

Resumo:

O presente estudo teve por objetivo avaliar a ansiedade e o comportamento de indivíduos adultos frente às visitas realizadas ao dentista. Para tanto, aplicou-se um questionário a uma amostra de 984 indivíduos, entre 14 a 93 anos, de ambos os sexos, abordando temas sobre: medo e/ou ansiedade, frequência de consultas ao dentista e procedimentos odontológicos realizados na última consulta. Os resultados demonstraram não haver diferença estatisticamente significativa entre os sexos (masculino 23,81; feminino 27,7%), ao afirmarem não ter medo de dentista. Para os que tinham medo, 9,04% tiveram experiências desagradáveis no atendimento; 4,98% sentem medo a partir do ruído do alta-rotação; 6,20% da anestesia; 3,46% de todos os itens citados. Pode-se concluir que maior ênfase deve ser dada às manifestações de ansiedade e medo odontológico, pois os indivíduos são relutantes a admitirem seus medos, descuidando e fugindo da filosofia de prevenção em saúde bucal.

Palavras-chave:

Ansiedade Odontológica, Medo, Dentista.

A IMPORTÂNCIA DAS HABILIDADES TERAPÊUTICAS E DA SUPERVISÃO CLÍNICA: UMA REVISÃO DE CONCEITOS.

*Fernanda Rizzi Bitondi**

*Juliana Setem***

No desenvolvimento da Psicologia, como ciência e profissão, uma das grandes dificuldades encontradas tem sido a de garantir a competência da formação de seus membros (CAMPOS, 1998). Em vista disso, surge uma preocupação com a sistematização do ensino da Terapia Comportamental, uma vez que este processo sempre foi realizado de maneira empírica, mas sem uma atenção a sua operacionalização. Assim, diversos estudos têm buscado descrever as habilidades necessárias a um terapeuta, suas maneiras de agir em diferentes situações, o papel do supervisor no momento de formação e outras variáveis importantes neste processo. Com base neste aspecto salientado acima é evidente a importância da aquisição das habilidades terapêuticas na formação de um terapeuta comportamental, que tenha como área de atuação o contexto clínico. A supervisão, por sua vez, possui intrínseca relação com este processo de aprendizado, sendo assim o objetivo principal do presente estudo foi o de realizar uma revisão acerca do que já havia sido publicado, em âmbito nacional, dentro desta temática.

Para identificar as habilidades de um terapeuta comportamental, o primeiro ponto que necessita ser esclarecido é com relação ao que definiria um terapeuta comportamental. No entanto, ainda não existe um consenso acerca de tal conceito (RANGÉ, 1998; ULIAN, 2002). Por algum tempo o terapeuta comportamental foi definido como sendo o profissional que utilizava as técnicas comportamentais. Contudo, este critério parece ser pouco descritivo, primeiro porque a prática deste profissional não se restringe somente ao uso

* Especialista em Terapia Cognitivo e Comportamental (ferizzi@hcrp.fmrp.usp.br).

** Professora doutora do curso de Psicologia do Centro Universitário de Araraquara - UNIARA. Especialista em Psicoterapia Comportamental e Cognitiva. Coordenadora do PSICOLOG – Instituto de Estudos do Comportamento em Ribeirão Preto (julianasetem@psicolog.com.br).

de técnicas, e segundo porque outros terapeutas também lançam mão destas técnicas, principalmente, por serem tão bem descritas (RANGÉ, 1998).

Diante da falta de precisão na definição de um terapeuta comportamental, retoma-se o objetivo da própria terapia em si. O objetivo da Terapia Comportamental é o de promover a mudança de certas contingências que estejam causando sofrimento ao cliente e proporcionar o desenvolvimento de um repertório comportamental, que permita ao indivíduo ter um maior conhecimento acerca de seu próprio comportamento e controle deste, aumentando assim, a qualidade de vida do cliente. Por sua vez, o objetivo do terapeuta é o de controlar as contingências da sessão, em vista de proporcionar a aquisição dos comportamentos que seu cliente necessita. É importante ressaltar, que a delimitação de tais comportamentos deve estar embasada em uma análise funcional cuidadosamente realizada. Assim, a função do terapeuta é de ensinar o cliente a identificar e manipular as variáveis que controlam seu comportamento, ou seja, promover o autoconhecimento e autocontrole em seu cliente (VILLANI, 2002).

Uma ressalva necessita ser feita com relação à questão do controle exercido pelo terapeuta. Skinner (1991, p.110) coloca que “o controle é ético se exercido para o bem do controlado”. Com base nesse pressuposto, o controle exercido pelo terapeuta é em busca do bem-estar de seu cliente, sendo que este sempre deve estar ciente dos objetivos e direcionamentos traçados na terapia. Assim, é o cliente quem decide o que será trabalhado, se concorda com as análises do terapeuta e se concorda em realizar as intervenções propostas (VILLANI, 2002).

Ainda é necessário definir qual o repertório exigido para que tal terapeuta possa se considerar um terapeuta comportamental. Um primeiro aspecto, que parece ser de comum acordo entre diversos autores, é a extrema importância de uma formação sólida em Behaviorismo Radical, Análise Experimental do Comportamento e Análise Aplicada do Comportamento, sendo que o conceito da análise funcional é o mais enfatizado, somado a habilidade de aplicá-lo como técnica. Este conceito é tão ressaltado pelo fato de que é através da análise funcional que o terapeuta poderá descrever em termos funcionais os comportamentos do cliente, detalhando topografia, frequência, local e função destes comportamentos. Como consequência disso, pode-se compreender como foi a aquisição do repertório do cliente, tanto dos comportamentos adequados, quanto dos inadequados, o que, por sua vez, determinará o uso de outras técnicas que venham a auxiliar nas mudanças comportamentais necessárias e mais adequadas ao ambiente do cliente e ao seu repertório (KERBAUY, 2001; ULIAN, 2002; VILLANI, 2002).

O segundo ponto que não é posto como obrigatório, mas também é de comum acordo entre estes autores, é o terapeuta se submeter a uma terapia,

uma vez que se conhecer auxilia no desenvolvimento da aceitação do outro e da postura do cliente, além do fato que ajuda a identificar o que o cliente pode produzir no terapeuta, sendo que este dado pode inclusive colaborar no andamento do caso. (KERBAUY, 2001; ULIAN, 2002; VILLANI, 2002). Guilhardi (1997) coloca esta questão da terapia do próprio terapeuta como uma das contingências que promove sua conscientização, já que representa a análise de um outro terapeuta sob o comportamento do terapeuta. Para além destes aspectos, Guilhardi (1997) e Villani (2002) ainda ressaltam a relevância do conhecimento acerca do código de ética do psicólogo, e da necessidade de estar inserido na comunidade profissional para ter acesso às produções científicas realizadas e também para expor seu trabalho a avaliação e crítica desta comunidade.

Quanto à sistematização das habilidades terapêuticas necessárias em um terapeuta comportamental, Meyer e Vermes (apud ULIAN, 2002) descreveram dois conjuntos de habilidades denominados pelas autoras como comportamentos do terapeuta e características do terapeuta. O primeiro conjunto seria composto das habilidades de observar sistematicamente, reforçar diferencialmente, solicitar e dar informações, além de orientar. O segundo conjunto representa características pessoais ou habilidades sociais do terapeuta, como por exemplo, empatia, aceitação incondicional e irrestrita, compreensão e autenticidade. Por fim, ainda coloca que se submeter a uma terapia pode auxiliar no processo de aquisição de alguns outros comportamentos como postura corporal, tom e velocidade da voz, contato visual, expressão facial e de sentimentos.

Kerbauy (2001) também aponta alguns aspectos que avalia como importantes na constituição do repertório de um terapeuta comportamental, principalmente visando à formação deste. Além da importância do conhecimento da análise funcional, a autora resalta que o treino de observar o cliente e se auto-observar é de fundamental importância na prática clínica, isto envolve desde a postura corporal, tom de voz, humor, as palavras usadas e seus efeitos no cliente e vice-versa. Outras habilidades, ainda descritas pela autora, são aprender a não punir as verbalizações do cliente, principalmente nas primeiras sessões, ainda mais se o cliente tiver uma história de viver um ambiente muito punitivo; diretividade; esclarecer os valores pessoais e o papel da terapia; e desenvolver repertório afetivo e de aceitação. Por fim, a autora, assim como Villani (2002), aponta que também é muito importante o terapeuta buscar outras informações fora de sua área acerca das condições sociais, dos problemas deste contexto e aprender a não julgar os atos como certos ou errados, ou ter preconceitos. Desta maneira, o terapeuta se fortalece e encontra-se mais apto a realizar sua função de ajudar o cliente na resolução de seus problemas.

Diante destes pressupostos, questiona-se como desenvolver todo este repertório em um aluno. Starling (2002) define o processo de formação de um terapeuta comportamental como a programação de contingências específicas que proporcionarão a instalação de um repertório no formando, que tenha probabilidade de ser positivamente conseqüenciado dentro da situação profissional e que esteja sob controle da estimulação presente neste contexto. Para isso, o autor aponta que o comportamento do formando responde a pelo menos dois grupos de contingências. O primeiro diz respeito à descrição do fenômeno feito por uma teoria, e as contingências que esta teoria determina, e o segundo seria as contingências presentes no próprio atendimento do cliente. Contudo, ele ressalta que as variáveis presentes em uma situação prática necessariamente são diferentes das variáveis que atuam em um aprendizado teórico, principalmente na cultura ocidental, onde o aprendizado teórico é realizado predominantemente de maneira verbal e sob controle de regras, enquanto que o aprendizado prático é, em grande parte, modelado pelas contingências da própria situação de atendimento.

Para resolver este problema entre o aprendizado teórico e o prático, historicamente o que vem sendo feito é que após o contato com a teoria, o aluno inicia seus atendimentos sob a orientação de um supervisor, que tem o papel de modelar o repertório do aprendiz, a partir de seu relato verbal. No entanto, novas dificuldades surgem neste processo, visto que, o saber realizar uma atividade, uma intervenção, por exemplo, não implica em saber descrevê-la. Assim, o aprendiz pode não conseguir discriminar as contingências que estão controlando seu comportamento e o do cliente dentro de sessão, e com isso também não poderá descrevê-las ao supervisor para serem analisadas (STARLING, 2002). Outro problema neste processo é apontado por Rangé (1998) que descreve que o relato do aluno pode estar sob controle de diferentes contingências para além das presentes dentro da sessão com o cliente, como selecionar o que para ele pareceu mais importante (o que irá depender da história ontogenética do terapeuta), ou sob controle da relação de poder existente na supervisão com o objetivo de dizer o que o supervisor gostaria de ouvir, ou seja, ter seu comportamento reforçado pela agência de controle que é representada pelo supervisor neste contexto. Assim, a supervisão corre o risco de modelar discriminações de estímulos inadequadas, o que acabaria por interferir no andamento do atendimento e melhora do cliente. Moreira (2003) ainda salienta outras variáveis que podem interferir neste processo, tais como, a formação individual do supervisor, o ambiente onde é realizada a supervisão, questões burocráticas e institucionais, a falta de avaliação da própria supervisão e a falta de pesquisa na área das supervisões.

Rangé (1998) aponta outra dificuldade na formação do terapeuta comportamental que seria o fato de não existir um modelo clínico explícito

de atuação. Na situação clínica existem diversas variáveis envolvidas e a identificação de quais são funcionalmente relevantes ainda não está clara. Destaca ainda que outro empecilho é a realização de pesquisa dentro do ambiente clínico devido à dificuldade de determinar uma metodologia precisa com um controle de variáveis que possibilitasse a descrição exata do comportamento em questão. Também não se pode ignorar, que na clínica existe o fato de que um serviço está sendo prestado, e que a função do terapeuta é a de diminuir o sofrimento do cliente o mais rápido possível, uma vez que a avaliação principal é feita pelo cliente e não por uma comunidade científica preocupada com a produção do conhecimento.

Assim, a supervisão da prática clínica de futuros psicólogos é de grande relevância, justamente devido a sua importância na formação destes profissionais como clínicos aptos a exercerem sua profissão e também um dever ético, visto que deve-se garantir que o atendimento seja efetivo. Logo, a supervisão possui quatro principais objetivos: 1) fortalecer os conhecimentos teóricos do aluno; 2) ensinar uma conduta ética; 3) garantir a capacitação para atendimento clínico; e 4) garantir que o cliente tenha um atendimento adequado. Todavia, o que torna uma supervisão mais efetiva que outras ainda não foi demonstrado cientificamente, sendo que, em grande parte das vezes, fica a critério do supervisor, de sua própria experiência e treino. Isto demonstra a importância do próprio supervisor possuir experiência clínica para poder ensinar um terapeuta iniciante (BECKERT, 2002; MOREIRA, 2003; ULIAN, 2002).

A supervisão pode ser analisada como um processo de ensino-aprendizagem, uma vez que este tem como objetivo produzir mudanças no comportamento do aluno, as quais na supervisão representariam a aquisição das habilidades terapêuticas. Do ponto de vista da análise do comportamento, tanto ensinar quanto aprender são comportamentos (FERREIRA, 2003; MOREIRA, 2003). Segundo Ferreira (2003), pode-se compreender o ensinar como uma “(...) classe de comportamentos, que tem como função (e deverá ter, portanto como conseqüência) a instalação ou desenvolvimento de outra classe de comportamentos que chamamos de aprender, que por sua vez deverá ser traduzido por desempenhar ou fazer, com facilidade e eficácia.”

Pode-se dizer que um supervisor só estará se comportando adequadamente quando tiver como conseqüência de seu comportamento que seu aluno desenvolva uma classe de comportamentos, que o possibilite fazer, no sentido de atender o cliente, com facilidade e eficácia (Ferreira, 2003).

Campos (1998) destaca dois modelos de supervisão, o tradicional, no qual o supervisor e estagiário possuem uma relação clínica (terapêutica) e o modelo desenvolvimentista, no qual a relação entre os dois é pedagógica (didática), sendo que no Brasil, grande parte dos supervisores adotam o

modelo pedagógico. A função do supervisor, então, é treinar o aluno para que este adquira as habilidades de um terapeuta comportamental. Existem várias formas de realizar este aprendizado, a mais utilizada ainda é através do relato verbal do aluno acerca do atendimento e com base nestes dados o supervisor analisa o comportamento do terapeuta e faz as orientações que avalia como necessárias. Muitos autores já apontaram acerca das limitações deste método e questionam a fidedignidade do relato do aluno, sendo que uma desvantagem para o próprio aluno é o fato de sua autodiscriminação tornar-se mais lenta. Segundo De Rose (apud MOREIRA, 2003), é necessário instalar o comportamento de se auto-observar, de identificar as variáveis controladoras do seu comportamento, de descrevê-las, para somente depois poder produzir algum tipo de mudança. Moreira (2003) sugere algumas estratégias para lidar com esta dificuldade. A primeira é uma semelhante à usada também nos atendimentos, que diz respeito à observação entre a correspondência verbal e não verbal do aluno, a segunda é referente ao uso de correlatos públicos (registro audiovisuais, somente auditivos, ou observação pelo espelho unidirecional). A terceira seria o uso do registro do próprio terapeuta ou de um outro observador, e por fim seria o atendimento em dupla, para um terapeuta observar o comportamento do outro.

Ainda existem outros procedimentos que são usualmente utilizados nas supervisões para aumentar a probabilidade de que o aluno aprenda uma habilidade específica, tais como role-playing, modelação ao vivo, fazer análise funcional do comportamento do aluno em supervisão e na sessão, dar feedback e reforçar diferencialmente comportamentos que se aproximem da aquisição da habilidade desejada. Vale ressaltar que na maioria das vezes muitas destas estratégias são usadas conjuntamente (ULIAN, 2002). Kerbauy (2001) destaca a contribuição que pode existir quando recursos audiovisuais são utilizados para gravar as sessões dos terapeutas iniciantes. Segundo a autora, este recurso permite uma análise detalhada do comportamento do terapeuta, o que pode proporcionar um crescimento mais objetivo de suas habilidades. Isto ocorre pois, através das gravações, é possível analisar as seqüências de interações entre terapeuta e cliente e avaliar a maneira como ela ocorre e sua efetividade.

Outro instrumento que pode ser utilizado para auxiliar no desenvolvimento das habilidades do terapeuta aprendiz é o Roteiro para Verificação do Desempenho do Terapeuta desenvolvido por Starling (2002), com base no original de Beck et al. (1979). Na realidade, este não é um instrumento aplicado na supervisão propriamente dita, mas é um checklist que tem o objetivo de verificar se houve ou não a ocorrência de determinadas classes de respostas do terapeuta, facilitando assim a observação e registro destas classes por parte dos observadores do atendimento, sendo que estes

observadores são alunos que acompanham a sessão atrás de um espelho unidirecional. O checklist é composto por vários desempenhos que são agrupados em 14 classes de comportamentos que são: 1) o desempenho geral do terapeuta; 2) preparo e discussão da agenda; 3) eliciação/evocação de respostas; 4) controle eficaz do tempo; 5) discriminação e foco no problema emergente; 6) evocação de relatos verbais e auto-relatos; 7) reforçamento e generalização da aprendizagem; 8) ensaios comportamentais; 9) técnicas específicas; 10) autenticidade do terapeuta; 11) calor humano; 12) Empatia sob controle operante; 13) empatia sob controle respondente; e 14) postura profissional. Segundo pesquisas feitas com este instrumento, o terapeuta que tem contato com a lista fica, geralmente, mais exposto às regras de conduta descritas na mesma, o que pode aumentar a probabilidade e induzir tais respostas dentro da sessão (IRENO, 2006; STARLING, 2002).

Quanto a supervisão, pode-se dizer que o comportamento de relatar do supervisionando está sob controle de pelo menos dois conjuntos de contingências: as que ocorreram na sessão e as que estão presentes na supervisão. Como já exposto anteriormente, isto pode apresentar-se como um problema, uma vez que a prevalência de controle por uma contingência ou outra altera totalmente a instalação das habilidades terapêuticas no aluno. Quando prevalecem as contingências da supervisão, o comportamento verbal do aluno tem mais função de mando do que de tato, ou seja, o comportamento do aluno fica sob controle do reforço específico que seria a provação do supervisor e não sob controle do que aconteceu na sessão. Com o objetivo de não permitir que isso ocorra, o supervisor deve criar um ambiente semelhante ao do atendimento, ou seja, apresentar-se como uma audiência não punitiva para seu aluno. Assim, aumentando a probabilidade do aluno estar sob controle da contingência do atendimento, o supervisor buscará treinar o tato fidedigno do supervisionando (BECKERT, 2002). Vandenberghe (2001) acrescenta que o desenvolvimento do comportamento verbal de tatear possibilitará o terapeuta a descrever estímulos complexos, como sua própria conduta em sessão e as variáveis antecedentes e conseqüentes de seu comportamento, como também o comportamento de seu cliente. Este autor ainda apresenta a importância da modelagem do comportamento verbal do tipo intraverbal em um terapeuta iniciante, expondo que os intraverbais modelados na supervisão permitirão que o terapeuta relacione os tatos, e com isso aprenda a pensar sobre o caso, escolher intervenções e fazer questionamentos, e assim aprenderá a conduzir o caso como um terapeuta experiente.

A partir desta revisão, pode-se observar que diversas variáveis já foram identificadas como determinantes no processo de aquisição das habilidades de um terapeuta comportamental, incluindo também a relação entre supervisor e supervisionando. No entanto, muito ainda necessita ser investigado no que diz

respeito a cada uma destas variáveis e de seu efetivo controle no comportamento tanto do terapeuta iniciante quanto do supervisor. Também é válido ressaltar que as pesquisas nesta área possuem uma metodologia bastante variada, já que o controle das variáveis presentes no contexto, em grande parte das vezes, é baixo e ainda abarca o próprio pesquisador dentro da contingência. Assim, é preciso lembrar de um pressuposto descrito por Skinner et al. (1998) de que não é porque um fenômeno é complexo que se deve buscar novas explicações para o mesmo, e sim concluir que ainda não foi encontrada uma metodologia adequada para o estudo deste fenômeno.

Referências:

BECK, Aaron Temkin et al. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1979.

BECKERT, Marcelo. Relação supervisor-supervisionando e a formação do terapeuta: contribuições da psicoterapia analítico funcional (FAP). In: GUILHARDI, Hélio José. (Org.). **Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento**. Santo André: ESETec Editores Associados, 2002.

CAMPOS, Luiz Fernando de Lara. Supervisão em terapia cognitivo comportamental. In: RANGÉ, Bernard (Org.). **Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática aplicações e problemas**. 2 ed. Campinas: Editora Psy, 1998.

FERREIRA, Laiz Helena de Souza. Supervisão Clínica: um enfoque no comportamento do terapeuta. In: BRANDÃO, Maria Zilah (Org.). **Sobre o comportamento e cognição: a história e os avanços, a seleção por conseqüências em ação**. Santo André: ESETec Editores Associados, 2003.

GUILHARDI, Hélio José; QUEIROZ, Patrícia Barros Piazzon de Souza. A análise funcional no contexto terapêutico: o comportamento do terapeuta como foco de análise. In: DELITTI, Maly (Org.). **Sobre o comportamento e a cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo comportamental**. São Paulo: ARBytes Editora, 1997.

IRENO, Esther de Matos. A formação do analista do comportamento clínico: revisão de literatura e controle instrucional. In: STARLING, Roosevelt. Riston. **Ciência do comportamento: conhecer e avançar**. Santo André: ESETec Editores Associados, 2006.

KERBAUY, Rachel Rodrigues. O repertório do terapeuta sob ótica do supervisor e da prática clínica. In: GUILHARDI, Hélio José. (Org.) **Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento**. Santo André: ESETec Editores Associados, 2001.

MOREIRA, Sandra Bernadete da Silva. Descrição de algumas variáveis em um procedimento de supervisão de terapia analítica do comportamento. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, n.16 (1), p.157-170, 2003.

RANGÉ, Bernard et al. Ensino, treinamento e formação em psicoterapia comportamental e cognitiva. In: RANGÉ, Bernard. (Org.) **Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática aplicações e problemas**. 2 ed. Campinas: Editora Psy, 1998.

SKINNER, Burrhus Frederic; TODOROV, João Carlos; AZZI, Rodolfo. **Ciência e comportamento humano**. 10 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

SKINNER, Burrhus Frederic; NERI, Anita Liberalesso. **Questões recentes na análise comportamental**. Campinas: Papirus, 1991.

STARLING, Roosevelt Riston. Formação de terapeutas analítico-comportamentais: colocando o modelo sob as contingências do modelado. In: TEIXEIRA, Adélia Maria Santos (Org.). **Ciência do comportamento: conhecer e avançar**. Santo André: ESETec Editores Associados, 2002.

ULIAN, Ana Lúcia Alcântara de Oliveira. Reflexões sobre uma experiência relativa à formação de dois terapeutas comportamentais. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v.4, n.2, p.91-104, 2002.

VANDENBERGHE, Luc. Uma abordagem contextual da supervisão clínica. In: BANACO, Roberto Alves (Org.). **Sobre o comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de forma em análise do comportamento e terapia cognitiva**. Santo André: ESETec Editores Associados, 2001.

VILLANI, Maria Cristina Seixas. Considerações sobre o desempenho do terapeuta comportamental. In: TEIXEIRA, Adélia Maria Santos (Org.). **Ciência do comportamento: conhecer e avançar**. Santo André: ESETec Editores Associados, 2002.

Resumo:

As variáveis envolvidas no processo de aquisição das habilidades terapêuticas se tornaram objeto de estudo da psicologia, visto sua importância na formação do psicólogo. O objetivo do estudo foi realizar uma revisão bibliográfica para explicitar quais seriam estas habilidades, o papel da supervisão e outras variáveis envolvidas neste processo. Concluiu-se que muito já pode ser previsto e controlado neste contexto, mas ainda são necessárias mais pesquisas na área.

Palavras-chave:

Habilidades Terapêuticas, Formação, Supervisão Clínica.

FREQÜÊNCIA ALÉLICA E AUSÊNCIA DE DISTÚRBO DE SEGREGAÇÃO NO LOCUS DA Distrofia Miotônica EM INDIVÍDUOS NORMAIS

*Renata Camacho Miziara**

*Claudia Emília Vieira Wiesel***

*Geraldo Aleixo da Silva Passos Júnior****

*Aguinaldo Luiz Simões*****

Introdução

Distrofia Miotônica (DM) é uma doença autossômica dominante neuromuscular progressiva causada por uma expansão anormal da repetição do trinucleotídeo CTG no gene DMPK localizado no cromossomo 19q13.3. Cromossomos normais tem até 50 repetições; o número de repetições CTG está correlacionado com o aumento da severidade da doença ou com a diminuição da idade de início dos sintomas (REDMAN et al., 1993). A incidência da doença varia muito entre diferentes populações: a alta taxa de 1: 8000 é encontrada entre indivíduos do oeste Europeu e brancos Norte Americanos (HARPER, 1990), 1:18000 em Japoneses (DAVIES et al., 1992) e é extremamente rara entre os Africanos (DADA, 1993; KRAHE et al., 1995); a performance reprodutiva de indivíduos afetados apresenta-se muito diminuída (HARPER, 1990). O número de repetições tende a aumentar quando cromossomos com mais de 50 repetições são transmitidos para os filhos. Com tal instabilidade, alelos podem alcançar formas expandidas de mil repetições em poucas gerações

* Docente dos cursos de graduação em Biomedicina e Farmácia-Bioquímica do Centro Universitário de Araraquara - UNIARA e do curso de Odontologia e Farmácia-Bioquímica das Faculdades Unificadas da Fundação Educacional de Barretos.

** Bióloga, doutora e especialista do laboratório de Genética-bioquímica do Departamento de Genética da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

*** Docente da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

**** Docente do Departamento de Genética da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.