. A clínica psicanalítica das psicopatologias contemporâneas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015, 396 p.
24. Maldavsky D. Pesadillas em vigília: Sobre neurosis tóxicas y traumáticas. Buenos Aires: Amorrortu, 1995, 368 p.
25. Junqueira C. Metapsicologia dos limites. São Paulo: Blucher, 2019, 260 p.
26. Minerbo M. Neurose e não neurose. 2. ed. São Paulo: Blucher, 2019, 320 p.
27. Freud S. (1933). Conferência XXXI: A dissecção da personalidade psíquica. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud). 337 p. v. 22
28. Kernberg OF. Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 323 p.
29. Gazire PC. Objeto, modo de usar: construção de objeto na psicanálise de pacientes borderline. São Paulo: Blucher, 2017, 232 p.
30. Marraccini EM, Fernandes MH, Cardoso MR, organizators. Limites de Eros. 2. ed. São Paulo: Blucher, 2022, 254 p.

Intercorrências do Ácido Tricloroacético e Ácido Fenol

Intercurrences of Trichloroacetic Acid and Phenol Acid

Goulart BM^a, Silva TBF^a e Braga JSS^a

a. Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, FMU, Brasil

RESUMO

Muitos indivíduos estão à procura de procedimentos que ajudem no rejuvenescimento da pele. Um dos recursos para melhorar a qualidade da pele são os peelings químicos, utilizando diversos ácidos como glicólico, retinóico, salicílico, tricloroacético, fenol entre outros, que tem como objetivo proporcionar a renovação celular. O objetivo deste estudo é focar nos dois ácidos que têm mais intercorrências, ácido tricloroacético e ácido fenol. O fenol tem sido utilizado como peeling profundo tanto isoladamente como em associação com outros componentes atuam como promotores de penetração e permeação, resultam no processo de renovação celular intenso, normalizando a pigmentação da pele, atenuando marcas e minimizando as rugas. Devido a sua toxicidade e contra-indicações, o fenol deve ser aplicado cuidadosamente segundo a técnica recomendada, e o paciente deve ser monitorado para se obter a máxima eficácia do peeling e minimizar os efeitos sistêmicos. Já o tricloroacético é utilizado como peeling moderado tanto isoladamente como em associação com outros ácidos, melhoram na síntese das fibras de colágeno, na redução de rugas e renovação da pele.

Descritores: pele, fenol, tricloroacético, complicações, reações adversas

ABSTRACT

Many individuals are looking for procedures that help in skin rejuvenation. One of the resources to improve the quality of the skin are chemical peels, using various acids such as glycolic, retinoic, salicylic, trichloroacetic, phenol, among others, which aim to provide cell renewal. The aim of this study is to focus on the two acids that have the most complications, trichloroacetic acid and phenol acid. Phenol has been used as a deep peeling, either alone or in association with other components, they act as penetration and permeation promoters, resulting in an intense cell renewal process, normalizing skin pigmentation, attenuating marks and minimizing wrinkles. Due to its toxicity and contraindications, phenol must be applied carefully according to the recommended technique, and the patient must be monitored to obtain the maximum effectiveness of the peel and minimize the systemic effects. Trichloroacetic acid, on the other hand, is used as a moderate peeling, either alone or in association with other acids, improving the synthesis of collagen fibers, reducing wrinkles and skin renewal.

Descriptors: skin, phenol, trichloroacetic, complications, adverse reactions

INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano composto por diversos tecidos, tipos celulares e estruturas especializadas. Exerce funções cruciais para a vida, como sensibilidade e proteção contra agressões exógenas, de natureza química, física ou biológica, termorregulação, contra perda de água e de proteínas para o exterior. É composta por três camadas: a epiderme

(externa), a derme (intermediária) e a hipoderme (interna). Sua principal função é a proteção do organismo das ameaças externas físicas. No entanto, ela tem também funções imunitárias, é o principal órgão da regulação do calor, protegendo contra a desidratação. Tem também funções nervosas, constituindo o sentido do tato e metabólicas, como a produção da vitamina D.^{1,2}

A técnica de clareamento da pele, mais conhecida como *peeling*, vem se modernizando, fazendo novas associações e criando fórmulas mais eficazes do que as anteriores. Além de proporcionar o rejuvenescimento facial também promove tratamento de manchas, cicatrizes e rugas finas, redução de oleosidade, produção de colágeno.^{3,4,5}

O termo *peeling* se origina do inglês to peel = descamar, refere-se à aplicação do agente químico sobre a pele, que pode provocar uma destruição da epiderme, como também parte da derme, levando a esfoliação com remoção de lesões, sendo assim regenerando novos tecidos.^{1,2,6}

Os *peelings* químicos foram inicialmente descritos na medicina egípcia, no papiro de Ebers, em 1550 AC. Alguns relatórios também foram encontrados na literatura antiga grega e romana. Ao longo dos séculos passados, algumas fórmulas foram transmitidas pelas populações ciganas. Os dermatologistas começaram a mostrar interesse por *peelings* no século XIX. Em 1874, em Viena, o dermatologista Ferdinand Von Hebra utilizou a técnica para tratar melasma, doença de Addison e efélides. Em 1882, em Hamburgo, Paul G. Unna descreveu as ações do ácido salicílico, e resorcina, do ácido tricloroacético (ATA) e do fenol sobre a pele.^{7,8,9}

O uso do fenol foi desenvolvido após a Primeira Guerra Mundial na França. Na Inglaterra, Mac Kee já havia trabalhado com fenol para o tratamento de cicatrizes, mas não publicou seus resultados até 1952. Enquanto isso, nos Estados Unidos durante a década de 1940, Eller e Wolff forneceram a primeira descrição sistemática sobre a utilização de fenol, ácido salicílico, resorcina e neve carbônica para o tratamento de cicatrizes. A era dos *peelings* iniciou-se nos anos 60 com o desenvolvimento de soluções modificadas de fenol (adição de óleo de cróton, septisol e água) por Baker e Gordon, e avaliação histológica de resultados, comparando efeitos entre fenol e ATA. A base científica para tratamentos com ATA foi ampliada na década de 1970 e início da seguinte por meio da comparação dos efeitos histológicos entre três concentrações do ATA.^{10,11}

Os *peelings* químicos trazem muitos benefícios para promover o rejuvenescimento facial, porém podem proporcionar efeitos adversos de acordo com a profundidade do *peeling*. Podemos citar algumas complicações como hiperpigmentação, hipopigmentação, infecções, choques tóxicos, eritema persistente, cicatrizes, milia, manchas, entre outros.^{12,13,14}

MÉTODO

A pesquisa consiste em uma revisão de literatura de artigos retirados do banco de dados da Scielo e Pubmed. Materiais de apoio foram pesquisados através da ferramenta Google Acadêmico. Também foram encontradas informações em revistas científicas com pesquisa nesse segmento, que foram de grande ajuda para agregar mais informações para esta revisão de literatura. As citações utilizadas têm como linguagem os idiomas: português, inglês e espanhol. A pesquisa levou cerca de quatro meses para ser finalizada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pele é um órgão de revestimento composto por três camadas: epiderme, derme e hipoderme. Suas funções são de proteção, nutrição, pigmentação, transpiração, termorregulação, defesa e absorção. Também possui função sensitiva, defendendo contra agressores externos. Porém com o passar dos anos a pele perde uma parte das suas funções provocando fragilidade, atrofia, perda de colágeno e gordura, envelhecimento que se exterioriza através de linhas de expressões e flacidez.¹⁵

A epiderme é a camada externa da pele, ela nos protege das toxinas, bactérias e perda de líquidos. É formada por cinco subcamadas de células chamadas queratinócitos. Estas células são produzidas na camada basal, migram em direção a superfície da pele, amadurecendo até sofrerem uma série de mudanças. O nome desse processo é queratinização, onde cada uma das subcamadas é distinta. As cinco camadas são compostas pela camada basal (formação dos queratinócitos), camada espinhosa (produção de queratina), camada granular (início da queratinização), camada lúcida (células comprimidas), camada córnea (camada mais externa com 20 subcamadas de células mortas onde se desprendem num processo chamado descamação).^{16,17}

Junto com os queratinócitos, temos outros tipos celulares como os melanócitos, células de Langerhans e as células de Merkel. Os melanócitos são células dendríticas de origem crista neural que por meio de estruturas denominamos melanossomos, onde sintetizam e armazenam a melanina, um pigmento da pele e pelos, contribuindo para a tonalidade cutânea, e absorve a radiação ultravioleta. A melanina é sintetizada a partir da tirosina, que catalisa a reação melanogênese. São distribuídos para diversos locais do corpo humano: pele, mucosas, matriz dos pelos, olhos, ouvidos, sistema nervoso central.^{16,18}

Células de Merkel são receptores sensoriais que se dispõem entre os queratinócitos, encontradas nas extremidades distais dos dedos, lábios, gengivas e bainha externa dos folículos pilosos. São células de origem neuroendócrina, pois apresentam grânulos

intracitoplasmáticos com substâncias neurotransmissoras e estão em contato íntimo com fibras nervosas da derme, constituindo os discos de Merkel, que são mecanorreceptores.¹⁶

Células de Langerhans são células dendríticas originadas na medula óssea a partir de células-tronco hematopoiéticas que migram e se tornam residentes na epiderme. Constituem de 2% a 8% das células da epiderme e localizam-se na camada espinhosa. Têm função imunológica, como células apresentadoras de antígenos aos linfócitos T.^{16,19}

Ácido tricloroacético

O uso do ácido tricloroacético (ATA) na realização de *peelings* químicos tem sido relatado principalmente em dois veículos: a solução aquosa e a pasta hidrossolúvel. De modo geral, o *peeling* de ATA em solução aquosa é realizado através de sucessivas aplicações, intercaladas por intervalos de tempo padronizados, após o qual se verifica o nível de dano (*frosting*) provocado pelas aplicações anteriores.²⁰

Um dos agentes de *peeling* médio mais comumente usados é o ácido tricloroacético (ATA) com uma concentração entre 30 e 50%. O ATA promove um cauterio químico que causa desnaturação de proteínas, o que resulta na formação de *frost*, chamado de querato coagulação.²¹

Os peelings com ATA oferecem vários benefícios tanto para o paciente quanto para o médico, pois é uma solução acessível, fácil de preparar, estável, tem um longo prazo de validade e não tem efeito de toxicidade sistêmica, razão pela qual é frequentemente usado como um agente de *peelings* químicos de profundidade moderada para fins de rejuvenescimento da pele.²¹

Após o uso do peeling de ATA a qualidade das fibras elásticas e de colágeno é melhorada devido à promoção da síntese das fibras de colágeno, bem como aumento do conteúdo de água e glicosaminoglicanas. Os *peelings* superficiais também reduzem a espessura do estrato córneo enquanto aumentam a síntese das fibras de colágeno para atrasar o processo de fotoenvelhecimento e melhorar a aparência da pele danificada pelo sol.²¹ Um aumento significativo na espessura da camada dérmica e no conteúdo de glicosaminoglicanas foi relatada em pacientes tratados com *peeling* de ATA devido à melhora na quantidade de colágeno dérmico e rearranjo das fibras elásticas.²²

O ácido tricloroacético (ATA) desde sua descoberta por Unna em 1882 permanece como um excelente agente de *peeling* químico em mãos hábeis, tornando-se protótipo nessa classe terapêutica a partir de 1926, com os estudos de Roberts.^{23,24} Apesar do surgimento de novas técnicas no tratamento das afecções indicadas para o uso do ATA, a praticidade, efetividade

e baixo custo permitem afirmar que este agente está longe do desuso médico.²⁵ O efeito do ATA é a desnaturação proteica, clinicamente evidenciada pela formação do *frosting* (branqueamento) e alteração do turgor cutâneo. Esses dois elementos servem como parâmetros clínicos na avaliação da profundidade do peeling de ATA. Quanto a intensidade do *frosting*: 1) Superficial ou epidérmico – eritema difuso com branqueamento leve; 2) Médio ou derme superficial – branqueamento moderado e uniforme e 3) Profundo – branqueamento intenso e uniforme é indicativo de penetração até a transição da derme papilar-reticular. Um *frosting* amarelo-acinzentado indica penetração na derme reticular. Existe um lapso de tempo entre a aplicação do ácido e o desenvolvimento do *frosting*. Para uma mesma unidade anatômica, quanto maior for a concentração do ácido menor será o lapso de tempo. Isto é um fato importante a ser observado com a solução de ATA, pois a reaplicação inadvertida causará um aprofundamento do ácido.²⁴ Quanto ao turgor cutâneo, à medida que o *peeling* se aprofunda o aspecto edematoso da pele vai se tornando enrugado ou apergaminhado com sensação de toque de papel.^{24,28,29} Tradicionalmente, o ATA é usado na forma de solução aquosa em concentrações que variam de 10 a 70%²⁴. É um agente hábil, devido a capacidade de conduzir a penetração de acordo com a necessidade médica.²⁸

Mesmo diante das qualidades da solução de ATA, existem algumas particularidades que merecem atenção. A solução quando aplicada é neutralizada numa velocidade moderada sendo necessário, em muitos casos, a reaplicação. Assim, na tentativa de se obter uma maior uniformidade ou mesmo o aparecimento do branqueamento, não é raro observar que o profissional aplica a solução sem observar o *delay* necessário. Nestes casos, complicações ocorrem com frequência. Nos casos de *resurfacing* facial ou corporal, ao se respeitar o *delay*, o procedimento torna-se prolongado e angustiante ao paciente. Devido este fato, o profissional pode se sentir tentado a usar concentrações mais altas de ATA para acelerar o processo. Um erro, pois em concentrações superiores a 50% este ácido torna-se imprevisível e mais propenso para o desenvolvimento de cicatrizes inestéticas e discromias.²⁴

A pasta de ATA foi criada pela ICN Pharmaceuticals no final da década de 90 com a finalidade de obter uma maior uniformidade.^{24,30} Esta técnica chegou ao meu conhecimento no ano de 2000, a partir de farmácias de manipulação. Realmente, a pasta de ATA conferia uma excelente uniformidade e com rápida evolução, como 2 ou 3 minutos para o desenvolvimento de um *frosting* uniforme. De fato, este novo veículo veio para ocupar o espaço da solução aquosa no que tange o *resurfacing* químico. Porém, infelizmente, ele apresentava dois grandes problemas. Primeiro, sendo uma pasta, a cor do veículo impedia a avaliação adequada do *frosting*. Isto obrigava o profissional a criar “janelinhas” na pasta para ver o status do *peeling*. Tal conduta, além de angustiante, criava, algumas vezes, discretas imperfeições. Segundo, devido a precariedade na avaliação do *frosting*, muitas vezes o término do

procedimento baseava-se no grau de ardor e dor do paciente ou mesmo no estabelecimento de um tempo predefinido. Um grande equívoco, pois a sensibilidade é variável entre pacientes e, no mesmo paciente, dependendo da região.³¹

O gel de ATA foi criado visando as técnicas de *resurfacing* químico tanto facial quanto corporal, porém mostrou outras qualidades. Seu uso é muito seguro, pois não escorre e é facilmente retirado com uma gaze. Pode ser aplicado em lesões diminutas em locais nobres como a região palpebral, onde existe risco de conjuntivite química, por meio de um estilete ou cotonete. Assim, pode ser usado para o tratamento de melanoses e queratoses actínicas, melasma, queratose seborreica, molusco contagioso, verruga viral, tatuagens, entre outros. Subjetivamente, o paciente parece ter menor desconforto com o gel de ATA do que quando com a solução ou pasta. A profundidade do *peeling* fica na dependência do profissional, podendo ser superficial, médio ou mesmo profundo. Este fenômeno ocorre, pois o ácido está distribuído uniformemente no gel e, sendo assim, a desnaturação e coagulação proteica continuará enquanto o gel não for retirado. Com base nos parâmetros clínicos de intensidade do *frosting* e alteração do turgor cutâneo, tive uma paciente que propositalmente adquiriu aspectos de um *peeling* profundo, coloração amarelo-acinzentada e turgor apergaminhado.³¹

Ácido fenol

O ácido carbólico (C₆ H₅ OH), mais conhecido como fenol, é um composto orgânico da série aromática, derivado do benzeno é derivado do coaltar, de peso molecular 94,4, caracterizado por cristais em forma de agulha, variando de incolor a rosado, com odor característico. Ao aquecer, torna-se líquido, liberando um vapor inflamável, e escurece quando exposta ao ar. O ponto de fusão é de 39°C e ebulição 182°C. Sua ação é cáustica, promovendo a desnaturação e a coagulação das proteínas da queratina epidérmica, levando a um branqueamento uniforme de rápida instalação.³²

Mackee utilizou o fenol em *peelings* para efeito terapêutico em 1903. Esse dermatologista britânico publicou seus trabalhos já como catedrático do departamento de dermatologia da Universidade de Nova York, em 1952.³³ O uso do fenol desenvolveu-se na França após a Primeira Guerra Mundial.³⁴ Em 1961, Baker e Gordon descreveram e detalharam uma solução de fenol diluída em água e associada a óleo de Cróton e sabão líquido que, até o presente momento é a mais utilizada na prática e a mais frequentemente referida nas publicações científicas sobre o assunto.³⁵ O *peeling* de fenol com a fórmula de Baker está indicado para o tratamento do envelhecimento facial severo, com rítides profundas e alterações avançadas de textura cutânea. Mantém-se entre os mais eficazes métodos de rejuvenescimento químico, devido a seu efeito na remodelação das fibras colágenas. Tem ação sobre a coloração da

pele produzindo clareamento global da face. Histologicamente há uma reestruturação da camada basal, incapacitando melanócitos e inibindo a transferência de melanosomas para os queratinócitos próximos.³⁶ Estudo imuno histoquímico em ratos submetidos a *peelings* químicos médio e profundo evidenciou aumento na quantidade do colágeno e das fibras elásticas.^{37,38}

O *peeling* por fenol proporciona resultados semelhantes aos da ritidoplastia, procedimento cirúrgico para rejuvenescimento facial. Nos dois primeiros meses após a sua aplicação, é frequente a presença de hiperemia local e discromias transitórias. A queixa de grande parte dos pacientes submetidos a esta técnica é o desconforto na remoção da fibrina, indispensável em uma parte do tratamento.³¹

O efeito ideal do *peeling* de fenol é diretamente proporcional a sua penetração nas camadas da pele. O fenol absoluto, a 88%, coagula imediatamente as proteínas da epiderme autobloqueando sua penetração e provocando *peeling* médio.^{39,40}

O *peeling* de fenol é o método mais profundo de *peeling* químico, onde o agente penetra na epiderme, causando sua necrose e induzindo reação inflamatória controlada não só na epiderme como também na derme, estimulando a síntese de colágeno, determinante no processo de rejuvenescimento facial. Esta técnica produz um ferimento controlado determinando a renovação cutânea com redução ou desaparecimento de cicatrizes de acne, manchas, rugas e depressões superficiais, clareamento de pele, hiperpigmentação ou pigmentação heterogênea, lentigos actínicos, queratoses solares e seborreicos.^{41,42}

Quando aplicado à pele, o fenol induz a uma queimadura química, que ao longo do tempo resulta no rejuvenescimento da pele. A regeneração epidérmica inicia-se 48 horas após a aplicação da formulação e se completa no intervalo de sete a 10 dias.⁴²

Complicações

Os resultados e complicações estão relacionados à profundidade do procedimento, com *peelings* mais profundos produzindo resultados mais marcantes e maiores taxas de complicações. As complicações são mais prováveis em fototipos altos, como V e VI, certos agentes de *peeling* e exposição ao sol após o tratamento.

Eles podem variar de pequenas irritações e pigmentação irregular a cicatrizes permanentes. Em casos extremamente incomuns, as complicações podem ser fatais. Este conhecimento é essencial para prevenir, reduzir, e eliminar a ocorrência de complicações.

O primeiro passo na prevenção de complicações é identificar os pacientes em risco. Ao fazer isso, as complicações podem ser antecipadas, prevenidas e, se ainda ocorrerem, tratadas o mais precocemente possível.⁴⁵

Os efeitos adversos possíveis em qualquer tipo de *peeling* incluem: edema, queimação, eritema, dor, prurido, hipopigmentação ou hiperpigmentação, linhas de demarcação, perda de barreira cutânea e lesão tecidual, o que pode causar infecções bacterianas, herpética e até cândida, recorrência de herpes simples, lesões oculares, reações alérgicas, infecção, acne, cicatrizes anormais e manchas. Esses eventos são mais comuns em *peelings* profundos e em fototipos mais altos, o que torna a escolha individualizada do agente químico essencial.^{46,47}

Existem ainda efeitos colaterais raros, porém possíveis com agentes específicos como fenol (toxicidade direta sobre o miocárdio, causando arritmias cardíacas, e sobre os vasos sanguíneos, causando hipotensão) recomenda-se que seu uso seja acompanhado de cuidados especiais: monitorização cardíaca, infusão endovenosa de altos volumes para forçar a diurese, bem como aplicações lentas e espaçadas, para que se evitem lesões renais e cardíacas. Assim como o ácido tricloroacético (pode ocasionar distúrbios gastrointestinais, como náuseas, vômitos, diarreias e dores, sensação de formigamento e queimação na aplicação, pode ocorrer hipopigmentação ou hiperpigmentação).^{43,44,46}

Para evitar a alergia causada pelo *peeling* químico, é preciso investir em produtos hidratantes e calmantes. Nesse caso, é necessário levar em consideração as características e necessidades da sua pele. Quem tem tendência à oleosidade e à acne, por exemplo, o hidratante deve ser específico para a reparação de barreira sem obstruir os poros do rosto. Já para a pele seca, o ideal é uma hidratação mais intensiva com o uso de produtos com óleo e creme. Ainda assim, é importante que os dermocosméticos contenham alguns ativos hidratantes, como a vitamina E, ceramidas e ácido hialurônico, por exemplo, para promover a recuperação da barreira protetora da pele de maneira mais rápida e eficaz. Se ocorrer uma queimadura de *peeling* na sua pele, o ideal é utilizar produtos que tenham ativos cicatrizantes e ação hidratante, porque uma pele hidratada cicatriza bem melhor. Além disso, pacientes que têm a pele negra ou morena precisam tratar a queimadura com um objetivo duplo: evitar as cicatrizes e as manchas de pele.⁴⁸

Já a hiperpigmentação ocorre quando fatores internos ou externos causam um aumento na produção de melanina. Isto resulta em descoloração da pele, mais frequentemente nas áreas expostas ao sol.⁴⁹

Quando uma lesão, erupção, mancha ou qualquer outro tipo de influência causa inflamação na pele, esta inflamação estimula a atividade dos melanócitos, as células que produzem melanina, para liberar melanossomas (grânulos de pigmento) em abundância. Estes

melanossomas contém tirosinase (uma enzima de pigmentação que começa a produção de melanina) e sintetizam melanina. A melanina é responsável pela cor da pele e dos cabelos. Os grânulos de pigmento em excesso escurecem e mudam a cor da área anteriormente ferida, permanecendo aí por mais tempo após a recuperação da ferida inicial.^{49,50}

O tratamento pode ser realizado através da remoção – por laserterapia, luz intensa pulsada e *peeling* químico– destrói as células cutâneas hiperpigmentadas para gerar nova pele, sem hiperpigmentação. Pode custar caro, ser invasivo e pode piorar o problema. Efeitos colaterais potenciais incluem inflamação, irritação e ardor.^{51,52}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por consequência da conservação do ser humano, a precaução e o cuidado com a aparência da pele tornaram-se cada vez mais intensos. Isso gerou um aumento da demanda de procedimentos estéticos, esses que, de alguma maneira, conseguem suprir a carência de uma imagem conservada e saudável. Alguns desses métodos não são menos hostis que outros, como, por exemplo, o *peeling* químico. Trata-se de um tratamento que faz a utilização de diversos ácidos, os quais proporcionam uma descamação da derme e da epiderme, além de impulsionar a regeneração celular, estímulo de colágeno e hidratação. Ademais, conta com inúmeros elementos (a própria pele do paciente, o ácido, a maneira de aplicação) que têm o objetivo de potencializar sua qualificação e sua eficácia. Como qualquer técnica, o *peeling* químico pode vir a propiciar alguns riscos. Isto posto, é de suma importância que tanto o paciente, quanto o profissional recebam alguns cuidados. No primeiro caso: preparos antecedentes, no decorrer e posteriormente ao método; no segundo, por sua vez: pedir e conseguir que o cliente assine um termo de consentimento.

REFERÊNCIAS

1. Ost KN, Mejia DPM, Rejuvenescimento Facial com Peeling Químico: Enfoque no Peeling de Fenol. 2015 Setembro [citado em 31 Maio 2022]. Disponível em: https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/201/5-Rejuvenescimento_Facial_com_Peeling_QuYmico_Enfoque_no_Peeling_de_Fenol.pdf.
2. Fernandes ACF; Costa LF; Assis IB; Pinto LP. Peeling Químico como Tratamento Estético. Revista Saúde em Foco. Ano: 2018; Edição nº 10. [citado em 31 de Maio de 2022]. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/07/061_PEELING_QUIMICO_COMO_TRATAMENTO_EST%C3%89TICO.pdf
3. Draelos ZK. Cosméticos em dermatologia, Porto Alegre: Artes Médicas, 2004 Junho [citado em 01 de Junho de 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0365-05962004000100011>>.

4. Yokomizo VMF, Benemond TMH, Chisaki C, Benemond PH. Peelings químicos: revisão e aplicação prática. 2013 Março [citado em 23 Maio 2022]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/10/2286/2013_58.pdf.
5. Brody HJ, Monheit GD, Resnik SS, Alt TH. A history of chemical peeling. *Dermatol Surg*. 2000 May;26(5):405-9 [citado em 25 de Maio de 2022]. Disponível em : doi: 10.1046/j.1524-4725.2000.00505.x. PMID: 10816224.
6. CORREA, DL. Rejuvenescimento por Peeling de Fenol, Curitiba – PR. 2010 [citado em 07 de Junho de 2022]. Disponível em: <https://www.cceursos.com.br/img/resumos/biomedicina-estetica/tcc--yalle-renata-brito-borba.pdf>
7. Magalhães GM, Rodrigues DF, Oliveira ER Júnior, Ferreira FAA. Tretinoin peeling: when a reaction is greater than expected. *An Bras Dermatol*. 2017 Março – Abril; 92(2):291-292 [citado em 01 de Novembro de 2022]. Disponível em: doi: 10.1590/abd1806-4841.20176728. PMID: 28538908; PMCID: PMC5429134.
8. Khunger N; IADVL Task Force. Standard guidelines of care for chemical peels. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2008 Janeiro; 74 Suppl:S5-12 [citado em 01 de Novembro de 2022]. Disponível em: PMID: 18688104.
9. Grajqevci-Kotori M, Kocinaj A. Exfoliative Skin-peeling, Benefits from This Procedure and Our Experience. *Med Arch*. 2015 Dezembro; 69(6):414-6 [citado em 01 de Novembro de 2022]. Disponível em: doi: 10.5455/medarh.2015.69.414-416. PMID: 26843737; PMCID: PMC4720453.
10. SÁ EJA, Peeling de TCA. Rio de Janeiro 2007 [citado em 26 de Julho de 2022]. Disponível em: http://www.cbmce.com.br/monografias/dr_edson_jose_almeida_de_Sa.pdf.
11. Borba YRB. Complicações decorrentes do uso de Peelings químicos em dermatologia. Recife 2018 [citado em 04 Junho 2022]. Disponível em: <https://www.cceursos.com.br/img/resumos/biomedicina-estetica/tcc---yalle-renata-brito-borba.pdf>.
12. CUNHA MB. Peeling químico: preparações farmacêuticas para a renovação celular. Espírito Santo 2014. [citado em 9 de Julho de 2022]. Disponível em: http://fafia.srvroot.com/site/download/publicacoes/monografia_tcc/PEELING_QUIMICO_MAGNO.pdf.
13. Perić S, Bubanj M, Bubanj S, Jančić S. Side effects assessment in glycolic acid peelings in patients with acne type I. *Bosn J Basic Med Sci*. 2011 Fevereiro; 11(1):52-7 [citado em 01 de Novembro de 2022]. Disponível em: doi: 10.17305/bjms.2011.2624. PMID: 21342143; PMCID: PMC4362567.
14. Nikalji N, Godse K, Sakhiya J, Patil S, Nadkarni N. Complicações de Peelings Químicos de Profundidade Média e Profunda. 2012 Outubro-Dezembro [citado em 04 Junho 2022] v.5(4); Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3560165/> Doi: 10.4103/0974-2077.104913.
15. Barbosa AO, Mejía DPM. Peelings Químicos no Rejuvenescimento Facial. 2011 [citado em 09 de Junho]. Disponível em: https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/201/1-Peelings_QuYmicos_no_Rejuvenescimento_Facial.pdf.
16. Cestari SCP. *Dermatologia Pediátrica*, 2 Capítulo: Noções de Anatomia e Histologia da Pele, Editora: EDITORA DOS EDITORES EIRELI..., Ano: 2019 [Citado em 15 de Julho de 2022] Disponível em: https://editoradoseditores.com.br/wp-content/uploads/2018/09/capitulo_02_dermatologia-1.pdf.
17. Faria JC, Tuma Júnior P, Costa MP, Quagliano AP, Ferreira MC. Envelhecimento da pele e colágeno [Skin aging and collagen]. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*. 1995;50 Suppl:39-43 [Citado em 15 de Julho de 2022] Disponível em: Portuguese. PMID: 7659928.
18. Miot LDB, Miot HA, Silva MG, Marques MEA. Fisiopatologia do melasma. 2009, v. 84, n. 6. Epub 25 Feb 2010 [citado em 09 Junho 2022], pp. 623-635. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0365-05962009000600008>>.

19. Santos LCS, Nunes JS, Nascimento ILO, Neto AIT. Célula de Langerhans: revisão de literatura e seu envolvimento em lesões orais. 2021 Março [citado em 09 Junho 2022]. Disponível em: <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/karina,+Editor+da+revista,+REV+LIT+ 02.pdf>.
20. Rebellato PRO, Faucz LRL, Schmitt JV, Pinto CAS. Peeling de ácido tricloroacético no tratamento de melanoses actínicas no dorso das mãos: estudo comparativo e randomizado entre dois veículos *Surgical & Cosmetic Dermatology*, vol. 7, núm. 4, 2015, pp. 294-297 Sociedade Brasileira de Dermatologia, Rio de Janeiro, Brasil [citado em 09 Setembro 2022]. Disponível em: <http://www.surgicalcosmetic.org.br/details/444/pt-BR>
21. Sitohang IB, Legiawati L, Suseno LS, Safira FD. Trichloroacetic Acid Peeling for Treating Photoaging: A Systematic Review. *Dermatol Res Pract*. 2021 Agosto [citado em 09 de Setembro de 2022] doi: 10.1155/2021/3085670. PMID: 34504524; PMCID: PMC8423570.
22. Portilho L. Peeling de Ácido Tricloroacético no Tratamento do Fotoenvelhecimento. 2021 Setembro [citado em 09 Setembro 2022]. Disponível em: <https://www.lucasportilho.com/post/peeling-de-ácido-tricloroacético-no-tratamento-do-fotoenvelhecimento>
23. Brody HJ, Monheit GD, Resnik SS, Alt TH. A history of chemical peeling. *Dermatol Surg*. 2000 Maio [citado em 10 Setembro] Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10816224/>
24. Brody HJ. Chemical peeling and resurfacing. 2nd ed. Missouri: Mosby, 1997; pp. 22-130 [citado em 08 de Setembro de 2022]. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=11821>
25. Monheit GD. Chemical peeling vs laser peeling. *Dermatol Surg* 2001;27:213-4 [citado em 08 de Setembro de 2022]. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=11821>
26. Fanous N, Zari S. Universal Trichloroacetic Acid Peel Technique for Light and Dark Skin. *JAMA Facial Plast Surg*. 2017 Maio 1;19(3):212-219 [citado em 01 de Novembro de 2022]. Disponível em: doi: 10.1001/jamafacial.2016.1666. PMID: 28097306; PMCID: PMC5815131.
27. Gold MH, Wilson A, Biron JA. Treatment of Mild to Moderate Facial Chrono- and Photodamage with a Novel Intense Liquid Trichloroacetic Acid Peel. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2022 Janeiro; 15(1):E61-E65 43 [citado em 01 de Novembro de 2022]. Disponível em: PMID: 35309276; PMCID: PMC8903233.
28. Matarasso SL, Brody HJ, Glocau RG. Chemical peels. Robinson JK, Arndt KA, LeBoit PE, Wintroub BU. *Atlas of cutaneous surgery*. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1996;351- 61 [citado em 08 de Setembro de 2022]. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=11821>
29. Dinner MI, Artz JS. The art of the trichloroacetic acid chemical peel. *Clin Plast Surg*. 1998 Janeiro; 25(1):53-62 [citado em 06 de Setembro de 2022]. Disponível em: PMID: 9507796
30. Chiarello SE, Resnik BI, Resnik SS. The TCA Masque. A new cream formulation used alone and in combination with Jessner's solution. *Dermatol Surg*. 1996 Agosto; 22(8):687-90 [citado em 06 de Setembro de 2022]. Disponível em: PMID: 8780760.
31. Zanini M. Gel de ácido tricloroacético - Uma nova técnica para um antigo ácido *Med Cutan Iber Lat Am* 2007 [citado em 11 Setembro de 2022] Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2007/mc071c.pdf>
32. Silva MV, Souza DV. A eficácia do peeling de fenol no rejuvenescimento facial. 2022 Janeiro [citado em 05 de Setembro] DOI: 10.47573/aya.5379.2.55.25
33. Brody HJ, Monheit GD, Resnik SS, Alt TH. A history of chemical peeling. *Dermatol Surg*. 2000; 26(5):405–9. [citado em 07 de Setembro de 2022]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2655/265530997002.pdf>

34. Mackee GM, Karp FL. The treatment of post-acne scars with phenol. *Br J Dermatol.* 1952; 64(12):456 [citado em 07 de Setembro de 2022]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2655/265530997002.pdf>
35. Eller JJ, Wolff S. Skin peeling and scarification: in the treatment of pitted scars, pigmentations and certain facial blemishes. *JAMA.* 1941; 116(10):934– 8 [citado em 07 de Setembro de 2022]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2655/265530997002.pdf>
36. Lawrence N, Brody HJ, Alt TH. Peelings químicos. In: Coleman WP, Hanke CW, Alt TH, Asken S. *Cirurgia cosmética: Princípios e técnicas.* Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p.85-111 [citado em 07 de Setembro de 2022]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2655/265530997002.pdf>
37. BAKER TJ. The ablation of rhytides by chemical means. A preliminary report. *J Fla Med Assoc.* 1961 [citado em 01 de Novembro de 2022]. Disponível em: PMID: 13864171.
38. Bs C, Vadlamudi SL, Shenoy C. Safety of Performing Superficial Chemical Peels in Patients on Oral Isotretinoin for Acne and Acne-Induced Pigmentation. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2021 Novembro; 14(11):41-43 [citado em 01 de Novembro de 2022]. Disponível em: PMID: 34980959; PMCID: PMC8675349.
39. Santis ÉPD, Elias BLF, Barros RVS, Mandelbaum SHM. Peeling profundo de fenol: como controlar a dor durante a aplicação e até 12 horas após? São José dos Campos (SP). Fevereiro 2014 [citado em 08 de Setembro]. Disponível em http://www.surgicalcosmetic.org.br/Content/imagebank/pdf/v6/6_n1_306_pt.pdf
40. Shah M, Crane JS. Microdermabrasion. 2022 May 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Janeiro [citado em 01 de Novembro de 2022]. Disponível em: PMID: 30571004.
41. Nascimento SM. Interação da pele humana com fenol: determinação do mecanismo e caracterização do efeito de peeling. 2007 Março [citado em 20 de Junho]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/97941>.
42. Velasco MVR, Okubo FR, Ribeiro ME, Steiner D, Bedin V. Rejuvenescimento da pele por peeling químico: enfoque no peeling de fenol. *Anais Brasileiros de Dermatologia* [online]. 2004, v. 79, n. 1 [citado em 05 Setembro], pp. 91-99. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0365-05962004000100011>>. Epub 03 Jun 2004. ISSN 1806-4841.
43. Kadunc VB, Vanti AA. Avaliação da toxicidade sistêmica do fenol em peelings faciais *Surgical & Cosmetic Dermatology*, vol. 1, núm. 1, 2009, [citado em 05 de Setembro] pp. 10-14 Sociedade Brasileira de Dermatologia.
44. Guidoni M. Peeling de Ata – ácido tricloroacético. 2020 Setembro [citado em 12 de Setembro]. Disponível em: <https://marcioguidoni.com.br/peeling/peeling-de-ata-acido-tricloroacetico/>
45. Costa, IMC, Damasceno PS, Costa MC, Gomes GPK. Revisão nas complicações do peeling. 2017 Março [citado em 13 de Setembro de 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocd.12329>
46. Aquino G. Complicações de procedimentos estéticos dermatológicos. 2021 Agosto [citado em 13 de Setembro de 2022] Disponível em: https://pebmed.com.br/complicacoes-de-procedimentos-esteticos-dermatologicos/?utm_source=artigoportal&utm_medium=copytext
47. Ayres N. Peeling: o que é, tipos e resultados do procedimento. 2018 Dezembro [citado em 13 de Setembro de 2022] Disponível em: <https://www.minhavidacom.br/materias/materia-12077>
48. Marçon CR. O peeling químico queimou a minha pele: o que fazer? Como tratar a queimadura e amenizar a mancha escura. 2021 Julho [citado em 14 de Setembro de 2022]. Disponível em: https://www.dermaclub.com.br/blog/noticia/o-que-fazer-com-a-pele-descascando-apos-peeling-quimico_a10365/1?scroll

49. Eucerin. Hiperpigmentação causada por inflamação – Sinais e tratamentos. 2022 [citado em 14 de Setembro de 2022] Disponível em: <https://www.eucerin.com.br/sobre-pele/indicacoes/hiperpigmentacao-causada-por-inflamacao>
50. Callender VD, Baldwin H, Cook-Bolden FE, Alexis AF, Stein Gold L, Guenin E. Effects of Topical Retinoids on Acne and Post-inflammatory Hyperpigmentation in Patients with Skin of Color: A Clinical Review and Implications for Practice. *Am J Clin Dermatol*. 2022 Janeiro; 23(1):69-81 [citado em 01 de Novembro de 2022]. Disponível em: doi: 10.1007/s40257-021-00643-2. Epub 2021 Nov 9. PMID: 34751927; PMCID: PMC8776661.
51. Killion L, Roche M. High strength chemical peels-not to be tried at home. *Health Sci Rep*. 2022 Janeiro; 5(1):e491 [citado em 01 de Novembro de 2022]. Disponível em: doi: 10.1002/hsr2.491. PMID: 35229047; PMCID: PMC8865070
52. Pakla-Misiur A, Grochowiec M, Lesiak A, Bednarski IA. Double-blind, randomized controlled trial comparing the use of microneedling alone versus chemical peeling alone versus a combination of microneedling and chemical peeling in the treatment of atrophic post-acne scars. An assessment of clinical effectiveness and patients' quality-of-life. *Postepy Dermatol Alergol*. 2021 Agosto; 38(4):629-635 [citado em 01 de Novembro de 2022]. Disponível em: doi: 10.5114/ada.2021.108913. Epub 2021 Sep 17. PMID: 34658706; PMCID: PMC8501429.

Atendimento Musicopsicoterapêutico *Online* Na pandemia da COVID-19 – Relato de Experiência

Online Music Psychotherapy Service In the COVID-19 pandemic – Experience Report

Campos MCTP^a

a. Psicóloga, Musicoterapeuta, Arteterapeuta, Docente e Coordenadora do Curso de Musicoterapia da Escola de Ciências da Saúde e Bem-Estar (CISBEM) do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, FMU, Brasil

RESUMO

Esse relato de experiência refere-se aos atendimentos musicopsicoterapêuticos *online* a partir de um Projeto das Coordenações dos Cursos de Graduação de Musicoterapia e de Psicologia do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas - FMU, desde maio de 2020, por causa da COVID-19, pois os discentes precisavam terminar seus estágios em musicoterapia e estavam impedidos de realizá-los presencialmente. O objetivo desse estudo é promover reflexões sobre a possibilidade de continuar a preparar os discentes de graduação do curso de musicoterapia para o mercado de trabalho contemporâneo, a partir dessa nova perspectiva, que se impôs com a pandemia, o atendimento *online*. Foram realizados 480 atendimentos até o mês de junho de 2022. Os *feedbacks* dos clientes/pacientes, estagiários e supervisora são positivos.

Descritores: musicoterapia, atendimento *online*, psicoterapia junguiana

ABSTRACT

This is experience report refers to music psychotherapeutic consultations, online from a Project of the Coordinations of the Music Therapy and Psychology Undergraduate Courses of the Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas – FMU, since May 2020, because of COVID-19, because the students needed to finish their music therapy internships and were prevented from doing them in person. The objective of this study is to promote reflections on the possibility of continuing to prepare music therapy undergraduate students for the contemporary job market, from this new perspective, which was imposed with the pandemic, online. Up to June 2022, 480 consultations were carried out. Feedback from customers/patients, interns and supervisor is positive.

Descriptors: music therapy, online service, Jungian Psychotherapy

INTRODUÇÃO

Esse relato de experiência se refere a um Projeto realizado pelas Coordenações dos Cursos de Musicoterapia e do Curso de Psicologia do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU, desde o final de abril de 2020 – com apoio da Coordenação de Desenvolvimento Pedagógico. Esse Projeto se refere ao Atendimento Musicopsicoterapêutico¹⁻² online (remoto), gratuito, com alunos de Psicologia durante a pandemia da COVID-19.

Musicopsicoterapia se refere ao tratamento musicoterapêutico que utiliza os sons, o corpo e a música e/ou seus elementos, com pessoas capacitadas cognitivamente, capazes de elaboração psíquica e mental, capacidade de compreensão simbólica, que tem como objetivo o autoconhecimento, e na abordagem junguiana³, se refere também, à busca da individuação⁴, isto é, a pessoa tornar-se o que é de fato, um indivíduo único, indivisível. Essa abordagem de musicopsicoterapia propõe a busca da integração dos opostos, em última instância a busca da individuação, busca da unidade, da totalidade do Ser, do Si-mesmo, do *Self*⁵, isto é, o centro ordenador da psique.

Esse projeto foi pensado e tem sido realizado desde março de dois mil e vinte, quando houve o fechamento das portas do Centro Integrado da Escola de Saúde do Centro Universitário FMU, por causa da COVID-19. Os estagiários do curso de musicoterapia precisavam terminar seus estágios para obtenção do título de Bacharel em Musicoterapia e estavam impedidos do estágio presencial até o final do primeiro semestre de dois mil e vinte, quando o Centro Integrado da Escola de Saúde – CIECS, reabriu suas portas, por ter sido considerado serviço essencial, e nessa época poucos alunos da Musicoterapia se dispuseram a atender presencialmente, até o final do ano, dezembro de dois mil e vinte, por receio da COVID-19. E os alunos do Curso de Psicologia necessitavam de apoio e de suporte terapêutico para enfrentarem seus conflitos, seus medos, suas dúvidas, ansiedade, depressão, entre outras, como consequência de situações vivenciadas a partir do isolamento, adoecimento, das perdas, do luto, etc., impostos pela pandemia.

O objetivo desse estudo é promover reflexões sobre a possibilidade de continuar a preparar os discentes de graduação do curso de musicoterapia para o mercado de trabalho contemporâneo, a partir dessa nova perspectiva, que se impôs com a pandemia, o atendimento *online*.

MÉTODO

Inicialmente, os estagiários do curso de musicoterapia, que atendiam os alunos do curso de psicologia, eram somente os do último semestre, isto é, do sexto semestre. E, atualmente, são os estagiários dos dois últimos semestres, do quinto e do sexto, que atendem. O atendimento é realizado, de preferência, em duplas. Os estagiários do curso de musicoterapia são supervisionados, semanalmente, pela Professora e Musicoterapeuta, Ana Maria Caramujo Pires de Campos, autora desse relato de experiência. Somente vinte por cento de estágio, em relação às horas totais do semestre é permitido acontecer de forma *online*.

Foram atendidos 30 alunos, estudantes do curso de psicologia da FMU, entre 17 e 58 anos. Os atendimentos são semanais, cada sessão com a duração de cinquenta minutos de sessão. Foram realizados em torno de 480 atendimentos, até o momento presente. A supervisora do estágio está cadastrada na União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM⁶), para realizar atendimentos *online* (remoto).

A supervisora e os estagiários seguem as normas estabelecidas pelas Diretrizes Nacionais de Atendimentos Musicoterapêuticos Mediados por Tecnologias de Informação e Comunicação – TICs, estabelecidos pela União Brasileira das Associações de Musicoterapia – UBAM, durante a pandemia.

No atendimento *online* se faz necessário alguns cuidados para manter a qualidade do atendimento, tais como, estagiários e pacientes devem realizar a sessão com o máximo de privacidade, protegendo e garantindo o sigilo das informações, desde a escolha de um ambiente adequado para permanecer durante a sessão, como a escolha de uma plataforma tecnológica com boa resolução sonora, e segura para a realização da mesma, que garanta essa privacidade.

Os estagiários devem, também, manter uma postura profissional, como se estivessem na Clínica-escola de Musicoterapia, se apresentando bem ao paciente, usando vestimentas adequadas, sendo pontuais e assíduos. Assim como, devem montar um setting de acordo com as necessidades de cada paciente, utilizando recursos corporais, sonoros-musicais (vocais, instrumentais, entre outros) adequados a cada caso. E, quanto mais recursos tecnológicos o estagiário tiver, melhor a qualidade de som transmitida *online*, e/ou a qualidade sonora dos instrumentos musicais, etc.

Os estagiários que atendem *online* devem antes de atender o paciente, experimentar os recursos que pretendem utilizar com o paciente, com o colega, que faz parte da dupla de atendimento para fazer os ajustes necessários, e/ou até mesmo mudar de estratégia, ou de técnica. Esses cuidados demandam mais tempo de preparação das sessões do que no atendimento presencial.

Quanto aos protocolos utilizados são os mesmos que os estagiários utilizam nas sessões presenciais, tais como, triagem, anamnese, ficha musicoterapêutica, histórico sonoro-musical, avaliação sonora-musical, plano de atendimento, relatório semanal, avaliação semestral, entre outros, mantendo a qualidade de atendimento.

Quando necessário, os estagiários, com a autorização dos clientes/pacientes, gravam o áudio da sessão para levar à supervisão.

É acordado com os estagiários que somente quando necessário, a supervisora entra na sessão juntamente com o estagiário. Nesses dois anos e meio não foi necessário entrar com esses estagiários que atenderam e atendem os alunos do curso de psicologia.

Técnicas e Estratégias Musicoterapêuticas

Quanto às técnicas e estratégias musicoterapêuticas, são utilizadas técnicas de recriação, improvisação, composição, imagística. Experiências musicais interativas, cantando e tocando juntamente com o paciente, assim como receptivas, a escuta de um som, de uma música (refletir sobre a letra da música que escutou; desenhar e/ou pintar a partir da escuta musical), técnica de imagística (uma viagem musical dirigida - a experiência da música promovendo uma viagem ao mundo interno, inconsciente), entre outras.

Esse Projeto de Atendimento é realizado com alunos do curso de psicologia, justamente porque são adultos jovens e adultos mais maduros e até de meia idade, em busca de autoconhecimento, conscientes da necessidade de passarem por tratamento psicoterapêutico, e/ou musicopsicoterapêutico como proposto pelo curso de musicoterapia da FMU.

Nas supervisões são tratadas as mesmas dúvidas e questionamentos que surgem nas supervisões de atendimentos presenciais. No entanto, surgem questões sobre tecnologias e recursos *online* mais adequados a serem utilizados com cada caso. São, também, necessárias orientações sobre a empatia a ser desenvolvida através da tela do computador, *notebook*, ou até mesmo do celular. É preciso desenvolver uma observação detalhada de tudo que possa ser percebido para uma maior compreensão do paciente e dos símbolos que por ventura ele possa trazer à sessão, tais como: qual o cômodo da casa escolhido, qual o cenário que os estagiários veem, entre outros.

RESULTADOS

Nesses dois anos e meio, cem por cento dos *feedbacks* dos clientes/pacientes, assim como dos estagiários são positivos, no que se referem ao atendimento *online*, como por exemplo, alguns pacientes que já haviam sido atendidos por longo tempo, desde a infância, e/ou adolescência, por psicanalistas, e/ou outros psicoterapeutas, das mais variadas abordagens psicológicas, relatam o quanto satisfeitos ficaram com os atendimentos musicopsicoterapêuticos, o quanto se surpreenderam com as estratégias, técnicas próprias,

utilizando o corpóreo-sonoro-musical, e o resultado que obtiveram com o tratamento, isto é, a profundidade nas reflexões e mudanças de atitudes que o mesmo promoveu.

Os depoimentos dos clientes/pacientes são: 1. diminuição e controle da ansiedade e da depressão; 2. construção e/ou resgate da identidade; 3. construção e/ou resgate da autoestima; 4. desenvolvimento da assertividade; 5. fortalecimento do ego; 6. maior conscientização e compreensão dos conteúdos, até então, desconhecidos; 7. querer buscar tornar-se o que de fato é; 8. conseguir lidar com os conflitos; 9. Melhora no relacionamento interpessoal; 10. querer buscar sentido na vida, entre outros. Os depoimentos dos estagiários e supervisora corroboram os depoimentos dos clientes/pacientes.

Quanto às questões de ensino-aprendizagem, essa experiência de atendimento *online* tem sido significativa na formação dos futuros musicoterapeutas, e proporciona as seguintes vantagens: a. os estagiários e cliente/pacientes se mantêm resguardados, protegidos da COVID-19, durante a pandemia; b. sabendo da dificuldade de locomoção em São Paulo, o atendimento *online* facilita manter a pontualidade e a assiduidade do tratamento; c. desenvolve maior adaptabilidade pela nova situação; d. amplia a criatividade, pois traz novas possibilidades frente aos desafios do uso da tecnologia.

Os egressos que passam por esse aprendizado, atendendo os estudantes do curso de psicologia, por sua vez, saem mais maduros e satisfeitos por terem tido a chance de se formarem com uma expertise a mais, pois se formam musicoterapeutas preparados para o atendimento *online*, uma nova possibilidade no mercado de trabalho e, também preparados para o atendimento em musicopsicoterapia com adultos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma nova modalidade de atendimento *online* se impôs com as necessidades de urgência estabelecidas pela COVID-19. A Coordenações dos Cursos de Musicoterapia e de Psicologia da FMU pensou esse Projeto de Atendimento Musicopsicoterapêutico *Online* direcionado aos alunos de Psicologia que precisavam de suporte e apoio por questões surgidas ou exacerbadas pela situação pandêmica. O Projeto aconteceu durante dois anos e meio, respeitando várias normas pré-estabelecidas para garantir a qualidade dos atendimentos. Os depoimentos dos cliente/pacientes, estagiários e supervisora mostra que o Projeto obteve excelentes resultados. Assim, pode-se pensar na continuidade dessa formação em musicopsicoterapia na modalidade *online*, no Curso de Graduação de Musicoterapia FMU.

REFERÊNCIAS

1. Benenzon OR. Los 15 Passos para realizar una sesión de musicopsicoterapia según modelo Benenzon. In: La Nueva Musicoterapia. Nueva Edición, Corregida y Aumentada. Buenos Aires-México: LÚMEN, 2008, p.291-308.
2. Bruscia K. Práticas Psicoterapêuticas. In: Definindo Musicoterapia. 2ª. ed. RJ: ENELIVROS, 2000, Cap.21, p. 221-223
3. Diane A. Canções do Self: Canto Improvisado em Musicoterapia Analítica – Junguiana. In: Transferência e Contratransferência. RJ: ENELIVROS, Cap.75-81.
4. Jung CG. Memórias Sonhos e Reflexões. 16ª.ed. RJ: Fronteira,1989.
5. Jung CG. GLOSSÁRIO. IN: Memórias Sonhos e Reflexões. 16ª ed. RJ: Fronteira, 1989, p.355.
6. Jung CG. GLOSSÁRIO. IN: Memórias Sonhos e Reflexões. 16ª ed. RJ: Fronteira, 1989, p.358-359.
7. Tecnologias de Informação e Comunicação – TICs . União Brasileira das Associações de Musicoterapia – UBAM. Disponível em: <https://ubammusicoterapia.com.br>

AGRADECIMENTOS

Deixo aqui meus profundos agradecimentos:

À Coordenadora do Curso de Psicologia Fernanda Ferreira Insaurralde, pela confiança, apoio e parceria de sempre.

À Coordenadora de Desenvolvimento Pedagógico, Mirtes Cristina Telles Perrechi pela confiança, pelo apoio e parceria de sempre.

Aos Cliente/Pacientes - Alunos do Curso de Psicologia, pela confiança e pela disposição em participar desse Projeto.

Aos Alunos-estagiários do Curso de Musicoterapia, que participaram e participam desse Projeto, pela confiança, dedicação, seriedade, profissionalismo e comprometimento em fazer o melhor atendimento possível.

Se liga na felicidade aqui, agora e em todos os dias

Stick on happiness here and now, every day

Campos MCTP^a, Pinheiro L^b, Cara SPHM^c, Graciani JS^d, Perrechi MCTP^e

a. Psicóloga, Musicoterapeuta, Arteterapeuta, Docente e Coordenadora do Curso de Musicoterapia da Escola de Ciências da Saúde e Bem-Estar (CISBEM) do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, FMU, Brasil

b. Psicóloga, Docente do Curso de Psicologia da Escola de Ciências da Saúde e Bem-Estar (CISBEM) do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, FMU, Brasil

c. Cirurgiã-dentista, Docente da Escola de Ciências da Saúde e Bem-Estar (CISBEM) do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, FMU, Brasil

d. Psicóloga, Docente da Escola de Ciências da Saúde e Bem-Estar (CISBEM) do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, FMU, Brasil

e. Enfermeira, Coordenadora de Desenvolvimento Pedagógico e Docente da Escola de Ciências da Saúde e Bem-Estar (CISBEM) do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, FMU, Brasil

RESUMO

Este estudo é baseado em um relato de experiência, realizado por um grupo de docentes voluntários do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU), que surge durante a pandemia, a partir da ideia da criação de um Programa de Extensão Universitária, com o tema “Se Liga na Felicidade”, dentro da área de Responsabilidade Social. O objetivo é o de promover um espaço de reflexão, questionamento e ações, sobre o tema Felicidade. Um tema ao mesmo tempo contemporâneo e, há muito tempo, objeto de estudo de várias ciências e investigado nas melhores universidades do mundo e em crescente ascensão no ensino superior brasileiro. O programa extensionista “Se Liga na Felicidade” terá estudantes como protagonistas ativos das atividades propostas com vivências e trocas de experiências promovendo transformações em si mesmo e ao mesmo tempo impactando o meio. O desenvolvimento do relato de experiência envolve o encontro dos docentes voluntários por meio de reuniões quinzenais e pesquisa bibliográfica sobre temas que irão estimular os participantes da sociedade, com ações para a aplicação da felicidade a si mesmo e ao próximo, desenvolvendo maior plenitude do Ser. Para a conclusão desta atividade, os estudantes precisarão seguir um percurso de atividades com entregas periódicas para receber certificação do Programa.

Descritores: felicidade, pandemia, experiência

ABSTRACT

This study is based on an experience report, carried out by a group of volunteer teachers of the Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU) which emerged during the pandemic, based on the idea of creating a University Extension Program with the theme “Stick on happiness” within the area of Social Responsibility. The aim is to promote a space for reflection questioning on the topic of Happiness, a topic that at the same time contemporary and for a long time object of study of several sciences and investigated in the best universities in the world and in increasing ascension in Brazilian higher education. The extension program “Stick on happiness” will have students as active protagonists of the proposed activities with experiences and exchanges of experiences promoting transformations in themselves and at the same time impacting the environment. The developing of the experience report involves the meeting of volunteer teachers through biweekly meetings, research and bibliography review on topics that will stimulate the participants of society with actions for the application of happiness to oneself and others development greater fullness of the being and for the completion of the program students will need to follow a course of activities with periodic deliveries to be able to complete the program every semester.

Descriptors: happiness, pandemic, experience

INTRODUÇÃO

“Ser mais feliz é uma busca para toda a vida.”¹

Esse trabalho é um relato de experiência que surge a partir das reuniões realizadas no primeiro semestre de 2022, por um grupo de trabalho voluntário, que se reuniu a partir da ideia de elaborar um Programa de Extensão dentro da Responsabilidade Social pela Escola de Ciências da Saúde e Bem-Estar (CISBEM) do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU.

A idealização inicial desse Programa de Extensão “Se Liga na Felicidade”, parte da Coordenadora de Desenvolvimento Pedagógico da CISBEM - FMU, Profa. Ms. Mirtes Cristina Telles Perrechi que convida as Profas. Ana Maria Caramujo Pires de Campos, psicóloga, musicoterapeuta, arteterapeuta, e docente e coordenadora do Curso de Musicoterapia da FMU; Lia Pinheiro, psicóloga, docente e supervisora do curso de Psicologia da FMU; Juliana Santos Graciani, psicóloga, docente e supervisora do curso de Psicologia da FMU e Sueli Patricia Harumi Miyagi de Cara, cirurgiã-dentista e docente do curso de Odontologia da FMU e Liderança de Indicadores de Qualidade da FMU, para fazerem parte desse Programa.

O tema Felicidade tem sido objeto formal de estudo, na contemporaneidade, nas seguintes áreas do conhecimento: filosofia, psicologia, neurociência, entre outras, inserido em grandes universidades ao redor do mundo, tais como na Universidade de Harvard onde se iniciaram as pesquisas sobre a Felicidade (*Happiness*) com o Prof. Tal Ben-Shahar; Curso de Psicologia Positiva (*Positive Psychology*) na Universidade de Pensilvânia com Martin Seligman; Universidade de Yale em Connecticut, com o curso de Psicologia e Boa Vida (*Psychology and the Good Life*); na Universidade da Califórnia, em Berkeley, com o curso A Ciência da Felicidade (*The Science of Happiness*), entre outras.

No Brasil, a felicidade passou para o patamar de Ciência da Felicidade, aprovada pelo Ministério da Educação (MEC) na modalidade tecnólogo e, em sua maioria desenvolvida por equipes multiprofissionais² conforme proposta que se iniciará no primeiro semestre de 2023, na Escola de Ciências da Saúde e Bem-Estar (CISBEM) do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU, de forma híbrida, com ações remotas e presenciais.

Nos últimos anos, no ensino universitário, temos percebido uma mudança de perfil dos ingressantes, principalmente dos mais jovens, que, muitas vezes, baseados na globalização

e exposições midiáticas buscam felicidade de maneira utópica e acabam não encontrando por não entenderem o que estão buscando.

Concomitante a essa mudança, a pandemia da COVID-19 trouxe profundas reflexões à humanidade, e uma nova atitude frente a vida se fez necessária. Parece que os verdadeiros valores foram e são, agora, revisitados e destacados, enquanto as superficialidades e as futilidades foram deixadas de lado. Uma nova consciência surge no aqui-e-agora, como por exemplo, estar junto com os que se ama, aproveitar cada instante com a responsabilidade de se cuidar, porque assim se cuida do outro.

“Somos responsáveis por nossas escolhas e suas consequências, ninguém tem que ter pena por colhermos o que plantamos”³.

Com toda a mudança no perfil dos estudantes do ensino superior e pesquisas e programas com resultados satisfatórios comprovados cientificamente nosso objetivo é de promover um espaço de reflexão, questionamento e ações, sobre o tema Felicidade.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, em que as docentes se reuniam periodicamente, a cada 15 dias, para refletir, analisar, discutir e construir, um programa que oferecesse diferentes propostas, no sentido de proporcionar bem-estar e melhoria na qualidade de vida, a quem participar.

A partir da literatura nacional e internacional pesquisada, e por meio de programas já existentes liderados por professores com *know how* no assunto, a equipe construiu o Programa “Se Liga na Felicidade” como uma possibilidade de reflexão do como as pessoas podem resgatar ou construir suas vidas, plenas de sentido e felicidade, principalmente, nesse momento de vida, após a COVID-19 que atingiu a humanidade como um todo, de forma desastrosa, isto é, enfrentando sofrimento por isolamento, perdas, fobias, traumas, tristeza, depressão, ansiedade, luto entre outros.

Este programa, de acordo com as novas regras de atividades extensionistas, publicada da Resolução N.7 de 18 de dezembro de 2018 pelo Ministério da Educação (MEC), passará a vigorar em janeiro de 2023. Todos os conteúdos desenvolvidos irão estimular o protagonismo ativo dos estudantes envolvidos no programa e seguindo as regras previstas no Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), no Projeto Político Institucional (PPI) e perfil do egresso, estabelecido nos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC).

Desta forma, as ações a serem desenvolvidas pelos estudantes, fazem parte de um projeto interdisciplinar que envolverá docentes e discentes de diversas áreas da saúde, impactando setores da sociedade da comunidade interna e externa.

Todos os participantes serão ativos nas atividades propostas a cada ação, cumprindo as tarefas propostas e passarão por uma autoavaliação crítica, por meio de uma rubrica de avaliação com a finalidade de verificar se atingiu aos objetivos propostos e sua contribuição para a sociedade. Ao final de cada semestre, serão considerados aptos a conclusão deste programa todos os estudantes que cumprirem os percursos metodológicos previstos.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Esse Programa de Extensão tem como objetivo trazer reflexões sobre o quanto cada pessoa é protagonista da sua própria história, e, portanto, da sua busca pela felicidade, que pode ser vivenciada no dia a dia, desde que suas atitudes e decisões, ao lidar com a vida cotidiana, esteja direcionada a buscar o bem-estar físico, psíquico, mental e espiritual. E, claro isso só ocorrerá na relação com o outro na interação com o meio, procurando o sentido da existência, para tornar-se o que de fato é, e compreender à que veio.

“Felicidade é como um controle remoto, perdemos sempre, ficamos loucos procurando por ele e muitas vezes, sem saber, estamos sentados em cima dele”¹

O Programa “Se Liga na Felicidade” pretende mostrar por meio de diversas atividades (palestras, rodas de conversa, entre outras) formas para a manutenção da sensação da felicidade. Assim como, proporcionar um espaço de reflexões e vivências favoráveis para uma boa qualidade de vida pessoal, acadêmica e profissional. O participante irá ter a oportunidade de descobrir seus pontos fortes, propósitos de vida e virtudes, de forma a aplicar essas habilidades em sua vida diária. Além disso, o programa irá fortalecer sua autoestima e potencializar sua resiliência física e emocional.

É preciso conceder a permissão de se perceber como ser humano. Isso significa vivenciar emoções dolorosas, como raiva, tristeza, decepção etc., com a dificuldade de aceitar essas emoções às vezes. O não aceitar essas emoções pode levar a frustração e a infelicidade.

De acordo com Carla Furtado, do Instituto Felicidade, a pandemia da COVID-19, e mais recentemente a Guerra da Rússia X Ucrânia, suscitam a inevitável pergunta: é hora de falarmos de felicidade?

Onde há sofrimento é urgente falar de felicidade. Dessa forma, a promoção do bem-estar começa com a identificação das vulnerabilidades: direitos humanos, saúde, economia e democracia.

Com o mundo em estado de turbulência, precisamos de boas notícias. Não há somente abismos socioeconômicos na América Latina, mas também abismos de bem-estar, pessoas vivendo lado a lado, infelizes e felizes. Dessa forma, é hora de falar de felicidade, pois o ser humano se afasta da sua natureza, se desumaniza, se torna um vetor de infelicidade consigo mesmo e com os outros.

Se for considerado tudo que o mundo passou nos últimos anos, com uma guerra na Europa e a pandemia da COVID-19 ainda por aí, o Relatório Mundial da Felicidade para 2022, divulgado pelas Nações Unidas é um dos termômetros mais bem calibrados do bem-estar geral das nações. O Relatório mede o humor da civilização em um momento único: os dois anos de pandemia. Os dados colhidos entre 2019, no mundo que se conhecia, e os dois primeiros anos de pandemia, mostrou que nem tudo é tragédia e tristeza, ao considerar os 146 países estudados.

Pelo quinto ano consecutivo, a Finlândia foi escolhida como o país mais feliz do mundo, com a Dinamarca em segundo lugar, seguida por Islândia, Suíça e Holanda. Por exemplo, os dinamarqueses não são felizes porque suas expectativas se realizam, mas são felizes porque suas altas expectativas são também alcançáveis.⁴

O que você pode fazer para aproveitar melhor a vida? Segundo os países mais felizes, é importante se desenvolver o sentimento de confiança, pois a vida se torna mais feliz se você puder confiar nas pessoas.

Além dos países mais felizes do mundo, o relatório também analisou os lugares onde as pessoas estão mais tristes. O Afeganistão foi classificado como o país mais infeliz do mundo, “um forte lembrete dos danos materiais e imateriais que a guerra causa as suas muitas vítimas”, disse Jan-Emmanuel De Neve, editor deste relatório. O Líbano, Zimbábue, Ruanda e Botsuana completam os cinco piores países. Mas também há algumas surpresas neste top 30. Adivinha a posição do Brasil? Estamos no 38º lugar, de um país que já foi o 16º do planeta no relatório mundial da felicidade, que desde 2012 o Butão publica - Felicidade Interna Bruta (FIB), que mede nove diferentes dimensões da existência, que passam pelo crescimento econômico, mas também incluem bem-estar psicológico, qualidade sobre o uso do tempo e vitalidade comunitária.⁵ O Butão serviu de inspiração para a criação deste relatório, a partir de 2012, quando se começou a medir a felicidade interna bruta.

De acordo com este relatório, ajudar o outro, é sentir-se bem, e a chave para permanecer de bem com a vida, é apostar na empatia e na benevolência em momentos de crise. A felicidade nada tem a ver com alcançar o topo da montanha, nem com escalar sem rumo uma montanha; a felicidade é a experiência de escalar em direção ao cume.¹

A felicidade e sua ausência foram definidas em cada época de uma forma distinta, mas o mais curioso é que nem todas as épocas colocaram a felicidade como uma meta a ser atingida.⁶

Os filósofos Sócrates, Platão e Aristóteles, diziam que para atingir a felicidade, a busca de uma vida virtuosa é a condição necessária.⁷ Santo Agostinho disse que felicidade é alegria que nasce da verdade. Kant afirmou que a felicidade deve ser racional e desprovida de qualquer inclinação pessoal e Marx a via como o crescimento pelo trabalho.⁸ Nota-se a partir desses pensadores, que a felicidade é um tema ao mesmo tempo contemporâneo e há muito tempo, objeto de estudo da filosofia, psicologia e ciências das religiões, hoje estudado nas melhores universidades do mundo.

Diante de todas as informações apresentadas evidenciou-se a relevância de diversos profissionais iniciarem estudos científicos relacionados a felicidade e criação de programas em diversas universidades do mundo e um crescente crescimento no ensino superior brasileiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato de experiência do Programa de Extensão “Se liga na Felicidade” propõe um espaço de reflexões, questionamento e ações, sobre o tema, por meio de rodas de conversa, discussões, entre outras estratégias, sendo o tema contemporâneo.

E agora vale pensar, em que momento estamos mais felizes? Para responder a esta pergunta, cada um deve se preparar, cultivar e se defender em busca da felicidade. É uma condição, não é algo aleatório, não é algo que acontece, é algo que se faz acontecer. Vamos por conta própria tomar decisões mais saudáveis? Grandes desafios podem ter o potencial de mudar a vida para melhor ou pior; pois a reação é controlada diante das escolhas que são feitas.

Somos sábios para responder dessa forma? O sábio não tem mais nada a esperar ou exigir. Como ele é inteiramente feliz, não precisa de nada. Como não precisa de nada, é inteiramente feliz. Não nascemos sábios, nós nos tornamos.⁹

A felicidade acontece no dia a dia. Felicidade é fruto na beira do abismo. É preciso colhê-lo e degustá-lo agora. Amanhã, ou ele já caiu, ou você já caiu.¹⁰ Dessa forma, são deixadas algumas perguntas no sentido de promover reflexões sobre esse tema tão significativo e pertinente, principalmente, nos dias atuais.

O que é felicidade para você?
 Como você define felicidade?
 Você se permite ser feliz?
 Você aguenta ser feliz?
 Você é feliz?
 O que você faz para ser feliz?

Sabendo-se que a felicidade só pode ocorrer na relação com o outro, é deixado o mantra nordestino como reflexão.

Mantra Nordestino - Ray Lima
*Escuta, escuta,
 O outro a outra já vem
 Escuta, acolhe,
 Cuidar do outro faz bem
 Escuta, escuta,
 Escuta, acolhe,
 Cuidar do outro faz bem
 Desde o tempo em que eu nasci
 Aprendi algo assim
 Cuidar do outro é cuidar de mim
 Cuidar do outro é cuidar de mim
 Cuidar de mim é cuidar do mundo
 Cuidar do mundo é cuidar de mim
 Escuta, escuta
 O outro a outra já vem
 Escuta, acolhe
 Cuidar do outro faz bem*

“A lição já sabemos de cor só nos resta aprender” (Beto Guedes)

REFERÊNCIAS

1. Ben-Shahar T. Seja mais feliz: aprenda a ver a alegria nas pequenas coisas para uma sensação permanente. São Paulo: Planeta do Brasil; 2018.
2. Arms G. Felicidade é ciência e tem sua primeira graduação no Brasil. Fonte: Agencia Educa mais Brasil. Disponível em: https://www.jornalvs.com.br/informe_especial/2022/03/18/felicidade-e-uma-ciencia-e-tem-sua-primeira-graduacao-no-brasil-entenda.html, acesso em 25/10/2022.
3. Braz A. Caminhando nos Himalaias- diário de uma peregrinação. Rio de Janeiro: Gryphus; 2018.
4. Russell H. O segredo da Dinamarca. São Paulo: Leya; 2018.
5. Garcia NF. Sete dias no Butão: o que aprendemos sobre felicidade Rio de Janeiro: Bambuai Editores; 2020.
6. Barros FCB, Karnal L. Felicidade ou Morte. São Paulo: Papyrus 7 Mares; 2016.
7. Rashid T., Seligman M. Psicoterapia Positiva- Manual do Terapeuta. Porto Alegre: Artmed; 2019.
8. Ricard M. Felicidade: a prática do bem-estar. São Paulo: Palas Athena Editora; 2021.
9. Comte-Sponville A. A felicidade desesperadamente. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
10. Alves R. A grande arte de ser feliz. São Paulo: Planeta; 2020.