

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE  
MESQUITA FILHO”

Programa de Pós-Graduação em Psicologia do  
Desenvolvimento e Aprendizagem

Mirella Martins Justi

**PACIENTES COM LÍQUEN PLANO ORAL: Estresse,  
Enfrentamento e Eficácia Adaptativa**

**BAURU  
2009**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**Mirella Martins Justi**

**PACIENTES COM LÍQUEN PLANO ORAL: Estresse,  
Enfrentamento e Eficácia Adaptativa**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do título de Mestre à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, sob a orientação da Profa. Dra. Carmen Maria Bueno Neme.

**BAURU  
2009**

Divisão Técnica de Biblioteca e Documentação  
**Unesp – Campus de Bauru**

Justi, Mirella Martins.

Pacientes com Líquen Plano Oral: estresse, enfrentamento e eficácia adaptativa / Mirella Martins Justi. Bauru, 2009.

96 f.

Orientador: Carmem Maria Bueno Neme

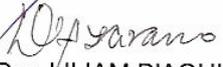
Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2009

1. Psicoimunologia. 2. Líquen plano. 3. Psicoterapia breve. 4. Estudo longitudinal (Psychoimmunology). I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.

**ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE MIRELLA MARTINS JUSTI, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DO(A) FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU.**

Aos 13 dias do mês de fevereiro do ano de 2009, às 14:00 horas, no(a) Sala nº 01, do Prédio da Pós-Graduação da Faculdade de Ciências, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. CARMEN MARIA BUENO NEME do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Profa. Dra. LILIAM D'AQUINO TAVANO do(a) Setor de Psicologia / Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais / Universidade do Estado de São Paulo, Profa. Dra. TANIA GRACY MARTINS DO VALLE do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de MIRELLA MARTINS JUSTI, intitulada "PACIENTES COM LÍQUEM PLANO ORAL: ESTRESSE, ENFRENTAMENTO E EFICÁCIA ADAPTATIVA". Após a exposição, a discente foi argüida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADA . Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

  
Profa. Dra. CARMEN MARIA BUENO NEME

  
Profa. Dra. LILIAM D'AQUINO TAVANO

  
Profa. Dra. TANIA GRACY MARTINS DO VALLE

## **Agradecimentos**

Agradeço à minha família por ter me feito empreendedora dos meus sonhos. Especialmente à minha mãe, Célia, que me “amamenta” até hoje, nutrindo com as delícias e os azedumes da compreensão.

Agradeço a todos os mestres que passaram por minha vida, entre os que minha memória permite nomear estão, meu pai Zeca - primeiro grande amor, Mestre Tarzã, Vivi Tuppy, Renato Fajardo, Adriana Zavannelli, Cláudia Thomé Belletti e, especialmente, à Profa. Dra. Carmen M. B. Neme, a Pilé, querida parceira e facilitadora insubstituível nesta jornada.

Agradeço também às componentes da banca examinadora, Profa. Dra. Tânia G. M. do Valle e Profa. Dra. Líliam D’Aquino Tavano, mulheres “com culhões”. Agradeço pelo carinho e pela atenção dirigidos à correção deste trabalho e pelas colaborações comprometidas com a melhoria deste estudo.

Não poderia me esquecer de agradecer aos amigos... estes companheiros de passagem que tanto são colaboradores para minha felicidade.

E, por último, mas não menos importante, agradeço à Deus, este que reverbera sua incontestável existência sempre...

***“Segue o teu destino  
Rega as tuas plantas  
Ama as tuas rosas  
O resto é a sombra  
de árvores alheias”.***  
***Fernando Pessoa***

JUSTI, Mirella Martins. **Pacientes com Líquen Plano Oral:** estresse, enfrentamento e eficácia adaptativa. 2009. 96f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem), UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2009.

### **Resumo**

O Líquen Plano Oral (LPO) caracteriza-se como doença complexa e multideterminada, cujas manifestações mostram-se sensíveis à influência de variáveis biopsicossociais, devendo ser estudada e tratada de forma integrativa, conjugando conhecimentos e esforços interdisciplinares. Estudos apontam que a doença é exacerbada de acordo com as condições de estresse, tensão e perturbação emocional dos portadores. Pesquisas atuais sobre o estresse e suas relações com o adoecimento, principalmente no campo da Psicoimunologia, têm enfatizado que tais relações dependem de aspectos de personalidade ou modos de ser dos diferentes indivíduos, que configuram variados modos de enfrentamento dos eventos estressores, mantendo ou não os efeitos imunodepressores do estresse e incrementando ou não seu potencial patogênico. Considerando tais registros pode-se relacionar o LPO com o estresse – presente na vida moderna e, cada vez mais, indicado como o principal elemento desencadeador das “doenças da adaptação”. O enfrentamento também deve ser relacionado, pois configura-se na forma como ocorre o processo de adaptação do sujeito frente às exigências da vida atual. O objetivo geral consiste em realizar estudo longitudinal de 10 pacientes com diagnóstico de LPO e que participaram de psicoterapia breve grupal e de acompanhamento do tamanho das lesões de LPO em 2003, averiguando suas condições de saúde, ocorrência de lesões de LPO, eventos de estresse, enfrentamento e eficácia adaptativa, de 2003 a 2008. Para o procedimento de coleta de dados foram utilizadas duas entrevistas (EDAO-R; Entrevista Estresse, Enfrentamento e Saúde – elaborada para o estudo), medidas atuais de LPO e registros de avaliações anteriores realizadas em 2003 e que consistiram de realização de Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO), aplicação da EDAO-R e coleta de medidas de LPO no início e no final da PBO. Os resultados indicaram que, após a PBO, todos os participantes obtiveram

avaliações adaptativas melhores do que as apresentadas antes da psicoterapia e que, entre os dez participantes, todos também obtiveram melhoras nas lesões de LPO, ocorrendo um caso de remissão total. Decorridos cinco anos após o tratamento psicoterápico realizado, seis casos apresentavam remissão total das lesões de LPO, um dos casos teve redução das lesões e apenas três casos tiveram aumento das lesões de LPO. Quanto às avaliações da eficácia adaptativa, os resultados mostraram que seis casos tiveram melhor avaliação; três casos mantiveram a mesma avaliação de eficácia adaptativa e apenas um caso apresentou pior avaliação de eficácia adaptativa. Este estudo longitudinal permitiu, portanto, a constatação da relevância da colaboração entre odontólogos e psicólogos, tanto na investigação científica de fenômenos de interesse para ambas as áreas, como na intervenção junto a portadores de patologias como o LPO. A psicoterapia breve utilizada demonstrou sua eficácia em auxiliar os participantes desse estudo a obterem melhoras em sua capacidade adaptativa, podendo-se sugerir que estes ganhos colaboraram para a redução de suas lesões de LPO.

**Palavras-chave:** Psicoimunologia; Líquen Plano; Psicoterapia Breve; Estudo longitudinal.

JUSTI, Mirella Martins. **Patients with Oral Lichen Planus: stress, confrontation and adaptative efficacy.** 2009. 96p. Dissertation (Master's degree in Development and Learning Psychology), UNESP, Faculty of Sciences, Bauru, 2009.

**Abstract**

Oral lichen planus (OLP) is characterized as a complex and multifactorial disease, and its manifestations are sensible to the influence of biopsychosocial variables, and, therefore, must be studied and treated in an integrative way, joining interdisciplinary efforts and knowledge. Studies demonstrate that this disease is aggravated according to the patients' conditions of stress, tension and emotional disturbance. Present researches on stress and its relation with the condition of falling sick, mainly in the field of Psychoimmunology, have emphasized that such relations are dependent of personality aspects or ways of being of different individuals, which figure several ways of confrontation of the stressful events, maintaining or not the stress immunodepressive effects and increasing or not its pathogenic potential. Considering such registers, it is possible to relate OLP to stress – present in the modern life and, more and more, indicated as the main triggering element of “adaptation diseases”. Confrontation must also be related to the disease, because it figures in the way as the individual adaptation process occurs face to the requirements of the modern life. The general purpose of this paper is to accomplish a longitudinal study of 10 patients with OLP diagnosis who took part in a group brief psychotherapy and had a continuous attendance controlling the size of the OLP lesions in 2003, investigating their health conditions, OLP lesions occurrences, stress events, confrontation and adaptative efficacy from 2003 to 2008. For the procedure of data gathering, the following items were used: two interviews (EDAO-R; Stress Interview, Confrontation and Health – specially elaborated for this study), present OLP measurements and anterior evaluation registers accomplished in 2003, which consisted in the accomplishment of BPO (Brief Psychotherapy Operacionalized), EDAO-R application and OLP measurements gathering in the beginning and in the end of BPO. The results indicated that, after BPO, all participants obtained adaptative evaluations better than the one presented before the psychotherapy and also indicated that, among ten participants, all of them also obtained a recovery in the OLP lesions, with one case of total recovery. Five years after the psychotherapy, six cases presented a total remission of the OLP lesions, one of the cases had the lesions reduction and

only three cases had an increase of the OLP lesions. Regarding the adaptative efficacy evaluations, the results showed that six cases obtained a better evaluation; three cases maintained the same evaluation of adaptative efficacy and only one case presented a worse evaluation of adaptative efficacy. This longitudinal study allowed, therefore, the confirmation of the relevance of collaboration between dentists and psychologists, both in the scientific investigation of phenomenon interesting for the two specialties, and in the intervention concerning the patients with pathologies such as OLP. The brief psychotherapy used, showed its efficiency in helping the participants of this study to obtain improvements in their adaptative ability, and this way, it is possible to suggest that this gains collaborate for the reduction of their OLP lesions.

**Key-words:** Psychoimmunology; Lichen Planus; Brief Psychotherapy; Longitudinal study.

**Lista de tabelas**

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1. Classificação das respostas da EDAO-R.....                                      | 42 |
| Tabela 2. Dados demográficos dos participantes.....                                       | 49 |
| Tabela 3. Resultados EDAO-R e LPO antes e após a PBO realizada em 2003...57               |    |
| Tabela 4. Eventos de estresse e modos de enfrentamento relatados pelos participantes..... | 62 |
| Tabela 5. Quadro comparativo (EDAO-R).....  | 65 |
| Tabela 6. Quadro comparativo (localização e medidas das lesões de LPO).....               | 67 |
| Tabela 7. Comparação das variáveis estudadas.....   | 70 |

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>11</b> |
| 1.1 Estresse e Psicoimunologia.....   | 20        |
| 1.2 Enfrentamento do estresse e adaptação.....  | 30        |
| 1.3 Intervenções Psicológicas: a Escala Diagnóstica Adaptativa e Operacionalizada – Redefinida e a Psicoterapia Breve Operacionalizada..... | 40        |
| <b>2 OBJETIVOS.....</b>   | <b>48</b> |
| <b>3 MÉTODO.....</b>  | <b>49</b> |
| <b>4 RESULTADOS e DISCUSSÃO.....</b>  | <b>56</b> |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>80</b> |
| <b>6 REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>82</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>  | <b>90</b> |
| Anexo I.....  | 91        |
| Anexo II.....   | 94        |
| Anexo III.....  | 96        |

## 1 INTRODUÇÃO

O Líquen Plano (LP), doença inflamatória crônica que envolve pele e mucosa, é uma das doenças dermatológicas mais comuns que acometem a cavidade bucal, com prevalência de um a dois por cento na população geral. Todavia, nota-se uma forte predileção pelo sexo feminino, especialmente por mulheres entre a quinta e a sexta décadas de vida (SOUSA & ROSA, 2008). Sua manifestação bucal e/ou cutânea apresenta um variado espectro de características clínicas e, como consequência, os pacientes acometidos acabam por procurar os cuidados tanto dos dermatologistas como dos dentistas, tornando indispensável à integração entre estas duas especialidades (DORTA et al., 2000).

O LP apresenta-se em várias formas: reticular, papular, placa, atrófico, erosivo e bolhoso. Neville et al. (2004) classificam-no em dois tipos principais: reticular e erosivo e dentro do LP erosivo tem-se os subtipos atrófico e bolhoso. Em outras classificações, as lesões são distribuídas em dois grandes grupos: dos pacientes sintomáticos e dos pacientes assintomáticos. Em um mesmo paciente, várias formas podem ocorrer simultaneamente. A forma reticular é a mais freqüentemente observada e caracteriza-se por ser assintomática. As formas atrófica, erosiva e bolhosa comumente estão associadas à sintomatologia de ardência e dor (MONTI et al., 2006).

Sua manifestação bucal e/ou cutânea apresenta um variado espectro de características clínicas. Na boca, surgem manchas ou placas opacas em rede ou ramificadas (estrias de Wickham) de coloração branco-acinzentada, geralmente indolores, na maioria das vezes bilaterais e localizam-se mais freqüentemente nas bochechas, língua, vermelhão do lábio, palato e gengiva. Entre os pacientes que

apresentam lesões bucais, aproximadamente 10 a 45% também apresentam lesões cutâneas (MONTI et al., 2006).

O LP foi inicialmente descrito pelo médico britânico Erasmus Wilson, em 1869, que provavelmente, pensou que as lesões eram semelhantes a líquens crescendo em rochas (NEVILLE et al., 2004). Apesar de sua etiologia ainda ser desconhecida e seu diagnóstico controverso (DORTA et al., 2000), é considerada uma desordem mucocutânea, com evidências de associação a uma resposta imune celular mediada, que pode apresentar manifestações em pele, mucosa ou ambos (MIGUEL, PINTO & SOUZA, 2003). Também caracterizada por inflamação crônica, é freqüentemente associada à dor severa e à sensação de ardor na boca (AGARWAL & SARASWAT, 2002).

A partir da década de 1960, o Líquen Plano Oral (LPO), que até então era considerado uma doença de natureza benigna, passou a ser sugerido como tendo uma possível natureza pré-maligna. Desde então, muitos artigos e reportagens têm sido acumulados na literatura sugerindo o caráter pré-maligno do LPO (COLOMBINI, 1987; TOMMASI, 1988; MARCUSSI, 1997; RODRIGUES, 1999). Em uma experiência realizada com 326 pacientes na *Aristotle University of Thessaloniki*, Grécia, ocorreram as primeiras evidências desta condição (MARKOPOULOS et al., 1997).

O risco de transformação maligna tem sido associado e descrito principalmente em lesões localizadas na mucosa bucal (DORTA et al., 2000). Em relação ao LP cutâneo, estudos como o de Sigurgeirsson e Lindelöf (1991) demonstraram não existir um aumento do risco de malignização destas lesões

após analisarem 2071 pacientes com LP cutâneo durante um período médio de 9,9 anos.

Embora seja definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma condição cancerizável, existe grande controvérsia quanto ao potencial de malignização do LPO. Em um editorial publicado em 1998, Allen questiona a transformação maligna do LPO, sugerindo que um diagnóstico precipitado desta doença pode ocorrer devido à falta de critérios microscópicos por parte dos patologistas (DORTA et al., 2000).

Há, ainda, trabalhos como o de Eisenberg e Krutchkoff (1992 *apud* DORTA et al., 2000), que questionam se o LPO seria realmente uma condição cancerizável ou apenas predisporia a mucosa bucal comprometida à influência de outros fatores carcinogênicos externos.

Meij et al., em 1999, publicaram uma revisão de todos os casos de transformação maligna de LP na mucosa bucal existentes na literatura inglesa no período de 1977 a 1999. De 98 malignizações encontradas, apenas 33 (34%) preencheram todos os critérios e foram consideradas como suficientemente documentadas. Dos 65 casos excluídos (66%), 20 não estavam adequadamente documentados quanto ao critério microscópico, um não tinha documentação clínica ou microscópica apropriada das lesões bucais do LP, 33 não apresentavam nem documentação clínica, nem microscópica, quatro foram rejeitados porque o controle era de menos de dois anos e outros sete, devido ao uso de tabaco. Os autores concluíram ser necessário estabelecer critérios diagnósticos mais uniformes que permitam a realização de estudos de longa duração e com protocolos bem definidos para a coleta das informações. Segundo Dorta et al.

(2000), enquanto os critérios diagnósticos não forem estabelecidos, a natureza cancerizável do LPO deve ser considerada incerta.

Para o diagnóstico diferencial e a indicação da terapêutica adequada, o paciente com LPO deve ser submetido a uma entrevista de anamnese cuidadosa, (PRADO et al., 1994). Segundo Prado et al. (1994), fatores etiológicos, como íons mercuriais provenientes de restaurações de amálgama e drogas como antiinflamatórios não esteróides, entre outras substâncias, podem induzir a lesões que se parecem clinicamente com a forma idiopática da condição, chamada de reações liquenóides, ou segundo Neville et al. (2004), denominadas mucosites liquenóides. Tanto o diagnóstico de LPO quanto o diagnóstico diferencial entre LPO e as reações liquenóides são estabelecidos através de biópsia (DORTA et al., 2000).

Uma vez confirmado o diagnóstico, o tratamento da doença tem como objetivo o alívio dos sintomas, pois a cura nem sempre é possível. Segundo Regezi e Sciubba (2000), os corticoesteróides são os medicamentos de escolha no tratamento do LP, o que se deve a sua capacidade de modular a resposta inflamatória e imunológica. A aplicação tópica, bem como a injeção local de esteróides, tem sido utilizada com sucesso no controle da doença. Todavia, nos casos em que os sintomas são graves, pode-se optar pelo uso sistêmico. A adição de antifúngicos ao tratamento potencializa os resultados clínicos. Tal fato, de acordo com Sousa e Rosa (2008), aparentemente é conseqüência da eliminação do crescimento secundário da *Candida albicans* no tecido envolvido pelo LP. Os antifúngicos também previnem o crescimento associado ao uso de corticoesteróides.

A corticoterapia continua sendo o tratamento de escolha para as lesões de LP cutâneo segundo 49,5% dos dermatologistas entrevistados. Outras terapias como o uso de antibióticos, de anti-histamínicos, da crioterapia, da PUVA terapia, da homeopatia, da talidomida e da psicoterapia também foram relatadas por alguns profissionais. Para as lesões bucais, 27,6% dos profissionais também utilizam a corticoterapia e alguns relataram outras terapias como o uso de cauterização com ácido tricloracético, de bochechos com uréia e água destilada, de derivados da vitamina A e de tranqüilizantes em LP do tipo reticular com lesões restritas à mucosa bucal (DORTA et al., 2000).

No tratamento do LPO, outros medicamentos têm sido utilizados, com excelentes resultados, entre os quais, destacam-se os agentes imunossupressores, como a ciclosporina e o tacrolimus, embora teoricamente tais medicamentos possam aumentar a possibilidade de transformação maligna, pois, além de atuarem sobre o sistema imunológico, agem diretamente sobre as células (SOUSA & ROSA, 2008).

Entre as causas sugeridas de LPO incluem-se traumatismos, má nutrição e infecções; entretanto o curso da doença é longo, de meses a vários anos, passando com freqüência por períodos de remissão seguidos de exacerbações que, muitas vezes, correspondem a períodos de perturbações emocionais, estresse ou alguma forma de tensão mental (SHAFER, 1985). Comidas particulares, placa bacteriana, doença sistêmica, higiene oral inadequada (AGARWAL & SARASWAT, 2002), estado emocional ansiogênico, iatrogenia medicamentosa e diabetes podem atuar como fatores desencadeantes ou predisponentes à ocorrência do LPO (CASTRO, 1995).

Sugerman et al. (2002), no entanto, acreditam que mecanismos imunológicos específicos e não-específicos podem estar envolvidos na sua etiopatogenia. Esses mecanismos combinados levariam ao acúmulo de linfócitos T na lâmina própria subjacente ao epitélio e a outras reações funcionais das células imunológicas, cujos achados são característicos do LPO. Para estes autores, a cronicidade da doença pode ser explicada em parte por uma deficiência nos mecanismos de imunossupressão, porém os fatores que levam ao início deste processo ainda não foram totalmente esclarecidos. Ainda assim, o estresse; alimentos como tomate, frutas cítricas e pratos condimentados; procedimentos odontológicos; doenças sistêmicas; consumo exagerado de álcool e uso do tabaco em todas as suas formas têm sido associados a períodos de exacerbação da doença. Entre eles, as doenças sistêmicas, em especial, as decorrentes da infecção pelo vírus da hepatite C vêm ganhando grande destaque nos últimos anos no estudo dos fatores desencadeantes do LPO (SOUSA & ROSA, 2008).

Por outro lado, estudos como os de Vallejo et al. (2001), de Chaudhary (2004) e de Monti et al. (2006), demonstraram níveis mais altos de tensão, ansiedade e depressão nos pacientes com LPO do que na população em geral. Esta relação também foi referida, segundo Hoffmann et al. (2005), nos escritos iniciais da Dermatologia Psicossomática por Erasmus Wilson que, em 1867, referiu a influência nervosa da pele com relação ao coçar, à alopecia e à ilusões de parasitoses, e, dois anos depois, escreveu os primeiros relatos sobre o LP. Na mesma época, outros dermatologistas, mostraram interesse nesta área. Damon, em 1868, publicou o livro *Neuroses Cutâneas* e em 1895, Kaposi escreveu sobre as neuroses da pele, sendo que, em 1981, Bloch criou o termo neurodermatite.

Segundo Hoffmann et al. (2005), estressores psicossociais, perdas, situações de desemprego, mau ajustamento interpessoal, desordens de ansiedade e fatores psicológicos de personalidade como hostilidade e baixa auto-estima, estão relacionados com condições dermatológicas patológicas.

Nos últimos anos, certas condições psicológicas como níveis exacerbados de estresse e ansiedade têm sido fortemente associadas ao LP. Todavia, embora tal associação seja conhecida há décadas, a dificuldade em se mensurar de modo objetivo tais variáveis fez com que só recentemente a importância da ansiedade e do estresse na etiopatogenia do LP passasse a ser amplamente reconhecida, tornando-se alvo de inúmeras pesquisas (SOUSA & ROSA, 2008).

Ao revisar estudos atuais sobre LPO, Sousa e Rosa (2008) citam importante estudo de Soto-Araya, Rojas-Alcayaga e Esguep (2004), que investigaram a relação entre alterações psicológicas, tais como estresse, ansiedade e depressão, e algumas patologias da mucosa bucal. Para tanto, estudaram dezoito pacientes com estomatite aftosa recorrente, nove com LPO, sete com síndrome da ardência bucal e vinte sem qualquer lesão aparente, através de testes que avaliavam seu perfil psicológico. Os resultados indicaram uma relação estatística significativa entre a presença de alterações psicológicas e as patologias estudadas. Os autores observaram que o nível de estresse era maior nos pacientes com estomatite aftosa recorrente e LPO. Por outro lado, os níveis de ansiedade foram maiores nos três grupos de pacientes com alterações na mucosa bucal, comparados com o grupo controle. Evidências de depressão foram particularmente observadas nos pacientes com síndrome da ardência bucal.

Frente a estes resultados, os autores concluíram haver íntima relação entre alterações psicológicas e determinadas patologias que acometem a mucosa bucal, destacando a influência de fatores psíquicos na manutenção da saúde bucal.

Koray et al. (2003), estudaram a relação entre ansiedade e os níveis de cortisol, hormônio associado ao estresse, na saliva de 40 pacientes com LPO. Depois da avaliação e comparação dos níveis de ansiedade e de cortisol na saliva dos pacientes estudados, com os do grupo controle, os autores concluíram que estes níveis eram consideravelmente maiores nos pacientes com LPO do que naqueles que não tinham a doença, reforçando ainda mais a ligação entre níveis alterados de estresse e ansiedade e a evolução da doença. Tal conclusão é confirmada por Ivanovski et al. (2005), após observarem resultados semelhantes num estudo similar.

De acordo com Prolo et al (2002), o LPO é cada vez mais bem caracterizado e reconhecido como um modelo para investigações no campo da psicoimunologia. Em pesquisa realizada, estes autores relataram associações significativas ( $p < 0,05$ ) entre o estágio de LPO, desregulação do eixo HPA (Hipotálamo/Pituitária/Adrenais) e alterações nas respostas funcionais do sistema imunológico e enfatizaram a necessidade de estudar em detalhes as interrelações existentes entre LPO e a psicoimunologia.

Constata-se o grande interesse dos pesquisadores acerca dos mecanismos pelos quais o LP se desenvolve e, apesar das evidências indicando que fatores como infecções virais, especialmente as causadas pelo vírus da hepatite C, e a somatização de desordens psicológicas, como estresse e

ansiedade, possam ser apontados como possíveis causas da doença, faltam informações que comprovem de modo definitivo tal ligação.

A escassez de estudos que claramente demonstrem a ligação entre os estados emocionais e LP foi constatada por esta pesquisadora durante a realização de revisão bibliográfica sistemática sobre o tema, abrangendo o período de 2006 a 2008, na qual nenhum artigo foi encontrado a partir dos termos-chaves LP e Psicoimunologia; *Lichen Planus and Psychoimmunology*; Psicoimunologia e LP; *Psychoimmunology and Lichen Planus*; Psicoimunologia e Doenças Odontológicas; *Psychoimmunology and Odontology diseases*; Doenças Odontológicas e Psicoimunologia; *Odontology diseases and Psychoimmunology*; Psicoimunologia e Doenças bucais; *Psychoimmunology and Oral diseases*; Doenças bucais e Psicoimunologia; *Oral diseases and Psychoimmunology*; Psicoimunologia e Doenças dermatológicas; *Psychoimmunology and Dermatology diseases*; Doenças dermatológicas e Psicoimunologia e *Dermatology diseases and Psychoimmunology* nas bases de dados Bireme (LILACS, MEDLINE, SCIELO, COCHRANE, ADOLEC, BBO, BDEF, DESASTRES, HISA, HOMEINDEX, LEYES, MEDCARIB, REPIDISCA, PAHO, WHOLIS), Capes, Portal da Pesquisa e Portal das Teses.

Os conhecimentos sobre as manifestações e as lesões do LPO, bem como sua possível associação com o estresse e as condições psicológicas já estudadas precisam ser disponibilizados para os cirurgiões dentistas, conforme ressaltam Galvão et al. (2004). Tais conhecimentos são essenciais para que os profissionais da odontologia que possam realizar o diagnóstico precoce e orientar

o tratamento adequado, com uma abordagem multidisciplinar.

### **1.1 Estresse e Psicoimunologia**

O estresse é definido como um processo psicofisiológico desencadeado por vários tipos de eventos, gerados interna ou externamente, que criam demandas adaptativas sobre o organismo. As reações são gerais, ocorrendo também reações específicas a determinados tipos de eventos e levam a uma variedade de mudanças temporárias ou permanentes, fisiológicas e/ou psicológicas. A saúde mental e física é mantida quando o organismo consegue recuperar seu funcionamento homeostático após reagir ao evento estressor. Segundo Hoffmann et al. (2005), quando o estresse é suficiente para aniquilar as defesas, os sintomas irão se desenvolver podendo ser biológicos e/ou psicossociais.

O estresse não é apenas uma reação, segundo Sardá Junior, Legal e Jablonski Junior (2004, p.14), *“é um processo, pois trata-se de uma cadeia de reações cuja função é adaptar o organismo a uma condição ambiental que, de algum modo, exija uma tomada de decisão rápida, geralmente ligada à sobrevivência (ou pelo menos interpretada com tal)”*.

Constituindo-se um conjunto de respostas adaptativas necessárias à manutenção da vida, o estresse pode ser também extremamente nocivo à sua continuidade. A manutenção ou continuidade da resposta de estresse não pode ser muito longa, pois acarretará alta perda energética ao organismo, podendo levar ao desligamento prolongado de mecanismos importantes que garantem a saúde e à manifestação de sintomas ou doenças físicas ou psíquicas (SARDÁ JUNIOR, LEGAL & JABLONSKI JUNIOR, 2004).

As primeiras referências à palavra "stress", com significado de "aflição" e "adversidade", datam do século XIV (LIPP, 1996). No século XVII, o vocábulo de origem latina passou a ser utilizado em inglês para designar "opressão", "desconforto" e "adversidade" (SPIELBERGER, 1972). Neste mesmo século, Claude Bernard utilizou este termo especificamente a respeito de uma condição biológica. Depois, Cannon, em 1914, utilizou o termo para definir uma reação do organismo a uma situação de "fuga ou luta" (SARDÁ JUNIOR, LEGAL & JABLONSKI JUNIOR, 2004).

Duas décadas mais tarde, em 1936, Hans Selye, médico endocrinologista, foi o cientista que utilizou o termo "stress" na área da saúde. Ele observou que muitas pessoas sofriam de doenças físicas e reclamavam de sintomas comuns. Tais observações o levaram a investigações científicas em laboratórios, com animais, e, em 1936, a definir "stress" como o resultado inespecífico de qualquer demanda sobre o corpo, seja de efeito mental ou somático, e "estressor", como todo agente ou demanda que evoca reação de estresse, seja de natureza física, mental ou emocional. Em seus estudos, Selye (1956) observou que o estresse produzia reações de defesa e adaptação frente ao agente estressor. A partir dessas observações, ele descreveu a Síndrome Geral de Adaptação (SAG), que pode ser entendida como o conjunto das reações gerais do organismo, que acompanham a exposição prolongada do estressor. Essa síndrome apresenta três fases que são denominadas *fase de alarme*, *fase de resistência* e *fase de exaustão*. Embora Selye tenha identificado três fases do estresse, Lipp, no decorrer de seus estudos, identificou outra fase do processo de estresse, tanto clínica como estatisticamente (LIPP & GUEVARA, 1994). A essa

nova fase foi dado o nome de *quase-exaustão*, por se encontrar entre a *fase de resistência* e a *de exaustão*.

Segundo Mello Filho (1992), a resposta ao estresse dá-se através da ação integrada dos sistemas imune, nervoso e endócrino, num processo de alteração e recuperação da homeostasia. Quando a reação de adaptação ao estresse não é adequada ou suficiente, aparece a doença, mediada por alterações no funcionamento dos diferentes sistemas.

Estudos mostram que parece esse ser o elo que explica as interações entre os fenômenos psicossociais e importantíssimas áreas de patologia humana, como as doenças de auto-agressão, infecciosas, neoplásicas e alérgicas. Entretanto, ainda não se conhecem os mecanismos pelos quais o organismo estabelece “adequada” ou “má” resposta diante dos agentes de estresse.

As pesquisas sobre o estresse compõem um campo fundamental para o estudo das emoções e dos fenômenos psicossomáticos, permitindo compreender a complexidade desses processos. O processo de estresse não se produz a partir de uma fonte externa isolada, mas de forma sistêmica, pela relação entre esta e as condições psicofisiológicas e os recursos internos e externos do indivíduo para enfrentá-la (LANE & ARAUJO, 2000; NEME, 2005).

Algumas das mais importantes doenças da atualidade são associadas a alterações hormonais produzidas pelo estresse, e são chamadas de “Doenças da Adaptação”, ou seja, doenças resultantes da exposição a um ou vários estímulos estressantes aos quais o organismo não foi bem sucedido em se adaptar, tais como, a hipertensão arterial em todas as suas formas, os reumatismos e artrites, todas as doenças digestivas como gastrites, úlceras e colites, obesidade e

anorexia nervosa, distúrbios do sono e da sexualidade, muitos casos de diabetes, síndrome do pânico, bronquites e asma e praticamente todas as alergias (MEIRA & VALLE, 2003). Várias doenças odontológicas também são reconhecidamente associadas ao estresse, especialmente as periodontais (SEGER, 2002).

Selye, no clássico *The stress of life* (1956), já demonstrava interesse na aparente relação entre o estresse e os sistemas imune, nervoso e endócrino. Hipócrates há mais de dois mil e quatrocentos anos, já especulava sobre o efeito dos humores nas doenças e a capacidade de cura das pessoas. Além disso, muitas práticas de pajelança e xamanismo enfatizam estas relações (SARDÁ JUNIOR, LEGAL & JABLONSKI JUNIOR, 2004). Estudos sobre o efeito placebo, por exemplo, demonstram a força que a sugestão ou o sistema de crenças do indivíduo, têm sobre a capacidade de resistência às doenças (SARDÁ JUNIOR, LEGAL & JABLONSKI JUNIOR, 2004; ROSSI, 1994).

A visão sistêmica do funcionamento biopsicossocial humano, clarificada por pesquisas no campo da Psiconeuroimunologia, apontou o papel de variáveis cognitivo-afetivas em diversas condições e doenças, indicando a necessidade de intervenções mais abrangentes, não limitadas à dimensão biológica do adoecimento. Assim, no que se refere ao tratamento das doenças claramente mediadas por fatores psicológicos, além do tratamento médico alia-se, com frequência, segundo Hoffmann et al. (2005), o tratamento psicoterápico; as técnicas de relaxamento, hipnose, grupos de auto-ajuda; o trabalho em conjunto do médico com o psicoterapeuta e o uso de drogas psicotrópicas, principalmente os ansiolíticos e os antidepressivos.

A compreensão das relações mente-corpo, objeto de estudos da psicossomática, desde a década de 1930 (ALEXANDER, 1989; VASCONCELLOS, 1998), foi fortalecida por resultados de pesquisas psicofisiológicas no campo do estresse e, posteriormente, por estudos realizados no modelo psiconeuroendocrinoimunológico (VASCONCELLOS, 2002; NEME, SOLIVA & RIBEIRO, 2003), ampliando as possibilidades explicativas e interpretativas do fenômeno saúde-doença.

De acordo com Vasconcellos (1998), a abordagem psicossomática e a psicoimunologia não são conceitualmente contraditórias ou excludentes, mas complementares, na medida em que investigam os mesmos fenômenos, com ênfases em diferentes variáveis. Para Vasconcellos (1998, p. 3): *“a totalidade de um fenômeno só pode ser compreendida se formos capazes de olhar os dois lados que o compõem”*.

A influência de fatores psíquicos relacionados à gênese de doenças tem sido estudada pela psicoimunologia. Trabalhos sobre estresse e sistema imune demonstram a existência de relações positivas entre estresse e medidas funcionais e numéricas das células do sistema imunológico em seres humanos (HERBERT & COHEN, 1993 apud NEME, SOLIVA & RIBEIRO, 2003; IRWIN, 2008; LUGOVIC et al., 2007; KEMENY & SCHEDLOWSKI, 2007).

Ao detalhar os efeitos do estresse no organismo, Sardá Junior, Legal e Jablonski Junior (2004) referem-se às descrições de Carlson (2002), quando especifica que o sistema imune consiste, basicamente, das células brancas do tecido sanguíneo (leucócitos), que são produzidas pela medula óssea e estimuladas por fatores químicos liberados pelo timo. A reação imunológica pode

ser dividida em dois tipos de reações: **a) Não específica** - é a reação inflamatória em reação a lesões em algum tecido, provocada por bactérias, fungos ou vírus. Esta reação faz aumentar a circulação sanguínea no local e a permeabilidade dos capilares. O maior fluxo sanguíneo facilita a chegada de leucócitos fagocitários ao lugar da lesão e estes vão combater os microorganismos invasores. No caso de uma infecção viral, as células infectadas produzem um peptídeo (interferon) que interfere na capacidade reprodutiva do vírus. Além dos leucócitos fagocitários e do interferon, um terceiro elemento, as células *natural killer* (um tipo de linfócito B, uma célula maior que os demais linfócitos, especializada em fagocitose de células doentes ou dispensáveis), está presente no tecido, atuando sobre células infectadas ou cancerosas; **b) Específica** – este tipo de reação é subdividida em *reações mediadas por substâncias químicas e reações mediadas por células*. No primeiro subtipo, as reações envolvem anticorpos, já que, todo microorganismo invasor possui uma forma de identificação (o antígeno) que informa para o organismo infectado sua natureza. Isso ajuda o organismo a combater o agente infeccioso através da produção de anticorpos específicos. Uma dessas estruturas responsáveis pela liberação de anticorpos é o linfócito B, que em contato com o microorganismo invasor, secreta imunoglobulinas que estimulam o funcionamento do sistema imune. Nas *reações mediadas por células* (linfócitos T, células especializadas na produção de anticorpos), os linfócitos T ficam acoplados à superfície da célula e, ao entrar em contato com os microorganismos invasores, eles os destroem, ou então, quando não são eficientes para isso, enviam sinais para outras células que auxiliam o organismo no combate aos invasores. Essa

comunicação entre os leucócitos se dá através das citocinas, que estimulam a divisão celular, além de estimularem a atividade das células *natural killer* (NK).

Os hormônios corticosteróides (especificamente, o cortisol), provocam interferência na comunicação entre os leucócitos, diminuindo a efetividade das citocinas. O estresse agudo tem como principal consequência o aumento da eficiência do sistema imune pela maior mobilização de leucócitos na pele; já o estresse crônico pode suprimir essa resposta pela ação do cortisol sobre as citocinas (SARDÁ JUNIOR, LEGAL & JABLONSKI JUNIOR, 2004).

Na resposta imune, a medula da supra-renal (porção interna da glândula), assim como outras glândulas, tem importante participação, liberando hormônios – adrenalina e noradrenalina – frente a qualquer estímulo simpático, seja ele medo, raiva, alegria, êxtase ou amor. Essa glândula pode ser considerada como a glândula de mobilização de energia (WILSON, 1985). Portanto, pode-se apontar que quando a interpretação de nossas emoções exige uma resposta, seja ela ofensiva ou defensiva, as supra-renais entram em ação. Segundo Wilson (1985), análises químicas qualitativas indicam que, pelo medo ou raiva, é possível exceder ou exaurir a capacidade que as supra-renais têm de fornecer a quantidade exigida de hormônios. O estado de exaustão muitas vezes nos isola de muitas influências benéficas de nosso ambiente, e podem causar fadiga física e mental, aumento de sensibilidade ao frio, perda de entusiasmo e criatividade, indecisão, irritabilidade e depressão. Há várias indicações de que muitas das doenças comuns em nossa sociedade urbana e industrializada se originam da exaustão das supra-renais.

Considerando os postulados de Solomon (1999) sobre as interações entre o sistema imunológico e o sistema nervoso, podem-se indicar diversas possibilidades de relações de influência entre fatores psicológicos e funcionamento imunológico. O estresse, tanto experimental (SOLOMON, 1969), como natural (KIECOLT-GLASER et al., 1987), está associado à imunossupressão. Acontecimentos que produzem uma ativação específica, vulgarmente conhecida como estresse agudo, induzem uma elevação da função imunológica. Já, o estresse crônico, induziria uma diminuição da competência imunológica (DHABHAR & MCEWEN, 1996; NALIBOFF et al., 1991).

Os efeitos do estresse também podem ser verificados por meio de estudos que, utilizando intervenções psicológicas e outros recursos paralelos para o seu manejo ou redução, mostram o retorno do organismo aos níveis homeostáticos anteriores à ação dos estressores. Ulla e Remor (2002); Sardá Junior, Legal e Jablonski Junior (2004), referem-se a estudos que utilizam técnicas de relaxamento como importantes recursos para o manejo e redução do estresse. Ao lado de observações e estudos clínicos em psicologia, nos quais as técnicas de relaxamento são utilizadas junto de outras intervenções para a redução dos efeitos negativos do estresse, encontra-se na literatura psicológica brasileira, vasto trabalho desenvolvido por Lipp e colaboradores, demonstrando a eficácia do uso das técnicas e treino de relaxamento como parte essencial de programas de controle do estresse em pacientes com diferentes tipos de patologias e em pessoas de diversas categorias profissionais (LIPP, 1996; LIPP & ROCHA, 1996; LIPP, 2003; LIPP, MALAGRIS & NOVAIS, 2007).

As técnicas de relaxamento buscam uma resposta psicofisiológica genérica e inespecífica, também chamada de *resposta de relaxação*, ativada pelo sistema nervoso parassimpático e destinada a produzir uma resposta de conservação energética (comportamento trofotrópico). A resposta de relaxação é ativa, e produz conservação de energia de um modo diferente da ativação simpática que gera respostas com alto grau energético (SARDÁ JUNIOR, LEGAL & JABLONSKI JUNIOR, 2004). O estado de relaxamento produz mudanças psicofisiológicas que são opostas ao efeito do sistema nervoso simpático, responsável pelas reações de ativação do corpo humano (BARA FILHO et al., 2002).

Um dos primeiros trabalhos que abordou a influência de intervenções psicológicas sobre certos parâmetros imunológicos foi desenvolvido por Kiecolt-Glaser et al., em 1987. Os pesquisadores selecionaram uma amostra aleatória de idosos, e compararam três grupos: um treinado em relaxamento, um em que se introduziu o contato social, e um grupo de controle. A intervenção, por meio da aplicação de técnicas de relaxamento, teve duração de um mês, no qual ocorreram três contatos por semana, com 45 minutos cada. Os resultados revelaram que no grupo de relaxamento produziu-se um aumento na atividade das células *natural killer* (NK), assim como uma diminuição dos anticorpos ao vírus de Herpes Simples.

As técnicas de relaxamento têm sido utilizadas em diversos estudos e sob diferentes formas, como por exemplo, no estudo de Green e Green (1987), no qual, além do relaxamento, também utilizaram visualização, a massagem e o permanecer deitado com os olhos fechados, verificando um aumento na

concentração da Imunoglobulina salivar A (s-IgA) nos indivíduos expostos ao relaxamento, à visualização e à massagem. Green, Green e Santoro (1988) realizaram um estudo no qual observaram um aumento significativo da concentração de s-IgA em intervenções com treinamento em relaxamento. Primo e Amorim (2008) realizaram estudo experimental com o intuito de avaliar os efeitos da técnica de relaxamento nos níveis de ansiedade e a relação entre ansiedade e concentração de imunoglobulina salivar A em mulheres puérperas. Os resultados evidenciaram diminuição significativa dos níveis do estado de ansiedade no grupo experimental ( $p=0,01$ ).

Bara Filho et al. (2002) analisaram os efeitos da técnica de relaxamento progressivo na redução/controle dos níveis de cortisol sanguíneo em nadadores durante determinado período de treinamentos. Os resultados indicaram a influência do tratamento experimental (relaxamento progressivo) na redução dos níveis de cortisol sanguíneo, demonstrando intensa relação psicofisiológica entre os processos do organismo humano e a necessidade de utilização de estratégias de controle do estresse excessivo.

Brasio (2003) enfatizou os benefícios do uso do relaxamento no tratamento do estresse associado à retocolite ulcerativa inespecífica. Brasio (2003) e Angelotti (2003), descreveram diferentes técnicas de relaxamento que podem ser utilizadas com pessoas de diferentes faixas etárias, com e sem patologias diagnosticadas, bem como a necessidade da prática e do domínio das técnicas de relaxamento para sua efetividade. Como já mencionado, não foram encontrados estudos utilizando técnicas de relaxamento com pacientes com LPO.

## **1.2 Enfrentamento do estresse e adaptação**

Os efeitos do estresse no ser humano dependem de como os estressores são avaliados e enfrentados. No homem moderno, a reação fisiológica de estresse apresenta poucas diferenças com relação às respostas dos animais. A grande variante se encontra não na reação ao estressor, mas na duração do evento. Segundo Sardá Junior, Legal e Jablonski Junior (2004), enquanto os animais reagem aos perigos concretos, imediatos e reconhecidos que os cercam, o homem, na maior parte das vezes não os identifica facilmente, e quando os reconhece, não pode eliminá-los diretamente (trânsito, trabalho, economia mundial, dentre outros estressores). A maioria dos eventos de estresse enfrentada pelo homem moderno caracteriza-se como ameaças simbólicas ou situações que não podem ser eliminadas e sim manejadas, constituindo-se o estresse psicológico e, freqüentemente, crônico. Assim, os eventos de estresse devem ser identificados, avaliados e reavaliados cognitivamente e afetivamente, para que possam ser enfrentados e minimizados (NEME, 1999).

Em Biologia, enfrentamento é compreendido como a capacidade de adaptação do organismo aos agentes nocivos, em termos de condutas gerais automatizadas; tal como na definição da Síndrome Geral da Adaptação (Selye, 1956). De acordo com Selye, após a exposição do organismo a eventos de estresse, ocorrem desorganizações ou alterações metabólicas gerais necessárias ao enfrentamento destes eventos, sendo que o organismo é reconduzido aos níveis de funcionamento anteriores à reação de estresse, pela ação de mecanismos homeostáticos auto-reguladores. Estes mecanismos, destinados a manter o equilíbrio funcional orgânico, já haviam sido indicados por Cannon (1911

apud SELYE, 1956), demonstrando que a submissão do organismo a situações agressivas prolongadas levava a alterações funcionais e anatômicas de órgãos e glândulas, com conseqüentes desorganizações metabólicas e oscilações na resistência orgânica (BOGLIOLO, 1972).

De acordo com Neme (1999), no campo da Psicologia, os interrelacionados fenômenos do estresse, enfrentamento e adaptação tem sido amplamente estudados com base em algumas de suas principais correntes teóricas, destacando-se as perspectivas psicanalítica e cognitiva, principalmente a partir da década de 1960.

A palavra `enfrentamento` é uma tradução do termo *coping*, da língua inglesa. Suas definições, formuladas pelos principais pesquisadores desta área, apresentam o conceito de “adaptação” como fator essencial em suas definições. Segundo Neme (1999), a maioria das pesquisas encontradas na literatura sobre enfrentamento, nesta área, tem enfatizado os aspectos adaptativos das respostas humanas aos eventos de estresse, do que aos aspectos psicopatológicos.

O processo de enfrentamento é desencadeado frente a quaisquer eventos de estresse, sejam eles internos ou externos. O construto enfrentamento tem despertado grande interesse na literatura psicológica (THOITS, 1995; HOB FALL, 2002). No modelo interativo do estresse (*stress transactional model*), enfrentamento "*refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de demandas externas ou internas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais*" (FOLKMAN et al., 1986, p. 572). Nesse modelo, determinado evento ou situação não é estressante *per se*: é relevante a avaliação (*appraisal*) da pessoa quanto ao caráter estressor do evento ou situação. Assim, a

mediação cognitiva influencia o processo de enfrentamento. Outro aspecto é que respostas aprendidas e habituais do repertório comportamental do indivíduo, muitas vezes, não são adequadas e suficientes para lidar com a nova situação, percebida como dano, ameaça ou desafio (ANTONIAZZI, DELL' AGLIO & BANDEIRA, 1998).

Segundo Lazarus e Folkman (1986), o enfrentamento é um processo constituído de conjuntos de estratégias cognitivo-comportamentais, cuja efetividade depende de que sejam dirigidas tanto aos problemas concretos como aos sentimentos e emoções ligados à situação de estresse. O enfrentamento efetivo reduz o potencial patogênico do estresse, pois reduz sua duração e manutenção, propiciando o retorno às condições de funcionamento psicofisiológico anteriores ao evento estressor.

Pesquisas no campo do estresse e do enfrentamento apresentam diversas formas, demonstradas por diferentes indivíduos, de lidar com situações estressantes. Essas variações dependem de múltiplos fatores, como: sexo, idade, cultura, crenças e valores pessoais, história de vida, escolaridade, experiências anteriores de enfrentamento e variáveis de personalidade, além da disponibilidade de recursos intelectuais, cognitivos, econômicos e sociais (LAZARUS & FOLKMAN, 1986; MELLO FILHO, 1992; NEME, 1999; NEME, SOLIVA & RIBEIRO, 2003; NEME, 2005). Trabalhando com pacientes oncológicos, Neme (1999; 2005) constatou relações de influência entre maior nível de escolaridade; maior nível de informações; fé; experiências bem sucedidas de familiares ou de amigos que tiveram câncer; apoio familiar e social; aspectos de personalidade

e/ou atitudes mais positivas e menos depressivas, dentre outros fatores, e modos mais efetivos de enfrentamento do câncer e de seus tratamentos.

No campo da saúde, a profusão de pesquisas sobre enfrentamento, principalmente a partir dos anos 1980, tem permitido a produção de conhecimento sobre o tema e o desenvolvimento de intervenções junto a pessoas acometidas por agravos diversos, em especial enfermidades crônicas. Pesquisas sobre estratégias de enfrentamento em contextos de saúde e doença têm valorizado a análise do padrão e/ou repertório de enfrentamento, bem como a identificação de aspectos sociodemográficos, médico-clínicos e psicológicos associados à utilização de estratégias de enfrentamento (ENDLER & PARKER, 1999; SEIDL, TRÓCCOLI & ZANNON, 2001).

Sob um paradigma de trabalho similar ao utilizado nos estudos sobre a influência do estresse na competência imunológica, Ulla e Remor (2002), citam diversas pesquisas realizadas com o objetivo de identificar possíveis estilos de enfrentamento que pudessem estar relacionados com alterações na imunocompetência, assim como aqueles mais adaptativos, que não derivaram em diminuição da competência imune. Mudanças adaptativas no estilo cognitivo de enfrentamento mostraram-se preditores efetivos de mudanças positivas na resposta de anticorpos após um evento estressante em uma amostra de estudantes (LUTGENDORF et al., 1994). Temoshok (1993) encontrou, em pacientes soropositivos sintomáticos, uma relação positiva e estatisticamente significativa entre um alto número de células *Natural Killer* (NK) e baixa preocupação com a infecção por HIV, baixo nível de fadiga e a prática correta de auto-cuidado. Portanto, um estilo de enfrentamento ativo e uma confrontação

adequada das próprias emoções estariam relacionados a um melhor funcionamento imunológico e a adaptações mais saudáveis.

Segundo Ulla e Remor (2002), uma perspectiva diferente, apresentada por Reed et al., em 1994, observa que a *aceitação realista* – conceito até então entendido como uma atitude adaptativa – entendida como estilo de enfrentamento, prediz um decréscimo no tempo de sobrevivência em homossexuais com AIDS, lançando a hipótese de que ilusões positivas (*positive illusions*) podem ser mais adaptativas que crenças realistas (*realistic beliefs*). Portanto, a implementação de intervenções para incrementar estratégias de enfrentamento adaptativas a pessoas soropositivas ao HIV poderia estar atuando como recurso protetor contra uma aceleração da progressão viral mediada por fatores psicológicos.

Ao estudar 130 pacientes com diferentes tipos de câncer, Neme (1999) constatou a existência de estilos individuais de enfrentamento, os quais se manifestariam desde o momento do diagnóstico e se manteriam durante toda a trajetória do tratamento. Os estilos de enfrentamento, diferentemente do que é conceituado como traços psicológicos, são mais flexíveis e dinâmicos, alterando-se ou adaptando-se a novas situações e aos modos de enfrentamento dos familiares ou cuidadores dos pacientes oncológicos estudados. De acordo com a pesquisadora, pacientes oncológicos que, na fase do diagnóstico reagiram com desalento, desesperança e reações depressivas, tendiam a manter este modo de enfrentamento durante toda a trajetória dos tratamentos. Pacientes mais ativos, que reagiram com medo, porém mantiveram expectativas positivas e força de luta e tenderam a demonstrar mais motivação durante todo o tratamento e para lidar com intercorrências do que outros pacientes mais passivos e dependentes. A fé,

quando associada à autoconfiança e à confiança nos médicos, medicamentos e tratamentos propostos foi mais efetiva como recurso de enfrentamento do que a fé unilateral em Deus ou na religião. Neme (1999) também constatou que os pacientes tendiam a enfrentar mais diretamente as situações objetivas ligadas à doença quando seus familiares dirigiam esforços de enfrentamento às emoções e lidavam mais com suas emoções quando os familiares enfrentavam melhor os problemas concretos ligados à hospitalização, à doença e tratamentos, demonstrando a flexibilidade nos modos individuais de enfrentamento dos pacientes estudados.

Baseando-se em estudos de Lazarus e Folkman (1986) e de autores psicanalíticos, Neme (1999), destaca que o conceito de enfrentamento diferencia-se do conceito de mecanismo de defesa, embora ambos os processos destinem-se a promover a redução da ansiedade e levar à adaptação. Muitas das estratégias dirigidas à emoção foram identificadas a partir de teorias e pesquisas sobre os mecanismos de defesa, utilizados praticamente em todo tipo de interação geradora de estresse. A modificação na forma de vivenciar uma situação, também envolve processos cognitivos de enfrentamento dirigidos à emoção. Tais estratégias são equivalentes a uma re-avaliação da situação, incluindo manobras para diminuir a sensação de ameaça e alterar os estados emocionais.

De acordo com Neme (1999), mecanismos defensivos como a negação, a evitação, a racionalização e a atenção seletiva, se não dissociados da realidade, funcionam como estratégias de enfrentamento, especialmente em situação de estresse grave ou adversidade, em que o indivíduo necessita manter a esperança e lançar-mão de diferentes recursos para lidar com o evento. A atenção seletiva

pode ser considerada uma estratégia de enfrentamento que não visa mudar o significado do acontecimento, mas evitá-lo ou esquecê-lo, por meio de comportamentos tais como: fazer exercícios físicos, meditar, beber, tomar medicamentos, comer, falar com outros, etc. Estas atuações visam reduzir o estresse, aliviar a tensão ou obter apoio social (WEISMAN & WORDEN, 1977 apud ROWLAND, 1990).

Embora os processos de enfrentamento dirigidos à atenção possam alterar o significado de uma situação, nem sempre expressam distorções da realidade, como pode ocorrer com os mecanismos de defesa, podendo apenas estar servindo à conservação do otimismo e expectativas positivas em situações de estresse excessivo (LAZARUS & FOLKMAN, 1986). No entanto, o grau de normalidade ou de patologia de uma reação ao estresse deve ser investigado no contexto geral da situação vivida pelo sujeito.

Os resultados adaptativos dos modos de enfrentamento individuais não são facilmente verificáveis. Segundo Lazarus e Folkman (1986), pode-se avaliar estes resultados, analisando-se as condições do indivíduo em termos de seu funcionamento social; de seu “estado moral”, ou do conjunto de emoções e avaliações pessoais de maior ou menor satisfação que vão surgindo durante o processo de enfrentamento, além de suas condições de saúde ou bem-estar geral.

Lazarus e Folkman (1986) destacam que a complexidade de certas situações de estresse e/ou a existência de certos fatores e impedimentos pessoais, podem prejudicar ou impedir a utilização de recursos de enfrentamento pelo indivíduo. Medos, sentimentos de culpa, intolerância à ambiguidade, crenças, valores pessoais e culturais, sentimento de coação e outros fatores podem levar o

indivíduo a adiar a utilização e/ou não utilizar determinados recursos, mesmo dispondo de vários.

Ao aprofundar-se na concepção cognitiva de enfrentamento, Neme (1999), entende que o efeito do evento de estresse sobre o indivíduo depende, em grande parte, das avaliações cognitivas realizadas e emoções desencadeadas no processo, o que vem também sugerir a relevância das condições psicológicas prévias do indivíduo para o aproveitamento adaptativo dos recursos de enfrentamento dos quais dispõe. Embora, na concepção cognitiva, os recursos emocionais e afetivos e os cognitivo-intelectuais sejam apresentados separadamente, estes podem ser considerados como pertencentes à categoria geral dos recursos psicológicos.

Abordando as diferenças e semelhanças entre enfrentamento e mecanismo de defesa, Neme (1999; 2005) cita vários teóricos psicanalíticos, concluindo que se pode falar em mecanismo de defesa quando as reações do indivíduo frente ao estresse são mais regressivas, primitivas, dissociadas da realidade e, portanto, com menor potencial adaptativo. Para Fiorini (1987), o estudo dos recursos egóicos e de suas funções é necessário para a compreensão do comportamento e dos mecanismos dinâmicos que o influenciam em suas relações com o meio. Esses recursos são atualmente reconhecidos como mais autônomos e importantes, abrangendo: adaptação à realidade, o controle de impulsos, a regulação homeostática e o aumento da tolerância à ansiedade e à frustração. Segundo Fiorini (1987), as funções egóicas básicas associadas às funções defensivas têm importante papel no conjunto dos recursos psicológicos de

enfrentamento, destacando-se a sublimação como importante defesa na adaptação social.

Desta forma, os recursos de enfrentamento são condições indispensáveis para a redução ou o aumento da vulnerabilidade pessoal a diferentes situações de estresse, bem como, segundo Neme (1999, p.92), *co-determinam a suficiência (ou insuficiência) das estratégias de enfrentamento utilizadas pelo indivíduo*. A suficiência (ou insuficiência) de tais estratégias vai interferir diretamente nos processos adaptativos e em sua eficácia ou ineficácia.

Para Freitas e Oliveira (2006), o indivíduo, visto como um ser biopsicossocial possui mecanismos adaptativos inatos e adquiridos, os quais lhe permitem adaptar-se às mudanças que ocorrem, sejam internas ou externas. A adaptação é influenciada pelo desenvolvimento de sistemas de enfrentamento reguladores (transmissores químicos, neurais e endócrinos) e cogniscentes (cerebrais superiores de percepção, julgamento e emoção).

Adaptação, para Simon (1989), é entendida como o conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida. Para o autor, a capacidade de adaptação nos permite separar os organismos vivos dos não vivos e, assim como na abordagem psicanalítica, considera os conceitos de adaptação e de crise como indissociáveis.

Refletindo sobre as mudanças graduais e bruscas da adaptação humana, Simon (1989) cita as contribuições de Ana Freud (1936), para quem, independentemente da força do ego, há certas adaptações que só se realizam sob o impacto de crises e/ou por mudanças bruscas. O novo, de um modo ou de outro

e variando conforme o indivíduo transforma-se em um conteúdo que ameaça explodir ou abalar a personalidade, gerando o pavor da mudança catastrófica. Segundo Dameto (2007, p.16), *na teoria Psicanalítica, a crise seria a pré-condição necessária para a ocorrência de mudança significativa. É impossível evitar-se tais crises, e delas resulta o progresso ou a regressão, tendo em vista que elas podem constituir-se em fatores de risco ao desenvolvimento saudável, dependendo da forma como são enfrentadas, dos recursos utilizados para seu enfrentamento e das possibilidades de adaptação resultantes desse processo.*

Para Simon (1989), o conceito de crise pode ser entendido de modo bidirecional: *crise por perda* ou *crise por aquisição*, assinalando que, em ambas há a angústia diante do novo e do desconhecido, porém diferenciando-se nos sentimentos. Na crise por perda (ou expectativa de perda), os sentimentos predominantes são de depressão ou culpa, e na crise por aquisição (ou expectativa de aquisição), podem predominar os sentimentos de dúvida, insegurança e inferioridade quanto à capacidade ou adequação.

As situações de crise são apontadas como necessárias para o desenvolvimento de habilidades adaptativas. A consciência da realidade provoca a angústia, e esta predispõe o ego ao dispêndio da energia necessária para enfrentar os dissabores e manter a adaptação estável por longo prazo (DAMETO, 2007).

Tendo em vista a complexidade e a interdependência entre os conceitos de estresse, enfrentamento e adaptação; as relações de influência entre estresse, alterações psicoimunológicas e o aparecimento de várias doenças, incluindo o LPO, bem como a necessidade apontada por diferentes pesquisas, de

que o profissional de saúde desenvolva métodos e técnicas capazes de diagnosticar e de intervir, auxiliando os indivíduos a lidarem melhor com suas fontes de estresse, desenvolvendo adaptações não patológicas, considera-se relevante a realização de estudos que considerem essa complexidade e as necessidades apontadas nas pesquisas nessa área.

### **1.3 Intervenções psicológicas: a Escala Diagnostica Adaptativa e Operacionalizada – Redefinida e a Psicoterapia Breve Operacionalizada**

A partir da década de 1970, após constatar a carência de métodos e técnicas capazes de diagnosticar a adaptação e de auxiliar na readaptação mais eficaz, o Prof. Dr. Ryad Simon desenvolveu a EDAO-R (Escala Diagnóstica Operacionalizada e Adaptativa – Redefinida) e a PBO (Psicoterapia Breve Operacionalizada).

A EDAO (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada) foi desenvolvida para avaliar a eficácia da adaptação, ou seja, a capacidade dos indivíduos em responder adequadamente a situações-problema da vida. Desde a sua concepção, sofreu modificações que visaram sempre uma maior operacionalização de suas categorias de análise. Inicialmente, consistia apenas de uma proposta de classificação do sujeito quanto à eficácia da adaptação geral. Antes de ser organizada como uma escala completa e publicada, já a partir de 1977, passou a ser considerada como resultado da combinação da adequação das respostas do sujeito a quatro setores da personalidade: Afetivo – Relacional (A-R); Produtividade (Pr); Sócio-Cultural (S-C) e Orgânico (Or). Por meio de sua utilização e de pesquisas realizadas com sua utilização, a avaliação qualitativa foi complementada por uma avaliação quantitativa dos setores adaptativos avaliados,

atribuindo-se pontuações diferenciadas as categorias de adaptação (Adaptação Eficaz; Adaptação Ineficaz Leve; Adaptação Ineficaz Moderada; Adaptação Ineficaz Severa). Apesar dos benefícios trazidos pelo esquema de pontuação proposto, a escala ainda apresentava algumas necessidades de ajuste, conforme apontado pelo Prof. Dr. Abílio da Costa Rosa (1995 apud ALVES, 2001). De acordo com a proposta original havia casos em que sujeitos com configurações adaptativas diferentes podiam ter a mesma pontuação geral, ou ainda, um sujeito, com configuração adaptativa mais prejudicada podia ter uma pontuação mais alta que a de outro, com adaptação mais eficaz. Para contornar esta dificuldade, o Dr. Abílio, sugeriu outra forma de quantificação, que se baseava na presença ou não de conflito. Esta, porém, não impedia que sujeitos com a eficácia adaptativa mais prejudicada tivessem pontuação superior a outros com adaptação mais eficaz, como assinalado por Yamamoto, em 1996. Simon então propôs nova quantificação das categorias da EDAO, o que resultou numa nova versão daquela escala, como Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – Redefinida (EDAO–R). Na nova versão, são quantificados o setor Afetivo–Relacional (A-R) e o da Produtividade (Pr), sendo que os demais são objeto de avaliação qualitativa, instrumentalizando a Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO).

Simon (1989) considera o sujeito em “crise” quando este não encontra qualquer forma de solução em curto prazo para um problema vital. Segundo Alves (2001), a crise ocorre quando há um “aumento” ou uma “redução significativa” do espaço do universo pessoal. O termo “significativa” é uma incógnita, pois depende dos valores do indivíduo. “Universo pessoal” é o conjunto formado pela pessoa

(psicossomático), mais a totalidade de objetos (outras pessoas, bens materiais ou espirituais e situações culturais).

Para qualificar a adaptação, e esta ter um valor classificatório, Simon (1989) aponta que a adaptação deve ser avaliada segundo a *adequação* do conjunto de respostas que o sujeito apresenta para a satisfação de suas necessidades. Propõe avaliar a adequação segundo três critérios: 1º) a resposta dada pelo sujeito soluciona o problema?; 2º) a solução do problema trás algum grau de satisfação?; 3º) a solução do problema acarreta algum grau de conflito intrapsíquico ou com o ambiente?

De acordo com esses critérios, as respostas dadas pelo sujeito podem ser classificadas da seguinte forma (tabela 1):

Tabela 1. Classificação das respostas da EDAO-R.

| <b>Classes de Adaptação</b> | <b>Soluciona o problema</b> | <b>Trás gratificação</b> | <b>Acarreta conflitos</b> |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Adequada                    | SIM                         | SIM                      | SIM                       |
| Pouco adequada              | SIM                         | SIM                      | NÃO                       |
| Pouco adequada              | SIM                         | NÃO                      | SIM                       |
| Pouquíssimo adequada        | SIM                         | NÃO                      | NÃO                       |

O campo abrangido pelo conceito de adaptação, de acordo com Simon (1989), é subdividido em quatro setores de funcionamento: Afetivo-Relacional (A-R); Produtividade (Pr); Sócio-Cultural (S-C); e Orgânico (Or). Entretanto, para quantificação, considera-se apenas os setores A-R e Pr.

A PBO, modelo de Psicoterapia Breve também criado por Ryad Simon tem seu planejamento em função das situações-problema (sempre as mais atuais) e suas interações com os setores adaptativos (A-R, Pr, S-C e Or), detectadas

através da EDAO-R. Essa psicoterapia visa levar o paciente a compreender as razões de suas soluções pouco adequadas e, conseqüentemente reformular as soluções pouco ou pouquíssimo adequadas nos quatro setores adaptativos (ALVES, 2001).

A Psicoterapia Breve dinâmica, de acordo com Knobel (1986), é uma psicoterapia de tempo e de objetivos limitados, focalizada em conflitos mais atuais, a serem trabalhados de forma não regressiva e não transferencial, por meio de *insights* predominantemente cognitivos. Segundo Cordioli (1993), atualmente quase todas as abordagens em psicoterapia desenvolveram técnicas de psicoterapia breve, de modo a responder às necessidades atuais no campo da saúde mental. Para Neme (2005), a psicoterapia breve pode favorecer a democratização do acesso às psicoterapias por camadas da população tradicionalmente excluídas desta forma de tratamento, bem como, possibilita o uso das psicoterapias em contextos institucionais como os hospitais, com diferentes tipos de pacientes e demandas, dada sua flexibilidade e a possibilidade de incorporar recursos terapêuticos ecléticos.

A psicoterapia breve formulada por Simon (2005), tem tempo determinado de, no máximo, doze sessões, sendo uma por semana e com duração de 50 minutos. É uma técnica não regressiva e o psicoterapeuta faz intervenções ativamente circunscritas e planejadas, auxiliando nas discriminações das condições da realidade e das distorções criadas pelo paciente, além de ter a flexibilidade para adequar as estratégias terapêuticas às necessidades da situação. A análise e a interpretação sistemáticas da transferência não fazem parte do eixo da PBO, embora devam ser utilizadas como forma de compreender

o paciente e seu padrão de relações, podendo-se usar a interpretação da transferência para evitar o abandono da terapia ou sua desvalorização.

Considerando os conceitos de estresse e crise e os de enfrentamento e adaptação e suas relações com a emergência de diferentes tipos de doenças ligadas ao funcionamento imune, tal como o LPO e, ainda, buscando contribuir para a identificação e o desenvolvimento de formas de intervenções psicológicas capazes de promover redução de danos produzidos pelo estresse e adaptações mais saudáveis ou eficazes, foi realizado um estudo longitudinal com dez pacientes adultos com LPO, os quais foram avaliados em 2003 e reavaliados em 2008. Na primeira avaliação foram mensuradas as lesões de LPO e foi averiguado a eficácia adaptativa dos participantes por meio da EDAO-R, antes e após a realização de Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO), com base na proposta de Yoshida (1989) e de Simon (2005).

Com base nos resultados obtidos na primeira avaliação e, levando-se em conta a necessidade de se verificar a manutenção ou não das melhoras verificadas nesses participantes quanto à capacidade de lidar com o estresse e realizar adaptações eficazes, bem como o caráter inconstante que as lesões do LPO podem apresentar, considerou-se a relevância de se reavaliar os pacientes, visando verificar a manutenção, ao longo do tempo, dos ganhos terapêuticos por eles obtidos após a psicoterapia, tanto nas lesões bucais como na eficácia adaptativa, constatados após a primeira avaliação.

A realização desse estudo também considerou a escassez de estudos longitudinais na literatura da área; a necessidade de se contribuir para o fortalecimento da utilização de intervenções psicológicas no tratamento de

doenças orgânicas e a clarificação dos fatores emocionais possivelmente implicados em sua gênese, estimulando a incorporação dos conhecimentos psicológicos em programas de prevenção e tratamento de doenças como o LPO.

Os estudos longitudinais visam acompanhar os mesmos indivíduos ao longo de determinado período de tempo. Eles nos permitem avaliar as sequências de mudanças, as consistências ou inconsistências individuais através do tempo (BEE, 1997). O contato do pesquisador por longo tempo com os dados de pesquisa maximizam a credibilidade dos dados (ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZNAJDER, 1999). Entretanto, os estudos longitudinais são raros devido às dificuldades encontradas pelos pesquisadores em manter uma mesma amostra por longos períodos de tempo.

De acordo com a definição do DeCS (descritor vinculado à BIREME – Biblioteca virtual em saúde), no estudo longitudinal as variáveis relacionadas a um indivíduo ou grupo de indivíduos são acompanhadas por anos e com contato em intervalos regulares (BIREME, 2008). Nestes estudos os dados pesquisados são coletados em, ao menos, dois momentos.

Ao abordar a importância dos estudos longitudinais para a Psicologia do Desenvolvimento Humano, Bee (1997) cita alguns estudos, nos quais, apesar das dificuldades de acompanhamento das amostras ao longo de vários anos, centenas de sujeitos foram estudados com relação ao crescimento (VAILLANT, 1977 apud BEE, 1997) e a outras variáveis como diferentes tipos de acontecimentos-chave pelos quais passaram na adolescência e juventude (estudo de Berkeley/Oakland/Growth Study).

Entre os estudos longitudinais brasileiros conhecidos na literatura estão os de Victora et al. (1996), que desenvolveram uma pesquisa de grande porte com população materno-infantil da região urbana do Sul do Brasil entre 1982 e 1993. O estudo foi composto de cinco subprojetos, cada qual com metodologia e logística específicas e que incluíram as pesquisas perinatal, de acompanhamento até doze meses, de mortalidade, de morbidade hospitalar e de desenvolvimento infantil.

Ressalta-se também o estudo de Lacerda et al. (2007), no qual estudaram o consumo alimentar de gestantes e mulheres em período pós-parto segundo a cor da pele entre 1999 e 2001, além do trabalho de Carvalho, Brito e Matsuo (2007), que realizaram levantamento com intuito de analisar a mortalidade intra-hospitalar dos recém-nascidos de muito baixo peso, considerando a evolução clínica e os fatores associados à mortalidade entre 2002 e 2004. Em Bauru (São Paulo; Brasil), foi realizado um estudo com crianças contaminadas por chumbo, que avaliou longitudinalmente, o desempenho intelectual das crianças avaliadas em 2002, após três anos da contaminação (RIBEIRO, 2007).

O trabalho interdisciplinar tem sido valorizado em diferentes estudos, sendo apontado como aspecto de relevância científica. De acordo com Vasconcellos (2000), a interface entre campos do conhecimento humano é de vital importância para a área da saúde, especialmente para as próximas décadas. Sem o exercício da interdisciplinaridade, segundo o autor, nos tornaremos fomentadores de uma profunda iatrogenia e responsáveis pelo descrédito e malefício não apenas do atendimento, mas também de nossas profissões.

Do ponto de vista social, este estudo, em área de interface entre a Psicologia e a Odontologia, apresenta-se relevante, tendo em vista que busca

esclarecer aspectos psicossociais de pacientes com uma doença odontológica e avaliar benefícios à saúde física e mental aos pacientes, obtidos por meio de intervenções psicológicas e de psicoterapia breve, fortalecendo esta área de interface e a cooperação entre odontólogos e psicólogos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Realizar estudo longitudinal de 10 pacientes diagnosticados em 2003 com LPO, investigando suas condições de saúde, ocorrência de eventos de estresse e formas de enfrentamento no período de 2003 a 2008, e a eficácia adaptativa atual.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a) Investigar se, no período de 2003 a 2008, os participantes apresentaram alguma lesão de LPO ou em outra parte do corpo;
- b) Investigar se, os pacientes que relataram ter apresentado alguma lesão de LP no período considerado, fizeram ou não tratamento para a doença e, em caso afirmativo, obter informações sobre a doença e os tratamentos realizados;
- c) Identificar a ocorrência de situações de estresse e modos de enfrentamento nos 10 pacientes avaliados, no período de 2003 a 2008;
- d) Avaliar a eficácia adaptativa dos participantes por meio da EDAO-R e comparar a avaliação atual com a obtida em 2003.
- e) Verificar, com a ajuda de Odontólogo colaborador, a ocorrência de lesões de LPO e mensurar essas lesões;
- f) Estabelecer possíveis relações entre o estresse e os modos de enfrentamento relatados pelos participantes, referente ao período de 2003-2008; as lesões de LP ocorridas nesse período; as lesões atuais de LPO e a eficácia adaptativa avaliada.

### 3 MÉTODO

Trata-se de estudo longitudinal, qualitativo, no qual 10 pacientes foram avaliados quanto às lesões de LPO e quanto à eficácia adaptativa (EDAO-R) e submetidos à Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO) em 2003 e reavaliados após cinco anos, com relação às lesões de LPO e à eficácia adaptativa (EDAO-R).

#### 3.1 Local

A coleta de dados, em ambas as avaliações, ocorreu no PromoVi (Centro de Promoção da Qualidade de Vida), unidade vinculada à Faculdade de Odontologia de Araçatuba FOA/UNESP.

#### 3.2 Participantes

A amostra deste estudo foi constituída por nove mulheres e um homem, conforme aparece na Tabela 2. Todos os participantes apresentavam ao menos uma lesão de LPO e nenhum deles tomou medicação ou fez tratamento para LPO nos cinco anos de intervalo entre as avaliações do estudo.

Tabela 2. Dados demográficos dos participantes.

| Participante | Sexo      | Profissão/Ocupação  | Idade | Estado civil |
|--------------|-----------|---------------------|-------|--------------|
| 1            | Feminino  | Aposentada          | 74    | Casada       |
| 2            | Feminino  | Do lar              | 70    | Casada       |
| 3            | Feminino  | Do lar              | 66    | Viúva        |
| 4            | Feminino  | Aposentada          | 60    | Casada       |
| 5            | Feminino  | Aposentada          | 58    | Casada       |
| 6            | Feminino  | Do lar              | 58    | Casada       |
| 7            | Feminino  | Aposentada          | 65    | Solteira     |
| 8            | Feminino  | Do lar              | 68    | Casada       |
| 9            | Masculino | Aposentado          | 68    | Casado       |
| 10           | Feminino  | Empregada doméstica | 65    | Casada       |

A faixa etária dos participantes foi de 58-74 anos, com uma média de 65,2 anos (desvio padrão 5,09), sendo que, na primeira avaliação, a faixa etária era de 53 a 69 anos de idade (média de 60,2 e desvio-padrão de 5,09). Na segunda avaliação, cinco participantes estavam aposentados (*participantes 1, 4, 5, 7 e 9*), sendo que o único homem ainda trabalhava após a aposentadoria. Dentre as demais participantes, uma (*participante 10*) trabalhava como empregada doméstica e quatro (*participantes 2, 3, 6 e 8*) descreveram-se como “do lar”. Oito participantes declararam-se casados, uma participante ficou viúva há cerca de um ano e outra declarou-se solteira.

### 3.3 Instrumentos

- EDAO-R (Simon, 1989), utilizada em ambas as avaliações;
- Medidas de lesões de LPO, realizadas por odontólogo colaborador nas duas avaliações;
- Relatórios de sessões de PBO;
- Roteiro de Entrevista sobre Estresse, Enfrentamento e Saúde (Anexo I), elaborado apenas para a segunda avaliação. Contém oito ítems que se ramificam em subítems e são referentes à: 1) Identificação do participante (nome, sexo, profissão/ocupação, estado civil, idade atual); 2) data da entrevista; 3) ocorrência de doenças no período de 2003-2008 (diagnósticos; período de ocorrência; tratamento; resultados); 4) ocorrência de lesões de LPO no período de 2003-2008 (local e período de ocorrência, tratamento, local de realização do tratamento, resultados); 5) ocorrência de lesões de LP, no mesmo local ou em outra parte do corpo, no período de 2003-2008 (local e número das lesões, tratamento, período e local de realização do tratamento, resultados); 6) Eventos de estresse – nas áreas da saúde, do trabalho, das relações

sociais, das relações familiares, das relações afetivo-sexuais e outros (descrição, período de ocorrência e importância do evento para o participante, formas referidas de lidar com o evento, superação e satisfação com a solução relatada); 7) mudanças observadas quanto aos aspectos afetivo-sexuais, familiares, sociais, da produtividade e relacionados à saúde que podem ter sido geradas a partir do processo de psicoterapia de grupo ocorrido em 2003; 8) opinião do participante se há, por parte dele, suspeita ou confirmação de alguma lesão oral (LPO) no momento da entrevista e porque motivo tem a opinião referida.

### **3.4 Procedimento**

#### **Primeira avaliação:**

Ao realizar atividades de aprimoramento em caráter voluntário junto ao PromoVi (Centro de Promoção da Qualidade de Vida), unidade vinculada a Faculdade de Odontologia de Araçatuba – FOA/UNESP, a pesquisadora foi solicitada a realizar um estudo com pacientes diagnosticados como portadores de LPO. Segundo os profissionais solicitantes, as formas de tratamento odontológico, médico e/ou medicamentoso atuais não são suficientemente eficazes, pois o comportamento da patologia (remissões e exacerbações) ainda não está totalmente esclarecido. Considerou-se, portanto, a necessidade de se investigar formas alternativas de tratamento dos pacientes com LPO, tendo sido sugerido pela pesquisadora, o tratamento psicoterápico. Elaborou-se, então, um projeto, visando investigar os efeitos da psicoterapia nas lesões de LPO e na capacidade adaptativa dos pacientes estudados.

Para a primeira avaliação, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UNESP de Araçatuba, 76 pacientes foram identificados junto ao setor de triagem do Laboratório de Patologia da

instituição, listados e contatados por meio de cartas-convocação. Compareceram nos dias agendados para o primeiro contato, 32 pacientes, que foram individualmente informados sobre a pesquisa e optaram por participar ou não da mesma. Dez sujeitos aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (Anexo II); dois pacientes não apresentavam mais a lesão e foram dispensados; seis utilizavam medicação para LPO (corticóides) e foram excluídos e quinze não se dispuseram e/ou alegaram não poder participar da intervenção psicoterápica e do estudo. Os dez pacientes que aceitaram participar compuseram a amostra do estudo.

Antes da coleta de dados para este estudo, os pacientes foram submetidos a exames histopatológicos (biópsias) para a confirmação do LPO. Os pacientes que compuseram a amostra foram entrevistados individualmente, de acordo com a EDAO-R. Após passarem por consulta com os odontólogos colaboradores para a realização da mensuração das lesões de LPO, participaram de 12 sessões grupais de PBO, conduzidas pela psicóloga pesquisadora e por outra psicóloga que atuou como co-terapeuta e fez os registros das sessões, utilizadas como fonte de depoimentos ou de relatos dos participantes.

A PBO teve como foco a sintomatologia e a adaptação dos participantes frente às situações-problema da vida, consideradas crises ou fontes de estresse, com base nos informes obtidos nas entrevistas prévias (EDAO-R) de cada paciente e o que relatavam durante as sessões psicoterápicas. Também ocorreram, ao final das sessões, práticas da técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson (SARDÁ JUNIOR, LEGAL & JABLONSKI JUNIOR, 2004) e orientações cognitivas quanto à importância da busca de recursos que poderiam

contribuir para o auto-conhecimento e, conseqüentemente para um melhor manejo das situações-problema. Dessa forma, utilizou-se a psicoterapia breve nos moldes propostos por Simon (1989), ou seja, a PBO, incorporando-se o recurso do relaxamento progressivo, tendo em vista o potencial desta técnica em reduzir os efeitos do estresse e, conseqüentemente, em auxiliar no tratamento de doenças orgânicas a ele associadas. Além disso, dadas as necessidades e possibilidades da instituição na qual a avaliação foi realizada, optou-se por realizar a PBO de forma grupal, considerando, também, o potencial terapêutico das práticas grupais no campo das psicoterapias (CAMARA, 1987).

Ao final das 12 sessões de psicoterapia, os participantes realizaram novas entrevistas individuais (EDAO-R) com a pesquisadora e novas mensurações de lesões de LPO com os odontólogos colaboradores. Todos os participantes compareceram às sessões de psicoterapia, sendo que cinco nunca faltaram e os demais tiveram, no máximo, três faltas.

### **Segunda avaliação:**

Para a realização da segunda avaliação, em 2008, novamente se obteve a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UNESP de Araçatuba. Os participantes foram contatados por telefone e foram convidados a participar dessa avaliação, em horário previamente agendado. No dia marcado, cada participante recebeu as informações sobre o estudo e seus procedimentos e assinou o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (Anexo III). Após a obtenção do consentimento, as entrevistas foram realizadas (EDAO-R e Roteiro de Entrevista Estresse, Enfrentamento e Saúde) e, em seguida, as medidas de lesão de LPO foram tomadas. As entrevistas foram

gravadas em áudio com gravador digital de voz e posteriormente transcritas na íntegra.

As mensurações e a análise da localização de lesões de LPO foram realizadas por Odontólogo colaborador. Considerou-se a medida de maior diâmetro de cada lesão e sua localização.

### **3.5 Análise de dados**

A EDAO-R foi corrigida pela pesquisadora de acordo com os critérios publicados por Simon (1989) e descritos no item 1.3 da parte de INTRODUÇÃO. Tal correção foi realizada por dois juízes (Psicólogos colaboradores) com experiência na aplicação e correção da escala. As avaliações dos dois juízes independentes foram concordantes com as da pesquisadora, excetuando-se dois casos (*participantes 1 e 6*) na segunda avaliação, nos quais a pesquisadora avaliou como “adaptação eficaz” e um dos juízes avaliou como “adaptação ineficaz leve”. O segundo juiz apresentou avaliações concordantes com o primeiro juiz, motivando a revisão e a concordância da pesquisadora, com as avaliações de ambos os juízes, tendo em vista que identificou a existência de conflitos nas *participantes 1 e 6*, anteriormente não percebidos. As avaliações realizadas em 2003 e 2008 foram então comparadas.

As medidas de lesão de LPO obtidas em 2003 foram também registradas e comparadas com as obtidas em 2008.

Os dados referentes ao Roteiro de Entrevista sobre Estresse, Enfrentamento e Saúde foram analisados de forma qualitativa – foram determinadas categorias de respostas que serviram para a identificação das

situações de estresse e das estratégias de enfrentamento relatadas, referentes ao período 2003-2008.

Para a comparação dos resultados, foram inicialmente pareadas as avaliações da EDAO-R e as mensurações das lesões de LPO obtidas em 2003 e em 2008, nos dez casos estudados. A seguir, foram comparados os dados sobre estresse e enfrentamento obtidos na entrevista, com os resultados da EDAO-R e as medidas do LPO obtidos em 2003 (antes e após a PBO) e em 2008. Foi então realizada a análise de cada um dos casos estudados, considerando todas as medidas efetuadas assim como as respostas aos diferentes instrumentos. Posteriormente, foram comparados os resultados obtidos nos dez casos estudados em termos de similaridades e diferenças, buscando atender aos objetivos propostos nesse estudo.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos pacientes em tratamento na instituição na qual os dados foram coletados, era composta de mulheres (N=9) e apenas um homem, de modo concordante com a literatura sobre LPO, doença que ocorre em cerca de 1% a 2% na população geral, aparecendo com maior frequência entre mulheres (MONTI et al., 2006). Sousa e Rosa (2008), após levantamento de 79 casos de LPO, diagnosticados no período de 1974 a 2003, observaram que as mulheres são quase quatro vezes mais acometidas do que os homens. Com relação à faixa etária, a literatura mostra prevalência do LPO em pessoas de meia-idade (ARAYA et al., 2004; SEOANE et al., 2004) o que se evidenciou na amostra deste estudo, em que a faixa etária dos portadores variou da quarta a sexta décadas de vida.

Com relação à eficácia adaptativa dos participantes, na primeira avaliação, ocorrida ao final da PBO, constatou-se importante melhora adaptativa, de acordo com a EDAO-R em cinco dos dez casos. Nos cinco demais casos, ocorreu a permanência no mesmo nível adaptativo anterior à PBO, sendo que um paciente saiu da situação de crise em que se encontrava antes da psicoterapia, mas permaneceu com a mesma classificação diagnóstica, não ocorrendo qualquer caso de piora adaptativa entre os participantes.

Quanto às mensurações das lesões bucais realizadas antes e após o processo psicoterápico, os resultados demonstraram a melhora do LPO, constatada pela diminuição das lesões em nove dos dez participantes, com um desses casos apresentando remissão total. Ocorreu ainda, o desaparecimento da

lesão original e o aparecimento de nova lesão em outro local da mucosa bucal em um dos casos estudados. Esses dados aparecem na Tabela 3.

Tabela 3. Resultados EDAO-R e LPO antes e após a PBO realizada em 2003.

| Particip. | EDAO-R1                        | EDAO-R2               | Evolução adaptativa 1 (após a PBO) | MEDIDAS LPO1  | MEDIDAS LPO2  | Evolução LPO 1 (após a PBO) |
|-----------|--------------------------------|-----------------------|------------------------------------|---|---|-----------------------------|
| 1         | Adapt. Inef. Moderada          | Adapt. Inef. Leve     | Melhora                            | *ventre da língua – 8X5mm<br>*mucosa jugal esquerda – 20X8mm        | *mucosa jugal esquerda – 18X2mm                                     | Melhora                     |
| 2         | Adapt. Inef. Severa em crise   | Adapt. Inef. Leve     | Melhora                            | *mucosa jugal esquerda – 23X2mm<br>*mucosa jugal direita – 13X10mm  | *mucosa jugal esquerda – 20X2mm<br>*mucosa jugal direita – 10X8mm   | Melhora                     |
| 3         | Adapt. Inef. Moderada          | Adapt. Inef. Leve     | Melhora                            | *mucosa jugal esquerda – 5X8mm<br>*mucosa jugal direita – 8X10mm    | *mucosa jugal esquerda – 4X6mm<br>*mucosa jugal direita – 2X10mm    | Melhora                     |
| 4         | Adapt. Inef. Leve              | Adapt. Inef. Leve     | Manutenção                         | *mucosa jugal esquerda – 4X4mm<br>*mucosa jugal direita – 10X8mm    | *mucosa jugal esquerda – 2X2mm<br>*mucosa jugal direita – 1X3mm     | Melhora                     |
| 5         | Adapt. Inef. Moderada em crise | Adapt. Inef. Moderada | Melhora                            | *Língua – lado esquerdo – 8X10mm                                    | Sem lesão   | Melhora                     |
| 6         | Adapt. Inef. Leve              | Adapt. Inef. Leve     | Manutenção                         | *mucosa jugal esquerda – 15X15mm<br>*mucosa jugal direita – 20X20mm | *mucosa jugal esquerda – vários pontos de 1X1mm<br>*língua – 14X3mm | Melhora                     |
| 7         | Adapt. Inef. Severa            | Adapt. Inef. Moderada | Melhora                            | *mucosa jugal direita – 5X7mm                                       | *mucosa jugal esquerdo (próx. Ao lábio superior) – 4X7mm            | Melhora                     |
| 8         | Adapt. Inef. Leve              | Adapt. Inef. Leve     | Manutenção                         | *mucosa jugal esquerda – 26X10mm<br>*mucosa jugal direita – 8X2mm   | *mucosa jugal esquerda – 26X8mm<br>*mucosa jugal direita – 8X2mm    | Melhora                     |
| 9         | Adapt. Inef. Moderada          | Adapt. Inef. Moderada | Manutenção                         | *mucosa jugal esquerda – 18X6mm<br>*mucosa jugal direita – 8X5mm    | *mucosa jugal esquerda – 15X5mm<br>*mucosa jugal direita – 6X5mm    | Melhora                     |
| 10        | Adapt. Inef. Severa            | Adapt. Inef. Leve     | Melhora                            | *mucosa jugal esquerda – 5X5mm                                      | *mucosa jugal esquerda – 1X1mm                                      | Melhora                     |

Constatou-se que em seis dos dez casos houve concordância entre os resultados da EDAO-R e das medidas de lesão de LPO, observando-se diminuição das lesões bucais e melhora na eficácia adaptativa. Nos demais quatro casos observou-se manutenção da eficácia adaptativa após a psicoterapia segundo a EDAO-R. Em um dos casos de concordância ocorreu remissão total das lesões de LPO e o paciente saiu da crise psicológica anterior à psicoterapia;

nos casos de manutenção adaptativa um dos pacientes tinha duas lesões bucais na época da primeira mensuração, tendo ocorrido diminuição em uma das lesões e manutenção da outra lesão após a psicoterapia. Nos demais três casos, também com duas lesões bucais cada um, houve diminuição nas duas lesões que apresentavam antes da psicoterapia.

Os resultados da primeira avaliação indicaram 100% de melhora nas lesões de LPO e melhora da eficácia adaptativa em 60% dos casos após a psicoterapia, sugerindo que a PBO possivelmente teve influência nas melhoras verificadas nesses participantes quanto à capacidade de lidar com o estresse e realizar adaptações eficazes, bem como na diminuição das lesões do LPO.

Os modos de lidar com diferentes fontes de estresse e a conseqüente flexibilidade e melhora na capacidade adaptativa, avaliada por meio da EDAO-R, podem ser ilustrados por falas ou depoimentos dos participantes, anotados durante as sessões de psicoterapia breve.

*“... quando meu companheiro me abandonou cheia de contas para pagar, achei que minha vida tinha acabado, agora, sei que posso me recuperar e superar... também ficava muito nervosa quando meu carro dava problema, hoje cheguei atrasada na sessão porque acabou a gasolina e, quer saber, nem liguei, esperei um pouco e um rapaz me ajudou...”*

*“... ter sido curada de um câncer de mama me deixou muito forte, mas depois de perder minha mãe e com meu sogro condenado na cama pra eu cuidar, tá difícil, as sessões estão me ajudando muito, porque uma aconselha a outra e dá exemplos do que ela faria nesta situação e daí consigo pensar melhor...”*

*“... esse tratamento está me ajudando principalmente em duas coisas, que tenho que ter paciência com as pessoas por causa do meu problema de audição e não me afastar e ficar isolada e não conversar com ninguém, e a outra coisa é que não devo ficar nervosa se não consigo acabar o serviço todo hoje, deixo pra amanhã e durmo tranqüila, só que ainda de luz acesa...”*

*“Pra mim tá tudo bem, só o serviço que não está bom. Enquanto eu to lá no serviço só penso em me controlar para não ficar nervosa, penso no que a gente conversa aqui. (...) A minha relação com meu marido melhorou cem por cento, fui viajar para Aparecida do Norte, essa viagem foi maravilhosa...”*

Dada a escassez de estudos sobre o LPO e o fato de não ter se encontrado estudos psicológicos com pessoas com esta patologia, foi realizada nova avaliação dos participantes, após cinco anos do término das intervenções realizadas. De acordo com os objetivos descritos, pretendeu-se verificar a eficácia, ao longo do tempo, dos ganhos terapêuticos alcançados com a psicoterapia breve realizada em 2003 e a manutenção ou não das melhoras constatadas nas lesões do LPO obtidas nas duas primeiras mensurações (antes e após a PBO).

Na entrevista realizada na terceira avaliação, os pacientes foram questionados sobre suas condições de saúde nos cinco anos decorridos entre as avaliações para o estudo, bem como sobre eventos de estresse nesse período.

Sobre a ocorrência de alguma doença entre 2003-2008, seis dos dez participantes (*participantes 2, 3, 5, 8, 9 e 10*) não referiram apresentar qualquer doença nesse período. Entre os outros quatro participantes, a *participante 1* referiu ter gastrite e que faz tratamento quando inflama. A *participante 4* referiu hipertensão e hipotireoidismo, faz tratamento para ambas as doenças com

resultados positivos e atribui as doenças a problemas relacionais com o ex-marido. A *participante 6* relatou que teve hérpes zoster há cerca de um ano, faz tratamento atualmente e apresenta resultados positivos apesar de ainda ter várias sequelas. A *participante 7* relatou que, há 3 anos, começou a apresentar mãos trêmulas devido ao estado emocional e faz tratamento com neurologista. Esta última também relatou que passou por três cirurgias de enxerto de gengiva (nov./2007; fev./2008; març/2008) e terminou o tratamento com resultado positivo.

Ao estudar as condições de saúde de pacientes com LPO, Femiano, Gombos e Scully (2004); Monti et al. (2006), encontraram doenças sistêmicas como o diabetes e a hipertensão como as mais frequentes. Sabe-se que essas doenças, comuns na população brasileira, relacionam-se a desequilíbrios físicos e psicológicos. Além disso, os pacientes entrevistados no estudo mencionado, declararam que o surgimento ou piora das lesões de LPO ligavam-se a experiências de aborrecimentos, nervosismo, ansiedade e situações estressantes, fortalecendo a constatação de importância das condições emocionais na etiologia do LPO.

Entre os dez participantes do presente estudo, os que relataram problemas de saúde apresentaram: gastrite; hipertensão e hipotireoidismo; hérpes zoster; retração de gengiva e sintomas de “nervosismo”. Tais doenças também se relacionam a fatores de estresse, conforme encontrado na literatura (MELLO FILHO & MOREIRA, 1992).

Especificamente quanto a ocorrência de estresse, não houve relatos de eventos de estresse considerados significativos pelos participantes nas áreas das relações sociais e afetivo-sexuais ou outros. Três participantes (*participantes 1, 5*

e 8) relataram que não passaram por eventos de estresse significativos, mas todos referiram, ao menos, passar por pequenos aborrecimentos comuns do cotidiano, como discordâncias com o cônjuge ou com familiares, insatisfações financeiras e eventos similares. Os sete participantes que relataram eventos de estresse no período entre as duas avaliações desse estudo, foram indagados sobre como reagiram a eles e os enfrentaram, considerando as importantes relações entre estresse e enfrentamento.

Os participantes referiram maior número de situações de estresse na área das relações familiares, seguida da área da saúde e do trabalho, o que é concordante com o encontrado por Neme (2005) e por Neme, Soliva e Ribeiro (2003) com população de pacientes oncológicos. Esses resultados podem ser observados na tabela 4, bem como as estratégias e recursos de enfrentamento utilizados pelos participantes.

Tabela 4. Eventos de estresse e modos de enfrentamento relatados pelos participantes.

| Participante | Eventos de estresse   | Reações e formas de lidar com o estresse   |
|--------------|---|--|
| 2            | Relações Familiares - processo judicial para aumentar a aposentadoria do marido, único provedor.  | Ajuda dos filhos; buscar informações sobre o processo com o advogado; ter paciência e esperar sem brigar; opinião de que se não faltar comida e remédios, o restante é menos importante. |
| 3            | Relações Familiares - morte do marido.  | Consegue ter forças se apegando a Deus; sofreu muito com a perda, mas relata que percebeu que precisa continuar a viver.   |
| 4            | Saúde – não aceitava precisar de tomar remédios para o hipotireoidismo, porém aceitou e acredita que é melhor assim do que morrer.  | Pediu à Deus que a ajudasse e acredita que foi importante, pois ficou mais fácil aceitar que precisa tomar remédios.   |
| 6            | Saúde - Teve hérpes zoster  | Relata que, às vezes, sente tristeza, pede ajuda à Deus, se acalma e pensa nas coisas boas de sua vida, na boa relação que tem com o marido e faz planos para o futuro.                  |
|              | Relações Familiares - Decepção com o cunhado  | Disse que se sente triste e nervosa devido à mágoa que seu marido tem pelo irmão. Relata que eles estão afastados após a morte de seu sogro.   |
| 7            | Relações Familiares - Morte do irmão.   | Sofreu muito, mas acredita que a fé em Deus tem ajudado-a a superar "penso que foi Deus que quis".   |
| 9            | Relações Familiares – saiu da casa da filha devido a dificuldades relacionais entre a esposa e a filha, fazendo isso descumpriu um acordo que havia feito com a filha de morar com ela e cuidar do neto até que a filha acabasse a faculdade. | Relata que foi superando aos poucos e depois que a filha terminou a faculdade ficou tudo bem.  |
|              | Trabalho – incêndio na empresa em que trabalha e que pertence ao genro.   | Soube que a empresa não ia dispensar ninguém e não iriam deixar de atender nenhum cliente, pois era assegurada e isto lhe deixou tranquilo, relata.                                      |
| 10           | Trabalho – problemas relacionais com os patrões.  | Relata que sentiu e sente raiva e nervosismo, mas não diz nada aos patrões.  |
|              | Relações Familiares – morte da sobrinha   | Pediu à Deus e Nossa Senhora para que eles tirassem as coisas ruins que estava sentindo e os pensamentos que tinha e lhe dar alegria para viver.   |
|              | Relações Familiares - resgate da cunhada doente   | Pediu a ajuda da vizinha para carregar a cunhada desmaiada para sua casa, chamou o socorro e no outro dia acompanhou a cunhada ao médico.  |

Quanto aos ganhos obtidos com a PBO realizada em 2003, os relatos revelaram que todos os participantes têm uma visão positiva acerca da influência

da psicoterapia em suas vidas. De modo geral, os participantes fizeram referência à importância de práticas saudáveis, às técnicas de respiração diafragmática e de relaxamento muscular progressivo aprendidas e discutidas durante a psicoterapia. Também disseram que se sentem mais tranquilos, seguros e confiantes, conscientes quanto ao que falam e fazem, compreensivos, e com maior controle da ansiedade e do nervosismo. Alguns depoimentos obtidos na segunda avaliação acerca da psicoterapia realizada levam à constatação de que a PBO foi uma experiência valorizada e lembrada pelos participantes.

*“Tem muita coisa que eu aprendi com vocês que ficou na mente, quer dizer, tem que ter aquele positivo para gente seguir em frente e ajuda, tem coisas muito boas, mas a gente não guarda todas as coisas na mente, mas tem coisas que é semelhante e que a gente guarda mesmo, e ajuda mesmo” (participante 3).*

*“Vou ser bem sincera, se eu não tivesse feito essa terapia não sei o que seria de mim hoje, aproveitei muito, mas muito mesmo. E quando lembro da terapia eu sinto saudade, porque eu estava atravessando um momento tão ruim e foi uma coisa boa que apareceu na minha vida, chegou na hora certa” (participante 4).*

*“Na hora que você tem que falar alguma coisa, você pensa mais antes de falar, eu tenho mais consciência, aquele negócio de respirar, o relaxamento, a gente larga de fazer, mas faz na hora que precisa, é muito bom. Teve muita coisa boa” (participante 6).*

*“Sim, na época da terapia tinha o problema do meu marido (impotência devido a câncer de próstata), que deixava ele nervoso, e eu ficava também, mas*

*preferia ver ele vivo... eu fazia e faço os relaxamentos que aprendi com vocês e minha ansiedade tem melhorado” (participante 8).*

*“O problema da boca demorou, depois de quase dois anos é que eu vim sentir alguma coisa na boca. Agora quanto às outras coisas... mudou... logo depois que terminei a terapia passei a dar menos ouvido ao que a mulher falava, antes levava tudo ao pé da letra, igual criança, hoje deixo passar, mudou sim, mudou pra melhor” (participante 9).*

Quanto aos diagnósticos adaptativos obtidos através da EDAO-R (5 anos depois da PBO realizada em 2003) os resultados revelaram que, dos dez participantes, três (*participantes 2, 4 e 5*) apresentaram *adaptação eficaz*; outros três (*participantes 1, 6 e 9*), *adaptação ineficaz leve*; três (*participantes 3, 7 e 8*) se mostraram com *adaptação ineficaz moderada* e um (*participante 10*), *adaptação ineficaz severa*. Vale ressaltar que, diferentemente da primeira coleta (antes da PBO), nenhum dos casos apresentou o indicativo de estar em crise nos diagnósticos adaptativos.

De modo geral, considerando as três avaliações realizadas (antes e após a PBO e depois de cinco anos da PBO), observou-se seis casos de melhora quanto ao diagnóstico adaptativo após cinco anos da intervenção; um caso de manutenção e três casos de piora, de acordo com os dados obtidos através das EDAO-R aplicadas em três momentos, conforme demonstrado na tabela 5:

Tabela 5. Quadro comparativo (EDAO-R).

| Particip. | EDAO-R1 (antes da PBO)  | EDAO-R2 (depois da PBO)  | Evolução adaptativa 1 (depois da PBO) | EDAO-R3 (após 5 anos da PBO)   | Evolução adaptativa 2 (após 5 anos da PBO) |
|-----------|---|--|---------------------------------------|--|--|
| 1         | Adapt. Inef. Moderada<br>A-R – pouco adequada<br>Pr – pouco adequada          | Adapt. Inef. Leve<br>A-R – pouco adequada<br>Pr – adequada           | Melhora                               | Adapt. Inef. Leve<br>A-R – pouco adequada<br>Pr – adequada           | Manut.                                     |
| 2         | Adapt. Inef. Severa em crise<br>A-R – pouq. adequada<br>Pr – pouco adequada   | Adapt. Inef. Leve<br>A-R – pouco adequada<br>Pr – adequada           | Melhora                               | Adapt. Eficaz<br>A-R – adequada<br>Pr – adequada                     | Melhora                                    |
| 3         | Adapt. Inef. Moderada<br>A-R – pouco adequada<br>Pr – pouco adequada          | Adapt. Inef. Leve<br>A-R – pouco adequada<br>Pr – adequada           | Melhora                               | Adapt. Inef. Moderada<br>A-R – pouq. adequada<br>Pr – adequada       | Piora                                      |
| 4         | Adapt. Inef. Leve<br>A-R – pouco adequada<br>Pr – adequada                    | Adapt. Inef. Leve<br>A-R – pouco adequada<br>Pr – adequada           | Manut.                                | Adapt. Eficaz<br>A-R – adequada<br>Pr – adequada                     | Melhora                                    |
| 5         | Adapt. Inef. Moderada em crise<br>A-R – pouq. Adequada<br>Pr – pouco adequada | Adapt. Inef. Moderada<br>A-R – pouco adequada<br>Pr – pouco adequada | Melhora                               | Adapt. Eficaz<br>A-R – adequada<br>Pr – adequada                     | Melhora                                    |
| 6         | Adapt. Inef. Leve<br>A-R – pouco adequada<br>Pr – adequada                    | Adapt. Inef. Leve<br>A-R – pouco adequada<br>Pr – adequada           | Manut.                                | Adapt. Inef. Leve<br>A-R – pouco adequada<br>Pr – adequada           | Manut.                                     |
| 7         | Adapt. Inef. Severa<br>A-R – pouq. adequada<br>Pr – pouco adequada            | Adapt. Inef. Moderada<br>A-R – pouq. Adequada<br>Pr – adequada       | Melhora                               | Adapt. Inef. Moderada<br>A-R – pouco adequada<br>Pr – pouco adequada | Manut.                                     |
| 8         | Adapt. Inef. Leve<br>A-R – pouco adequada<br>Pr – adequada                    | Adapt. Inef. Leve<br>A-R – pouco adequada<br>Pr – adequada           | Manut.                                | Adapt. Inef. Moderada<br>A-R – pouco adequada<br>Pr – adequada       | Piora                                      |
| 9         | Adapt. Inef. Moderada<br>A-R – pouq. Adequada<br>Pr – adequada                | Adapt. Inef. Moderada<br>A-R – pouco adequada<br>Pr – pouco adequada | Manut.                                | Adapt. Inef. Leve<br>A-R – pouco adequada<br>Pr – adequada           | Melhora                                    |
| 10        | Adapt. Inef. Severa<br>A-R – pouq. adequada<br>Pr – pouco adequada            | Adapt. Inef. Leve<br>A-R – adequada<br>Pr – pouco adequada           | Melhora                               | Adapt. Inef. Severa<br>A-R – pouco adequada<br>Pr – pouq. adequada   | Piora                                      |

Para a análise dos dados foram considerados **melhora** os resultados da EDAO-R que apontaram evolução positiva em comparação ao resultado anterior e também os casos em que, na terceira avaliação, mantiveram o diagnóstico adaptativo positivo obtido na segunda avaliação, como por exemplo os dados da *participante 1*. O caso que apresentou resultados iguais nas três avaliações foi denominado em **manutenção** e, por fim, os casos que apresentaram resultados involutivos com relação aos anteriores foram chamados de casos de **piora**.

A partir dos resultados obtidos quanto à eficácia adaptativa em 2003, antes e após a PBO, constatou-se evolução positiva nos diagnósticos adaptativos. Em dois casos (*participantes 2 e 5*) observou-se melhora quanto aos diagnósticos adaptativos. Também pode-se avaliar melhora em mais quatro casos (*participantes 1, 4, 7 e 9*), comparando-se a primeira e a terceira avaliações. Ocorreu um caso (*participante 6*) que manteve o mesmo diagnóstico adaptativo nas três coletas de dados (antes e após a PBO, em 2003 e depois de 5 anos, em 2008). Ocorreram também três casos de piora quanto ao diagnóstico adaptativo (*participantes 3, 8 e 10*). Nos casos *3 e 10*, a melhora foi observada na segunda coleta de dados, logo depois da PBO, mas não mantida na terceira avaliação, após cinco anos. No caso *8*, observou-se manutenção do primeiro diagnóstico na segunda avaliação (após a PBO) e evolução negativa (piora) do diagnóstico adaptativo na terceira avaliação, realizada cinco anos após a PBO.

Observou-se, portanto que: logo após a PBO, 60% (06) dos participantes apresentaram melhora e 40% (04) indicaram manutenção nos diagnósticos adaptativos; cinco anos após a PBO, 40% (04) tiveram melhora no diagnóstico adaptativo; 30% (03) mantiveram a mesma avaliação e 30% (03) tiveram evolução negativa (piora) nos diagnósticos adaptativos obtidos.

Os participantes foram indagados quanto à percepção de presença ou não de lesões de LPO no momento da entrevista. Cinco (*participantes 4, 5, 7, 8 e 10*) disseram que não tinham lesão no momento, mas referiram medo de ter; o *participante 9* respondeu que não sabia, que tinha uma lesão bucal, mas achava que era devido à prótese e quatro (*participantes 1, 2, 3 e 6*) achavam que tinham LPO.

A respeito da ocorrência de lesões de LPO no período entre 2003 e 2008, de acordo com os relatos dos dez participantes, nenhum referiu ter percebido a ocorrência de nova lesão de LP na cavidade bucal ou em outro local do corpo e também não realizou tratamento para LP.

As mensurações de lesão de LPO realizadas cinco anos depois da psicoterapia indicaram que quatro participantes (*participantes 1, 2, 3 e 4*) ainda eram portadores de lesões e seis (*participantes 5, 6, 7, 8, 9 e 10*) não apresentavam qualquer lesão, conforme pode ser observado na Tabela 6.

Tabela 6. Quadro comparativo (localização e medidas das lesões de LPO).

| Particip. | MEDIDAS LPO1 (antes da PBO)                              | MEDIDAS LPO2 (após a PBO)                                   | Evolução LPO 1 | MEDIDAS LPO3 (5 anos depois da PBO)  | Evolução LPO 2 |
|-----------|--|---|----------------|--|----------------|
| 1         | *ventre da língua–8X5mm<br>*mucosa jugal esq.–20X8mm     | *mucosa jugal esq.–18X2mm                                   | Melhora        | *mucosa jugal esq.–16X5mm  | Manut.         |
| 2         | *mucosa jugal esq.–23X2mm<br>*mucosa jugal dir.–13X10mm  | *mucosa jugal esq.–20X2mm<br>*mucosa jugal dir.–10X8mm      | Melhora        | *mucosa jugal esq.–30X4mm<br>*mucosa jugal dir.–20X4mm                         | Piora          |
| 3         | *mucosa jugal esq.–5X8mm<br>*mucosa jugal dir.–8X10mm    | *mucosa jugal esq.–4X6mm<br>*mucosa jugal dir.–2X10mm       | Melhora        | *mucosa jugal esq.–14X6mm<br>*mucosa jugal dir.–24X6mm<br>*rebordo dir.–10X1mm | Piora          |
| 4         | *mucosa jugal esq.–4X4mm<br>*mucosa jugal dir.–10X8mm    | *mucosa jugal esq.–2X2mm<br>*mucosa jugal dir.–1X3mm        | Melhora        | *mucosa jugal esq.–2X4mm<br>*mucosa jugal dir.–7X4mm                           | Piora          |
| 5         | *Língua – lado esq.–8X10mm                               | Sem lesão   | Melhora        | Sem lesão  | Melhora        |
| 6         | *mucosa jugal esq.–15X15mm<br>*mucosa jugal dir.–20X20mm | *mucosa jugal esq.–vários pontos de 1X1mm<br>*língua–14X3mm | Melhora        | Sem lesão  | Melhora        |
| 7         | *mucosa jugal dir.–5X7mm                                 | *mucosa jugal dir.–4X7mm                                    | Melhora        | Sem lesão  | Melhora        |
| 8         | *mucosa jugal esq.–26X10mm<br>*mucosa jugal dir.–8X2mm   | *mucosa jugal esq.–26X8mm<br>*mucosa jugal dir.–8X2mm       | Melhora        | Sem lesão  | Melhora        |
| 9         | *mucosa jugal esq.–18X6mm<br>*mucosa jugal dir.–8X5mm    | *mucosa jugal esq.–15X5mm<br>*mucosa jugal dir.–6X5mm       | Melhora        | Sem lesão  | Melhora        |
| 10        | *mucosa jugal esq.–5X5mm                                 | *mucosa jugal esq.–1X1mm                                    | Melhora        | Sem lesão  | Melhora        |

Com a finalidade de facilitar a análise dos resultados das mensurações, como no caso da eficácia adaptativa, optou-se por definir como **melhora** os casos em que ocorreu diminuição e/ou remissão das lesões de LPO quando comparadas

com o resultado anterior; como **manutenção** os casos em que não houve alteração das dimensões das lesões de LPO e como **piora** os casos em que constatou-se aumento das dimensões das lesões e surgimento de novas lesões.

Ao comparar os resultados das mensurações das lesões de LPO obtidos constata-se que depois da PBO, em 2003, houve 100% (10) de melhora nas dimensões das lesões que os participantes apresentaram na primeira mensuração. Cinco anos após a PBO, verificou-se seis casos de melhora (60%); um caso de manutenção das mesmas mensurações (10%) e três casos (30%) de piora quanto ao tamanho das lesões de LPO apresentadas.

Destaca-se, portanto, que todos os pacientes obtiveram melhora das lesões de LPO após a psicoterapia e que, após cinco anos do tratamento psicoterápico, seis pacientes apresentaram remissão total das lesões (*participantes 5, 6, 7, 8, 9 e 10*) e um paciente pode ser avaliado como tendo mantido a melhora obtida após a PBO (*participante 1*). Entre os três casos que tiveram aumento das lesões de LPO, este aumento foi considerado importante, já que em todos os casos, as lesões aumentaram mais que o dobro do tamanho que tinham em 2003.

Esses resultados sugerem que a psicoterapia pode ter contribuído para a significativa melhora das lesões de LPO logo após sua realização em 2003 e que pode ter sido importante fator, em sete dos casos estudados, em que se observou melhora ou manutenção das lesões de LPO após cinco anos da PBO, conforme depoimentos dos próprios participantes.

A literatura no campo das psicoterapias tem apontado que este tratamento é geralmente mais eficiente em gerar mudanças positivas quanto às queixas ou problemas dos pacientes a ele submetidos, do que a simples passagem do tempo.

Tais mudanças positivas ou melhoras podem ser gerais (melhora na qualidade de vida, melhora nas relações com outros, melhora no funcionamento global do paciente, dentre outras) ou específicas (mudanças positivas diretamente relacionadas às queixas ou dificuldades tratadas na psicoterapia). Importantes aspectos referentes à avaliação de ganhos terapêuticos com a psicoterapia são discutidos por Cordioli (1993). Azevedo (1998) e Neme (1991) discutem a questão da avaliação de resultados em psicoterapias e a avaliação de ganhos terapêuticos obtidos por pacientes com queixas de transtornos mentais ou problemas emocionais. Neme (2005) avaliou ganhos terapêuticos específicos e inespecíficos com a psicoterapia breve, em 130 pacientes oncológicos atendidos em Psicoterapia breve em hospital geral, constatando que a maioria significativa dos pacientes teve ganhos inespecíficos e que mais da metade da amostra obteve também ganhos específicos.

Os resultados comparativos das variáveis estudadas, referentes a cada um dos dez participantes são apresentados na tabela 7 em termos de melhora, piora ou manutenção da eficácia adaptativa e das lesões de LPO; de presença ou ausência de estresse relatado e de estratégias e recursos de enfrentamento utilizadas e mobilizadas frente ao estresse, ao longo dos cinco anos de intervalo entre as duas avaliações.

Tabela 7. Comparação das variáveis estudadas

| Participante | Evolução adaptativa 2 (5 anos depois da PBO) | Evolução LPO 2 (5 anos depois da PBO) | Eventos de estresse relatados como significativos | Recursos e Estratégias de Enfrentamento  |
|--------------|--|---------------------------------------|---|--|
| 1            | Melhora                                      | Melhora                               | NÃO   |  |
| 2            | Melhora                                      | Piora                                 | SIM (família - situação econômica)                | Estratégias dirigidas à resolução do problema e às emoções.                      |
| 3            | Manut.                                       | Piora                                 | SIM (família - morte marido)                      | Fé como recurso de enfrentamento e mudança cognitiva                             |
| 4            | Melhora                                      | Piora                                 | SIM (saúde)                                       | Fé como recurso de enfrentamento e mudança cognitiva                             |
| 5            | Melhora                                      | Melhora                               | NÃO   |  |
| 6            | Manut.                                       | Melhora                               | SIM (saúde)                                       | Fé como recurso de enfrentamento e estratégias dirigidas à solução do problema   |
| 7            |  |                                       | SIM (família - conflitos)                         | Estratégias dirigidas à emoção   |
|              | Melhora                                      | Melhora                               | SIM (família - morte irmão)                       | Fé como recurso de enfrentamento e estratégias dirigidas às cognições e emoções. |
| 8            | Piora  | Melhora                               | NÃO   |  |
| 9            | Melhora                                      | Melhora                               | SIM (família - conflitos).                        | Estratégias dirigidas à emoção   |
|              |  |                                       | SIM (trabalho - perdas)                           | Estratégias dirigidas ao problema  |
| 10           | Manut.                                       | Melhora                               | SIM (trabalho - conflitos)                        | Estratégias dirigidas à emoção   |
|              |  |                                       | SIM (família - morte sobrinha)                    | Fé como recurso de enfrentamento e estratégias dirigidas à emoção                |
|              |  |                                       | SIM (família - saúde)                             | Estratégia dirigida à resolução do problema                                      |

### Síntese dos estudos de caso

A *participante 1* não referiu ter passado por eventos de estresse significativos no período de intervalo entre as duas avaliações desse estudo. Apresentou melhora adaptativa após a psicoterapia e manteve o mesmo nível adaptativo cinco anos depois da PBO, observando-se evolução similar quanto às lesões de LPO que tiveram melhora após a psicoterapia e manutenção das

mesmas medidas após cinco anos. Esta participante teve melhor avaliação na área da produtividade logo após a PBO e manteve esta mesma avaliação após cinco anos, não apresentando mudanças na área afetivo-relacional.

A *participante 2* apresentou uma evolução positiva crescente quanto aos diagnósticos da EDAO-R, porém as duas lesões de LPO apresentadas antes da PBO diminuíram após a psicoterapia e aumentaram consideravelmente cinco anos depois. Referiu um evento de estresse considerado como significativo na área das relações familiares e lidou com ele utilizando estratégias focalizadas no problema e nas emoções. Apesar da melhora na avaliação de sua eficácia adaptativa logo após a psicoterapia e cinco anos depois, passando de “severa em crise” para “eficaz”, esta paciente teve piora nas condições do LPO na última avaliação, mesmo tendo obtido melhoras nas lesões após a psicoterapia. O estresse enfrentado por esta participante pode ser considerado crônico e prolongado pois já dura mais de 15 anos, agravou-se no último ano e sua resolução não depende de seu controle, o que o torna muito mais grave, podendo justificar a evolução observada neste caso. Ou seja, a participante obteve ganhos adaptativos duradouros com a psicoterapia, porém não conseguiu resolver a situação de estresse relacionada às dificuldades de seu marido em conseguir a aposentadoria e melhorar as condições econômicas e a qualidade de vida da família. O estresse prolongado é um dos fatores de risco considerados relevantes para o adoecimento.

Os resultados referentes à *participante 3* mostraram importante melhora após a PBO e piora também importante cinco anos depois, tanto nas lesões de LPO como nos diagnósticos adaptativos. Relatou um evento de estresse tido

como significativo (morte do marido) e lidou com ele com a fé como recurso de enfrentamento e mudança cognitiva. Essa participante teve melhoras adaptativas e nas lesões de LPO após a psicoterapia, mas a morte do marido, apontada por ela como importante fonte de estresse na área das relações familiares, parece ter sido importante fator para que suas respostas na EDAO-R, na área afetivo-relacional tenham evoluído de “pouco adequada” para “pouquíssimo adequada”, bem como para o aumento das lesões de LPO na última avaliação.

As medidas das lesões de LPO diminuíram consideravelmente após a psicoterapia e pioraram, também de maneira considerável, cinco anos depois da PBO na *participante 4*, porém ela apresentou evolução positiva dos níveis adaptativos revelados através da EDAO-R nos três momentos avaliativos. Revelou ter experienciado um evento de estresse na área da saúde considerado significativo, mas relacionou este evento a problemas que teve com o ex-marido. Referiu ter utilizado a fé como recurso de enfrentamento, além de reformulação cognitiva. A avaliação obtida na área afetivo-relacional (de “pouco adequada” passando a “adequada”), mostra que conseguiu lidar de forma efetiva com as questões emocionais com o ex-marido (casou-se novamente), embora os efeitos do estresse emocional na saúde física ainda se façam presentes.

A *participante 5* apresentou evolução positiva com melhora nos diagnósticos de adaptação e remissão total da lesão de LPO após a PBO, mantida cinco anos depois, conforme a última mensuração. Esta participante referiu que sua lesão apareceu quando seu filho, que é deficiente mental, ficou gravemente doente. Esta paciente referiu problemas na área afetivo-relacional (saúde do filho), que foi avaliada inicialmente como “pouquíssimo adequada”, passou para “pouco

adequada” após a PBO e evoluiu para “adequada” cinco anos após a psicoterapia, sendo que a participante referiu não ter sofrido estresse significativo no período de 2003 a 2008.

A *participante 6* relatou diversos eventos de estresse por ela tidos como importantes, desde a psicoterapia realizada em 2003 (entre eles estão o câncer de mama; mastectomia; morte da mãe, da sogra e do sogro; herpes zóster), mas apesar dos eventos relatados, manteve o mesmo diagnóstico adaptativo (Adaptação Ineficaz Leve), nos três momentos de coleta de dados (antes e após a psicoterapia e depois de 5 anos da PBO) e também apresentou diminuição progressiva que resultou em remissão total das lesões de LPO. Relatou eventos significativos de estresse na área da saúde e da família, lidando com eles com a fé e com estratégias dirigidas à solução dos problemas e dirigidas às emoções, respectivamente, mantendo a avaliação de respostas “pouco adequadas” na área afetivo-relacional e “adequadas” na área da produtividade na EDAO-R.

Com relação aos resultados obtidos com a *participante 7*, estes revelaram evolução positiva do diagnóstico adaptativo após a psicoterapia e manutenção deste mesmo diagnóstico cinco anos depois. Apresentou diminuição progressiva nas medidas de lesão de LPO até alcançar a remissão total observada na última coleta de dados (cinco anos depois da PBO). Referiu um evento de estresse importante, a morte do irmão, e relatou que conseguiu superar esta perda por causa de sua fé em Deus, indicando o uso da fé como recurso de enfrentamento e estratégias dirigidas às cognições e às emoções. A avaliação de superação da perda do irmão apresentada pela paciente pode ser referendada pela avaliação que obteve na EDAO-R, referente a área afetivo-relacional, que passou de

“pouquíssimo adequada” para “pouco adequada” entre a segunda e a última avaliações.

Observou-se na *participante 8*, a manutenção dos dois primeiros diagnósticos adaptativos (antes e após a PBO) e piora do nível adaptativo cinco anos depois. As lesões de LPO, diferentemente dos resultados da EDAO-R, revelaram melhora (diminuição) crescente nas medidas das lesões nas duas primeiras coletas de dados (antes e após a PBO) e remissão total em 2008 (cinco anos depois da PBO). Não referiu eventos significativos de estresse ao longo dos cinco anos considerados. Embora as respostas da paciente na área afetivo-relacional tenham mantido a avaliação de “pouco adequada” nas três avaliações da EDAO-R, os relatos da participante mostram que conseguiu lidar de forma efetiva com os problemas que teve com o marido, reduzindo seu sofrimento e levando a uma aceitação positiva do problema, o que pode ter auxiliado na redução da ansiedade e do estresse e, desta forma, colaborado para a remissão total de suas lesões de LPO.

O *participante 9*, único homem do estudo, manteve o mesmo diagnóstico adaptativo antes e após a PBO e apresentou melhora nessa avaliação cinco anos depois. As lesões de LPO tiveram melhora (diminuição) progressiva, chegando à total remissão. Relatou que enfrentou dois eventos de estresse consideráveis na relação conjugal e no trabalho e que utilizou estratégias focalizadas nas emoções e nos problemas, respectivamente. Os eventos de estresse pelos quais passou parecem ter sido eficientemente enfrentados, já que teve redução total das lesões de LPO e teve melhor avaliação na área afetivo-relacional na EDAO-R após a PBO. Na área da produtividade, passou de avaliação “adequada” antes da PBO

para “pouco adequada” logo após e recuperou a avaliação “adequada” cinco anos após a psicoterapia.

A *participante 10* revelou melhora adaptativa após a PBO e piora adaptativa constatada na última avaliação, realizada cinco anos após a PBO. Entretanto, apresentou melhora (diminuição) progressiva das lesões de LPO após a psicoterapia e remissão total cinco anos depois. Relatou três eventos de estresse que considerou importantes na área do trabalho e da família e referiu que lidou com o estresse utilizando a fé como recurso de enfrentamento e estratégias que focalizavam tanto a solução dos problemas quanto as emoções. Os problemas que apresentava na área do trabalho não foram superados e se cronificaram, comprometendo a avaliação adaptativa da participante, que conseguiu, na área afetivo-relacional, obter melhor avaliação após a PBO, mas evoluiu negativamente ao longo dos cinco anos.

As participantes 1, 5 e 8 que revelaram, na entrevista, não terem passado por situações de estresse, por elas consideradas significativas, nos cinco anos que o estudo abrangeu, relataram, no entanto, terem passado por pequenos problemas e aborrecimentos cotidianos o que, segundo a literatura, é potencialmente mais gerador de patologias do que a maioria dos grandes eventos estressantes, para os quais podem ser mobilizados recursos e estratégias de enfrentamento mais efetivos (LAZARUS & FOLKMAN, 1986; NEME, 1999).

Os resultados obtidos revelaram que 60% da amostra deste estudo (participantes 5; 6; 7; 8; 9 e 10) obteve remissão total do LPO na avaliação de 2008 e que, em três desses seis casos, houve melhora no diagnóstico da adaptação. Em dois desses casos houve manutenção do mesmo diagnóstico

adaptativo e apenas um dos casos teve pior avaliação de sua adaptação comparativamente à obtida inicialmente. Portanto, o maior número de casos desse estudo melhorou ou manteve sua eficácia adaptativa após a PBO realizada em 2003.

Analisando-se os casos que obtiveram melhora adaptativa por meio da avaliação da EDAO-R logo após a psicoterapia e que melhoraram ou mantiveram a melhora obtida na última avaliação, encontra-se que os *participantes 1, 2, 4, 5, 7 e 9* (60%) obtiveram ganhos na avaliação adaptativa que, pelo menos parcialmente, pode ser relacionada à psicoterapia.

Com relação ao LPO, comparando-se as três mensurações realizadas e considerando-se os casos que obtiveram melhora após a psicoterapia e que melhoraram ou mantiveram a mesma avaliação após os cinco anos entre as avaliações para este estudo, obteve-se que 70% dos participantes tiveram resultados considerados positivos, os quais podem, pelo menos parcialmente, serem associados aos ganhos com a psicoterapia.

Para facilitar a visualização das relações entre as avaliações dos participantes quanto à eficácia adaptativa obtida por meio da EDAO-R e quanto às lesões de LPO, apresenta-se a figura 1.

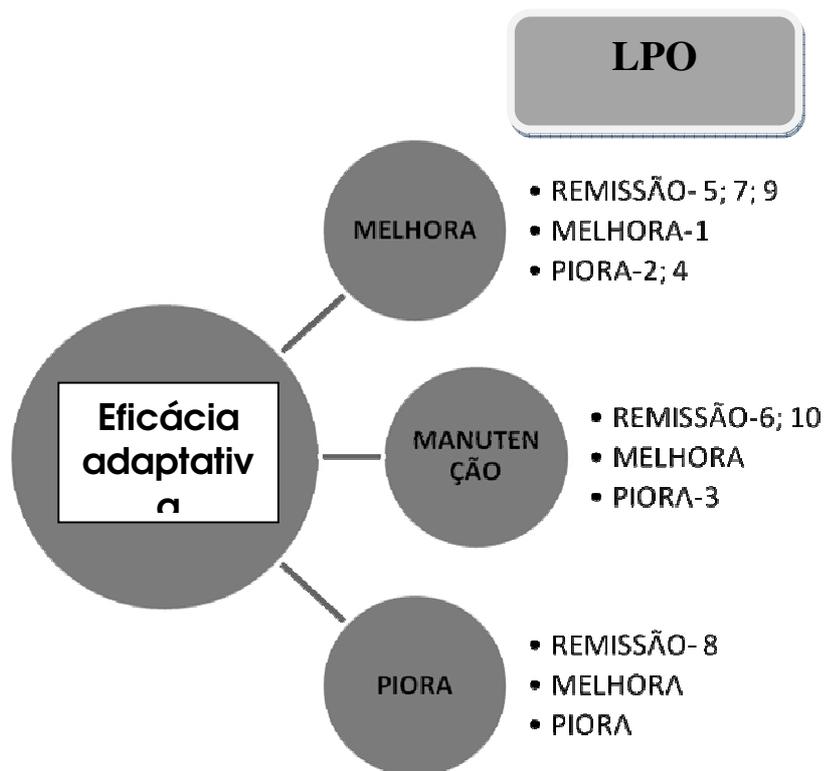


Figura 1- relações entre avaliação da eficácia adaptativa e avaliação do LPO de cada participante.

Ressalta-se portanto, que, após a PBO, todos os participantes obtiveram avaliações adaptativas melhores do que as apresentadas antes da psicoterapia e que, entre os dez participantes, todos também obtiveram melhoras nas lesões de LPO, ocorrendo um caso de remissão total.

Decorridos cinco anos após o tratamento psicoterápico realizado, seis casos apresentavam remissão total das lesões de LPO, um dos casos teve redução das lesões e apenas três casos tiveram aumento das lesões de LPO. Quanto às avaliações da eficácia adaptativa, os resultados mostraram que seis casos tiveram melhor avaliação; três casos mantiveram a mesma avaliação de

eficácia adaptativa e apenas um caso apresentou pior avaliação de eficácia adaptativa.

Os resultados obtidos permitem sugerir que a PBO pode ter auxiliado no desenvolvimento ou no fortalecimento de modos de enfrentamento mais efetivos das situações estressantes e, dessa forma, contribuído para a redução ou remissão das lesões de LPO, avaliadas após o término da psicoterapia, o que é corroborado pelos depoimentos dos participantes na entrevista em 2008 e nos relatos durante as sessões e na avaliação de 2003.

Esses resultados permitem indicar a psicoterapia como importante forma de tratamento coadjuvante em casos de doenças orgânicas que ainda não dispõem de tratamentos médico-medicamentosos efetivos e para quadros orgânicos que demonstrem melhoras com o auxílio da psicoterapia. Femiano, Gombos e Scully (2004) utilizaram e relataram a eficácia da psicoterapia psicanalítica na Síndrome da Ardência Bucal, enfatizando que esse método poderia ser estendido a outras enfermidades.

No caso das psicodermatoses, a literatura ressalta a necessidade de auxílio psicoterápico em diferentes doenças dermatológicas, especialmente nas que têm suas gêneses pouco esclarecidas e para as quais não se dispõe ainda de tratamentos médico-medicamentosos eficientes (HOFFMANN et al., 2005; AZEVEDO, 2007; PRADO & NEME, 2008)

Com relação à interface Psicologia e Odontologia, Seger (2002) indica os benefícios da Terapia Centrada na Disfunção (TCD) para pacientes com Disfunção da Articulação Têmporomandibular (DTM) e a necessidade dos tratamentos psicológicos coadjuvantes no tratamento da Gengivite Ulcero-

Necrosante Aguda (GUNA) e de outras patologias bucais, assim como nas cirurgias odontológicas; nas lesões lábio-palatinas; na colocação de próteses e na ortodontia.

Os resultados obtidos no presente estudo, bem como os encontrados na literatura em psicossomática e na área da psicoimunologia são indicativos da integração psicofisiológica na saúde e na doença, fortalecendo a utilização de técnicas e recursos psicológicos e psicoterapêuticos na promoção, prevenção e tratamento das moléstias orgânicas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo longitudinal permitiu constatar a relevância da colaboração entre odontólogos e psicólogos, tanto na investigação científica de fenômenos de interesse para ambas as áreas, como na intervenção junto a portadores de patologias como o LPO, cuja gênese indica a junção de fatores biopsicossociais e cujo tratamento médico, odontológico e medicamentoso não é curativo, não se dispondo ainda de condutas médico-odontológicas totalmente satisfatórias.

A psicoterapia breve utilizada demonstrou sua eficácia em auxiliar os participantes desse estudo a obterem melhoras em sua capacidade adaptativa, podendo-se sugerir que estes ganhos colaboraram para a redução de suas lesões de LPO. A PBO possivelmente auxiliou os participantes a lidarem de forma mais efetiva com situações de estresse, permitindo a manutenção de melhoras nas lesões de LPO, mesmo após cinco anos decorridos entre o término da psicoterapia e a avaliação realizada em 2008. Os ganhos terapêuticos também foram observados nos participantes que melhoraram ou mantiveram sua eficácia adaptativa no decorrer dos cinco anos entre as avaliações realizadas no estudo, já que nenhum dos participantes realizou qualquer tipo de tratamento para o LPO ou outros tratamentos psicológicos nesse período.

O método longitudinal utilizado foi fundamental para a averiguação dos possíveis benefícios obtidos com a psicoterapia, decorridos cinco anos entre sua realização e a última avaliação, revelando a eficácia de recursos terapêuticos como o relaxamento e outras orientações terapêuticas, conforme relato dos participantes.

Em face dos resultados obtidos, sugere-se que a psicoterapia seja oferecida em serviços médicos e odontológicos, especialmente para pacientes com doenças relacionadas ao funcionamento psicoimunológico e que, como o LPO, pode evoluir para manifestações mais graves como o câncer.

Sugere-se também que outros estudos longitudinais sejam realizados, em diferentes interfaces entre a Psicologia e outras especialidades em saúde, aprimorando e aprofundando os conhecimentos já disponíveis sobre o imbricamento de variáveis biológicas e psicológicas no aparecimento e no tratamento de diversas patologias. Tais estudos, assim como no presente trabalho, podem se beneficiar de mensurações objetivas e de avaliações qualitativas, fortalecendo os resultados obtidos.

Sugere-se, entretanto, que outros estudos sobre a interface LPO e Psicologia sejam realizados com amostras maiores e/ou com grupos de controle, permitindo a realização de análises estatísticas e outras comparações que contribuam para um maior esclarecimento acerca das variáveis pesquisadas.

## 5 REFERÊNCIAS

- AGARWAL, R. SARASWAT, A. Oral lichen planus: an update. **DrugsToday**, Chandigarh, India, v.38, n.8, p.533-47, ago, 2002.
- ALEXANDER, F. **Medicina Psicossomática**: princípios e aplicações (Trad. C. B. Fischmann). Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- ALVES, H. **Psicoterapia breve operacionalizada – PBO com adolescentes da rede pública escolar da cidade de Santos – SP**: uma contribuição à psicologia clínica preventiva. 2001. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, 2001.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 1999.
- ANGELOTTI, G. A técnica do relaxamento no controle do stress. In: LIPP, M.E.N. **Mecanismos Neuropsicofisiológicos do stress**: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. P.223-27.
- ANTONIAZZI, A.S.; DELL' AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D.R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.3, p.273-294, 1998.
- ARAYA, M.S. et al. Asociación entre alteraciones psicológicas y la presencia de Líquen plano oral, Síndrome boca urente y Estomatitis aftosa recidivante. **Méd Oral**, EUA, v.9, p.1-7, 2004.
- AZEVEDO, M.A.S.B. **Psicoterapia dinâmica breve**: saúde mental comunitária. São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais, 1998.
- AZEVEDO, G.M.G. **A criança com Psoríase e as relações vinculares com a mãe e a família**. 2007. 150f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - Faculdade de Ciências da UNESP de Bauru. Bauru, 2007.
- BARA FILHO, M.G. et al. A redução dos níveis de cortisol sanguíneo através da técnica de relaxamento progressivo em nadadores. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Niterói, jul./ago., 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-86922002000400002&lng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922002000400002&lng=). doi: 10.1590/S1517-86922002000400002> Acesso em: 28 out. 2008.
- BEE, H. **O ciclo vital**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BIREME - Biblioteca Virtual em Saúde. **Estudos Longitudinais** (Terminologia DeCS/MeSH). Disponível em: <

[http://www.bireme.br/php/decsws.php?tree\\_id=SP4.001.012.153.224.120&lang=pt](http://www.bireme.br/php/decsws.php?tree_id=SP4.001.012.153.224.120&lang=pt)  
> Acesso em: 02 nov. 2008.

BOGLIOLO, L. **Patologia**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1972.

BRASIO, K.M. O treino de controle de stress aplicado à retocolite ulcerativa inespecífica. In: LIPP, M.E.N. **Mecanismos Neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. P.193-98.

CAMARA, M. História da Psicoterapia de Grupo. In: PY, L.A. (Org). **Grupo sobre grupo**. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1987. P.21-35.

CARVALHO, A.B.R.; BRITO, A.S.J.; MATSUO, T. Assistência à saúde e mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.41, n.6, p. 29-37, dez. 2007.

CASTRO, A.L. **Estomatologia**. São Paulo: Editora Santos, 1995.

CHAUDHARY, S. Psychosocial Stressors in oral lichen planus. **Aust. Dent. Journal**, Murad-Nagar, Ghaziabad, India, v.49, n.4, p.192-5, 2004.

COLOMBINI, N.E.P. Lesões pré-cancerizáveis / Precancerous lesions. **Rev. Odontologia Moderna**, Curitiba, v.14, n.3, p.36-46, ago., 1987.

CORDIOLI, A.V. **Psicoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1993.

DAMETO, C.A. **Adolescentes do sexo feminino com transtornos mentais: fatores de risco, mecanismos de proteção e eficácia adaptativa**. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - Faculdade de Ciências da UNESP de Bauru. Bauru, 2007.

DHABHAR, F.S.; MCEWEN, B.S. Stress-induced enhancement of antigen-specific cell mediated immunity. **Journal of Immunology**, Bethesda, EUA, v.156, p.2608-2615, 1996.

DORTA, R. G., et al. Conduta médica em pacientes com líquen plano cutâneo e bucal. **Rev. FOB**, Bauru, v.8, n.3/4, p.23-28, jul./dez., 2000.

ENDLER, N.S.; PARKER, J.D.A. **Coping inventory for stressful situations (CISS)**. Manual Second Edition. Toronto: Multi-Health Systems Inc., 1999.

FEMIANO, F; GOMBOS, F.; SCULLY, C. Síndrome de boca ardente. Estudo de la psicoterapia, medicación com ácido alfa-lipoico y combinación de terapias. **Med Oral**, EUA, v.9, p. 8-13, 2004.

FIORINI, H.J. **Teoria e Técnica de psicoterapias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves Ed., 1987.

FREITAS, M.C.; OLIVEIRA, M.F. Assistência de enfermagem a idosos que realizam cateterismo cardíaco: uma proposta a partir do modelo de adaptação de Calista Roy. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.59, n. 5, set./out., 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000500009&lng=&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000500009&lng=&nrm=iso)>. Acesso em: 28 out. 2008.

FOLKMAN, S. et al. Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, EUA, v.50, p.571-579, 1986.

GALVÃO, H.C. et al. Estudo de lesões orais associadas a doenças dermatológicas / Study of oral lesions associated to dermatologic diseases. **Rev. Bras. Patol. Oral**, Natal, v.3, n.2, p.81-87, abr./jun., 2004.

GREEN, M. L.; GREEN, R. G. Relaxation increases salivary immunoglobulin. **A. Psychological Reports**, Missoula, EUA, v.61, p.623-629, 1987.

GREEN, M. L.; GREEN, R. G.; SANTORO, W. Daily relaxation modifies serum and salivary immunoglobulins and psychophysiologic symptom severity. **Biofeedback Self-Regulation**, Albright, Pennsylvania, EUA, v.13, n.3, p.187-199, 1988.

HOB FALL, S.E. Social and psychological resources and adaptation. **Review of General Psychology**, Washington, EUA, v.6, p.307-324, 2002.

HOFFMANN, F.S. et al. A integração mente e corpo em psicodermatologia. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v.7, n.1, p.51-60, 2005.

IVANOVSKI, K. et al. Psychological profile in oral lichen planus. **J. Clin. Periodontal**, Paris, França, v.32, n.10, p.1034-40, 2005.

IRWIN, M.R. Human psychoneuroimmunology: 20 years of discovery. **Brain, Behav. and Immunology**, Los Angeles, EUA, v.22, n.2, p.129-39, fev., 2008.

KEMENY, M.E.; SCHEDLOWSKI, M. Understanding the interaction between psychosocial stress and immune-related diseases: a stepwise progression. **Brain, Behav. and Immunology**, Los Angeles, EUA, v.21, n.8, p.1009-18, nov., 2007.

KIECOLT-GLASER, J. K. et al. Marital quality, marital disruption, and immune function. **Psychosomatic Medicine**, Inverness, EUA, v.49, p.13-18, 1987.

KNOBEL, M. **Psicoterapia Breve**. São Paulo: E.P.U., 1986.

- KORAY, M. et al. The evaluation of anxiety and salivary cortisol levels in patients with oral lichen planus. **Rev. Oral Diseases**, EUA, v.9, n.6, p.298-301, 2003.
- LACERDA; E. M. A. et al. Consumo alimentar na gestação e no pós-parto segundo cor da pele no município do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.6, p. 17-25, dez. 2007.
- LANE, S. T. M.; ARAUJO, Y. **Arqueologia das emoções**. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.
- LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Estrés y procesos cognitivos**. Barcelona, México: Martinez Roca. 1986.
- LIPP, M.E.N. **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde ocupações e grupos de risco**. Campinas: Papyrus, 1996.
- LIPP, M.E.N. **O Stress está dentro de você**. São Paulo: Contexto, 2003.
- LIPP, M.E.N.; GUEVARA, A.J.H. Validação Empírica do Inventário de Sintomas de Stress (ISS). **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.11, n.3, p.43-9, 1994.
- LIPP, M.E.N.; ROCHA, J.C. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida**. Campinas: Papyrus, 1996.
- LIPP, M.E.N.; MALAGRIS, L.E.N.; NOVAIS, L.E. **Stress ao longo da vida**. São Paulo: Ícone, 2007.
- LUGOVIC, L. et al. Influence of psychoneuroimmunologic factors on patients with malignant skin diseases. **Acta Med Croatica, Zagreb, Croácia**, v.61, n.4, p.383-9, set., 2007.
- LUTGENDORF, S. K. et al. Changes in cognitive coping strategies predict EBV-antibody titer change following a stressor disclosure induction. **Journal of Psychosomatic Research**, Nova Iorque, EUA, v.38, n.1, p.63-78, 1994.
- MARCUSSI, G. Lesões cancerizáveis da mucosa bucal / Pre-cancerous lesions of the oral mucosa. **Rev. Paul. Odontologia**, São Paulo, v.19, n.2, p.22-7, jun./jul., 1997.
- MARKOPOULOS, A.K. et al. Malignant Potential of Oral Lichen Planus: A Follow-up Study of 326 Patients. **Oral Oncology**, Philadelphia, EUA, v.33, n.4, p.263-269, ago., 1997.
- MEIJ, E.H. et al. A review of the recent literature regarding malignant transformation of oral lichen planus. **Oral Surg Oral Med Oral Pathology**, Mississippi, EUA, v.88, n.3, p. 307-10, set., 1999.

- MEIRA, B.B.A.; VALLE, T.G.M. Nível de estresse das acompanhantes de pacientes internados no setor pediátrico e os aspectos socioemocionais inter-relacionados. In: NEME, C.M.B.; RODRIGUES, O.M.P.R. (Orgs.) **Psicologia da Saúde: Perspectivas interdisciplinares**. Editora Rima: São Carlos, 2003. P.193-222.
- MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Ed. Artes Medicas, 1992.
- MELLO FILHO, J.; MOREIRA, M.D. Psicoimunologia hoje. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Ed. Artes Medicas, 1992. P. 119-51.
- MIGUEL, M. C. C.; PINTO, L. P.; SOUZA, L. B. de. Líquen plano oral: relato de caso em criança / Oral lichen planus: case report in a child. **Rev. Bras. Patologia Oral**, Natal, v.2, n.3, p.14-17, jul./set., 2003.
- MONTI, L. M. et al. Avaliação da condição psicológica e de saúde de pacientes portadores de Líquen Plano. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v.27, n.2, p.123-28, 2006.
- NALIBOFF, B. D. et al. Psychological, psychophysiological and immunological changes in young and old subjects during brief laboratory stress. **Psychosomatic Medicine**, Inverness, EUA, v.53, p.121-132, 1991.
- NEME, C.M.B. **Abandono prematuro da psicoterapia**: um estudo exploratório comparando motivos alegados por pacientes que abandonaram ou não a psicoterapia. 1991. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 1991.
- NEME, C.M.B. **Enfrentamento do câncer**: ganhos terapêuticos com psicoterapia num serviço de Psicooncologia em Hospital Geral. 1999. 395 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.
- NEME, C. M. B. Ganhos terapêuticos em psicoterapia breve em serviço de psicooncologia hospitalar. In: SIMON, C. P.; MELO-SILVA, L. L.; SANTOS, M. A. (Orgs). **Formação em Psicologia**: desafios da diversidade na pesquisa e na prática. São Paulo: Vetor, 2005. P. 39-66.
- NEME, C.M.B.; SOLIVA, S.N.; RIBEIRO, E.J. História prévia de eventos de estresse e câncer de mama, útero e ovários. In: NEME, C.M.B.; RODRIGUES, O.M.P.R. (Orgs.) **Psicologia da Saúde**: perspectivas interdisciplinares. São Carlos: Editora RiMa, 2003. P. 95-124.
- NEVILLE, B.W. et al. **Patologia Oral & Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2004.

PRADO, M. C. P. et al. Reações liquenóides da mucosa bucal / Lichenoid reactions of the oral mucosa. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, São Paulo, v.8, n.3, p.221-4, 1994.

PRADO, R.B.R.; NEME, C.M.B. Experiências afetivo-familiares de mulheres com alopecia areata. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.25, n.4, out./dez., p.487-98, 2008.

PRIMO, C.C.; AMORIM, M.H.C. Efeitos do relaxamento na ansiedade e nos níveis de IgA salivar de puérperas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000100006&lng=&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000100006&lng=&nrm=iso)>. Acesso em: 28 out. 2008.

PROLO, P. et al. Psychoneuroimmunology in oral biology and medicine: the model of oral lichen planus. **Ann. N. Y. Acad. Sci.**, Los Angeles, EUA, v.966, p.429-40, jun., 2002.

REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J. **Patologia bucal: correlações clínico-patológicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

RIBEIRO, T.M. **Estudo longitudinal da capacidade intelectual de crianças contaminadas por chumbo**. 2007. 158f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Faculdade de Ciências da UNESP de Bauru. Bauru, 2007.

RODRIGUES, M. **Análise crítica do possível potencial de transformação maligna do líquen plano** / Critical analysis of possible potential of malignant transformation of lichen planus. 1999. 102f. Dissertação (Mestrado em Patologia Bucal) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

ROSSI, E.L. **A Psicobiologia de cura mente-corpo**: Novos conceitos de Hipnose Terapêutica. São Paulo: Editorial Psy II, 1994.

ROWLAND, J.H. Intrapersonal Resources: coping. In: HOLLAND, J.C.; ROWLAND, J.H. **Handbook of Psychooncology**. Oxford Univ. Press, New York, 1990.

SARDÁ JUNIOR, J.J.; LEGAL, E.J.; JABLONSKI JUNIOR, S.J. **Estresse**: Conceitos, Métodos, Medidas e Possibilidades de Intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SEGER, L. **Psicologia e Odontologia**: uma abordagem integradora. São Paulo: Livraria e Editora Santos, 2002.

SEIDL, E.M.F.; TRÓCCOLI, B.T.; ZANNON, C.M.L.C. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.17, p.225-234, 2001.

SELYE H. **The stress of life**. New York: Mc Graw Hill, 1956.

SEOANE, J. et al. Oral lichen planus: a clinical and morphometric study of oral lesions in relation to clinical presentation. **Braz Dent J.**, São Paulo, v.5, n.1, p. 9-12, 2004.

SHAFER, W.G. **Tratado de Patologia Bucal**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.

SIGURGEIRSSON, B; LINDELOF, B. Lichen planus and malignancy. An epidemiologic study of 2071 patients and a review of the literature. **Arch. Dermatology**, EUA, v.127, p.1684-8, nov., 1991.

SIMON, R. **Psicologia Clínica e Preventiva: Novos Fundamentos**. São Paulo: E.P.U., 1989.

SIMON, R. **Psicoterapia Breve Operacionalizada: teoria e técnica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

SOLOMON, G.F. Stress and antibody response in rats. **International Archives of Allergy**, Viena, Áustria, v.35, p. 97-104, 1969.

SOLOMON, G.F. Immune and nervous system interactions. An analytic bibliography supporting postulates on communication links, similarities and implications. **The Fund for Psychoneuroimmunology**, Los Angeles, EUA, 1999.

SOUSA, F.A.C.G.; ROSA, L.E.B. Líquen Plano Bucal: considerações clínicas e histopatológicas. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.74, n.2, p.65-72, mar./abr., 2008.

SPIELBERGER, C.D. Anxiety as an emotional state. In: \_\_\_\_\_. **Anxiety: currents trends in theory and research**. New York: Academic Press, 1972. P.24-47.

SUGERMAN, P.B. et al. The pathogenesis of oral lichen planus. **Crit. Rev. Oral Biol. Med.**, EUA, v.13, n.4, p.350-65, 2002.

TEMOSHOK, L. Emotions and health outcomes: Some theoretical and methodological considerations. In: TRAUE, H. C.; PENNEBAKER, J. W. (Orgs.). **Emotion Inhibition and Health**. Goettingen, Alemanha: Hogrefe & Huber Publishers, 1993. P. 157-169.

THOITS, P.A. Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? **Journal of Health and Social Behavior - Extra Issue**, Michigan, EUA, p.53-79, 1995.

TOMMASI, A.F. **Diagnóstico em patologia bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1988.

ULLA, S.; REMOR, E.A. Psiconeuroimunologia e Infecção por HIV: Realidade ou Ficção? **Psicol. Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.15, n.1, 2002.

VALLEJO, M.J. et al. Anxiety and depression as risk factors for oral lichen planus. **Dermatology**, Oviedo, Espanha, v.203, n.4, p.303-7, 2001.

VASCONCELLOS, E.G. **Tópicos de Psiconeuroimunologia**. São Paulo: Editorial Ipe/IPSPP, 1998.

VASCONCELLOS, E.G. Psiconeuroimunologia: uma história para o futuro. In: ANGERAMI-CAMON, V.A. (Org.). **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Pioneira, 2000. P. 23-41.

VASCONCELLOS, E.G. O modelo Psiconeuroendocrinológico de Stress. In: SEGER, L. (Org.). **Psicologia e Odontologia: uma abordagem integradora**. São Paulo: Livraria Santos, 2002. P.135-60.

VICTORA, C.G. et al. Estudo longitudinal da população materno-infantil da região urbana do Sul do Brasil, 1993: aspectos metodológicos e resultados preliminares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.30, n.1, p. 37-48, fev. 1996.

WILSON, O.H. **Glândulas, o espelho do eu**. Curitiba: Grande Loja do Brasil, 1985.

YOSHIDA, E.M.P. **Estudos de critérios psicodiagnósticos para indicação de psicoterapia breve**. 1989. 268p. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo. São Paulo, 1989.

## **ANEXOS**

## Anexo I

### Roteiro de Entrevista Estresse, Enfrentamento e Saúde (referente ao período sem tratamento – 2003-2008)

1. Identificação do participante:

Sexo: \_\_\_\_\_ Profissão/Ocupação: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Idade atual: \_\_\_\_\_

2. Data da entrevista: \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

3. No período de 2003-2008, teve alguma doença?

( ) Não ( ) Sim. Quais? \_\_\_\_\_

Quando? \_\_\_\_\_ Fez tratamento? ( ) Não / ( ) Sim

Que tipo de tratamento? \_\_\_\_\_

Resultados? \_\_\_\_\_

4. Neste mesmo período, realizou algum tratamento/atendimento para o LPO?

( ) Não ( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_

Por quê? \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_

Em que local fez o tratamento? \_\_\_\_\_

Resultados? \_\_\_\_\_

5. Neste mesmo período, apresentou alguma outra lesão de LP (no mesmo local ou em outra parte do corpo)? ( ) não. ( ) sim.

Onde? \_\_\_\_\_ Quantas? \_\_\_\_\_

Fez tratamento? \_\_\_\_\_ Local do tratamento? \_\_\_\_\_

Resultados? \_\_\_\_\_

Ainda está em tratamento? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

6. **Estresse:** situações, acontecimentos, eventos que representam mudança em sua rotina.

A) **NA ÁREA DA SAÚDE** – situações/eventos de estresse

- quais:

- quando:

- importância do evento para o participante:

- como lidou (pensamentos, sentimentos, ações dirigidas à resolução do problema e às emoções):

- superou? solucionou satisfatoriamente?

( ) SIM ( ) RELATIVAMENTE ( ) NÃO

- a solução resolveu o problema?

- trouxe algum tipo de conflito?

**B) NA ÁREA DO TRABALHO** – situações/eventos de estresse

- quais:

- quando:

- importância do evento para o participante:

- como lidou (pensamentos, sentimentos, ações dirigidas á resolução do problema e às emoções):

- superou? solucionou satisfatoriamente?

SIM       RELATIVAMENTE       NÃO

- a solução resolveu o problema?

- trouxe algum tipo de conflito?

**C) NA ÁREA DAS RELAÇÕES SOCIAIS** – situações/eventos de estresse

- quais:

- quando:

- importância do evento para o participante:

- como lidou (pensamentos, sentimentos, ações dirigidas á resolução do problema e às emoções):

- superou? solucionou satisfatoriamente?

SIM       RELATIVAMENTE       NÃO

- a solução resolveu o problema?

- trouxe algum tipo de conflito?

**D) NA ÁREA DAS RELAÇÕES FAMILIARES** – situações/eventos de estresse

- quais:

- quando:

- importância do evento para o participante:

- como lidou (pensamentos, sentimentos, ações dirigidas á resolução do problema e às emoções):

- superou? solucionou satisfatoriamente?

SIM       RELATIVAMENTE       NÃO

- a solução resolveu o problema?

- trouxe algum tipo de conflito?

**E) NA ÁREA DAS RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS**

- quais:

- quando:

- importância do evento para o participante:

- como lidou (pensamentos, sentimentos, ações dirigidas á resolução do problema e às emoções):

- superou? solucionou satisfatoriamente?

SIM       RELATIVAMENTE       NÃO

- a solução resolveu o problema?

- trouxe algum tipo de conflito?

**F) OUTROS**

- quais:
  - quando:
  - importância do evento para o participante:
  - como lidou (pensamentos, sentimentos, ações dirigidas á resolução do problema e às emoções):
  - superou? solucionou satisfatoriamente?
- ( ) SIM            ( ) RELATIVAMENTE            ( ) NÃO
- a solução resolveu o problema?
  - trouxe algum tipo de conflito?

7. Você participou de um processo de psicoterapia de grupo em 2003. Você observou mudanças quanto aos aspectos afetivo-sexuais, familiares, sociais, produtividade e relacionados à saúde?

( ) não.            ( ) sim. Quais? \_\_\_\_\_

8. Você acha que está com alguma lesão oral (LPO) no momento?

( ) Sim – porquê? \_\_\_\_\_            ( ) Não – porquê? \_\_\_\_\_

## Anexo II

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP  
(Resolução nº 01 de 13/06/98 – CNS)  
TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

### I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

|                                   |              |                            |             |
|-----------------------------------|--------------|----------------------------|-------------|
| <b>1. Nome do Paciente:</b>       |              |                            |             |
| <b>Documento de Identidade nº</b> | <b>Sexo:</b> | <b>Data de Nascimento:</b> |             |
| <b>Endereço:</b>                  |              | <b>Cidade:</b>             | <b>U.F.</b> |
| <b>Telefone:</b>                  |              | <b>CEP:</b>                |             |

### II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

|   |   |  |                          |
|---|---|--|--------------------------|
| <b>Título do protocolo de pesquisa:</b> Avaliação de fatores psicológicos dos portadores de Líquen Plano.   |   |  |                          |
| <b>1. Pesquisador responsável:</b> Renato Salviato Fajardo  |   |  |                          |
| <b>Cargo/função:</b> Professor  | <b>Inscr.Cons.Regional:</b> CROsp 34401 | <b>Unidade ou Departamento do Solicitante:</b> PromoVi – Depto. De Materiais Odontológicos e Prótese |                          |
| <b>Assistente Doutor</b>  |   |  |                          |
| <b>3. Avaliação do risco da pesquisa:</b> (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo).   |   |  |                          |
| <b>SEM RISCO</b>  | <b>RISCO MÍNIMO</b>                     | <b>RISCO MÉDIO</b>   | <b>RISCO MAIOR</b>       |
| <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>4. Justificativa e os objetivos da pesquisa (explicitar):</b><br>Partindo de que sua etiologia é desconhecida e que raramente as pessoas despreocupadas desenvolvem esse quadro, a pesquisa se justifica por sua relevância ao tema proposto à ciência. Pois, é conveniente que estudos voltados à área de saúde sejam implementados no sentido de avanço da ciência. Objetiva-se, portanto, determinar as características das perturbações emocionais e/ou da personalidade dos portadores; e proporcionar aos mesmos, atendimento psicoterápico focalizado na melhora do quadro. |   |  |                          |
| <b>5. Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais: (explicitar)</b><br>- Exame clínico (observação das mucosas) e histopatológico (biópsia);<br>- Reuniões grupais sobre o tema das lesões.  |   |  |                          |
| <b>6. Desconfortos e riscos esperados: (explicitar)</b><br>- A biópsia apresenta desconfortos mínimos ao sujeito;<br>- A psicoterapia pode vir a sensibilizar os sujeitos e, como consequência, podem surgir sofrimentos e sentimentos nostálgicos.   |   |  |                          |
| <b>7. Benefícios que poderão ser obtidos: (explicitar)</b><br>Além do conhecimento teórico obtido com a conclusão da pesquisa, os pacientes serão beneficiados através da psicoterapia, no sentido de melhora do quadro e, conseqüentemente, melhoria na qualidade de vida.   |   |  |                          |
| <b>8. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo: (explicitar)</b><br>Os encontros poderão promover alterações na cognição dos indivíduos frente ao seu quadro para melhor lidar com o problema.   |   |  |                          |
| <b>9. Duração da pesquisa:</b><br>02 anos (24 meses).   |   |  |                          |
| <b>10. Aprovação do Protocolo de pesquisa pelo comitê de ética para análise de projetos de pesquisa em 14/05/2003.</b>  |   |  |                          |

### III - EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

|   |
|---|
| 1. Recebi esclarecimentos sobre a garantia de resposta a qualquer pergunta, a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa e o tratamento do indivíduo. |
| 2. Recebi esclarecimentos sobre a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu tratamento.                            |
| 3. Recebi esclarecimento sobre compromisso de que minha identificação se manterá confidencial tanto quanto a informação relacionada com a minha privacidade.  |
| 4. Recebi esclarecimento sobre a disposição e o compromisso de receber informações obtidas durante o estudo, quando solicitada, ainda que possa afetar minha vontade em continuar participando da pesquisa.           |
| 5. Recebi esclarecimento sobre a disponibilidade de assistência no caso de complicações e danos decorrentes da  |

|                             |
|-----------------------------|
| pesquisa.                   |
| Observações complementares. |

**IV – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador, conforme registro nos itens 1 a 6 do inciso III, consinto em participar, na qualidade de paciente, do Projeto de Pesquisa referido no inciso II.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Local, / / .

\_\_\_\_\_  
Testemunha

Nome .....

Endereço.:

Telefone ..

R.G. ....:

\_\_\_\_\_  
Testemunha

Nome .....

Endereço.:

Telefone ..

R.G. ....:

### Anexo III

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP  
(Resolução nº 01 de 13/06/98 – CNS)  
TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

#### I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

|                                   |              |                            |             |
|-----------------------------------|--------------|----------------------------|-------------|
| <b>1. Nome do Paciente:</b>       |              |                            |             |
| <b>Documento de Identidade nº</b> | <b>Sexo:</b> | <b>Data de Nascimento:</b> |             |
| <b>Endereço:</b>                  |              | <b>Cidade:</b>             | <b>U.F.</b> |
| <b>Telefone:</b>                  |              | <b>CEP:</b>                |             |

#### II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Título do protocolo de pesquisa:</b> Pacientes com Líquen Plano Oral: estresse, enfrentamento e eficácia adaptativa.   |  |   |
| <b>2. Pesquisador responsável:</b> Mirella Martins Justi  |  |   |
| <b>Cargo/função:</b> Aluna de Pós-Graduação   | <b>Inscr.Cons.Regional:</b><br>71455-06          | <b>Unidade ou Departamento do Solicitante:</b><br>Departamento de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências de Bauru/UNESP |
| <b>3. Avaliação do risco da pesquisa:</b> (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo).   |  |   |
| <input type="checkbox"/> SEM RISCO  | <input checked="" type="checkbox"/> RISCO MÍNIMO | <input type="checkbox"/> RISCO MÉDIO  |
|   |  | <input type="checkbox"/> RISCO MAIOR  |
| <b>4. Justificativa e os objetivos da pesquisa (explicitar):</b>  |  |   |
| <p>Apesar de Líquen Plano ter sido descrita inicialmente em 1869, até os dias atuais, segundo Dorta e cols. (2000), tem sua etiologia desconhecida e seu diagnóstico, controverso. É considerada uma desordem mucocutânea, com evidências de associação a uma resposta imune-celular mediada (Miguel e cols., 2003), também caracterizada por inflamação crônica freqüentemente associada com dor severa e sensação de ardor na boca (Agarwal &amp; Saraswat, 2002).</p> <p>Estudos relevantes demonstram níveis de tensão, ansiedade e depressão mais altos nos pacientes com Líquen Plano Oral (LPO) que na população em geral (Chaudhary, 2004; Vallejo e cols., 2001). Estas características podem indicar a influência de fatores emocionais e adaptativos na gênese desta patologia.</p> <p>Considerando tais registros pode-se relacionar o LPO com o estresse – presente na vida moderna e, cada vez mais, indicado como o principal elemento desencadeador das “doenças da adaptação”. O enfrentamento também deve ser relacionado, pois é a forma como ocorre o processo de adaptação do sujeito frente às exigências da vida atual.</p> <p>Partindo das evidências da literatura de que a gênese de muitas doenças relaciona-se com componentes emocionais, como o estresse psicológico e a ansiedade, busca-se neste estudo comprovar a relação de influência entre tais componentes e alterações fisiológicas (aumento ou remissão) nas lesões de LPO.</p> <p><b>Objetivo Geral</b></p> <p>Verificar a eficácia adaptativa de pacientes com LPO e os efeitos do estresse e processo de enfrentamento nestes pacientes.</p> |  |   |
| <b>5. Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais: (explicitar)</b>  |  |   |
| <p>Este estudo se inicia com a análise de dados de estudo anterior, obtidos por meio da aplicação da EDAO-R e da realização de medições das lesões de LPO no primeiro e no último dia de 12 (doze) sessões de PBO em 2003 no PromoVi (Centro de Promoção de Qualidade de Vida) vinculado à FOA-UNESP.</p> <p>Após tal análise, os pacientes serão reconvidados e submetidos a nova mensuração das lesões orais (realizadas por odontólogo colaborador), a uma entrevista semi-estruturada (em fase de elaboração), realizada pela pesquisadora, destinada a averiguar os eventos de estresse e o processo de enfrentamento referentes ao período de 2004 a 2007 e a uma avaliação da eficácia adaptativa atual (conforme a EDAO-R).</p>   |  |   |
| <b>6. Desconfortos e riscos esperados: (explicitar)</b>   |  |   |
| Nada a declarar.  |  |   |
| <b>7. Benefícios que poderão ser obtidos: (explicitar)</b>  |  |   |
| A partir dos resultados, pretende-se confirmar a relação de influência existente entre aspectos adaptativos e emocionais e modificações fisiológicas (o aumento ou a remissão) das lesões de LPO. Contribuindo, desta forma, para a compreensão dos processos de adoecimento e para o desenvolvimento de novas alternativas de tratamento.  |  |   |
| <b>8. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo: (explicitar)</b>   |  |   |
| Nada a declarar.  |  |   |

|  |
|--|
| <b>10. Duração da pesquisa:</b><br>02 anos.  |
| <b>10. Aprovação do Protocolo de pesquisa pelo comitê de ética para análise de projetos de pesquisa em 11/07/2007.</b> |

### III - EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

|   |
|---|
| 1. Recebi esclarecimentos sobre a garantia de resposta a qualquer pergunta, a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa e o tratamento do indivíduo. |
| 2. Recebi esclarecimentos sobre a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu tratamento.                            |
| 3. Recebi esclarecimento sobre compromisso de que minha identificação se manterá confidencial tanto quanto a informação relacionada com a minha privacidade.  |
| 4. Recebi esclarecimento sobre a disposição e o compromisso de receber informações obtidas durante o estudo, quando solicitada, ainda que possa afetar minha vontade em continuar participando da pesquisa.           |
| 5. Recebi esclarecimento sobre a disponibilidade de assistência no caso de complicações e danos decorrentes da pesquisa.  |
| Observações complementares.   |

### IV – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador, conforme registro nos itens 1 a 6 do inciso III, consinto em participar, na qualidade de paciente, do Projeto de Pesquisa referido no inciso II.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Local, / / .

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

Nome .....:

Nome .....:

Endereço.:

Endereço.:

Telefone .:

Telefone .:

R.G. ....:

R.G. ....:

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)