

UNINGÁ - UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR INGÁ LTDA

Uningá Review

Online ISSN 2178-2571



23(2)

Julho / Setembro
July / September

2015



Master Editora
The Greatest Sign Does Not Speak

Título / Title:

UNINGÁ Review

Periodicidade / Periodicity:

Trimestral / Quarterly

Diretor Geral / Main Director:

Ricardo Benedito de Oliveira

Diretor de Ensino / Educational Director:

Ney Stival

Diretor de Pós-Graduação / Post-Graduation Director:

Mário dos Anjos Neto Filho

Diretora de Assuntos Acadêmicos / Academic Subjects Director:

Gisele Colombari Gomes

Diretor Administrativo / Administrative Director:

Flávio Massayohi Sato

Editor-Chefe / Editor-in-Chief: Prof. Dr. Mário dos Anjos Neto Filho

Corpo Editorial / Editorial Board

Prof. Dr. Afonso Pelli, **UFTM** (MG)
Prof. Dr. Aissar Eduardo Nassif, **UNINGÁ** (PR)
Prof. Dr. Alaor Aparecido Almeida, **CEATOX-UNESP** (SP)
Prof. MS. Alex Sanches Torquato, **UTFPR** (PR)
Profa. Dra. Carolina Baraldi Araujo Restini, **UNAERP** (SP)
Profa. Dra. Claure Nain Lunardi Gomes, **UnB** (Brasília/DF)
Prof. Dr. Fabiano Carlos Marson, **UNINGÁ** (PR)
Prof. Dr. Gerson Jhonatan Rodrigues, **UFSCar** (SP)
Prof. Dr. Jefferson José de Carvalho Marion, **UFMS** (MS)
Profa. Dra. Kellen Brunaldi, **UEM** (PR)
Prof. Dr. Luiz Fernando Lolli, **UNINGÁ** (PR)

Profa. Dra. Michele Paulo, **USP** (SP)
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Évora, **USP** (SP)
Prof. Dr. Roberto Barbosa Bazotte, **UEM** (PR)
Prof. Dr. Roberto DeLucia, **USP** (SP)
Prof. MS. Rogério Tiyo, **UNINGÁ** (PR)
Profa. MS. Rosana Amora Ascari, **UDESC** (SC)
Prof. Dr. Sérgio Spezzia, **UNIFESP** (SP)
Profa. Dra. Tatiliana Geralda Bacelar Kashiwabara, **IMES** (MG)
Profa. MSd. Thais Mageste Duque, **UNICAMP** (SP), **UNINGÁ** (PR)
Profa. MS. Valéria Garcia da Silva, **UNINGÁ** (PR)

Indexações: Latindex, Google Acadêmico, EBSCO host (Fonte Acadêmica), Periódicos CAPES e *Directory of Research Journals Indexing* - DRJI.

Distribuição: Master Editora – Publicações Científicas

A Revista **UNINGÁ Review** é um Projeto Especial para divulgação científica apenas em mídia eletrônica, estando inscrito na Coordenação do Núcleo Pesquisa da Faculdade INGÁ sob o número (171/2-2009) da Faculdade INGÁ.

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

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

*The **UNINGÁ Review** Journal is a special project to scientific dissemination only in electronic media, registered in the Coordination of the Research Center - Faculty INGÁ (171/2-2009).*

All published articles were formally authorized by their authors and are your sole responsibility.

*The opinions expressed in the studies published do not necessarily correspond to the views of **UNINGÁ Review** Journal and its Editorial Board.*



Master Editora

Prezado leitor, é com grande satisfação que divulgamos a vigésima terceira edição, volume dois, da Revista **UNINGÁ Review**.

UNINGÁ Review recebeu a estratificação B4 pelo sistema QUALIS CAPES, após a avaliação das edições anteriores, desde o ano de 2010.

Atualmente a **UNINGÁ Review** é indexada nos seguintes portais de periódicos: Latindex, Google Acadêmico, Bibliomed, EBSCO host, DRJI e Periódicos CAPES

Desde o dia 01/07/2013, a Revista **UNINGÁ Review** passou a ser distribuída pela Master Editora, adotando o formato *Open Access Journal* (Revista Científica de Acesso Aberto) que garante a manutenção do acesso irrestrito e gratuito aos artigos publicados. Os autores não terão nenhum custo financeiro para submissão e a subsequente análise do manuscrito pelo conselho editorial do periódico. Entretanto, caso um manuscrito seja aceito para publicação, o autor responsável (autor de correspondência) confirmará o interesse pela publicação realizando o pagamento de uma taxa de publicação, no valor de R\$ 180,00 (cento e oitenta reais), em função dos custos relativos aos procedimentos editoriais; valor atualizado em 01/01/2015.

Aproveitamos a oportunidade para agradecer aos autores dos trabalhos que abrilhantam esta edição e para convidar aos autores de trabalhos científicos que se enquadram em nosso escopo editorial para o envio de seus artigos para nossa análise *ad hoc*, visando o aceite de sua obra para publicação em uma das edições futuras da Revista **UNINGÁ Review**.

Boa leitura!

Mário dos Anjos Neto Filho
Editor-Chefe

Dear reader, it is a great satisfaction to disclose the twenty-third edition, volume two of the Journal UNINGÁ Review.

UNINGÁ Review received the concept of stratification B4 by QUALIS CAPES system, according to the evaluation of the previous editions, since 2010.

Currently UNINGÁ Review is indexed in the following journals portals: Latindex, Google Scholar, Bibliomed, EBSCO host, DRJI and Periódicos CAPES.

Since July, 01, 2013, the UNINGÁ Review Journal became distributed by Master Publisher, adopting the format Open Access Journal that ensures the free and unrestricted access to published articles. The authors have no financial cost to any submission and subsequent analysis of the manuscript by the editorial board of the journal. However, if a manuscript is accepted for publication, the mailing author can confirm the interest in publishing by the payment of a publication (R\$ 180,00 - one one hundred and eighty Reais), according to the costs relating to the procedures editorials; updated on 01/01/2015.

We take this opportunity to thank the authors of the works that brightens this issue and to invite the authors of scientific papers that fit with our editorial scope to send your articles to our ad hoc aiming at acceptance of your paper for publication in a future issue of the Journal UNINGÁ Review.

Happy reading!

Mario dos Anjos Neto Filho
Editor-in-Chief

ORIGINAIS

MANIFESTAÇÕES ORAIS E IMPLICAÇÕES ODONTOLÓGICAS EM PORTADORES DO *DIABETES MELLITUS* NA REGIÃO DE CASCAVEL – PR
CAMILA STACHESKI MACHADO, KAHOANA THAÍS DA SILVA, LETÍCIA NADAL
ELIANA CRISTINA FOSQUIERA, DANIELA DE CÁSSIA FAGLIONI BOLETA-
CERANTO 05

GANHO DE FORÇA MUSCULAR DO DIAFRAGMA PÉLVICO APÓS UTILIZAÇÃO DOS MÉTODOS PILATES OU KEGEL EM PACIENTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO
JÉSSICA NAYARA CORREA, BIANCA DE PAULA MOREIRA, VALÉRIA FERREIRA
GARCEZ 11

ESTADO NUTRICIONAL E QUALIDADE DA DIETA EM INDIVÍDUOS VEGETARIANOS ESTRITOS E NÃO-ESTRITOS
LUCAS HAUSCHILD, FERNANDA SCHERER ADAMI, PATRÍCIA FASSINA 18

ATUALIZAÇÃO DA LITERATURA

ASPECTOS IMPORTANTES SOBRE CANDIDÚRIAS: PREVALÊNCIA, AGENTES ETIOLÓGICOS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO
AMANDA AMÂNCIO DIAS, FERNANDA JUSTO LEMES DE TOLEDO, FÁBIO
REBELLO VASCONCELLOS, ANA PAULA ZANATTA, TALITA MENEZES 25

DESEJO INSATISFEITO: CONSIDERAÇÕES SOBRE A HISTERIA SEGUNDO A PSICANÁLISE
FRANCIELI BRUNHEIRA PEREIRA, ANDRÉ LUÍS SCAPIN 31



Master Editora

MANIFESTAÇÕES ORAIS E IMPLICAÇÕES ODONTOLÓGICAS EM PORTADORES DO DIABETES MELLITUS NA REGIÃO DE CASCAVEL – PR

ORAL MANIFESTATIONS AND DENTAL IMPLICATIONS IN DIABETES MELLITUS PATIENTS FROM CASCAVEL REGION - PR

CAMILA STACHESKI MACHADO^{1*}, KAHOANA THAÍS DA SILVA², LETÍCIA NADAL³, ELIANA CRISTINA FOSQUIERA⁴, DANIELA DE CÁSSIA FAGLIONI BOLETA-CERANTO⁵

1. Cirurgiã-Dentista. Mestranda em Odontologia pela UNIOESTE; 2. Cirurgiã-Dentista. Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela UNIOESTE; 3. Cirurgiã-dentista, graduada pela Universidade Paranaense; 4. Cirurgiã-Dentista. Mestre em clínica odontológica pela UEPG e Doutoranda em Estomatologia pela PUCPR. Docente do curso de Odontologia na Universidade Paranaense; 5. Mestre e Doutora em Fisiologia Oral pela UNICAMP. Docente do curso de Odontologia na Universidade Paranaense.

* Rua Terezina, 2325, apto 3, Tropical, Cascavel, Paraná, Brasil. CEP: 85807-140. dcboleta@unipar.br

Recebido em 09/07/2015. Aceito para publicação em 20/07/2015

RESUMO

O *Diabetes mellitus* (DM) é uma doença crônica, que abrange um grupo de alterações metabólicas que podem levar à hiperglicemia, cujo diagnóstico é baseado tanto nos sinais e sintomas sistêmicos, quanto nos achados bucais. O objetivo foi avaliar as manifestações orais do DM na população de Cascavel – PR e região. Os dados foram coletados por acadêmicos do curso de Odontologia da UNIPAR – Cascavel durante o evento “Dia Mundial do Diabetes” realizado na cidade de Cascavel – PR no dia 12 de novembro de 2011. Resultados: Foram avaliados 315 diabéticos, com média de idade de 58 anos, variando de 7 a 93 anos. Dos avaliados 61,3% eram do gênero feminino (n=193) e 38,7% (n=122) do gênero masculino. Em 30,2% (n=95) dos pacientes foi encontrado algum foco de infecção bucal, sendo que em 9,5% (n=30) dos pacientes foi descrita a presença de lesões bucais. As lesões bucais mais comuns foram a hiperplasia e a candidose e 10,3% (n=33) dos pacientes necessitava de tratamento odontológico periodontal e restaurador. Devido ao aumento da incidência de DM, o cirurgião-dentista deve estar preparado para tratar as manifestações bucais e encaminhá-los para o endocrinologista na presença dos sinais e sintomas que indiquem a presença da patologia.

PALAVRAS-CHAVE: *Diabetes mellitus*, odontologia, manifestações bucais.

ABSTRACT

Diabetes mellitus (DM) is a chronic disease that includes a group of metabolic disorders which might lead to hyperglycemia. The DM diagnosis is based both on systemic symptoms as on oral findings. The aim of this study was to evaluate the oral manifestations of diabetes in people from Cascavel - PR and region. Data were collected by undergraduate dentistry students of UNIPAR - CASCAVEL during the "World Diabetes Day" in November 12th, 2011. Results: 315 diabetic patients were evaluated, with a mean age of 58, and it was observed a female predominance (61.3%). It was found some focus of infection in 30.2% of the patients and the presence of oral lesions in 9.5%. The most common oral lesions found were hyperplasia and candidiasis. There was a higher incidence of low salivary flow (53.6%) compared to what is described in the literature. Moreover, 10.3% of the patients presented periodontal disease or dental cavities. Due to the increased incidence of DM, the dentist should be able to identify and treat its oral manifestations. Additionally, it is mandatory the referral to an endocrinologist, any patient presenting oral signs and symptoms which might be related to a DM manifestation.

KEYWORDS: *Diabetes mellitus*, dentistry, oral manifestations.

1. INTRODUÇÃO

Descrito há mais de 3500 anos o *Diabetes mellitus* – DM tem papel relevante como problema de saúde pública mundial, uma vez que aumenta a mortalidade precoce e a incapacidade, por doenças cardiovasculares¹. Existe atualmente cerca de 140 milhões de pessoas portadoras desta patologia², e o mais alarmante, é que sua ocorrência vem aumentando, sendo que em 2030, 300 milhões de pessoas terão tal distúrbio metabólico, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Assim, ações voltadas para a prevenção e controle da DM são fundamentais para a saúde em todo o mundo¹.

O DM é uma doença sistêmica crônica, que abrange um grupo de alterações metabólicas que podem levar à hiperglicemia, cujos principais sintomas são polidipsia, poliúria, polifagia e perda de peso. Pode estar relacionado a defeitos da secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos como, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação periférica da insulina, distúrbios da secreção de insulina, entre outros³.

Sabe-se que outros fatores estão, independentemente, associados com o desenvolvimento de DM (história familiar, idade, circunferência abdominal, hipertensão e dislipidemia), mas nenhum é tão importante, individualmente, quanto a hiperglicemia¹. Em indivíduos normais, a concentração plasmática de glicose situa-se entre 70 e 99 mg/dL. Níveis superiores indicam graus variados de tolerância à glicose (pré-diabetes) ou diabetes, que pode ainda receber diversas classificações segundo a *American Diabetes Association*⁴.

O diagnóstico do DM é baseado tanto nos sinais e sintomas sistêmicos quanto nos sinais e sintomas bucais, que incluem inflamação gengival, hiperplasia gengival, bolsas periodontais ativas, abscessos periodontais recorrentes, perda óssea progressiva e cicatrização lenta do tecido periodontal³⁻⁹, xerostomia, glossodínia, ardor na língua, eritema, distúrbios de gustação¹⁰ e, uma vez que o DM leva a um aumento da acidez do meio bucal, aumento da viscosidade e diminuição do fluxo salivar, fato este que aumenta o risco à cárie. E pela modificação da microbiota bucal, leva a uma maior tendência à candidose oral e à queilite angular⁸. O paciente pode ou não estar ciente sobre sua patologia ao procurar ao cirurgião dentista (CD), que deverá tomar alguns cuidados e fornecerá informações quanto a sua condição de saúde oral. Nos casos em que o paciente não tem o diagnóstico da doença, alguns sinais e sintomas podem servir de indícios ao CD na avaliação destes pacientes. É necessário assim, que o profissional conheça esses sinais, para que possa fazer o encaminhamento, e possibilite o diagnóstico precoce da doença.

Nesse contexto, esta pesquisa, contribuiu para a informação e o reconhecimento do quadro de saúde bucal em pacientes diabéticos, fornecendo dados e orientações

que pudessem auxiliar para a formação de uma política de saúde que oriente o CD quanto ao diagnóstico precoce do DM e ao atendimento destes pacientes. O objetivo do presente estudo epidemiológico foi avaliar as manifestações orais do *Diabetes mellitus* na população da região de Cascavel – PR em 2011, bem como relatar suas implicações odontológicas.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foram recrutados voluntários (alunos do 2º ano do curso de Odontologia da Universidade Paranaense – UNIPAR – CASCAVEL-PR) para realizar os exames bucais nos portadores de *Diabetes mellitus*. Os voluntários passaram por um treinamento para capacitação e calibração com duração de 12 horas. Após o período de treinamento foram realizados os exames bucais nos diabéticos participantes do evento “*Dia Mundial do Diabetes*”, que foi promovido pelo Instituto de Endocrinologia, Diabetes e Nutrição, Secretaria Municipal de Saúde, Lions Club Cascavel, com a colaboração de inúmeros parceiros, no dia 12 de novembro de 2011. Os exames foram realizados com o auxílio de espátulas de madeira, lanterna e gaze. Os resultados foram anotados por um auxiliar, também aluno, no campo “ODONTOLOGIA” na ficha do próprio evento, que continha campos para diversas modalidades da saúde. No exame bucal foi levado em conta o padrão de higiene oral, considerando como bom (casos onde não havia considerável acúmulo de biofilme dental, cáries e cálculo), médio (casos onde o acúmulo de biofilme era notável, com presença de cárie e/ou cálculo dental) e ruim (grande acúmulo de biofilme, cáries extensas e grandes massas de cálculo dental); uso e necessidade de prótese e as condições das mesmas quando presentes; presença de focos de infecção, como raízes residuais e dentes com mobilidade grau III; fluxo salivar, classificando-o como normal ou baixo (quando da queixa ou observação de xerostomia); foram ainda observadas a presença de alterações bucais, tais como hiperplasias, candidose, fibromas, alterações de coloração da mucosa, entre outros. Com isso foi estabelecida a necessidade ou não de tratamento odontológico do paciente. Os resultados numéricos foram analisados através de estatística descritiva, referente às condições bucais obtidas através das avaliações.

3. RESULTADOS

Foram avaliados 315 pacientes, dos quais 38,7% (n=122) eram homens e 61,3% (n=193) mulheres. Com média de idade de 58,2 anos, variando de 7 a 93 anos. Sendo que apenas 16,8% (n=53) dos pacientes possuíam menos de 50 anos de idade.

Destes, 48,6% (n=153) possuíam uma higiene bucal considerada boa, 15,9% (n=50), média, e 35,5% (n=112) ruim (Figura 1).

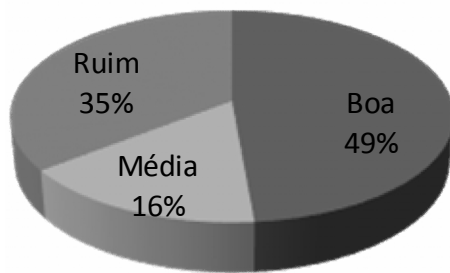


Figura 1. Qualidade da higiene oral do paciente diabético da cidade de Cascavel-PR no ano de 2011.

Quanto ao uso e/ou necessidade de prótese, 40,6% (n=128) não possuíam nenhum tipo de prótese, 59,4% (n=187) possuíam. Dos que não possuíam prótese 2,5% (n=8) necessitavam, e dos que possuíam 6,7% (n=21) precisavam da substituição da mesma, resultando em um total de 9,2% (n=29) de pessoas com necessidade de prótese.

A presença de foco de infecção foi observada em 30,2% (n=95) e o baixo fluxo salivar foi notado em 53,6% (n=169). Em 9,5% (n=30) foi observado a presença de lesões bucais, sendo estas: 3,2% (n=10) hiperplasia; 2,5% (n=8) candidose; 0,95% (n=3) manchas escurecidas; 0,95% (n=3) manchas esbranquiçadas; 0,63% (n=2) hipótese clínica de diagnóstico de fibroma; 0,32% (n=1) hipótese clínica de diagnóstico de sialólito na glândula sublingual; 0,32% (n=1) leucoedema; 0,32% (n=1) hipótese clínica de diagnóstico de linfangioma; 0,32% (n=1) leucoeritroplasia. (Figura 2)

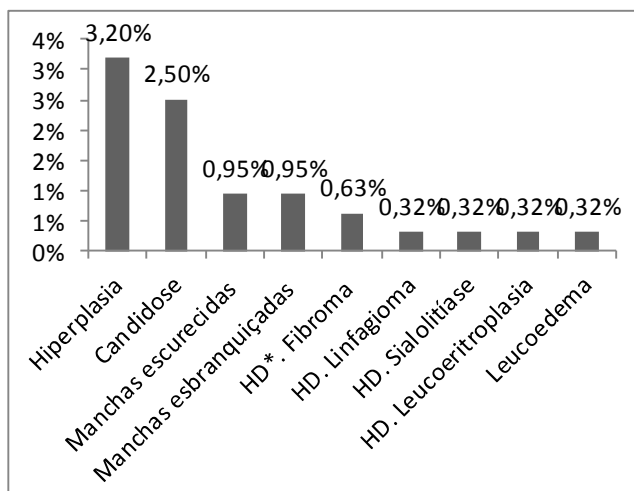


Figura 2. Presença de lesões bucais em portadores de diabetes mellitus.
*HD = hipótese de diagnóstico

na cidade de Cascavel – PR em 2011.

Considerando a presença destas lesões, focos de infecção, necessidade de prótese, lesões de cárie e/ou presença de cálculo dental, constatou-se que 23,2% (n=73) pacientes necessitavam de tratamento odontológico, destas 9,5% (n=30) para a confirmação do diagnóstico e tratamento das lesões bucais detectadas; 9,2% (n=29) para confecção de próteses; 10,5% (n=33) para tratamento restaurador e/ou periodontal e 3,8% (n=12) para exodontia de pelo menos 1 elemento, sendo que um mesmo paciente pode apresentar mais de uma destas necessidades (Figura 3).

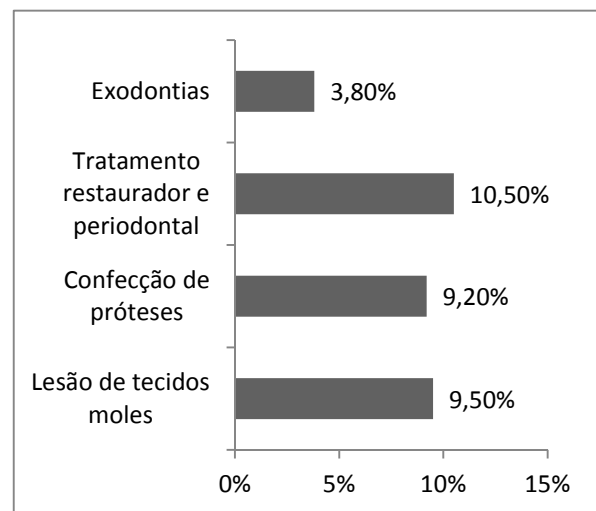


Figura 3. Necessidade de tratamento odontológico dos pacientes diabéticos da cidade de Cascavel – PR em 2011.

4. DISCUSSÃO

Existem diferentes classificações para o *Diabetes mellitus*, dentre eles o DM tipo 1 (DM1), que representa cerca de 15% dos casos de diabetes, ocasionado pela destruição progressiva das células pancreáticas produtoras de insulina devido a um processo autoimune³. O DM tipo 2 (DM2) decorrente da combinação de deficiência relativa de insulina e resistência insulínica, conhecido como não insulino-dependente, e é a forma mais comum da doença, responsável por 90-95% dos casos. Existe ainda o DM associado a defeitos genéticos na função das células, caracterizados por mutação; defeitos genéticos na ação da insulina; endocrinopatias; doenças do pâncreas exócrino; diabetes induzida por drogas ou produtos químicos; diabetes relacionada à infecções, associado a outras síndromes genéticas, como: síndrome de Down, síndrome de Turner, etc.; e formas mais incomuns de Diabetes imunologicamente mediadas – presença de anticorpos anti-receptor insulínico; e a Gestacional, que é a hiperglicemia diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez, sendo que a maioria das mulheres tem o quadro revertido para níveis normais de glicose após o par-

to³, porém, com substancial risco de desenvolver Diabetes posteriormente⁷.

Independentemente do tipo do DM, o aumento crônico da glicose sanguínea está relacionado à disfunção, dano e falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos⁴⁻⁶, sendo imprescindível seu diagnóstico precoce, para que possa ser estabelecido um adequado tratamento, e prevenção dessas complicações relacionadas.

O tratamento do DM objetiva diminuir os níveis sanguíneos de glicose. Para isso o controle da dieta é o primeiro passo em indivíduos com DM2, sendo baseado na redução da ingestão de açúcar refinado e comidas ricas em gordura⁸. Agentes hipoglicemiantes orais são utilizados quando as medidas de dieta se mostram insuficientes. A insulinoterapia é sempre necessária em pacientes diabéticos tipo 1, e pacientes tipo 2 severamente descompensados⁸.

No presente estudo, em se tratando de pacientes com média de idade de 58,2 anos, a maioria (61,3%) era de mulheres, enquanto que os homens representavam a minoria com 38,7%, o que também pode ser observado em estudos realizados por Saintrain (2008)¹¹, Amaral(2006)⁹, e Santelices (2008)¹². Com relação à higiene bucal, 48,6% (n=153) demonstrou ter higiene bucal considerada boa, 15,9%(n=50), média e 35,5% (n=112) ruim, semelhante aos achados de Maia (2005)⁸ que enfatizou que os cuidados com a higiene bucal em pacientes portadores de *Diabetes mellitus* é essencial, pois, a difícil cicatrização, típica do paciente diabético, aliada à precária higiene bucal, aumenta de forma considerável o surgimento de patologias na cavidade oral^{8,11}.

Os resultados mostraram que, o baixo fluxo salivar foi notado em 53,6% (n=169) enquanto 46,34% (n=146) apresentaram fluxo salivar normal. A incidência encontrada foi maior do que a relatada por Neville (2004)¹³, Costa (2004)¹⁴ e Tófoli (2005)¹⁵ que o observaram em apenas 10 a 30% dos diabéticos. Já Carvalho (2002)² observou baixo fluxo salivar em 44% dos diabéticos avaliados, percebendo que o baixo fluxo salivar, pode propiciar a ocorrência de outras complicações, como lesões de cárie, devido à capacidade tampão da saliva que fica comprometida em situações de hipossalivação,² além de úlceras e dificuldade de retenção das próteses, traumatizando os tecidos moles⁶ e predispondo ao surgimento de focos de infecções, que foram observados em 30,2% (n=95) dos voluntários deste estudo. Devemos ressaltar que a análise do fluxo salivar foi realizada somente através do exame clínico e não foi feita através da mensuração do fluxo salivar, o que poderia ser um ponto contestado do presente trabalho, mas que, devido ao fato de a pesquisa ter sido realizada durante uma campanha mais abrangente, não havia tempo nem recursos para a realização da coleta de saliva.

Quando avaliado o uso e/ou necessidade de prótese

dentária, pouco mais da metade da população atendida, 59,4% (n=187), possuíam algum tipo de prótese, enquanto que 40,6% (n=128) não possuíam nenhum tipo de prótese, demonstrando que o edentulismo está presente em grande parte dos voluntários atendidos, o que também foi notado em um estudo feito por Saintrain (2008)¹¹ em que 47% dos diabéticos possuíam prótese, e destes 34,9% possuía alguma lesão associada a ela. No presente estudo, apenas 6,7% (n=21) dos diabéticos possuíam desadaptação protética. A necessidade de prótese, nos pacientes que não possuíam nenhum dos tipos da mesma, foi de apenas 2,5% (n=8).

Quanto à presença de lesões bucais, foram notadas lesões em 9,5% (n=30), porcentagem menor do que a encontrada por Saintrain (2008)¹¹, que foi de 34,9%, e por Terra (2010)³ em que 27,7% dos pacientes apresentaram algum tipo de lesão bucal, o que pode estar relacionado a média de idade deste estudo ser menor do que nos demais. A lesão mais prevalente foi a hiperplasia, perfazendo 3,2% (n=10) das lesões encontradas, seguida pela candidose, presente em 2,5% (n=8) dos voluntários. Tais lesões são frequentemente assintomáticas e podem estar limitadas aos tecidos que circundam as bordas de próteses. A hiperplasia tem como fator causal a má adaptação protética, a qual foi relatada por 6,7% dos voluntários, já a candidose é causada pelo fungo *Candida albicans*, presente na microbiota bucal, mas que depende de alguns fatores para que a infecção seja evidenciada, como: o uso de prótese, em especial nos indivíduos que dormem com elas; a falta de higiene bucal; baixa imunidade e diabetes⁵. Houve a constatação também da presença de outras lesões que, embora diagnosticada sem poucos voluntários merecem atenção, pois mesmo em baixa frequência, elas devem ser observadas e tratadas de acordo com suas características, levando em conta a influência do diabetes nas manifestações bucais de pacientes afetados por esta doença.

Em se tratando de cárie e doença periodontal, 10,5% (n=33) demonstraram necessitar de tratamento restaurador e/ou periodontal. Mesmo tendo um número relativamente alto de voluntários neste estudo, a cárie e a doença periodontal não atingiram números elevados de necessidade de tratamento odontológico. Alves (2006)⁶ e colaboradores relataram haver controvérsias entre a ocorrência de cáries e diabetes, já que poderia se supor que pela alta taxa de glicose, acidez bucal e baixo fluxo salivar, colaborariam para facilitar a sua ocorrência, porém, uma menor ingestão de açúcar poderia contribuir para atenuar a sua frequência⁹.

Já com relação à doença periodontal, o diabetes poderia causar alteração na resposta imunológica e metabólica do organismo, favorecendo a doença periodontal e assim, o mau controle dos níveis de glicemia no organismo⁶. Saintrain (2008)¹¹ e Tomita (2002)⁷ encontraram doença periodontal em aproximadamente 90% dos paci-

entes. No presente estudo não foi avaliado especificamente sobre a doença periodontal, mas 10,5% (n=73) dos pacientes necessitavam de tratamento restaurador e periodontal. Se considerarmos apenas a doença cárie, os achados corroboram com os descritos por Lalla (2006)¹⁶, Laskaris (2000)¹⁷, Bell (2000)¹⁸ e Albrecht (1998)¹⁹ que encontraram baixos índices de cárie nos pacientes diabéticos, relacionado provavelmente ao baixo consumo de açúcar. Assim podemos observar que estudos que compararam a frequência de cárie em indivíduos com DM tiveram achados discrepantes não havendo consenso se os tais apresentariam ou não maior susceptibilidade.^{6,8}

Foi constatado também que 3,8% (n=12) dos pacientes necessitavam ser encaminhados para exodontia de pelo menos um elemento, pois, em se tratando de dentes com prognóstico duvidoso, mesmo após terapia periodontal, a inflamação residual pode permanecer e vir a progredir, assim, as exodontias podem surgir como alternativa terapêutica na eliminação total das infecções dentais. Resultado menos significativo do que o encontrado por Saintrain (2008)¹¹, que observou a necessidade de exodontia em pelo menos 48,5% dos diabéticos avaliados. Estes resultados podem ser justificados pela média de idade dos pacientes do presente estudo, bem como poderíamos aventar a possibilidade de, na região avaliada, as pessoas terem maior acesso ao atendimento odontológico, o que reduziriam as necessidades de extração.

5. CONCLUSÃO

O aumento da incidência do *Diabetes mellitus* na sociedade faz com que o cirurgião-dentista tenha grande chance de se deparar com um paciente nessas condições. No presente estudo observou-se maior prevalência do DM em mulheres, de idade superior a 50 anos, e em relação às manifestações bucais foi constatada grande presença e/ou necessidade de prótese, focos de infecção e baixo fluxo salivar, além dos achados de lesões de cárie, doença periodontal e lesões bucais. Quando identificadas essas manifestações bucais em seus pacientes, associadas aos dados coletados na anamnese, o cirurgião-dentista deve suspeitar de DM devendo encaminhar o paciente ao médico, para um diagnóstico precoce e tratamento adequado. Além disso, feito o diagnóstico alguns cuidados devem ser tomados durante o atendimento destes pacientes, considerando sempre sua condição sistêmica.

REFERÊNCIAS

- [01] Fraige FF. Dia mundial do diabetes. *Diabetes Clin* 1999; 3(4):117.
- [02] Carvalho CAL. Subsídios para o planejamento de cuidados especiais para o atendimento odontológico de pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2. [Tese] São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2002.
- [03] Terra GB, Goulart RG, Bavaresco CS. O cuidado do paciente odontológico portador de diabetes mellitus tipo 1 e 2 na Atenção Primária à Saúde. [Dissertação] Porto Alegre: Residência em Odontologia pelo Programa de Residência Integrada em Saúde com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição; 2010.
- [04] Fernandes PM, Rocha CT, Peixoto TA, Queiroz IF, Filho PN, Queiroz AM. Abordagem odontológica em pacientes com diabetes mellitus tipo 1. *Pediatrics* 2010; 32(4):274-80.
- [05] Silva AM, Vargas AMD, Ferreira EF, Abreu MHNG. A integralidade da atenção em diabéticos com doença periodontal. *Ciênc. saúde colet.*[online] 2010; 15(4):2197-2206.
- [06] Alves C, Brandão M, Andion J, Menezes R, Carvalho F. Atendimento odontológico do paciente com diabetes mellito: recomendações para a prática clínica. *R. Ci. méd. biol.*, 2006 mai./ago; 5(2): 97-110.
- [07] Tomita EN, Cinelatto LEM, Pernambuco RA, Lauris JRP, Franco LJ, et al. Condições periodontais e diabetes mellitus na população nipo-brasileira. *Rev. Saúde Públ.* 2002; 36(5):607-13.
- [08] Maia RF, Rodrigues e Silva AA, Carvalho QRM. Proposta de um protocolo para o atendimento odontológico do paciente diabético na atenção básica. *Espaç. Saúde* 2005;7(1):16-29.
- [09] Amaral FMF, Ramos PGA, Ferreira SRG. Estudo da Frequência de Cárie e Fatores Associados no Diabetes Mellitus Tipo 1. *ArqBrasEndocrinolMetab* 2006 jun; 50(3): 501-22.
- [10] Brasil, Ministério da Saúde. SaúdeBucal- Caderno de Atenção Básica n 17. Brasília-DF, 2006.
- [11] Saintrain MVL, Lima, PMS. Idoso portador de diabetes mellitus: relevância epidemiológica para a atenção em Odontologia. *RevBrasGeriatr. Gerontol.* 2008; 11(3):379-389.
- [12] Santelices ARN, González FG, Nicolau O, Sori, BS. Oral manifestations in carriers of type 2 diabetes mellitus offering diagnosis. [Dissertação] Cuba: Clínica Estomatológica "Ismael Clark y Mascaró"; 2005.
- [13] Neville BW. Manifestações orais de doenças sistêmicas. *Patologia oromaxilofacial*. 2.ed. Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan; 2004.
- [14] Costa CC, Resende, GB, Souza IM, Tavares SS, Almeida ICSS, Filho LCC. Estudo das manifestações bucais em crianças com diabetes e suas variáveis de correlação. *Arq. Bras. EndocrinolMetab* 2004; 48(3):374-378, 2004.

- [15] Tófoli GR. Tratamento odontológico em pacientes com diabetes mellitus. R. Assoc. Paul. Cir. Dent. 2005; 59:306-10.
- [16] Lalla E, Lal S, Tucker S, Grenberg E, Goland R, Lamster IB. Periodontal changes in children and adolescents with diabetes. A case-control study. Diabetes Care 2006; 29(2):295-299.
- [17] Laskaris G. Atlas colorido de doenças bucais da infância e da adolescência. Porto Alegre/São Paulo: Artes Médicas Sul/Santos; 2000.
- [18] Bell GW, Large DM, Barcalay SC. Buccal healthcare in diabetes mellitus. SADJ 2000; 55(3):158-565.
- [19] Albrecht M, Banoczy J, Tamas G. Dental and bucal symptoms of diabetes mellitus. Community. Dent-Bucal Epidemiol 1988; 16(6):378-380.



GANHO DE FORÇA MUSCULAR DO DIAFRAGMA PÉLVICO APÓS UTILIZAÇÃO DOS MÉTODOS PILATES OU KEGEL EM PACIENTES COM INCONTINÊNCIA URINARIA DE ESFORÇO

MUSCULAR STRENGTH GAIN OF PELVIC DIAPHRAGM AFTER THE PRACTICE OF PILATE OR KEGEL METHODS IN PATIENTS WITH STRESS URINARY INCONTINENCE

JÉSSICA NAYARA CORREA¹, BIANCA DE PAULA MOREIRA¹, VALÉRIA FERREIRA GARCEZ^{2*}

1. Acadêmica do curso de graduação em Fisioterapia da Faculdade Unicesumar; 2. Fisioterapeuta, Doutora em Ciências - USP-FMRP, Docente do curso de graduação em Fisioterapia e Medicina na UniCesumar – Centro Universitário de Maringá.

* Avenida Guedner, Jardim Aclimação, 1610, CEP: 87050-900, Maringá, Paraná, Brasil, valeria.garcez@gmail.com

Recebido em 08/07/2015. Aceito para publicação em 10/07/2015

RESUMO

A incontinência urinária ocorre em todas as faixas etárias, acometendo 25% das mulheres após menopausa. Estudos sobre o tratamento com a utilização de exercícios de Pilates são escassos. Este artigo tem como objetivo realizar uma revisão sistemática de pesquisas e estudos com incontinência urinária de esforço utilizando os métodos Pilates e o convencional de Kegel. Realizou-se uma busca na literatura nas bases de dados Scielo, PubMed e Portal de Periódicos da Capes utilizando palavras-chave dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), nos idiomas português e inglês. Foram selecionados 10 estudos, os quais abordam aspectos teóricos e práticos sobre o tratamento de pacientes com a patologia estudada. Foi possível concluir que os estudos discutidos e dialogados mostram que o Pilates pode ser uma ferramenta eficaz para o fisioterapeuta na reabilitação, apresentando benefícios variados e poucas contraindicações. As indicações de ambos os métodos são muitas e variadas, podendo ser aplicadas em populações especiais gestantes, idosos e atletas - e também em diversos problemas ortopédicos, como diminuição de flexibilidade e escoliose.

PALAVRAS-CHAVE: Incontinência urinária, treinamento de resistência, diafragma pélvico, modalidades de fisioterapia

ABSTRACT

Urinary incontinence occurs in all age groups, affecting 25% of women after menopause. Studies on treatment with the use of Pilates exercises are scarce. This article aims to conduct a literature review and research studies with stress urinary incontinence using the Pilates or Kegel method. We conducted a literature search in databases Scielo, PubMed and Capes Journal Portal using keywords of Descriptors in Health Sciences (DECS) in Portuguese and English. We selected 11 studies, which address theoretical and practical aspects of the treatment of patients with pathology studied. It was concluded that the

discussed and spoken studies show that Pilates can be an effective tool for the physiotherapist in rehabilitation, with many benefits and few contraindications. Indications of both these methods are many and varied, and can be applied to athletes and elderly people special pregnant women - and in various orthopedic problems, such as decreased flexibility and scoliosis.

KEYWORDS: Urinary incontinence, resistance training, pelvic diaphragm, physical therapy modalities.

1. INTRODUÇÃO

A bexiga tem seu funcionamento coordenado através de diferentes níveis do sistema nervoso central (SNC), os quais estão localizados na medula, ponte e centros superiores, por meio da atuação neurológica excitatória e inibitória que se encaminham aos órgãos do trato urinário inferior (TUI – bexiga, aparelho esfinteriano e uretra). Na fase de enchimento da bexiga, o estímulo sobe pela via aferente, ou seja, pelo corno posterior através dos nervos pudendos, chegando ao sistema nervoso central, mais especificamente no córtex, posteriormente indo para o centro pontino da micção e assim gerando uma resposta inibitória através do sistema nervoso simpático que realizará a inibição do músculo detrusor e contração do músculo esfíncter interno e o sistema somático realizará a contração do músculo esfíncter externo e do diafragma pélvico, essa resposta sendo gerada ela irá descer através da via eferente de modo a realizar a resposta. Já na fase de esvaziamento o estímulo subirá pelo corno posterior através dos nervos pudendos e hipogástrico, chegando ao sistema nervoso central, mais precisamente na ponte, e posteriormente ao centro pon-

tino da micção, na qual ocorrerá a inibição do simpático e ativação do sistema nervoso parassimpático que libera acetilcolina nos receptores muscarínicos (M3), gerando uma resposta inibitória, sendo assim, a contração do músculo detrusor e relaxamento dos músculo esfíncter interno, esfíncter externo, e diafragma pélvico, após a resposta ser gerada, a mesma descera através da via eferente, tendo sua ação¹.

O diafragma pélvico é constituído pela seguinte musculatura: músculo esfíncter externo do ânus, músculo elevador do ânus, músculo glúteo máximo e músculo obturador externo, juntamente com os ligamentos sacrotuberal e sacroespinhal. O assoalho pélvico é dividido em pelve óssea, órgãos genitais internos e externos, diafragmas urogenital e pélvico e sustentação uretral. O diafragma uretral se localiza abaixo do músculo elevador do ânus com funcionalidade sexual².

Neste contexto, pode-se considerar a incontinência urinária como sendo, de acordo com Ramos e Oliveira (2010), a perda involuntária da urina pela uretra, que ocorre basicamente pela flacidez da musculatura do diafragma pélvico. Este distúrbio é mais frequente em mulheres e pode manifestar-se em qualquer faixa etária, atingindo 25% desta população após a menopausa. Atribui-se a prevalência desta doença neste grupo ao fato de a mulher apresentar, além da uretra, duas falhas naturais no assoalho pélvico (o hiato vaginal e o hiato retal). Isso faz com que as estruturas musculares responsáveis pela sustentação e contração da uretra sejam mais frágeis nas mulheres, tornando-as mais suscetíveis e atuando de forma negativa em sua qualidade de vida.

Em geral, de acordo com Castro *et al.* (2008)³, a eliminação de urina de forma fisiológica fica comprometida por alterações na musculatura dos esfíncteres ou do diafragma pélvico, em condições como: gestação/ parto vaginal, deficiência hormonal, tumores malignos e benignos, doenças que comprimem a bexiga, obesidade, tosse crônica dos fumantes, álcool, idade, quadros pulmonares obstrutivos que geram pressão abdominal, por bexigas hiperativas, entre outros.

Segundo a Sociedade Internacional de Incontinência (ICS), incontinência urinária de esforço (IUE) é definida como qualquer perda involuntária de urina durante esforço, prática de exercícios, ao tossir ou espirrar, sendo este o tipo mais comum que atinge 50% das pacientes com diagnóstico de incontinência. Este distúrbio é classificado didaticamente em três tipos: a) TIPO I - perda urinária discreta: ocasional, que se manifesta, sobretudo, quando a paciente está de pé e faz muito esforço; b) TIPO II - perda urinária moderada: onde a bexiga e uretra estão caídas e se produzem sistematicamente quando se faz um esforço de pé; c) TIPO III - perda urinária severa por lesão na uretra: a bexiga e a uretra podem estar no lugar, porém perdem a capacidade de contrair, permanecendo a uretra sempre aberta e, neste caso, a perda urinária ocor-

re em situações de esforço leve como caminhar ou simplesmente mudar de posição⁵.

Rett *et al.* (2007)⁵ afirmam que o tratamento da incontinência urinária pode ser cirúrgico ou conservador, sendo que no Brasil ainda é tradicionalmente cirúrgica. Entretanto, o tratamento cirúrgico envolve procedimentos invasivos que podem ocasionar complicações, apresentam custo elevado e podem ser contraindicados em algumas mulheres, atualmente tem surgido interesse crescente por opções de tratamentos mais conservadores. Assim, dependendo do tipo e da severidade da patologia estudada, o tratamento fisioterápico tem sido recomendado como uma forma de abordagem inicial.

Os exercícios fisioterápicos de fortalecimento do diafragma pélvico, os cones vaginais e a eletroestimulação intravaginal têm apresentado resultados expressivos para a melhora dos sintomas de IU em até 85% dos casos⁵. De acordo com estes autores,

Um dos principais objetivos do tratamento fisioterápico é o fortalecimento dos músculos do diafragma pélvico, pois melhora a força e a função desta musculatura favorecendo a contração consciente e efetiva nos momentos de aumento da pressão intra-abdominal, evitando assim as perdas urinárias. Também colaboram positivamente na melhora do tônus e das transmissões de pressões da uretra, reforçando o mecanismo de continência urinária⁵.

O exercício perineal é a modalidade fisioterapêutica que apresenta as melhores evidências científicas no tratamento de mulheres com incontinência urinária de esforço³. Neste contexto, o Método Pilates é um dos métodos modernos mais utilizados para este fim. Trata-se de um programa de manutenção corporal criado pelo alemão Joseph H. Pilates (1880-1967) durante a Primeira Guerra Mundial⁶.

De acordo com Martins (2013)⁷, o método pilates é caracterizada por ser uma técnica dinâmica que realiza o condicionamento físico e mental, de modo a trabalhar a força, flexibilidade, alongamento e equilíbrio, contudo mantendo o abdome como o certo de força, sendo este trabalhado em todos os exercícios⁸.

Foi inicialmente chamado de Contrologia, pois envolvia a coordenação completa do corpo, da mente e do espírito, com intuito de manter o corpo em um alinhamento natural. De acordo com Blount & McKenzie (2002)⁹, este método apresenta como elementos-chaves: a) alongar os músculos encurtados e fortalecer os músculos fracos; b) melhorar a qualidade dos movimentos, garantindo que os músculos posturais centrais estabilizem o corpo; c) trabalhar o mecanismo de respiração correta; d) controlar os movimentos amplos e os menores movimentos; e) entender e melhorar a mecânica do corpo; e f) relaxar a mente.

O Pilates modificado surge de pesquisas na área da Fisioterapia, destacando-se aquela que suporta a estabilidade segmentar vertebral como forma de intervenção

nas lesões na coluna¹⁰.

Em um recente artigo publicado por Silva & Mannrich (2009)⁶, os autores apontam inúmeros benefícios e aplicações do método de Pilates na fisioterapia: a) em gestantes há prevenção da diástese abdominal e da incontinência urinária¹¹; b) em idosos há um melhoramento em artrites, manutenção da pressão arterial e calcificação óssea¹²; c) em idosos hospitalizados, o Pilates evitar a perda acelerada de massa muscular¹³; d) em pacientes com escoliose idiopática há uma melhora nas condições patológicas apresentados pelos enfermos¹⁴; e) auxilia no pré e pós-operatórios de joelho e quadril¹⁵; f) tratamento de atletas¹⁶. Para Martins (2013)⁷, o método de Pilates é um possível tratamento para tais disfunções urinárias. Contudo, ainda são necessários pesquisas e estudos que reforcem e comprovem a eficiência deste método.

Outro método muito utilizado em tratados fisioterápicos é o método de Kegel. Na década de 50, o médico ginecologista Arnold Kegel descreveu um treinamento da musculatura do diafragma pélvico em mulheres com incontinência urinária¹⁷.

Em 1992, a ICS validou tais técnicas no tratamento de distúrbios perineais, cujo tratamento é composto por exercícios ativos que visam o reestabelecimento da estática pélvica por meio da reeducação perineal associado ao ganho de consciência corporal. Estes exercícios de Kegel têm sido cada vez mais valorizados e estudos recentes indicam uma grande quantidade de pacientes que obtiveram melhora ou mesmo a solução completa para seus distúrbios¹⁸.

Diante destas considerações, o presente estudo tem o objetivo de realizar uma revisão de literatura sobre os Métodos Pilates e Kegel, em especial sobre sua eficiência no fortalecimento e no ganho de força muscular do diafragma pélvico em pacientes com incontinência urinária de esforço, diminuindo a perda de urina em um esforço.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este artigo apresenta uma metodologia classificada como revisão sistemática, a qual, é elaborada através de pesquisas realizadas em livros, artigos científicos, revistas, teses, entre outros, com objetivo de colocar o pesquisador em contato direto com todo o material já escrito sobre o assunto da pesquisa.

Realizou-se uma busca de referencial de literatura nas bases de dados Scielo, PubMed e Portal de Periódicos da Capes, utilizando palavras-chave dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), nos idiomas português e inglês. São elas: “Incontinência urinária”, “treinamento de resistência”, “diafragma pélvico” e “modalidades de fisioterapia” (em inglês: “Urinary incontinence”, “resistance training”, “pelvic diaphragm” e “physical therapy

modalities”).

O levantamento dos dados foi restrito às publicações identificadas nas estratégias de buscas nos limites da pesquisa em humanos, com pacientes femininas e estudos de casos, no período de 1994 a 2015.

Foram excluídos do estudo pesquisas experimentais com animais e todos os trabalhos que não se adequaram aos critérios de inclusão.

Para averiguar a qualidade dos trabalhos selecionados, foi aplicada a escala de Jadad, a qual consiste em verificar cinco questões metodológicas, sendo elas: se o estudo foi descrito como randomizado, se a randomização descrita foi adequada, se o estudo foi aplicado de modo duplo cego, se o método de mascaramento foi adequado e se houve descrição das perdas, ou seja, exclusões. Para esta escala, pesquisas que apresentem pontuações inferiores a três pontos foram consideradas de baixa qualidade metodológica e com pouca capacidade de explorar os resultados apresentados na área clínica.

Os artigos foram selecionados inicialmente pelos títulos, posteriormente, pelos resumos contendo o assunto abordado, e, em seguida, analisados na íntegra, através de uma análise da contemplação dos seguintes itens: amostra, metodologia aplicada, conclusões finais e referências utilizadas. Sendo utilizado como critérios para exclusão os artigos que não fazia parte do assunto abordado na seguinte pesquisa ou não tinham relação com as palavras chave.

3. RESULTADOS

Foram encontrados, inicialmente, por meio das bases de dados pesquisadas, 2552 artigos, sendo 1740 excluídos por não estar de acordo com o tema e 399 por serem revisões de literatura sem que houvesse dados empíricos. Dos 413 trabalhos selecionados para uma avaliação mais criteriosa, 403 foram excluídos após a análise dos resumos. Dos 10 trabalhos analisados, cinco apresentaram pontuação 6 e cinco trabalhos apresentaram pontuação 3 (Tabela 1).

Tabela 1. Análise metodológica pela escala de Jadad.

AUTOR	Randominizado?	O método de randomização foi adequado?	O estudo é duplo-cego?	O método de mascaramento foi adequado?	Houve descrição das perdas, exclusões?	TOTAL
Andreazza e Serra (S/D)	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	4
Belo et. al. (2005)	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	4
Diez e Montoya (2005)	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	3
Diniz et. al. (2014)	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	3
Santacreu e Fernán	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO	3

dez-Bal leste- ros(201 1)						
Ma- theus et. al. (2006)	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	4
Mes- quita et. al. (2015)	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	4
Mon- teiro (2010)	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	4
Rodri- gues e Mendes (1994)	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	3
Silva e Oliva (2011)	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	4

Escala de Jadad – Não = 0 pontos; Sim = 1; Pontuação maior ou igual a 3 pontos possui bom rigor metodológico.

IDENTIFICADOS	Artigos encontrados na base de dados Scielo.org (n=29) Artigos encontrados na base de dados PubMed (n=34) Artigos encontrados na base de dados Portal de Periódicos da Capes (n=2489) TOTAL (n=2552)
TRIADOS	Artigos excluídos por não estarem de acordo com o tema (n=1740) Artigos excluídos por serem revisão bibliográficas (n=399) TOTAL DE EXCLUÍDOS (n=2139)
AVALIADOS	Artigos excluídos pela análise do resumo (n=202) Artigos excluídos por não estarem de acordo com os critérios (n=201) TOTAL DE EXCLUÍDOS (n=403)
INCLUÍDOS	Andreazza e Serra (S/D) Belo et. al. (2005) Diez e Montoya (2005) Diniz et. al. (2014) Fernández-Ballesterio (2011) Matheus et. al. (2006) Mesquita et. al. (2015) Monteiro (2010) Rodrigues e Mendes (1994) Silva e Oliva (2011)

Figura 1. Fluxograma da busca e seleção dos estudos para revisão bibliográfica.

Foram investigadas 193 pacientes mulheres, as quais foram separadas em grupos distintos e submetidas a diferentes tipos de tratamento, estando estes relacionados aos métodos Pilates e de Kegel, a fim, principalmente de desenvolver e fortalecer a musculatura do diafragma pélvico (Tabela 2). Os trabalhos analisados apontam para uma preocupação com o tratamento fisioterápico da incontinência urinária, sendo este menos invasivo que o urinário.

Tabela 2. Caracterização dos trabalhos analisados, no que se refere ao objetivo geral e amostra utilizada.

AUTOR	OBJETIVO	AMOSTRA
Andreazza e Serra (S/D)	Proporcionar conhecimento sobre a musculatura do diafragma pélvico e os benefícios de seu fortalecimento. Também apresentar o método Pilates como uma ferramenta a ser utilizado por fisioterapeutas.	12 mulheres (idades entre 35-39 anos) organizadas em três grupos: Grupo I – já pratica Pilates; Grupo II- não praticam nenhuma modalidade de exercícios; Grupo III- pratica alguma modalidade de ensino.
Belo et. al. (2005)	Determinar o efeito dos exercícios dos músculos do diafragma pélvico na incontinência urinária de esforço.	75 mulheres (idades entre 28 - 66 anos).
Diez e Montoya (2005)	Problematizar o papel e a responsabilidade do profissional enfermeiro após o procedimento de cateterismo uretral.	Não informado.

Diniz et. al. (2014)	Verificar os efeitos do MatPilates na atividade muscular do diafragma pélvico.	6 mulheres (idades entre 35 - 65 anos).
Santacreu e Fernández-Ballesterio (2011)	Realizar um tratamento comportamental incontinência urinária.	14 mulheres.
Matheus et. al. (2006)	Verificar a influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, em associação aos exercícios posturais corretivos, no tratamento da incontinência urinária feminina.	12 mulheres (idades entre 52,3 - 59,7 anos).
Mesquita et. al. (2015)	Comparar e analisar os efeitos de dois protocolos de exercício sobre o equilíbrio de mulheres idosas.	63 mulheres idosas (concluiram apenas 58) (grupo de facilitação neuromuscular proprioceptiva (PNFG), grupo Pilates (PG) e grupo controle (GC)).
Monteiro (2010)	Avaliar a influência das contrações perineais associadas a exercícios físicos, que simulem situações de perda urinária.	Uma paciente com 56 anos.
Rodrigues e Mendes (1994)	Discutir a conduta de uma profissional enfermeira no tratamento de pessoas com incontinência urinária.	Não informado.
Silva e Oliva (2011)	Identificar os efeitos dos exercícios de Kegel associados ao uso dos cones vaginais na incontinência urinária.	Uma paciente de 59 anos.

Os grupos estudados foram tratados com diferentes atividades que contemplem os métodos Pilates e de Kegel e receberam terapias variadas e receberam terapias variadas (alongamentos de Pilates para fortalecimento dos músculos, cateterismo uretral, utilização dos cones de Plevnik, exercícios de Kegel, atividades físicas, Mat-Pilates, treinamento para fortalecimento do músculo pélvico, exercícios perineais). O tempo do tratamento foi variado, visto que em alguns trabalhos foram desenvolvidos em apenas quatro semanas e outros em até três meses, como mostra a Tabela 3.

No geral, as conclusões obtidas nos trabalhos analisados mostram que houve uma melhora significativa nas condições patológicas das mulheres com incontinência urinária. Essas conclusões reforçam a necessidade de uma melhor formação dos profissionais que realizam as atividades dos métodos Pilates e de Kegel.

Tabela 3. Caracterização dos trabalhos analisados, no que se refere à tempo e tipo de tratamento aplicado e conclusões obtidas.

AUTOR	TEMPO DE TRATAMENTO	TRATAMENTO	CONCLUSÃO
Andreazza e Serra (S/D)	Não informado.	Realização de atividades do método Pilates, conjuntamente à atividades físicas.	O método Pilates, aliado à prática de atividades físicas, pode ser utilizado para o fortalecimento do diafragma pélvico como prova de prevenção de disfunções.
Belo et. al. (2005)	16 semanas.	O protocolo consistia na utilização dos cones de Plevnik, por um período de 15 minutos diários, associada à realização de exercícios de Kegel (quatro sessões diárias).	Houve aumento do tônus e força muscular após os exercícios perineais, provando a eficácia da utilização deste método de reeducação perineal.
Diez e Montoya (2005)	Não informado.	Cateterismo uretral (procedimento manual que envolve a inserção de um cateter na bexiga através a uretra).	É necessário estabelecer acompanhamento e um programa de exercícios para fortalecer o diafragma pélvico, como sugerido por Kegel.
Diniz et. al. (2014)	Período entre março e maio de 2011.	Atividades do MatPilates 2 vezes por semana, em dias alternados, durante 60 minutos cada sessão.	O MatPilates influencia na força de contração das fibras musculares do diafragma pélvico.

Santa-creu e Fernández-Ballestero (2011)	2 meses.	O programa consiste em treinamento diário dos músculos do diafragma pélvico com um controle semanal por um supervisor e acompanhamento de resultados 2 meses após a última sessão de controle.	Os episódios de vazamento urinário foram reduzidos em 75,67% após a conclusão do programa.
Matheus et. al. (2006)	10 sessões fisioterapêuticas, duas vezes na semana.	10 sessões fisioterapêuticas, duas vezes na semana. As participantes foram divididas em dois grupos (Grupo A: n = 6, utilizando exercícios perineais e Grupo B: n = 6, utilizando cones vaginais).	Acorreção estática da pelve, através dos exercícios posturais, constitui uma modalidade efetiva de intervenção na incontinência urinária feminina, quando associada à reeducação perineal.
Mesquita et. al. (2015)	4 semanas.	Sessões de 50 min foram realizadas no PNFG PG três vezes. As idosas do GC não receberam nenhuma intervenção.	O grupo PNFG mostrou um equilíbrio significativamente melhor estático e dinâmico do que as mulheres em CG. O grupo PG também mostrou melhor equilíbrio dinâmico do que as mulheres no CG. Contudo, não houve diferenças significativas entre o PNFG e PG.
Monteiro (2010)	12 semanas.	Contrações no períneo através de contração do assoalho pélvico com introdução bidigital. Na quinta semana as contrações foram realizadas associadas a exercícios ativos que simulavam as situações de perda urinária.	Após o treinamento a paciente não apresentou mais a queixa de incontinência urinária, assim como não reproduziu mais a perda urinária.
Rodrigues e Mendes (1994)	Não informado.	Não informado	Cabe à enfermeira atuar juntamente com a equipe de saúde multidisciplinar, familiarizar o próprio idoso o quadro da incontinência.
Silva e Oliva (2011)	10 sessões de fisioterapia três vezes por semana, com duração de uma hora.	Exercícios de Kegel até a terceira sessão. A partir da quarta sessão, estes exercícios estavam associados ao uso dos cones vaginais.	A paciente apresentou grau 3 de força muscular na escala de Ortiz e perda urinária de 25 g no pad-test. A paciente referiu estar sentindo os resultados positivos após as 10 sessões. Assim, os exercícios de Kegel associados ao uso dos cones vaginais, nesta paciente, levaram à melhora da incontinência urinária em um curto período de tratamento.

4. DISCUSSÃO

Estudos sobre o fortalecimento da musculatura do diafragma pélvico com a utilização do método Pilates são escassos, porém os tratamentos citados demonstram ganhos significativos para reabilitar os sintomas, visto que trabalhar a musculatura perineal promove a reabilitação da hipotonia da musculatura do assoalho pélvico e melhora a qualidade de vida das pacientes com IUE.

Na prática do método Pilates, há a contração e a sustentação do músculo transverso, favorecendo uma maior estabilização lombo pélvica e o aumento da força da musculatura perineal durante a execução dos exercícios. Assim, Diniz *et al.* (2014)¹⁹, afirmam que o fortalecimento desta região central pode, então, promover bons resultados para pacientes com disfunções¹⁹.

Os autores afirmam que este tipo de treinamento funciona do diafragma pélvico é um tratamento da incontinência, visto que há melhora da percepção e cons-

ciência corporal da região pélvica. O mesmo tratamento também promove o aumento da vascularização local, da tonicidade e força muscular, evitando problemas futuros com o enfraquecimento dos músculos¹⁹.

Em suas considerações, Diez & Montoya (2005)²⁰ afirmam que em mulheres que apresentam incontinência pós-parto é necessário estabelecer um acompanhamento e assessoria do profissional da saúde, em especial, da enfermeira. Contudo, sabe-se que o programa de exercícios para o fortalecimento do diafragma pélvico, como os sugeridos por Kegel, pode ser acompanhado também por profissionais da Fisioterapia.

Um estudo mais recente realizado por Matheus (2006)²¹ com 40 mulheres que apresentam a incontinência urinária comprovou que 100% destas desconheciam a função e o funcionamento do diafragma pélvico, de modo a enfatizar que o reconhecimento desta área auxilia no tratamento das incontinências urinárias femininas. Neste trabalho, é possível afirmar que a “correção estática da pelve, através dos exercícios posturais, constitui uma modalidade efetiva de intervenção na IU feminina, quando associada à reeducação perineal”²¹.

Tal estudo vai de encontro com as considerações de Andreazza e Serra (S/D)²², os quais concluíram que o Pilates, aliado à prática de outros exercícios físicos, influencia na manutenção da força do diafragma pélvico. Neste trabalho, mulheres inativas demonstraram resultados inferiores àquelas que praticavam exercícios, já que a inatividade física ocasiona efeitos negativos ao assoalho pélvico. Faz-se, nesse caso, que os instrutores do método Pilates incentivem seus alunos a realizar a contração do diafragma pélvico. Os autores também sugerem que sejam realizadas novas pesquisas com o mesmo enfoque, contudo, a partir de um grupo de estudo com características diferentes (obesos, idosos e gestantes, por exemplo).

Os exercícios do método de Kegel e os cones vaginais contribuem para o fortalecimento da musculatura do diafragma pélvico e oferecem uma reeducação perineal, a qual tem demonstrado benefícios para esse distúrbio. Por isso, concordamos com Silva & Oliva (2011)¹⁷.

[...] os exercícios de Kegel associados ao uso dos cones vaginais tiveram resultados positivos em relação ao aumento da força muscular perineal e à diminuição da perda quantitativa de urina [...] Consideramos importante a grande satisfação expressa pela paciente em perceber a diminuição dos sintomas em tão pouco tempo. Todavia, fazem-se necessários estudos com análise estatística, que possam confirmar tal efeito.

Como afirma Monteiro (2010)²³, as contrações perineais associadas a exercícios físicos são eficientes num programa de treinamento da musculatura do diafragma pélvico para reabilitação de incontinência urinária de esforço leve. Contudo, apenas a realização e qualidade dos

exercícios não são suficientes, pois também deve haver motivação e disciplina do paciente, a fim de que se alcance os resultados esperados. A associação de ambas as medidas pode ser mais eficaz do que cada uma isoladamente, como afirmam Silva & Oliva (2011)¹⁷.

Para Castro *et al.* (2008)³, tais resultados ainda são conflitantes, pois a eficácia deste tipo de terapia é baixa se comparada com outras modalidades de tratamento clínico. Isto se deve ao fato de que cerca de 30% das pacientes com incontinência urinária não são capazes de executar corretamente a contração muscular proposta pelos exercícios de Kegel, realizando uma contração simultânea dos músculos retoabdominal ou glúteo-máximo.

Contudo, o criador deste método, Kegel (1948)⁸, em seu estudo, observou que os exercícios através de contrações rápidas obtiveram 70% de cura ou melhora das perdas urinárias.

Rodrigues (1994)²⁴ afirma que esta técnica pode ser realizada mesmo em idosas que apresentam disfunção cognitiva, desde que a parede pélvica da paciente esteja adequada às atividades.

Sendo ambas as técnicas (Pilates e Kegel) amplamente utilizadas pelo profissional fisioterapeuta no tratamento de diversas disfunções, torna-se imprescindível que se conheçam suas aplicações, contraindicações, formas de utilização etc., de modo a garantir ao paciente a técnica adequada à alteração apresentada.

5. CONCLUSÃO

A partir da análise realizada nos artigos estudados, pode-se concluir que a realização dos exercícios de Kegel e Pilates em pacientes que apresentem incontinência urinária de esforço têm se mostrado eficientes maneiras de tratamento da patologia. Assim, os exercícios do método Pilates realizados nos estudos analisados demonstram um ganho de força maior na musculatura do diafragma pélvico, aumento da flexibilidade e melhora considerável da patologia, bem como promove a melhora da qualidade de vida da paciente, reduzindo o volume de urina perdida ao esforço.

Os estudos aqui discutidos e dialogados mostram que ambos os métodos podem ser ferramentas eficazes para o fisioterapeuta na reabilitação e tratamento da incontinência urinária, apresentando benefícios variados e poucas contraindicações.

As indicações são muitas e variadas, podendo ser aplicada em populações especiais gestantes, idosos e atletas - e também em diversos problemas ortopédicos, como diminuição de flexibilidade e escoliose.

Contudo, o Pilates ganha espaço no tratamento e na reabilitação de diferentes populações e disfunções, sempre seguindo os princípios do método e respeitando as condições individuais. Contudo ainda se faz necessário maior número de pesquisas com amostras maiores e a-

bordando mais variáveis.

REFERÊNCIAS

- [1] Gomes CM, Hisano M. Fisiologia da micção. In: NARDOZZA JÚNIOR, A.; ZERATI FILHO, M.; REIS, R. B. Urologia fundamental. 1 ed. São Paulo: Ed. Planmark. 2010.
- [2] Juc R, Colombari E, Sato M. Importância do sistema nervoso no controle da micção e armazenamento urinário. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, Santo André, SP. 2011; 36(1):55-60.
- [3] Castro RA, Arruda RM, Oliveira E, Zanetti MRD, Bortolini MA, Sartori MGF, Girão MJBC. Fisioterapia e incontinência urinária de esforço: revisão e análise crítica. FEMINA, Rio de Janeiro. 2008; 36(12).
- [4] Oliveira K, Rodrigues A, Paula A. Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinária de esforço na mulher. Revista Eletrônica F@pciência, Apucarana-PR. 2007; 1(1):31-40.
- [5] Rett MT, Simões JA, Herman V, Gurgel MSC, Moraes SS. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. Rev Bras Ginecol Obstet. São Paulo. 2007; 29(3):135-40.
- [6] Silva AC, Mannrich G. Pilates na Reabilitação: uma revisão sistemática. Fisioterapia em Movimento. 2009; 22(3):449-55.
- [7] Martins RAS. Método Pilates: histórico, benefícios e aplicações - Revisão sistemática da literatura. 2013. Artigo (Curso de Especialização em Pilates do Centro de Estudos Avançados e Formação Integrada) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia. 2013.
- [8] Kegel AH. Progressive resistance exercises in the functional restoration of the perineal muscles. Am J Obstet & Gynec. 1948; 56(2):244.
- [9] Blount T, McKenzie E. Pilates básico. 1.ed. São Paulo: Manole. 2002.
- [10] Richardson C, Gwendolen J, Hides J, Hodges P. (1999). Therapeutic exercise for the spinal segmental stabilization in low back pain: scientific basis and clinical approach. Edinburgh: Churchill Livingstone. 1999.
- [11] Balogh A. Pilates and pregnancy. RCM Midwives. 2005; 8(5):220.
- [12] Kopitzke R. Pilates: a fitness tool that transcends the ages. Rehab Manag. 2007; 20(6):28-31.
- [13] Mallory LH, Macdonald E A, Hubey-Kozey CL, Earl ME, Rockwood K, Macknight C. The feasibility of performing resistance exercise with acutely ill hospitalized older adults. BMC Geriatric. 2003; 3(3).
- [14] Blum CL. Chiropractic and pilates therapy for the treatment of adult scoliosis. J Manipulative Physiol Ther. 2002; 25(4).
- [15] Levine B, Kaplanek B, Scafura D, Jaffe WL. Rehabilitation after total hip and knee arthroplasty: a new regimen using Pilates training. Bull NYU Hosp Jt Dis. 2007.
- [16] Lugo-Larcheveque N, Pescatello L, Dugdale T, Veltri D, Roberts W. Management of lower extremity malalignment during running with neuromuscular retraining of the proximal stabilizers. Curr Sports Med Rep. 2006; 5(3):137-40.

- [17] Silva AMN, Oliva LMP. Exercícios de Kegel associados ao uso de cones vaginais no tratamento da incontinência urinária: estudo de caso. *Sci Med*. 2011; 21(4).
- [18] Ramos A, Oliveira A. Incontinência urinária em mulheres o climatério: efeitos do exercícios de Kegel. *Revista Hórus*, São Paulo. 2010; 4(2).
- [19] Diniz MF, Vasconcelos TB, Pires JLVR, Nogueira MM, Arcanjo GN. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em mulheres praticantes de Mat Pilates. *MTP & Rehab Journal*. 2014; 12:406-20.
- [20] Díez MBL, Montoya R. O. Cateterismo Uretral: un tema para la reflexión. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2005; 23(2):118-36.
- [21] Matheus LM. Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina. *Rev Bras Fisioter*. São Paulo. 2006; 10(4):387-92.
- [22] Andreazza EI, Serra E. A influência do método pilates no fortalecimento do assoalho pélvico. [periódica Internet]. Disponível em: <http://portalsaudebrasilcom/artigospsb/pilates054.pdf> Acesso em 24 de junho de 2015
- [23] Monteiro AT. Influência das contrações perineais associadas a exercícios físicos na reabilitação de uma paciente com incontinência urinária de esforço: um estudo de caso. *RBPFEEX-Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*. 2011; 4(21).
- [24] Rodrigues RAP, Mendes MMR. Incontinência urinária em idosos: proposta para a conduta da enfermeira. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 1994; 2(2):5-20.



ESTADO NUTRICIONAL E QUALIDADE DA DIETA EM INDIVÍDUOS VEGETARIANOS ESTRITOS E NÃO-ESTRITOS

NUTRITIONAL STATUS AND QUALITY OF DIET OF STRICT AND NON-STRICT VEGETARIAN ONES

LUCAS HAUSCHILD¹, FERNANDA SCHERER ADAMI², PATRÍCIA FASSINA^{3*}

1. Acadêmico do curso de Nutrição da Univates; 2. Nutricionista, Mestre em Gerontologia Biomédica PUCRS, docente do curso de graduação de nutrição da Univates; 3. Nutricionista, Mestre em Ambiente e Desenvolvimento da Univates, docente do curso de graduação de nutrição da Univates.

* Rua Arnaldo Becker Altmayer, 103, bairro Via Norte, Lajeado, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP: 95900-000.
patriciafassina@univates.br

Recebido em 13/07/2015. Aceito para publicação em 27/07/2015

RESUMO

Objetivou-se avaliar o estado nutricional e a qualidade da dieta de vegetarianos. Estudo quantitativo, transversal, constituído por 20 vegetarianos, divididos em estritos e não estritos. Realizou-se avaliação antropométrica, questionário estruturado e Registro Alimentar de três dias. Observou-se eutrofia em 75% (15) e 60% (12) para Índice de Massa Corporal (IMC) e Circunferência do Braço (CB), respectivamente e desnutrição, em 65% (13), para Prega Cutânea Tricipital (PCT); 90% (18) não seguiu orientação nutricional para adesão à dieta, apresentando baixa ingestão energética, vitamina B12 e cálcio; houve menor consumo de cálcio para os estritos, sem diferenças significativas para IMC, CB e PCT entre ambos os grupos. Conclui-se que a maioria dos indivíduos apresentou um estado nutricional eutrófico e uma baixa ingestão energética, de vitamina B12 e Cálcio perante a dieta praticada.

PALAVRAS-CHAVE: Dieta vegetariana. Estado Nutricional. Micronutrientes.

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the nutritional status and the quality of a vegetarian diet. It's a cross-sectional qualitative study and consisted of 20 vegetarians, divided into strict and non-strict ones. An anthropometric measurement, a structured questionnaire and a three-day food record were also conducted. There was eutrophy in 75% (15) and 60% (12) to body mass index (BMI) and arm circumference (AC), respectively and malnutrition in 65% (13), for triceps skin fold (TSF); 90% (18) did not follow dietary guidelines for adherence to the diet, with low energy intake, vitamin B12 and calcium; there was less calcium intake to the strict ones, no significant differences in

BMI, AC and TSF between both groups. It is concluded that most of the individuals had an eutrophic nutritional status and a low energy intake, vitamin B12 and calcium for the diet reason.

KEYWORDS: Vegetarian Diet. Nutritional Status. Micronutrients.

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos têm se identificado o crescimento de pessoas que buscam praticar uma alimentação sem carne, na qual diferentes tipos de dietas vegetarianas podem estar relacionadas, como a vegana, ovo-lacto-vegetariana, ovo-vegetariana e lacto-vegetariana¹.

De acordo com dados levantados pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE)², nas principais capitais do Brasil, 8% de sua população optam por uma alimentação vegetariana, sendo que em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), 6% da população já é vegetariana.

Para Bueno (2009)³, os motivos para um indivíduo se tornar vegetariano são tão variados quanto o número de vegetais que ele possa comer, mas alguns destes podem vir a ser mais comuns, como questões éticas, ambientais, religiões e saúde.

Lorenzo (2014)⁴ afirma que a dieta estrita de carne está crescendo mundialmente, em busca de uma alternativa para melhor qualidade de vida, por acreditar-se que a dieta vegetariana implica em uma alimentação adequada e auxilia na prevenção de doenças.

Conforme Baena (2015)⁵, a dieta vegetariana, quan-

do bem planejada, pode diminuir o risco de doenças crônicas, e que suas deficiências nutricionais podem ser evitadas com facilidade, garantindo assim qualidade de vida e longevidade.

Segundo um estudo de revisão bibliográfica realizado por McEvoy *et al.* (2012)⁶, mostraram que uma alimentação sem carne está associada à redução do risco de doenças, especialmente a diabetes mellitus tipo II, sendo que dietas vegetarianas restritivas podem resultar em deficiências de nutrientes, com efeitos deletérios à saúde, garantindo dessa forma que o aconselhamento e o acompanhamento são importantes nestes grupos de vegetarianos.

Embora a dieta vegetariana possa conter um aporte nutricional adequado, deve-se ainda assim manter-se um cuidado no manejo de certas vitaminas e minerais, principalmente aquelas encontradas em maior abundância em alimentos de origem animal, como por exemplo, a vitamina B12 e o ferro⁷. Para isso Craig & Mangels (2010)⁸, enfatizam que dietas vegetarianas bem planejadas mostram-se saudáveis, se para isso forem adequadas nutricionalmente, podendo ser apropriadas em todo o ciclo da vida, enfatizando a informação adequada através de um profissional nutricionista para seu melhor manejo.

Por uma busca de melhores condições para orientar e tratar um paciente que pretende iniciar ou manter uma alimentação sem carne, o Colegiado do Conselho Regional de Nutricionistas da 3ª região (CRN-3)⁹, intitula em documento que o ser humano tem o direito de escolher o que comer e que é possível atingir adequações nutricionais em dietas vegetarianas, sendo observados alguns cuidados. Ela pode ser adotada em qualquer ciclo da vida e que cabe ao nutricionista orientar o indivíduo, visando à promoção da saúde.

Alves & Negri (2011)¹⁰ sugerem que, ao empregar a dieta vegetariana, cabe ao nutricionista estar preparado para orientar sobre a opção da conduta alimentar e que, apesar da abolição do consumo cárneo, a dieta vegetariana deve ser balanceada e de um aporte nutricional para cada indivíduo, prevenindo assim deficiências nutricionais perante a dieta.

Dentro da prática ao vegetarianismo, muitas destas pessoas melhoram sua alimentação sem o consumo de carne, pois essa população acaba planejando melhor o cardápio que irá consumir. Desta mesma forma, é preciso sempre seguir orientações para um controle e manutenção da dieta, seguindo de forma segura os hábitos alimentares adequados para a prática ao vegetarianismo¹¹.

Através da prática da dieta vegetariana, acredita-se que os indivíduos participantes do presente estudo possam apresentar carências nutricionais, falta de conhecimento acerca destas, iniciando-as sem acompanhamento ou orientação nutricional adequada.

Neste sentido, o presente estudo teve por objetivo

avaliar o estado nutricional e a qualidade da dieta de indivíduos praticantes do vegetarianismo, como forma de identificar possíveis carências nutricionais.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo quantitativo de modelo transversal realizado no Ambulatório de Nutrição, de uma Instituição de Ensino Superior, localizada no Vale do Taquari, durante o mês de março de 2015.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Univates/ COEP sob protocolo número 914703/2014, sendo posteriormente dado início ao estudo.

A amostra foi de conveniência, constituída por um grupo de 20 indivíduos vegetarianos, os quais foram divididos em duas populações, sendo uma composta por vegetarianos estritos, com indivíduos apenas veganos, os quais não consomem carnes e derivados de animais, e a outra composta por vegetarianos não estritos, incluindo indivíduos lactovegetarianos, ovovegetarianos e ovolactovegetarianos, os quais ingerem leite, ovos e seus derivados, respectivamente. Os participantes aceitaram a participar do estudo, de forma voluntária, mediante assinatura de duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), recebendo explicações sobre os objetivos do estudo, bem como informações sobre a sua realização.

Os critérios de inclusão considerados no estudo foram indivíduos com idade acima de 20 anos, que utilizavam algum tipo de dieta vegetariana e que aceitaram a participar do estudo. Os critérios de exclusão considerados foram: analfabetos; indivíduos com déficit de atenção e a desistência da pesquisa em qualquer momento. O estudo apresentou ainda uma perda de 20 indivíduos que se enquadravam nos critérios de inclusão, os quais não compareceram ao Ambulatório de Nutrição para participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada de forma individualizada. Inicialmente, foi realizado o procedimento de avaliação nutricional, através de medidas antropométricas, para verificação do peso e da estatura para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), bem como medidas da Circunferência do Braço (CB) e Prega Cutânea Tricipital (PCT), seguidas da aplicação de um questionário estruturado e entrega do Registro Alimentar de três dias.

O peso e a estatura foram aferidos através de balança antropométrica tipo plataforma com estadiômetro acoplado de marca Welmy®, modelo R-110, com unidade de medida em quilograma (kg) e precisão de 0,1 kg, com capacidade mínima de 2,0kg e máxima 150,0 kg. Para a verificação do peso o participante foi instruído a ficar descalço, trajando roupas leves, como short e tops para o gênero feminino e calção de banho para os homens, subindo no centro da balança, em posição ortostática (PO),

com os braços estendidos ao longo do corpo¹².

Para a aferição da estatura foi utilizada uma régua antropométrica da própria balança, em alumínio anodizado, medindo até dois (2) metros com graduação de 0,5 cm, onde o indivíduo foi instruído a permanecer em PO, sem calçados, braços, estendidos ao longo do corpo e pés unidos. A medida foi feita com o indivíduo em apnéia inspiratória, de modo a minimizar possíveis variações sobre esta variável antropométrica, sendo que a cabeça esteve paralela ao solo horizontalmente¹².

Para a avaliação do estado nutricional foi calculado o IMC pela equação peso (kg) dividido pela altura ao quadrado (m²), a partir dos dados de peso e altura coletados, sendo o estado nutricional, para adultos, classificado conforme recomendações da World Health Organization (WHO)¹³.

Para a medida da CB o participante foi instruído a ficar em PO, relaxando os braços e os ombros, permitindo total exposição da área do braço direito, sendo realizado a aferição da medida da CB através do ponto médio entre o acrômio e o olecrânio, conforme orientações do Manual de Procedimentos de Antropometria do *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES)¹⁴, utilizando trena antropométrica, da marca Physical®, extensível de 150 cm. Para a classificação do estado nutricional pela CB, o valor do resultado obtido através desta medida foi comparado aos valores de referência demonstrados em tabelas de percentis por Frischno (1990)¹⁵. Posteriormente, foi efetuado o cálculo da adequação da CB para classificação do estado nutricional de acordo com Blackburn & Thorton (1979)¹⁶.

Para a medida da PCT o participante foi instruído a ficar em PO, ombros relaxados e os braços estendidos livremente ao longo do corpo, posicionado atrás do lado direito do indivíduo segurando o plicômetro com a mão direita e com o polegar e o dedo indicador da mão esquerda sobre o ponto médio marcado¹⁴, utilizando adipômetro clínico da marca Cescorf® com pressão constante de $\pm 10/\text{mm}^2$ e amplitude de 0mm a 75 mm. Para a classificação do estado nutricional pela PCT, o valor do resultado obtido através desta prega cutânea foi comparado aos valores de referência demonstrados em tabelas de percentis por Frischno¹⁵. Posteriormente, foi efetuado o cálculo da adequação da PCT para classificação do estado nutricional de acordo com Blackburn & Thornton (1979)¹⁶.

Após a aferição do peso e da estatura, medidas da CB e PCT, aplicou-se um questionário estruturado, não validado, elaborado pelos autores, com questões fechadas, o qual foi respondido de forma individual, contemplando dados sobre gênero; idade; escolaridade; tipo de dieta vegetariana, as quais possibilitaram a divisão dos participantes nos dois grupos distintos: vegetarianos estritos e não estritos; tempo e motivo da dieta vegetariana praticada, como, questões éticas (contra o abate animal), am-

bientais (contra os problemas que resultam da criação animal para abate) e de saúde; intercorrências de carências nutricionais; preocupação em relação à saúde e existência de um acompanhamento nutricional.

Após o preenchimento do questionário foi entregue ainda, o Registro Alimentar de três dias, o qual o voluntário foi orientado a realizar o seu preenchimento em casa, de forma mais fidedigna possível, anotando o tipo e a quantidade ingerida, em medidas caseiras dos tipos de alimentos e bebidas consumidos, assim como o horário da realização dos lanches e/ou refeições referentes à sua alimentação durante três (3) dias da semana não consecutivos, sendo dois de livre escolha, entre segunda e sexta-feira e um dia do final de semana, sábado ou domingo. Cada voluntário recebeu uma tabela de medidas caseiras, desenvolvida pelos autores, para auxiliar no preenchimento do Registro Alimentar.

As informações obtidas através deste instrumento de pesquisa foram analisadas no *Software DietWin*® Profissional 2008 para a obtenção da análise da ingestão alimentar quanto ao Valor Energético Total (VET) e de macro e micronutrientes da dieta, como carboidratos, proteínas, lipídeos, vitamina B12, ferro e cálcio, sendo os valores de referência embasados nas tabelas do resultados conforme recomendações da *Dietary Reference Intakes* (DRIs)¹⁷.

Os dados foram digitados no programa *Microsoft Office Excel* 2010. Para a análise estatística foi utilizada a análise de variância (ANOVA) para comparação das médias das variáveis quantitativas. Os resultados foram considerados significativos a um nível de significância máximo de 5% ($p \leq 0,05$) e o *software* utilizado para esta análise foi o SPSS versão 13.0.

3. RESULTADOS

O estudo contou com uma amostra de 20 indivíduos com média de idade de $25,55 \pm 4,82$ anos, de ambos os gêneros, dentre os quais metade, 50% (10), homens e metade mulheres. Em relação à escolaridade 35% (7) possuem ensino superior incompleto. Sobre o tipo de alimentação, 70% (14) foram considerados vegetarianos não estritos (tabela 1) e, quanto ao tempo de vegetarianismo, 50% (10) dos indivíduos praticam de 2 a 5 anos este tipo de alimentação.

Dentre os motivos pelos quais os indivíduos optaram por uma alimentação sem carne, verificou-se que a maioria da população 85% (17) relatou que optaram por questões éticas, as quais se referem aos direitos dos animais, 80% (16) ambientais e 50% (10) por saúde. Quanto à ocorrência de deficiências nutricionais, 85% (17) dos indivíduos afirmaram ter conhecimento sobre aquelas que poderiam ser ocasionadas pela prática da dieta vegetariana.

Observou-se que, grande parte da população vegeta-

riana, 90% (18) não seguiu nenhuma orientação nutricional para a adesão à dieta (tabela 1), e que o mesmo percentual, 90% (18), afirmaram que consideram importante a atuação de um profissional nutricionista para orientação no planejamento das dietas vegetarianas.

Quanto ao estado nutricional da população participante, 75% (15) e 60% (12) apresentaram eutrofia em relação ao IMC e CB, respectivamente. Em relação à PCT, a maioria, 65% (13) apresentou algum grau de desnutrição (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição das variáveis de estudo

Variável	Resposta	Nº casos	%
Gênero	Feminino	10	50,0
	Masculino	10	50,0
Tipo de alimentação vegetariana	Vegetarianos Estritos	6	30,0
	Vegetarianos Não Estritos	14	70,0
Orientação nutricional	Sim	2	10,0
	Não	18	90,0
IMC (Índice de Massa Corporal)	Eutrofia	15	75,0
	Pré Obesidade	5	25,0
CB (Circunferência do Braço) (adequação %)	Desnutrição	1	5,0
	Moderada		
	Desnutrição Leve	6	30,0
	Eutrofia	12	60,0
PCT (Prega Cutânea Tricipital) (adequação %)	Sobrepeso	1	5,0
	Desnutrição grave	2	10,0
	Desnutrição moderada	4	20,0
	Desnutrição leve	7	35,0
	Eutrofia	3	15,0
	Sobrepeso	4	20,0

Fonte: autoria do artigo.

Quanto ao VET, ingestão de macro e micronutrientes, como carboidrato (HC), proteína (PROT) e lipídeo (LIP), bem como cálcio, B12 e ferro (Fe), respectivamente, através dos resultados para uma amostra (Tabela 2), verificou-se que as variáveis B12, cálcio e VET apresentaram diferenças significativas em relação aos valores de referência, com um consumo significativamente inferior ao recomendado. Apesar de não ter diferença significativa, o Ferro para o gênero feminino ainda apresentou-se abaixo do recomendado.

Através dos resultados da tabela 3 observou-se que não houve relação estatisticamente significativa entre o estado nutricional classificado pelo IMC, CB e PCT com o tipo de vegetarianismo praticado. Quanto ao VET e ingestão de macronutrientes, como HC, PROT e LIP, também não houve relação estatisticamente significativa com o tipo de vegetarianismo praticado. Em relação ao consumo de micronutrientes, como cálcio, vitamina B12

e Fe, verificou-se que apenas a variável Cálcio apresentou diferença significativa entre os grupos ($p = 0,026$). Observou-se que os Vegetarianos Estritos apresentam uma quantidade média de Cálcio significativamente inferior aos Vegetarianos Não Estritos (Tabela 3).

Tabela 2. Comparação das variáveis com os valores de referência

Variável	N	Média	DP	Referência	p
HC	20	59,74	± 9,26	45% – 65%	
PROT	20	13,32	± 5,04	10% - 35%	
LIP	20	26,93	± 10,44	20% - 35%	
B12	20	0,62	± 0,98	2,4 mcg	≤0,01**
Cálcio	20	514,99	± 279,53	1000 mg	≤0,01**
VET	20	22,82	± 2,87	25 – 35 kcal/kg/dia	≤0,01**
Fe (Masc)	10	8,62	± 4,99	8 mg	
Fe (Fem)	10	12,44	± 11,56	18 mg	

*Teste *t*-student; HC= carboidrato; PROT= proteína; LIP= lipídeo; B12= vitamina B12; VET= valor energético total; Fe (Masc)= níveis de ferro para homens; Fe (Fem)= níveis de ferro para mulheres; *significativo $p \leq 0,05$; DP= desvio-padrão.

Tabela 3. Comparação das variáveis entre os tipos de alimentação

Variável	Tipo de alimentação	n	Média	DP	P
IMC	Vegetarianos Estritos	6	21,82	± 1,57	0,202
	Vegetarianos Não Estritos	14	23,25	± 3,23	
% Adeq. CB	Vegetarianos Estritos	6	88,79	± 8,02	0,058
	Vegetarianos Não Estritos	14	97,10	± 8,57	
% Adeq. PCT	Vegetarianos Estritos	6	85,46	± 11,61	0,499
	Vegetarianos Não Estritos	14	92,65	± 24,07	
HC	Vegetarianos Estritos	6	62,57	± 9,83	0,385
	Vegetarianos Não Estritos	14	58,52	± 9,11	
PROT	Vegetarianos Estritos	6	13,14	± 6,92	0,921
	Vegetarianos Não Estritos	14	13,39	± 4,32	
LIP	Vegetarianos Estritos	6	24,24	± 11,66	0,466
	Vegetarianos Não Estritos	14	28,08	± 10,12	
Fe	Vegetarianos Estritos	6	8,37	± 1,89	0,491
	Vegetarianos Não Estritos	14	11,45	± 10,53	
B12	Vegetarianos Estritos	6	0,05	± 0,11	0,087
	Vegetarianos Não Estritos	14	0,86	± 1,09	
Cálcio	Vegetarianos Estritos	6	307,96	± 98,35	0,026*
	Vegetarianos Não Estritos	14	603,72	± 286,73	
VET	Vegetarianos Estritos	6	21,82	± 1,57	0,322
	Vegetarianos Não Estritos	14	23,25	± 3,23	

*Teste *t*-student ; IMC= Índice de Massa Corporal; CB= circunferência do braço; PCT= prega cutânea tricipital; HC= carboidrato; PROT= proteína; LIP= lipídeo; Fe= ferro; B12= vitamina B12; VET= valor energético total; *significativo $p \leq 0,05$; DP= desvio-padrão.

Entre os diferentes grupos, através dos resultados do teste de Associação Exato de Fisher (tabela 4), verificou-se que apenas a variável gênero estava significativamente associada ao tipo de alimentação. Observou-se que o gênero masculino foi associado ao grupo de Vegetarianos Estritos enquanto o gênero feminino relacionou-se ao tipo de Vegetarianismo Não Estrito ($p = 0,011$). Percebeu-se também que 65% da amostra de ambos os grupos apresentaram algum grau de desnutrição classificada segundo a PCT, enquanto que metade dos Vegetarianos Estritos apresentaram eutrofia e a outra metade algum grau de desnutrição em relação aos Vegetarianos Não Estritos, onde a maioria 64% é eutrófica em relação à CB, sendo que a maioria dos indivíduos de ambos os grupos são eutróficos em relação ao IMC (Tabela 4).

Tabela 4. Comparação das variáveis entre os tipos de alimentação

		Tipo de alimentação vegetariana				p
		Vegetarianos Estritos		Vegetarianos Não Estritos		
		n	%	N	%	
Gênero	Masculino	6	100,0	4	28,6	0,011*
	Feminino	-	-	10	71,4	
Orientação nutricional	Sim	2	33,3	-	-	0,079
	Não	4	66,7	14	100,0	
IMC	Eutrofia	6	100,0	9	64,3	0,260
	Pré Obesidade	-	-	5	35,7	
CB	Desnutrição Moderada	1	16,7	-	-	0,572
	Desnutrição Leve	2	33,3	4	28,6	
	Eutrofia	3	50,0	9	64,3	
	Sobrepeso	-	-	1	7,1	
PCT	Desnutrição grave	-	-	2	14,3	0,486
	Desnutrição moderada	2	33,3	2	14,3	
	Desnutrição leve	3	50,0	4	28,6	
	Eutrofia	1	16,7	2	14,3	
	Sobrepeso	-	-	4	28,6	

IMC= Índice de Massa Corporal; CB= circunferência do braço; PCT= prega cutânea tricipital; *significativo $p \leq 0,05$.

4. DISCUSSÃO

A maior parte da população do presente estudo afirmou ter iniciado a prática da dieta vegetarianas em o auxílio de alguma orientação nutricional para a adesão à dieta, mas concomitantemente, referiu considerar importante a atuação de um profissional nutricionista para orientação no planejamento das dietas vegetarianas. Em relação a este tema, Baena⁵ evidenciou que uma dieta cuidadosa, em conjunto com um profissional, planejada de forma individual, permite ampliar o conjunto de al-

ternativas dietéticas, melhorando a dieta e trazendo benefícios para o indivíduo. Brignardello *et al.* (2013)¹⁸, ressaltaram a necessidade de um profissional capacitado para que consiga orientar adequadamente estes indivíduos, os quais mostraram, em seu estudo descritivo e representativo, realizado em um grupo de vegetarianos e veganos chilenos, que a maioria deles busca, através da internet e de referências bibliográficas, ajuda para orientação nutricional, evitando o acompanhamento de um profissional nutricionista.

Em relação ao estado nutricional foi observado, no presente estudo, que a maioria dos vegetarianos apresentou eutrofia em relação ao IMC e CB e, quanto à PCT, a maior parte da população revelou algum grau de desnutrição. Resultados semelhantes foram observados nos estudos de Miranda *et al.* (2013)¹⁹, Soares *et al.* (2011)²⁰ e Pereira *et al.* (2011)²¹ em relação ao IMC, pois os mesmos não realizaram avaliação da CB e PCT.

Foi observado também, no presente estudo, uma baixa ingestão energética, a qual pode prejudicar a manutenção e composição corporal. Esse achado pode estar relacionado aos níveis de desnutrição apresentados pela população do presente estudo em relação à PCT. Um baixo consumo de energia pode indicar um fator de risco para o estado nutricional comprometendo a saúde do indivíduo devido às baixas reservas protéico-energéticas. Segundo Mello (2013)²², a desnutrição pode comprometer o estado clínico do sistema imune, oportunizando o risco de infecções.

Para a comparação do estado nutricional entre os grupos, vegetarianos estritos e não estritos, observou-se que não houve diferenças significativas para IMC, CB e PCT. Porém, em um estudo comparativo, entre vegetarianos e onívoros, Almeida e Ribeiro²³, apontaram uma controvérsia nos parâmetros para o estado nutricional, para os quais também não foram evidenciadas diferenças significativas para a PCT e CB, e sim para IMC em comparação com indivíduos onívoros. Já Dourado²⁴, mostra através de um estudo realizado em comparação entre vegetarianos e indivíduos que consomem carne, que uma dieta onívora pode apresentar aumento na ingestão calórica, gorduras saturadas, e colesterol, influenciando no aumento do IMC. Sobre a comparação do estado nutricional entre os grupos de vegetarianos estritos e não estritos, do atual estudo, não foram encontradas referências para obter uma discussão relevante perante a classificação do IMC, PCT e CB.

Em relação à ingestão dos micronutrientes avaliados no atual estudo, a maioria da população encontrou-se com baixa ingestão de vitamina B12 e Cálcio corroborando com os achados de Pereira *et al.* (2011)²¹ e Miranda *et al.* (2013)¹⁹, quando estes últimos também realizaram um estudo com uma população vegetariana, em três cidades do Estado de São Paulo, encontrando baixa ingestão de vitamina B12 e Cálcio.

Ferreira (2012)²⁵ evidenciou, em seu estudo de revisão da literatura, que se deve ter uma atenção maior para a saúde óssea em veganos, pois apresentam baixo aporte de alimentos ricos em cálcio. Essa preocupação também é evidenciada pela Sociedade Vegetariana Brasileira (2012)¹, a qual prioriza um cuidado maior em dietas vegetarianas estritas, pois o consumo de alimentos ricos em vitamina B12 e cálcio são, praticamente, isentos, concretizando-se o aconselhamento nutricional com um profissional capacitado para estas dietas mais restritivas, não excluindo da orientação aquelas não restritivas.

Segundo Moralejo²⁶, indivíduos vegetarianos tendem a consumir menor quantidade de vitaminas, podendo levar a prejuízo do desempenho no esporte e na manutenção da saúde. Campos *et al.* (2010)²⁷, afirmam ainda que indivíduos vegetarianos apontam carências nutricionais perante à ingestão de vitaminas, as quais podem ser relacionadas à possíveis danos deletérios à saúde, como as anemias.

Apesar de não ter sido encontrado diferenças significativas no consumo de Ferro entre os gêneros, no presente estudo, pode-se destacar o consumo abaixo do recomendado para fontes deste mineral para o gênero feminino. Em contrapartida, o estudo de Pereira *et al.* (2011)²¹, observou um consumo adequado deste mineral na população vegetariana na avaliada para ambos os gêneros.

Uma ingestão inadequada de ferro pode gerar um balanço negativo deste mineral devido aos seus requerimentos pelo organismo podendo levar o indivíduo a apresentar uma deficiência por meio do esgotamento de suas reservas nutricionais. Quando a deficiência de ferro é severa desenvolve-se então a anemia por deficiência de ferro. Em vista disso, a avaliação da ingestão alimentar se torna importante para contribuir com o tratamento e para mudar práticas alimentares, evitando assim a recorrência da deficiência de ferro. Os grupos mais vulneráveis para a deficiência de ferro e que merecem atenção especial são as crianças, gestantes e mulheres em idade fértil²⁸, sendo que estas últimas corroboram com a média de idade das mulheres que compõem a população do presente estudo.

Referente às limitações, o atual estudo poderia garantir resultados mais fidedignos se tivesse sido realizado com um maior número de participantes da pesquisa, na qual reduziu o número de significância das comparações entre os dois grupos estudados.

5. CONCLUSÃO

A partir dos dados do estudo, pode-se perceber que os indivíduos vegetarianos, independente do tipo de vegetarianismo, apresentaram uma baixa ingestão energética, de vitamina B12 e cálcio, apesar de um estado

nutricional eutrófico em relação ao IMC e CB para a maioria dos indivíduos, mas destaca-se algum grau de desnutrição quanto à PCT, sendo aconselhado o acompanhamento e monitoramento nutricional com um profissional nutricionista na adesão à dieta.

REFERÊNCIAS

- [1] Sociedade Vegetariana Brasileira, SVB. Guia alimentar de dietas vegetarianas para adultos. São Paulo, 2012.
- [2] Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística. Dia Mundial do Vegetarianismo: 8% da população brasileira afirma ser adepta do estilo. IBOPE. [acesso 23 maio 2014] Disponível em: <http://www.ibope.com.br/pt-br/noticias/Paginas/Dia-Mundial-do-Vegetarianismo-8-da-populacao-brasileira-afirma-ser-adepta-ao-estilo.aspx>
- [3] Bueno EP. Se um leão soubesse falar: vegetarianismo e saúde. Revista Espaço Acadêmico 2009 set; n. 100.
- [4] Lorenzo J. Vegetarianismo: a dieta consciente. [acesso 27 maio 2014] Disponível em: http://www.vegetarianismo.com.br/sitio/index.php?option=com_content&task=category§ionid=10&id=205&Itemid=103
- [5] Baena RC. Dieta vegetariana: riscos e benefícios. Revista diagnóstico e tratamento 2015; 29(2): 56-64.
- [6] Mcevoy CT, Temple N, Woodside JV. Vegetarian diets, low-meat diets and health: a review. Public Health Nutrition 2012 Abr; 15(12): 2287-2294.
- [7] Pedro N. Dieta vegetariana – Factos e contradições. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna 2010 Jul/Set; 17(3).
- [8] Craig WJ, Mangels AR. Postura de la Asociación Americana de Dietética: dietas vegetarianas. Revista Actividad Dietética, 2010, 14(1):10-26.
- [9] CRN-3. Conselho Regional de Nutricionistas 3ª Região. Parecer do CRN-3 sobre dietas vegetarianas. jan., 2012. [acesso 27 maio 2014] Disponível em: <http://www.nutriveg.com.br/parecer-do-crn-3-sobre-dietas-vegetarianas-2012.html>.
- [10] Alves LG, DeNegri ST. Abordagem sobre vegetarianismo na formação do profissional nutricionista. Sociedade Vegetariana Brasileira (SVB), 2011. [acesso 23 nov. 2014] Disponível em: <http://www.svb.org.br/publicacoes/trabalhosacademicos/file/Artigo%207C%20Abordagem%20sobre%20vegetarianismo%20na%20formacao%20CC%20A7a%20CC%2083o%20do%20do%20profissional%20nutricionista%207C%20So%20CC%2082nia%20Teresinha%20De%20Negri%252Epdf>
- [11] Slywitch E. Virei vegetariano e agora?. 1ªed. São Paulo, Ed. Alaúde, 2010.
- [12] Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Orientação para coletas e análise de dados antropométricos em serviço de saúde. Norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Ministério da Saúde. Brasília, DF; 2011p. 71.[acesso 09 jun. 2015] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf
- [13] World Health Organization (WHO). BMI classification. [acesso 30 mai. 2015] Disponível em: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

- [14] National Health And Nutrition Examination Survey. Anthropometry procedures manual 2007 jan. [acesso 14 mai. 2015] Disponível em: http://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/nhanes_07_08/manual_an.pdf
- [15] Frisancho AR. Anthropometric standards for the assessments of growth and nutritional status. Ann Arbor, MI: The University of Michigan Press. 1990. p. 189
- [16] Blackburn GL, Thornton PA. Nutritional assessment of the hospitalized patient. Medical Clinic of North America 1979 New York, 63:1103-1115.
- [17] United States Department Of Agriculture – USDA. [s.l], mai. 2015. [acesso 14 mai. 2015] Disponível em: <http://fnic.nal.usda.gov/dietary-guidance/dietary-reference-intakes>
- [18] Brignardello GJ, Heredia PL, Paz MOS, Duran SA. Conocimientos alimentarios de vegetarianos y veganos chilenos. Revista Chilena Nutrición 2013 Jun; 40(2).
- [19] Miranda DEG de A, *et al.* Qualidade nutricional de dietas e estado nutricional de vegetarianos. Revista DEMETRA: Alimentação, Nutrição e Saúde 2013; 8(2):163-172.
- [20] Soares AC, *et al.* Perfil alimentar e nutricional de vegetarianos adventistas do sétimo dia - movimento de reforma. Nutrire 2011 São Paulo; 36 (n. Suplemento 11º Congresso Nacional da SBAN):112-112.
- [21] Pereira CHC. Qualidade nutricional de dietas de lacto-vegetarianos, ovolactovegetarianos e veganos. Nutrire 2011 São Paulo; 36 (n. Suplemento 11º Congresso Nacional da SBAN):93-93.
- [22] Mello AS. Efeitos da desnutrição protéica na linfoproliferação e na produção *in vitro* de IFN- γ e IL-10 em células do baço. Quantificação de STAT-1 e STAT-3. [dissertação] São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Farmácia da Universidade de São Paulo; 2013.
- [23] Almeida V de FO, Ribeiro MF. Consumo alimentar insuficiente de fibras e cálcio por vegetarianos. [tese] Franca: Universidade de Franca, 2012.
- [24] Dourado KF, Campos FACS, Rojas HF, Simões SKS, Siqueira LP. Estado nutricional, estilo de vida e risco cardiovascular de ovolactovegetarianos e onívoros. Archivos Latinoamericanos de Nutricion 2010; 60 (3).
- [25] Ferreira DRF. Alimentação vegetariana: abordagem terapêutica. [monografia] Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, 2012.
- [26] Moralejo CS. Nutrição no atleta vegetariano. [dissertação] Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da Saúde Porto, 2014.
- [27] Campos FAAC, Madruga LB, Santos MR, Cheavegatti D. Regime alimentar vegetariano: revisão de literatura. Revista de Iniciação Científica do CEULJI/ULBRA, 2010; 2.
- [28] Bortolini GA, Fisberg M. Orientação nutricional do paciente com deficiência de ferro. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, São Paulo, 2010 Jun;32, supl. 2.



ASPECTOS IMPORTANTES SOBRE CANDIDÚRIAS: PREVALÊNCIA, AGENTES ETIOLÓGICOS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

IMPORTANT ASPECTS URINARY TRACT INFECTION BY *Candida sp*: PREVALENCE, ETIOLOGIC AGENTS, DIAGNOSIS AND TREATMENT

AMANDA AMÂNCIO DIAS¹, FERNANDA JUSTO LEMES DE TOLEDO¹, FÁBIO REBELLO VASCONCELLOS¹, ANA PAULA ZANATTA¹, TALITA MENEZES^{2*}

1. Graduando em Medicina da UNINGÁ; 2. Medicina, Infectologista, docente do curso de graduação em Medicina da UNINGÁ

* Hospital Metropolitano. Avenida Dom Pedro I, 65 - Jardim Edmar, Sarandí – PR. CEP: 87113-280. talita_mz@yahoo.com.br

Recebido em 06/07/2015. Aceito para publicação em 15/07/2015

RESUMO

A Infecção do trato urinário (ITU) fúngica pelo gênero *Candida*, está relacionada principalmente a pacientes em imunossupressão e aqueles que passaram por cirurgias especialmente aquelas em que haja a manipulação das vias urinárias. O objetivo desse estudo é elucidar o que é essa patologia em si e como manejar tais pacientes acometidos. A revisão da literatura foi realizada através de sites com base em leitura científica como lilacs, pubmed e a biblioteca do scielo com base em palavras chaves. Com base, nos estudos foi possível observar que o gênero *C. não albicans* são mais sujeitos a dificuldades no tratamento devido ao uso errôneo do fluconazol. Sendo assim a importância de avaliar laboratorialmente o agente em questão para não trazer maiores danos ao paciente que na maioria das vezes já possui outras comorbidades envolvidas.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção do trato urinário, *Candida sp*, diagnóstico, tratamento.

ABSTRACT

The urinary tract infection (UTI) by the fungal genus *Candida*, is mainly related to patients on immunosuppression and those who have undergone surgery especially those where there is manipulation of the urinary tract. The aim of this study is to elucidate what is this disease itself and how to handle such affected patients. A literature review was conducted through websites based on scientific reading as lilacs, pubmed and scielo library based on keywords. Based in the studies we observed that *C. not albicans* are not gender more prone to difficulties in treatment due to misuse of fluconazol. Thus the importance of assessing the laboratory staff member concerned not to bring further damage to the patient in most cases already have other comorbidities.

KEYWORDS: Urinary tract infection, *Candida sp*, diagnosis, treatment.

1. INTRODUÇÃO

A infecção do trato urinário (ITU) é uma das doenças infecciosas mais comuns, caracterizando-se por invasão e multiplicação de bactérias ou fungos nos órgãos do sistema urinário, correspondendo a 7% das internações hospitalares e juntamente com as infecções respiratórias, que correspondem a 16% das internações hospitalares são as principais causas de doenças ou agravos a saúde de internação¹.

A ITU constitui uma das principais causas de consultas médicas, sendo uma afecção muito comum, correspondendo a grande parte dos processos infecciosos comunitários e hospitalares. A ITU crônica é uma das principais causas de insuficiência renal terminal com necessidade de transplante renal, hemodiálise ou diálise peritoneal¹.

As ITUs são classificadas de acordo com a localização anatômica, em ITU baixa, tendo como exemplos a cistite, uretrite, epididimite, orquite e prostatite e ITU altas correspondendo as pielonefrites; e quanto aos fatores complicadores, em ITU complicadas e ITU não complicadas².

Um fator de risco relacionado às infecções das vias urinárias ressaltam fluxo urinário comprometido mecânica ou funcionalmente, como obstrução da bexiga, estrangulamento da uretra, hipertrofia prostática, expansão do útero, durante a gravidez e nefropatia diabética ou poliomielite².

O sexo feminino é mais vulnerável se comparado ao sexo masculino, nos lactentes dos 2 meses a 3 anos (64% sexo feminino), crianças de 2 a 10 anos (78,4 % do sexo feminino) e permanecendo 82.5% acima da idade de 10 anos; e como a principal rota de contaminação do trato urinário é por via ascendente, atribui-se a este fato a menor extensão anatômica da uretra feminina e a maior proximidade entre a vagina e o ânus. Há um aumento na

incidência de ITU em pacientes que sofrem instrumentação das vias urinárias como o cateterismo vesical, e entre homens acima de 50 anos, logo este aumento acontece em decorrência de doenças prostáticas que são fatores mais implicados do aumento das incidências do sexo masculino^{3,4}.

A *Escherichia coli* é o agente etiológico mais envolvido com infecção trato urinário, relacionado por aproximadamente 40% das infecções urinárias, o restante é causado por outros membros da família Enterobacteriaceae como *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia* e leveduras, particularmente espécies de *Candida*, e bactérias não-fermentadoras como a *Pseudomonas aeruginosa*².

Até a metade do século XX os estudos de infecções invasivas por leveduras eram ínfimo, entretanto, nas últimas décadas, as leveduras tem se tornado cada vez mais considerável como causa de infecção; cerca de 200 espécies de cândida são reconhecidas, das quais 10% podem causar infecções dos seres humanos¹.

O atual conhecimento da epidemiologia da candidúria no Brasil e no mundo, ainda é muito atrelado ao perfil obtido a partir de pacientes imunocomprometidos e hospitalizados. Nestes pacientes diversos fatores de risco que são conhecidos para o desenvolvimento da infecção urinária causada por fungo, como idade elevada, uso de antibióticos de amplo espectro, uso de corticoides ou imunossupressores, diabetes, utilização de sondas, cirurgia de grande porte, quadro neoplásico e doenças crônicas degenerativas. No caso da sonda vesical de demora, o tempo de uso deste dispositivo somado ao uso de antibióticos facilita as infecções oportunistas, consequentemente a infecção urinária fúngica⁵.

O termo candidúria pode ser definido com a observação de fungos leveduriformes no exame direto da urina, através da presença de pseudohifas e do crescimento do fungo no cultivo da urina, esse achado laboratorial pode representar cistite, uretrite, pielonefrite, candidíase renal, bola fúngica ureteropélvica ou até candidíase disseminada com manifestação renal⁶. A infecção pode ocorrer via hematogênica onde o microorganismo passa através do córtex renal e forma microabscessos ou penetra através dos glomérulos para os túbulos proximais e são eliminados e diagnosticados na urina ou por via ascendente onde a obstrução e presença de cálculos são importantes em alguns pacientes, mas o exato mecanismo de adesão e subsequente crescimento no cálice não foram elucidados⁷.

Este patógeno é responsável por infecções principalmente em pacientes imunocomprometidos, incluindo aqueles em terapia imunossupressiva para o tratamento de câncer, órgão transplantados e/ou amplo uso de antibióticos e cateteres intravasculares⁸. Entretanto, um outro fator responsável pelas infecções urinárias por *Candida spp* é o aparecimento de cepas resistentes aos antifúngi-

cos existentes, sendo de grande importância a identificação corretadas cepas, além de determinar o perfil de sensibilidade aos antifúngicos para poder evitar assim os aparecimentos de cepas resistentes, afim de auxiliar o clínico na conduta terapêutica adequada⁹.

Ocorrem, no mínimo, 150 milhões casos de ITU sintomática a cada ano em todo mundo. Considerando que muitos pacientes com ITU apresentam infecções recorrentes, o quantitativo de indivíduos com ITU é menor do que o número de casos. Em geral, 90% dos pacientes com ITU manifestam cistite, enquanto 10% desenvolve pielonefrite, as infecções são esporádicas em aproximadamente 75% dos pacientes e recorrente em 25%. Cerca de 2% dos pacientes apresentam infecções complicadas relacionadas com fatores que aumentam o risco de estabelecimentos e manutenção da ITU¹⁰. Dentre os sintomas mais prevalentes relacionados a candidúria, destacam-se a febre, urgência miccional, polaciúria, disúria ou tensão na zona suprapúbica que também compõe o quadro clínico¹¹.

A candidúria pode ser considerada como um marcador para colonização intensa. Os fatores de risco que predisponem a esta, geralmente são semelhantes aos predisponentes para candidemia. A candidúria em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva é caracterizada por uma elevada taxa de mortalidade, em grande parte através de uma relação significativa com candidemia, que, em alguns pacientes pode chegar a 50%. As intervenções terapêuticas devem ser fortemente consideradas no paciente em estado crítico que se apresenta com candidúria e simultâneos fatores de risco clínico predispondo a disseminação¹².

De acordo com estudos de Oliveira & Silva (2010)¹³, a introdução do cateter vesical aumenta bastante este risco, pois sua presença altera a micção e o correto esvaziamento da bexiga urinária. Logo a medida mais eficiente para reduzir morbimortalidade e custos da ITU nosocomial, quando for inevitável seu uso, é o sistema de drenagem fechado, a técnica de assepsia rigorosa e assim que possível remoção do mesmo para evitar maiores agravos. Para Passos et al. (2005)¹⁴, é importante destacar a predominância do gênero *Candida* em unidade de terapia intensiva, sendo o setor hospitalar que possui maiores chances de acometerem seus pacientes, principalmente aqueles que apresentam maior dificuldade para tratamento, como *Candida non-albicans*.

Candidúria ocorre comumente em pacientes transplantados renais. Fatores de risco para candidúria em tais pessoas são semelhantes aos de pacientes hospitalizados que não receberam um transplante. Candidúria está associada com taxas reduzidas de sobrevivência entre as pessoas que se submeteram a transplante renal, sendo esta um marcador para gravidade da doença¹⁵. Essas infecções fúngicas apresentam um custo hospitalar elevado, pois aumentam o tempo de internação do paciente,

além de causarem mortalidade¹⁶.

Assim, dada à importância da infecção urinária fúngica, o presente estudo tem por objetivo reunir informações sobre a relevância do diagnóstico precoce, os fatores de risco, espécies, virulência e mecanismo de ação, diagnóstico e tratamento.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Para o desenvolvimento desta revisão integrativa optamos pela proposta de Ganong (1987)¹⁷, obedecendo-se às seguintes etapas: 1) identificação da questão norteadora, seguida pela busca dos descritores ou palavras-chaves; 2) determinação dos critérios de inclusão ou exclusão da pesquisa em bases de dados online; 3) categorização dos estudos, resumizando e organizando as informações relevantes; 4) avaliação dos estudos pela análise crítica dos dados extraídos; 5) discussão e interpretação dos resultados examinados, contextualizando o conhecimento teórico e avaliando quanto sua aplicabilidade; 6) apresentação da revisão integrativa e síntese do conhecimento de cada artigo revisado de maneira sucinta e sistematizada. No presente estudo a questão norteadora da revisão integrativa foi: infecções urinárias causadas por fungos. Foram consultadas as bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), a biblioteca SciELO (Scientific Electronic Library online) e PubMed (National Center for Biotechnology Information - NCBI, U.S. National Library of Medicine), incluindo-se os estudos que abordaram a temática das infecções urinárias causadas por fungos, publicados desde 2001 até 2014, independente do idiomas de publicação. Foram utilizados os seguintes descritores controlados para a busca e também utilizados como palavras-chave: Infecção Urinária, Fungos, Fatores de Risco, Virulência, Diagnóstico, Tratamento.

3. DESENVOLVIMENTO

Foram encontradas leveduras do gênero *Candida* são comensais etornam-se patogênicos devido a alterações nos mecanismos de defesa do hospedeiro ou o comprometimento de barreiras anatômica como o uso de procedimentos invasivos, estudos indicam que a prevalência de infecções do trato urinário passou de 0,9/1000 para 2,0/1000 pacientes¹⁸.

As casuísticas no Brasil confirmam que as 3 espécies mais prevalente isoladas na urina de pacientes hospitalizados são a *Cândida albicans*, a *Cândida tropicalis* e a *Cândida glabrata*. A *C. albicans* é a espécie mais comumente isoladas, a *Cândida tropicalis* tem sido relatada com maior frequência em pacientes com leucemia e tumores sólidos, a *C. glabrata* mais comumente encontrada nas candidemias e candidúrias associadas. A *C.*

dubliniensis é uma nova espécie e emergente que apresenta características morfológicas e bioquímicas muitos semelhantes a *C. albicans*, acarretando confusão na identificação fenotípica de ambas as espécies. A *C. parapsilosis* é um importante patógeno hospitalar em casos de fungemia e de candidúria e sua ocorrência é maior em crianças e recém-nascidos prematuros internados em unidades de terapia intensiva, onde esta se prolifera em soluções contendo glicose e em alta capacidade de produzir biofilme e frequentemente coloniza a pele. A *C. kruzei* foi no passado caracterizado como patógeno hospitalar ocasional em paciente portadores de doenças hematológica, malignas e nos submetidos a transplante de medula óssea, é uma espécie de difícil tratamento por apresentar resistência intrínseca o fluconazol e ao aumento crescente de virulência enzimática. Outra espécie, a *C. lusitanea* é uma levedura pouco prevalente, porém emergente em pós-operatório ou transplante. A levedura *C. kefyr* é um patógeno emergente apesar de poucos dados disponíveis sobre sua virulência e epidemiologia. Considerada ainda pouco frequente com baixa patogenicidade, a *C. guilliermondie* vem sendo relacionada a paciente com câncer e caracterizada pela sua reduzida susceptibilidade aos fúngicos⁶.

Diante de estudos realizados por Martins et al. (2010)¹⁸, a prevalência de *C. albicans* é maior, seguidas em ordem decrescente pela *C. tropicalis* e *C. glabrata*, entretanto em seus estudos houve uma alternância entre a *C. tropicalis* e a *C. glabrata* referindo a possibilidade desses achados devido ao frio que acomete a região de Guarapuava PR.

Diagnóstico

Para definir a ITU é necessário o cumprimento de uma série de diagnósticos e, essencialmente, que se tenha juízo crítico suficiente para interpretar o mais uniforme possível tal evento¹⁹. Existem aproximadamente 20 espécies reconhecidamente patogênicas destacando-se *C. albicans*, *C. tropicalis* e *C. glabrata*, sendo consideradas de difícil diagnóstico²⁰.

A urina para urocultura deve ser obtida a partir do jato médio, e colhida através de técnicas assépticas, não em vigência de antibioticoterapia. Apesar da primeira urina da manhã conter potencialmente maior população de microorganismos, devido ao maior tempo de incubação, a sintomatologia exuberante da ITU com elevada frequência urinária dificulta esta medida. Dessa forma, a urina de qualquer micção pode ser valorizada desde que obtida com um intervalo de no mínimo duas horas após a micção anterior, período que corresponde ao tempo de latência para o crescimento dos microorganismos, para que evitem falsos negativos^{21,22}.

Na cultura de urina considera-se significativa a contagem de 10.000 colônias/mL²³ ou mais de acordo com

normais mais recentes, todavia para infecções nosocomiais quando na vigência de sonda vesical de demora utilizam-se valores iguais ou superiores a 100.000 colônias/ml. De acordo com pesquisas de Vidigal & Svidzinsk (2009)¹¹ a presença de candidúria se depara com certo problema quanto ao diagnóstico dessas leveduras em laboratório para determinação e diferenciação em infecção, contaminação ou ainda colonização, apontando que há falta de critérios padronizados para esse fim. O pesquisador Fisher (2014)²⁴, indica que a maioria das candidúrias não possui a infecção do trato urinário em si.

As amostras clínicas são realizadas em meio ágar Sabouraud glucose ou ágar batata dextrose, através dos isolamentos primários de leveduras, a qual é realizada por uma série de testes adicionais que envolvem fermentação e assimilação de açúcares e os resultados não são liberados pelo laboratório em menos de 48 horas, meios que não permitem a identificação da espécie. O uso de meios cromógenos disponíveis, são usados, pois os testes acima podem levar vários dias para dar resultado, e este pode ajudar a reduzir o tempo para isolamento, além de detectar a presença de culturas mistas. Um meio seletivo utilizado para identificação rápida e presumtiva de espécies de *Cândida* isoladas de amostras clínicas é o CHROM ágar onde a diferenciação das espécies é baseada na coloração e morfologia pela incorporação de substratos cromógenos, permitindo a correta identificação e direcionamento para a terapia antifúngica¹⁶.

Mecanismo de ação dos fungos

A apresentação das leveduras na habilidade de passar da condição de comensal a patógena quando sob condições favoráveis no hospedeiro, através dos fatores de virulência, incluindo a secreção de enzimas hidrolíticas como proteases. A atividade proteásica caracteriza-se diretamente com a degradação de componentes teciduais como colágeno, queratina e mucina, além de componentes imunológicos como anticorpos, complemento e citocinas, logo a habilidade de leveduras de interesse médico em secretar proteases tem sido associada a fatores de patogenicidade. Estruturas dos agentes etiológicos como pseudomicélio e micélio verdadeiro facilitam a sua adesão, invasão e disseminação no tecido hospedeiro²⁰. A capacidade de formar biofilmes em cateteres e outros dispositivos médicos contribui para a disseminação e a permanência dessas leveduras. Essas são as razões que tornam sua identificação essencial¹⁶.

Tratamento

A abordagem nos casos de candidúria assintomática em pacientes sem fator de risco não deverão receber tratamento, assim deve-se intervir para modificar os fatores de risco como retirar sonda vesical, compensar o diabetes caso esses pacientes apresentem tais fatores que

propiciem a infecção. Entretanto, quando há cistite utiliza-se tratamento com fluconazol por sete a quatorze dias e nas pielonefrites o tratamento com fluconazol deve ser mais prolongado e durar de duas a seis semanas, espécies não *albicans* pode com mais predominância não ter eficácia quando ao uso de fluconazol, assim uma opção é a anfotericina B²³.

Ainda, quanto à candidúria assintomática, vale ressaltar que na presença de risco e sondagem vesical de demora, deve-se retirar a sonda e colher nova amostra de urocultura em 48 horas e caso persistir a positividade está indicado o tratamento. Em pacientes com candidúria sintomática sempre deve ser retirada ou trocada a sonda quando presente e instituir tratamento principalmente para pacientes que tenham sido submetidos previamente a múltiplos agentes antimicrobianos, transplante de órgãos sólidos, granulopenia e indicação ou manipulação invasiva ou cirúrgica de vias urinárias, sendo o tratamento dirigido pelo resultado da cultura⁴.

Como já mencionado a terapêutica antifúngica para casos de candidúria pode ser realizada com anfotericina B ou fluconazol. Não há experiências clínicas relatadas na literatura, apesar da boa atividade antifúngica da caspofungina e do variconazol em espécies de *Candida sp*, o uso isolado de 5-fluorocitosina é pouco recomendado pelo surgimento de resistência durante a terapêutica, e a experiência limitada do itraconazol não permite a inclusão desse fármaco como opção terapêutica devido a problemas relacionados a biodisponibilidade da sua fórmula em cápsula²⁵.

O fluconazol é um antifúngico azólico bem tolerado e que possui uma boa atividade clínica sob o isolado de *Cândidaspp*, porém o uso aumentado desta droga deu origem ao desenvolvimento de resistência fúngica principalmente *C. glabratae* *C. krusei* isoladas. Este tem boa penetração no trato urinário, sendo que sua eficácia e tolerabilidade demonstradas em diferentes estudos, a dose recomendada varia de 100 a 400mg/dia durante de 7 a 14 dias²⁵.

A anfotericina B, uma droga poliênica, tem sido considerado padrão ouro para o tratamento, sendo um agente antifúngico que tem como mecanismo de ação a sua ligação aos esteroides da membrana fúngica, especialmente o ergosterol, produzindo poros ou canais, resultando num aumento da permeabilidade da membrana, o que causa perda de eletrólitos do meio intracelular, principalmente potássio, possuindo efeito potencializador da nefrotoxicidade de drogas como os aminoglicosídeos e ciclosporina²⁶.

Observa-se ainda que juntamente com a anfotericina B a anidulafungina também mostrou ótimos resultados *in vitro*, a anidulafungina por sua vez inibe a síntese de (1,3)- β -D-glucana, que é um polissacarídeo presente na parede celular do fungo, sendo uma droga promissora, pois todos os isolados em estudo mostraram-se sensíveis

a este antifúngico, inclusive o *C. glabrata* e *C. krusei*, espécies essas que possuem baixa sensibilidade intrínseca ao fluconazol²⁷. Assim, estudos Sobel *et al.* (2011)²⁸ refere que *C. albicans* vem perdendo espaço em predominância dentre as candidúrias pois o fluconazol é eficiente nesses casos, já as *Candidas não albicans* vêm aumentando pelo fato de certas espécies desse grupo não responder adequadamente ao fluconazol.

O aumento da resistência aos antifúngicos, alerta para a necessidade do desenvolvimento de estratégias que evitem sua disseminação entre os fungos, como já ocorreu com as bactérias, que encontra disseminada e fora de controle²⁹. Assim, o controle da infecção fúngica hospitalar, especialmente de candidúrias requer o conhecimento por parte do clínico e de todos relacionados ao cuidado com o paciente, como um complexo ecossistema para assim atuar principalmente em prevenção não acarretando sérios problemas à saúde dos pacientes³⁰.

4. CONCLUSÃO

A ITU fúngica não é uma patologia frequente em clínicas médicas, entretanto com base neste estudo de revisão de literatura, pode-se concluir que as infecções urinárias são mais frequentes no sexo feminino, e que estão se tornando cada vez mais prevalentes também em hospitais brasileiros principalmente no setor de unidade de terapia intensiva, atingindo pacientes que utilizam a sonda vesical de demora. Pacientes com algum grau de imunodepressão também costumam desenvolver infecção urinária fúngica.

A frequência da ITU por leveduras do gênero *Candida* vem aumentando nos últimos anos; entretanto mais estudos são necessários para concluir sua epidemiologia no Brasil e no mundo, visto que as publicações com essa temática ainda são muito escassas. *C. albicans* é a espécie mais comumente isolada na urina, seguida de espécies com *C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. krusei*, todavia devido à terapia com o fluconazol ser mais eficaz na espécie de *C. albicans*, é possível que haja um aumento progressivo das espécies *não albicans*. Conclui-se ainda que a maioria dos casos seja assintomática e não requer tratamento, entretanto, em pacientes imunodeprimidos, pode ocorrer à progressão da doença para cistite ou até para candidíase renal.

A identificação é fundamental para evitar a disseminação da resistência aos antifúngicos disponíveis, principalmente das espécies *não-albicans* consideradas atualmente como emergentes, para que ocorra a escolha adequada do antifúngico e uma terapia efetiva e definitiva.

REFERÊNCIAS

- [1] Oliveira VR, Beretta ANR. Frequência de infecções urinárias causadas por leveduras do gênero *Candida*. Revista científica da FHO/ Uniararas. 2013; 1(1):1-4.
- [2] Blatt JM, Miranda MC. Perfil dos microorganismos causadores de infecções do trato urinário em pacientes internados. Revista Panamericana Infectologia. 2005; 7(4):10-14.
- [3] Lo DS, *et al.* Infecção urinária comunitária: etiologia Segundo idade e sexo. Jornal Brasileiro de nefrologia. 2013; 35(2):93-8.
- [4] Roriz-Filho JS, *et al.* Infecções do trato urinário. Simpósio: conduta e enfermagem de clínica médica de hospital de média complexidade- parte1 capítulo III medicina (Ribeirão Preto). 2010; 43(2):118-25.
- [5] Oliveira RDR, *et al.* Infecção urinária hospitalar por leveduras do gênero *candida*. Revista Associação Médica do Brasil. 2001; 47(3):231-5.
- [6] Rodrigues D, *et al.* Candidúria Revisão atua. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2011; 24(2):141-50.
- [7] Kauffman CA. Candidúria. Downloaded from http://cid.oxfordjournals.org/by_guest on July 31, 2005.
- [8] Souza JH, *et al.* Susceptibilidade antifúngica de cepas de *Candida albicans* isoladas de pacientes hospitalizados Anais do XIX Encontro anual de iniciação científica UNICENTRO, Guarapuava- PR. 28 a 30 de outubro de 2010,
- [9] Musial JF, Auler ME. Determinação do perfil de sensibilidade ao itraconazol em isolados de *candida* spp obtidos de pacientes com infecção urinárias Anais do XIX Encontro anual de iniciação científica. UNICENTRO, Guarapuava- PR. 28 a 30 de outubro de 2010.
- [10] Goldman L, Ausiello D. {tradução Adriana Pittella-Sudré. *et al.* Cecil medicina Interna. Rio de Janeiro: Elsevier. 2009.
- [11] Vidigal PG, Svidizinsk TIE. Leveduras no trato urinário e respiratório: infecção fúngica ou não? J. Bras Patol Med Lab. 2009; 45(1):55-64.
- [12] Toya SP, *et al.*, Candiduria in intensive care units: association with heavy colonization and candidaemia, Journal of Hospital Infection. 2007; 66:201-6. http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/com2007/com_d13.pdf acessado em 05/06/2015
- [13] Oliveira AC, Silva ACO. Prevalência de infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora em pacientes de UTI. Rev Pesq Saude. 2010; 11(1):27-31.
- [14] Passos XS, *et al.* Candida colonization in intensive care unit patients' urine. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2005; 100(8):925-8.

- [15] Safdar N, *et al.* Predictors and Outcomes of Candiduria in Renal Transplant Recipients. Downloaded from <http://cid.oxfordjournals.org/> by guest on July 31, 2014.
- [16] Menezes EA, *et al.* Identificação molecular e susceptibilidade antifúngica de *Candida parapsilosis* isoladas no Ceará. Brasil. J. Bras Patol Med Lab. 2012; 48(6):415-20.
- [17] Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. Res Nurs Health. 1987; 10(1):1-11.
- [18] Martins LG, *et al.* Avaliação do fator de virulência proteinase em isolados de candidúria. . Anais da XIX Encontro Anual Iniciação Científica. Guarapuava-PR. 20 a 30 outro de 2010.
- [19] Lucchetti G, *et al.* Infecções do trato urinário: análise da frequência e do perfil de sensibilidade dos agentes causadores de infecções do trato urinário em pacientes com cateterização vesical crônica. Jornal Brasileiro de Patologia Médica Lab. 2005; 41(6):383-9.
- [20] Macedo DPC, *et al.* Infecções oportunista por leveduras e perfil enzimático por agente etiológicos. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2009; 42(2):188-91.
- [21] Heiberg PI, Schor N. Abordagem diagnóstica e Terapêutica na infecção do Trato Urinário-ITU. Rev Associação Médica Brasileira. 2003; 49(1):109-16.
- [22] Silva DJ, Oliveira BLJ. Emprego da lâmina de imunofluorescência na metodologia da Gota de Urina não centrifugada para Elucidação das infecções do Trato Urinário. News Lab edição. 2008; 91.
- [23] Strabelli TMV. Infecção hospitalar por leveduras do gênero *Candida*. Rev. Ass. Med Brasil. 2001; 47(3):191-2.
- [24] Fisher JF. *Candida* Urinary Tract Infections—Epidemiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment: Executive Summary. Executive Summary. 2014; 52(6):429-32.
- [25] Colombo LA, Guimaraes T. Candidúria: uma abordagem clínica e terapêutica. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2007; 40(3):332-7.
- [26] Silva FKA, *et al.* Infecções urinarias nosocomiais causada por Fungo Do Gênero *Candida*: Uma Revisão. Ciências Biológicas e da Saúde. 2014; 2(1):45-7.
- [27] Demitto FO, *et al.* Suscetibilidade a antifúngicos *in vitro* de *Candida spp.* em pacientes do Hospital Universitário Regional de Maringá PR. J Bras Patol Med Lab. 2012; 48(5):315-21.
- [28] Sobel JD *et al.* *Candida* Urinary Tract Infections—Epidemiology. Epidemiology. 2014; 52(6):433-36.
- [29] Menezes E, *et al.* Resistencia a antifúngicos de *Candida tropicalis* isoladas no estado do Ceará. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2009; 42(3):354-55.
- [30] Tartari DC, *et al.* Genotipagem de *Candida albicans* isoladas de pacientes hospitalizados no hospital Universitário do oeste do Paraná. Anais da XIX EAIC. Guarapuava-PR. 20 a 30 outro de 2010.



DESEJO INSATISFEITO: CONSIDERAÇÕES SOBRE A HISTERIA SEGUNDO A PSICANÁLISE

DISSATISFIED DESIRE: CONSIDERATIONS HYSTERIA BY PSYCHOANALYSIS

FRANCIELI BRUNHEIRA PEREIRA^{1*}, ANDRÉ LUÍS SCAPIN²

1. Acadêmica do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Ingá; 2. Mestre em Psicologia. Psicanalista. Professor na graduação de psicologia da Faculdade Ingá

* Rua Erminia Bozelli Driussi, 122, Centro, Ângulo, Paraná, Brasil. CEP: 86755000. framon.angulo@hotmail.com

Recebido em 16/07/2015. Aceito para publicação em 27/07/2015

RESUMO

O desejo insatisfeito na histeria é muito recorrente, já que tudo o que ela não quer é deparar-se com a falta, e o medo de vivenciar a possibilidade de um gozo pleno, uma satisfação absoluta, que a destruiria enquanto sujeito. O histerico transforma a realidade em fantasia e erotiza tudo a sua volta, erotiza não na questão de coito, do ato sexual em si, nem relaciona com pornografia, mas os gestos dos outros são interpretados pela histerica como sexuais, voltados à erotização, e a masturbação. Assim, ao oferecer-se ao outro nunca é pensando na relação sexual, pois isto raramente acontece; geralmente a relação sexual é encarada pela histerica como nojo, e Freud já dizia, que em casos de mulheres que manifestam nojo da relação sexual pode afirmar tratar-se de histeria. Desta forma, nosso objetivo é explorar que considerações são elencadas pela Psicanálise quanto ao desejo histerico e sua insatisfação, assim como descrever as características que pautam a constituição da Histeria; Caracterizar aspectos do desejo da histerica segundo a psicanálise; Discorrer sobre a relação da histerica com a sexualidade; Analisar a relação entre a satisfação por meio da insatisfação na histeria, por meio de uma pesquisa bibliográfica.

PALAVRAS-CHAVE: Histeria, Desejo insatisfeito, Psicanálise.

ABSTRACT

The unsatisfied desire in hysteria is very applicant, since all she want, not come across the missing, and the fear of experiencing the possibility of an absolute satisfaction, could destroy it subjectively. The hysterical transforms reality into fantasy and eroticises everything around, eroticises not in the matter of intercourse, the sexual act itself, or as something pornographic, but the gestures of others are interpreted through the hysterical as sexualized, and eroticized. Thus, offer to the other is never thinking of intercourse as this rarely happens; usually sexual intercourse is seen as hysterical revulsion, and Freud once said, that in cases of women expressing disgust with sex it is hysteria. In this way, us aim are to explore which

considerations are listed by psychoanalysis as the hysterical desire and dissatisfaction, as well as describe the characteristics that guide the formation of hysteria; Characterize aspects of the hysterical desire according to psychoanalysis; Discuss the relation of hysterical with sexuality; Analyze the relationship between satisfaction by dissatisfaction in hysteria, through a literature search.

KEYWORDS: Hysteria, unsatisfied desire, psychoanalysis.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho possui como tema a histeria e o desejo insatisfeito, segundo os pressupostos psicanalíticos. Busca-se responder ao questionamento sobre quais as considerações elencadas pela psicanálise quanto ao desejo na histeria, assim como a via da insatisfação presente nos âmbitos de relacionamento, na sexualidade, e no sentimento de inadequação diante dos vieses da vida.

Assim, através da exploração das produções literárias dos teóricos da psicanálise quanto ao tema, levantou-se as informações que competem à histeria e o desejo insatisfeito. O trabalho descreve, ainda que sucintamente, a estruturação histerica, caracteriza o desejo histerico, as questões quanto a sexualidade, já que esta se apresenta de modo tortuoso e paradoxal.

As questões problemáticas histericas estão intimamente relacionada com a via da insatisfação, já que satisfazer-se pode ser considerado um passo para a morte, enquanto ser, conforme demonstrado no excerto: “o problema histerico é, antes de mais nada, seu medo, um medo profundo e decisivo, jamais sentido, mas atuando em todos os níveis de seu ser; um medo concentrado num único perigo: o fato de gozar”¹.

A presente pesquisa justifica-se pois considera-se fundamental estudar a histeria, quando se há um interesse em psicanálise, já que tal estrutura neurótica é concebida como precursora, senão, fundadora da psicanálise. Busca-se, portanto, compreender sobre a histeria e a via

da insatisfação, em que o sujeito se engaja, em quaisquer áreas da vida.

Freud começou a pensar em sintomas, em inconsciente a partir das históricas de sua época no Salpêtrière, juntamente com o psiquiatra Charcot, que já se dedicava ao estudo pela via biológica. Um tema tão imprescindível na teoria psicanalítica merece e deve ser esmiuçado, já que as manifestações do inconsciente são atemporais.

Estudar a histeria é de extrema relevância, pois trata-se de um tema chave para a abordagem psicanalítica, logo explorar a relação histórica com a sexualidade e a via da insatisfação histórica, é debruçar-se sobre um assunto que por mais seja centenário não envelhece jamais, sendo considerados um dos pilares da construção teórica psicanalítica.

O trabalho é voltado à profissionais da psicologia, mas também e principalmente a estudantes que buscam entender mais sobre a histeria, suas características, as questões sintomáticas, a constante insatisfação e como a histórica se relaciona com sua sexualidade. Deste modo, espera-se que a pesquisa possa vir a ser um meio de embasar demais trabalhos relacionados à histeria, orientando e oferecendo respaldo a temas da psicanálise com o intuito de propagar ainda mais os estudos psicanalíticos sobre a estrutura neurótica histórica.

Assim, busca-se responder: Qual o caminho estrutural da histeria? Como esta está implicada na vida do sujeito? Por que satisfação histórica se dá pela insatisfação? Como é a relação do sujeito histórico com a sexualidade? Enfim, são os objetivos propostos no trabalho que se segue.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O levantamento de dados foi realizado por meio da pesquisa bibliográfica, em que os mesmos foram encontrados na literatura existente sobre o tema pretendido, a histeria. Foram utilizados livros e artigos científicos disponíveis em banco de dados como Scielo, Revistas eletrônicas de universidades conceituadas, Teses de Mestrado e Doutorado, assim como livros de autores clássicos como Freud, Nasio, Andre, Birman.

Gil (2002, p. 43)² aponta que, “A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Esclarece ainda que praticamente todos os trabalhos científicos sejam realizados a partir de um respaldo teórico, existem trabalhos em que são exclusivamente utilizados esse meio para a coleta de informações.

3. DISCUSSÃO

3.1 Conceito de histeria na psicanálise

A palavra histeria é de origem grega derivada de *hystera* que significa *útero* e se referia a perturbações uterinas, ou seja, uma perturbação exclusiva da mulher, Rangel (2008, p. 58)³ pontua que,

A histeria é uma questão de mulheres, ou melhor, das parteiras. Estas acumulam o saber sobre a arte de colocar no mundo crianças, sobre os mistérios da infância, sobre o sexo da mulher e as doenças que o acometem. Desta forma, duas características eram associadas: déficit funcional de um órgão sexual e déficit relativo às mulheres.

Ou seja, durante a antiguidade a histeria era exclusiva de mulheres, o que não se diferenciou do final do século XIX, em que Charcot, psiquiatra francês, estudava as manifestações clínicas das históricas no hospital de Salpêtrière, conhecido como hospital de mulheres³.

Charcot aprofunda seus estudos desmistificando a causalidade da psicopatologia como sendo exclusivamente feminina, e começa a se dedicar em profundidade aos sintomas através da hipnose. “Charcot afirma a autenticidade e a objetividade dos fenômenos históricos, dando dignidade à histeria e indo contra os preconceitos e a suposição de que esses fenômenos eram somente uma simulação dos doentes”³.

Roudinesco & Plon (1998, p.340)⁴ ressaltam um ponto importante em que a histeria converge com a sexualidade na teoria Freudiana,

Entre 1888 e 1893, portanto, Freud forjou um novo conceito de histeria. Retomou de Charcot a ideia da origem traumática. Todavia, pela teoria da sedução, afirmou que o trauma tinha causas sexuais, sublinhando que a histeria era fruto de um abuso sexual realmente vivido pelo sujeito na infância.

Os autores ainda pontuam que muitos teóricos no final do século XIX compartilhavam desta mesma teoria, da relação eminente entre a sexualidade e a histeria, porém, nenhum deles sabiam a forma com que teorizariam sobre a questão, e foi Freud que resolveu tal dilema⁴.

Nos Estudos sobre a histeria, obra magistral, tanto por sua contribuição teórica quanto pela exposição clínica dos casos patológicos, propuseram-se os grandes conceitos de uma nova apreensão do inconsciente: o recalçamento, a ab-reação, a defesa, a resistência e, por fim, a conversão, graças à qual tornou-se possível compreender como uma energia libidinal se transformava numa inervação somática, numa somatização dotada de uma significação simbólica.

Ou seja, além de conceitos fundamentais para a psicanálise Freud trouxe a luz, a forma com que os sintomas neuróticos eram apresentados nos pacientes, sendo como consequência de conteúdos provenientes do inconsciente que acarretavam as paralisias, cegueiras das históricas.

Freud (1905, p. 155)⁵, em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, define os sintomas históricos com: “um substituto – uma transcrição, por assim dizer – de uma série de processos, desejos e aspirações investidos de afeto, aos quais, mediante um processo psíquico especial (o recalçamento), nega-se a descarga através de uma atividade psíquica passível de consciência”. Ou seja, a ação o recalçamento age de modo severo sobre os desejos históricos, e como modo de compensação são dispostos em sintomas, pois há aí, um meio de encontrar

em algum nível a satisfação do desejo, entretanto, ao custo sintomático.

Entretanto para o entendimento da histeria é preciso à compreensão da forma da constituição neurótica de forma breve e sucinta, já que os propósitos não são esgotar o assunto.

3.2 Constituição psíquica da histeria

A constituição do sujeito se dá em meio à lógica fálica, ou seja, em um primeiro momento a mãe toma a criança como seu tudo, como o que a completa, sendo a criança seu falo (aquilo que completa a mãe). Este é o primeiro tempo do Édipo⁶.

Nesse primeiro momento do Édipo, a criança é pois, o falo, isto é, o desejo do desejo da mãe; ela se identifica com a mãe identificando-se como objeto de seu desejo. É nesse sentido que a criança não pode ainda ser vista como um sujeito, mas como falta, ou, melhor ainda, como complemento da falta da mãe⁶.

Este primeiro tempo do conflito edipiano se inicia o desejo da criança de ser o objeto de desejo da mãe, o que leva à identificação da criança com o falo, com aquilo que supostamente completa a mãe, o que chamado por Lacan narcisismo primário, situação em que o bebê “tampona” a falta da mãe, situação de completude narcísica, de ser tudo para o Outro⁷.

No segundo tempo há a intrusão de um terceiro (pai imaginário) que interdita a mãe e frustra a criança, Barretta, (2012, p. 162)⁷ aponta que, “Nesse momento, nos casos favoráveis, intervém a castração, isto é, o pai intervém, retirando a criança da situação de ter que satisfazer a falta materna, retirando-a da situação cativa em que se encontrava, rompendo o par narcísico”.

Isto é, diz à mãe que ela não pode usar seu filho, que ele não a completa e que este filho não pode ser tudo para sua mãe, a criança se vê em um impasse em que se ela não é o falo, se a mãe não é completa, este outro que a mãe deseja deve ser ou ter este falo, o que conduz a criança ao terceiro tempo do Édipo que a constitui como neurótica, o pai simbólico lhe apresenta a Lei da proibição (Lei do pai), Garcia-Roza (1985, p. 223)⁶ explana que, “é essa interiorização da lei que possibilita à criança constituir-se como sujeito. É o momento em que a criança, ao ser separada da mãe pelo interdito paterno, toma consciência de si mesma como uma entidade distinta e como sujeito e é introduzida na ordem da Cultura”.

Isto é, afirmando que ninguém tem o falo, possibilitando a criança desejar e buscar na cultura objetos que supostamente satisfaria seu desejo.

Assim a condução a castração é sentida por cada indivíduo de uma forma, por um lado o temor de que a castração falte (neurose obsessiva) e o sentimento de ter sido castrado em demasia (histeria), levando os sujeitos a sintomas e características de discurso muito particulares em suas estruturas.

3.3 Histeria e a relação com o desejo: insatisfação e desejo insatisfeito

A lógica da estrutura histérica vai se dá neste momento da passagem de ser o falo (aquilo que completa a mãe) ao ter o falo, quando a criança se dá conta de que não o é, e que alguém o possui. Dor (1991, p. 65-66)⁸ acentua sobre tal lógica, “insisto particularmente neste reviramento da dialética do ser ao ter na organização da estrutura histérica [...] O jogo histérico é por excelência, a questão desse “passo a dar” na assunção da conquista do falo”. Logo, na histeria vai se buscar constantemente a conquista deste falo, a reivindicação do mesmo, pois julga que foi injustamente privada de tê-lo.

As características estruturais da histeria começam a partir desta dialética, o fato de ver a castração como um dano imaginário, o que a leva constantemente tentar buscar e reivindicar aquilo que julga ter sido desapropriada, o falo⁸.

Então se o sujeito julga-se injustamente privado de possuir o falo, ele só delega a questão do seu desejo àquele que supostamente o tem, logo seu desejo fica alienado ao desejo do Outro, esperando que este possua as respostas sobre o desejo, Conforme explicita Dor (1991, p. 69)⁸

Se, fundamentalmente, o objeto do desejo edipiano, o *falo*, é aquilo de que o histérico se sente injustamente privado, ele não pode delegar a questão de seu desejo a não ser àquele que é suposto tê-lo. Neste sentido, o histérico não interroga a dinâmica de seu desejo senão junto ao Outro, que é sempre suposto deter a resposta ao enigma da origem e do processo do desejo em questão.

Em outras palavras, ele se anula para realizar o desejo do Outro e sempre colocar-se a serviço deste, assim como defender as ideias do Outro, por entender que este possui algo a mais e se engaja á esse “sacrifício”, “abdicar alguma coisa de seu próprio desejo em benefício de um outro”⁸. O que na verdade, é uma via para manter seu desejo insatisfeito, pois satisfazê-lo é aceitar não ter o falo, e não poder possuí-lo é se defrontar com a castração⁸.

Como aponta Crüxen & Bitar (2010, p. 154)⁹ “A relação que a histérica estabelece com o seu desejo merece maiores considerações, tendo em perspectiva que seu objeto de desejo visa à insatisfação, sendo por essa via, satisfeito”.

Nasio (199, p. 16)¹, no livro “A Histeria”, explana quanto ao desejo insatisfeito da histérica, como sendo este um meio para protegê-la da angústia de vivenciar o gozo pleno e absoluto, o gozo que a enlouqueceria, que a aniquilaria enquanto sujeito, e salienta que, pouco importa que ele imagine esse gozo máximo como gozo do incesto, o sofrimento da morte ou da dor da agonia; e pouco importa que imagine os riscos desse perigo sob a forma de loucura, da dissolução ou do aniquilamento do seu ser: o problema consiste em evitar a qualquer preço

qualquer experiência que evoque de perto ou de longe um estado de plena e absoluta satisfação.

Então, para afastar toda e qualquer possibilidade do gozo pleno, que fantasiosamente o destruiria, inventa e mantém toda fantasia possível que prove a si mesmo que só existe a insatisfação, já que a satisfação, representa ao sujeito histérico, o perigo de que um dia possa vir a gozar de tal modo que o leve à morte.

“O problema histérico é, antes de mais nada, seu medo, um medo profundo e decisivo, jamais sentido, mas atuando em todos os níveis de seu ser; um medo concentrado num único perigo: o fato de gozar”¹.

Portanto, esta fantasia obstina-se sobre a vida real e psíquica do histérico, tal recusa ao gozo e à satisfação repercutem na vida do sujeito em diversos âmbitos, na busca pela perfeição, nos relacionamentos afetivos e sexuais, e nas queixas constantes de inadequação.

Dor (1991, p. 72)⁸ acrescenta que,

[...] o histérico se viu frequentemente como não tendo sido amado o bastante pelo Outro, como não tendo recebido todas as provas de amor esperadas da mãe. Esta frustração de amor inscreve-se sempre em referência ao jogo fálico. O histérico investe-se assim, nesta frustração, como um objeto desvalorizado e incompleto, ou seja, como um objeto derrisório para o desejo da mãe face ao que poderia ser, pelo contrário, um objeto completo e ideal: o falo.

De tal forma que sempre vai buscar se colocar nesta posição de ser tudo, de mobilizar o desejo do Outro receber seu investimento e poder restituir seu narcisismo. “Todas as oportunidades de sedução em que o histérico pode se engajar apóiam-se sobre este “brilho fálico”. Com efeito, na histeria, a sedução é sempre fundamentalmente colocada a serviço do falo, mais do que é colocada a serviço do desejo”⁸.

Entretanto, é apenas um “jogo” para atrair este investimento, e se colocar na posição de algo ideal, maravilhoso, pois o jogo termina a partir do momento em que o Outro quer colocá-lo como objeto de seu desejo. Assumir esta posição é degradante ou conforme aponta Rangel, (2008, p. 91)³, “para aquela mulher que ocupa a posição histérica, ocupar o lugar de objeto lhe é difícil para a histérica [...]”, ou seja, ela se mostra ideal, mas não aceita ser colocada como objeto de satisfação para o Outro. Conforme ressalta André (1987, p. 88)¹⁰ “[...] o insuportável é a posição passiva, a posição de objeto entregue ao gozo do Outro”.

[...] trata-se mais de fortalecer a identificação imaginária do falo do que desejar o outro. Apesar e contra tudo, é preciso fazer desejar o outro, fazer-lhe desejar este objeto fascinante que se dá a ver como o objeto que poderia preencher sua falta. Mas importa mais ainda deixar o outro em suspenso nesta mobilização⁸.

A revolta quanto à castração leva a menina a investir no corpo como sendo o falo, colocando-o como primeiro plano nos sintomas quanto no exibicionismo do mesmo¹¹.

Se durante os estudos de Freud as históricas possuíam como sintomas as paralisias, cegueiras, relacionados com a sexualidade reprimida, atualmente os sintomas aparecem por outros vieses, mas ainda possuem a relação íntima com a sexualidade.

Freire (2002)¹², esclarece que em casos de histeria há uma forte tendência em histericizar o mundo, erotizando qualquer expressão humana, que não seja de forma direta sexual, porém, não visa à relação sexual, embora, produza sinais e se mostram a sexualidade, mas raramente é acometida pelo ato sexual em si.

Nasio (1991, p. 17)¹ descreve que na estrutura histérica não há a percepção dos objetos internos e externos da forma como costumeiramente é percebido, mas há a transformação da realidade pela fantasia, e define a histericização como, “erotizar uma expressão humana, seja ela qual for, embora para si só, intimamente, ela não seja de natureza sexual – das quais não necessariamente tem consciência –, de qualquer gesto, qualquer palavra ou qualquer silêncio que perceba no outro ou que dirija ao outro”.

Portanto, a sexualidade e a erotização, tratada em histeria, por mais que possua o caráter sexual e sensual, não refere-se estritamente a vulgarização ou a pornografia, mas aos gestos sexuais que podem desencadear a um orgasmo auto-erótico¹.

De fato, convém entender que a sexualidade histérica não é, de modo algum, uma sexualidade genital, mas um simulacro de sexualidade, uma pseudogenitalidade mais próxima das apalpadelas masturbatórias e brincadeiras sexuais infantis do que um compromisso real no sentido da concretização de uma verdadeira relação sexual¹.

Na histeria há a evocação de sinais sexuais, mas que raramente levam ao coito, os sinais sexuais são de mais valia ao histérico do que o próprio ato, pois o único gozo para ele é o gozo masturbatório, mas convida o outro a acreditar que seu desejo é o caminho do ato sexual propriamente dito, enquanto que fantasiosamente (inconscientemente) deseja pela não realização do ato, e mantém o desejo pela insatisfação¹.

Há geralmente, segundo Freud (1996 [1905], p.37)¹³, desordens sexuais na vida do histérico, esta consiste em uma inibição genital e muitas vezes o nojo pela conjunção carnal, e oposição e rejeição a sexualidade. E descreve que, “tomaria por histeria sem hesitação, qualquer pessoa em quem uma oportunidade de excitação sexual provoque nojo, quer essa pessoa apresente ou não sintomas sintomáticos”. Assim, os sintomas relacionados à sexualidade, tais como, “impotência, ejaculação precoce, o vaginismo ou a frigidez”, são típicos distúrbios da vida sexual do histérico.

Nos casos de histeria feminina há, segundo o autor, um contraste entre as aventuras amorosas e o sofrimento causado diante da inibição durante o ato sexual, há a recusa em se abrir, embora ela se ofereça, ela não se entrega, devido ao medo da perda da virgindade funda-

mental e a experiência em gozar plenamente. Nasio (1991, p. 45)¹ discorre que, “mesmo vivendo uma relação carnal aparentemente feliz com um homem, a histérica pode se recusar a se abrir – quase que sem sabe-lo, mas resolutamente – para a presença sexual do corpo do outro”.

Assim, devido esta recusa ao entregar-se, volta-se ao chamado princípio da insatisfação, que além de acometer a vida sexual, transpassa a vida cotidiana com a sensação de inadequação, e a busca incessante pela perfeição.

Cabe perfeitamente salientar, portanto, a insatisfação constante consigo mesma, sentindo-se sempre inadequada, como se algo lhe faltasse, buscando sempre a perfeição de um corpo que nunca é alcançada¹². Isto é, não é raro de ser ver em nossa atualidade tais sintomas, mulheres que a todo custo em busca de ser um ideal de perfeição se submetem a dezenas de cirurgias plásticas ou realizam dietas exageradas, ou viram escravas os cosméticos na busca do ideal perdido. Conforme aponta Silva e Rey (2011, p. 564), “Assim, para a mulher, investir no próprio corpo é uma forma de (re) significá-lo, de atribuir-lhe valor e de ludibriar a referência à castração”.

Assim, Pimentel (2008, apud SILVA E REY, 2011, p. 565)¹¹ “[...] deixa o corpo a mercê do imperativo da perfeição estética como condição fundamental para ser feliz”, de modo que adia a felicidade e a satisfação, já que tal perfeição é jamais alcançada, é apenas um meio para a manutenção da insatisfação.

4. CONCLUSÃO

A histeria é considerada como precursora da história da psicanálise, pois foi por meio dos experimentos com histéricas que Freud desenvolveu sua teoria. E passado mais de um século da criação da psicanálise, a histeria continua em alta, obviamente com características e sintomas diferentes daqueles apresentados pela histérica do século XIX, hoje a histeria apresenta-se com a profunda insatisfação que tange vários aspectos da vida, seja ele profissional, sexual, e pessoal.

A pesquisa me possibilitou realizar alguns questionamentos acerca da grande insatisfação com os atributos físicos que homens e mulheres demonstram, cada vez mais pautado naquilo que a mídia propaga, e exige como belo e perfeito, em contrapartida, há um grande número de pessoas vítimas desse desejo pela perfeição, fazendo atrocidades com o próprio corpo com o objetivo de um ideal inalcançável, ideal este que pode muito bem estar relacionado com o primeiro tempo do Édipo, em que a criança é o ideal, é o tudo, a imagem da perfeição para sua mãe.

Desta forma, com mais de um século de história, a histeria continua de certo modo atual, no discurso daqueles que se julgam autossuficientes, e que se entregar a uma relação dual é impensável, já que imaginariamem-

te isso a tiraria desta posição de completude, já que aceitar ser objeto causa de desejo de um Outro, é deparar-se com a falta, é confrontar-se de que precisa do outro, logo, não existe exemplo melhor, do que o que vemos diariamente, pessoas que em prol de um ideal, do não pseudo-assujeitamento, levantam a bandeira da autossuficiência.

Por outro lado cada vez mais tem-se as queixas de insatisfação sexual, impotência, dificuldades de relacionamento, grande número de divórcios ou simplesmente aqueles que abstenham-se de dividir uma vida com alguém, penso que o tal individualismo apresentado por meio de uma sociedade capitalista está relacionado com a histeria, já que a insatisfação é a característica sintomática mais marcante da histeria, e manter seu desejo insatisfeito é defendido a todo custo.

REFERÊNCIAS

- [1] Nasio JD. A histeria: teoria e clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.
- [2] Gil AC. [1946]. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- [3] Rangel MBS. Histeria e Feminilidade. Dissertação de mestrado. Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://www.uva.br/mestrado/dissertacoes_psicanalise/19-histeria_e_feminilidade.pdf Acesso em: 25 jun. 2014.
- [4] Roudinesco E. Plon M. Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- [5] Freud S. [1905] Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. 7, Rio de Janeiro: Imago, 2010.
- [6] Garcia-Roza LA. Freud e inconsciente. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- [7] Barretta JPF. O complexo de Édipo em Winnicott e Lacan. Revista: Psicologia USP, nº1, vol. 23 p. 157-170, São Paulo, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642012000100008&script=sci_arttext Acesso em : 29 jun. 2014.
- [8] Dor J. Estruturas e clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Taurus- Timbre, 1991.
- [9] Cruxen OS, Bitar LMFAS. Os (re) encontros históricos: considerações acerca da relação de objeto em Freud e Lacan. Revista: Psicanálise e Barroco. Vol. 08, nº 1, p. 148-158, Ceará, 2010. Disponível em: <http://www.psicanaliseebarroco.pro.br/revista/revistas/15/P%26Brev15CruxenBitar.pdf> Acesso em: 21 jun. 2014
- [10] André S. O que quer uma mulher? Traduzido por Dulce Duque Estrada, Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- [11] Silva HC. Rey S. A beleza e a feminilidade: Um olhar psicanalítico. Revista: Psicologia ciência e profissão. Vol. 31, nº 3, p. 554-567, Rio Grande do Sul, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300009 Acesso em: 12 jun. 2014.
- [12] Freire L. A histeria e a beleza: uma expressão no contexto cultural da atualidade. Revista: Psicologia ciência e

profissão. Vol. 22, nº 3, Brasília, 2002. Disponível em:
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000300011)
S1414-98932002000300011 . Acesso em: 12 jun. 2014.

- [13] _____. [1905] Fragmentos de um caso de Histeria.
In. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas
Completas de Sigmund Freud, vol. 7, Rio de Janeiro:
Imago, 1996.

