

Super Saudável

Publicação da Yakult do Brasil - Ano X - Nº45 - Janeiro a Março/2010



Os RISCOS DA ESTAÇÃO DO SOL

**Retocolite
ulcerativa
pode ter
muitas causas**

**Probiótico da
Yakult tem
efeito benéfico
na doença**

**Medicina Baseada
em Evidências
quer ajudar na
conduta médica**

**O limão é fonte
de minerais
e tem efeito
antioxidante**

■ expediente



A Revista Super Saudável é uma publicação da Yakult SA Indústria e Comércio dirigida a médicos, nutricionistas, técnicos e funcionários.

Coordenação geral
Eishin Shimada

Edição
Companhia de Imprensa
Divisão Publicações

Editora responsável
Adenilde Bringel - MTB 16.649
adbringel@companhiadeprensa.com.br

Editoração eletrônica
Felipe Gonçalves e Eramir Neto

Fotografia
Arquivo Yakult e Ilton Barbosa

Capa
Peepo/IstockPhoto

Impressão
Vox Editora - Telefone (11) 3871-7300

Cartas e contatos
Yakult SA Indústria e Comércio
Alameda Santos, 771 – 9º andar
Cerqueira César
São Paulo – CEP 01419-001
Telefone (11) 3281-9900
Fax (11) 3281-9829
www.yakult.com.br

Cartas para a Redação
Rua Álvares de Azevedo, 210 - Sala 61
Centro - Santo André - SP
CEP 09020-140
Telefone (11) 4432-4000

Verão exige cuidados

O verão é a mais esperada estação do ano em todos os continentes, mas, além de dias ensolarados e temperatura quente, o período pode trazer riscos para a saúde. A literatura científica enumera pelo menos 14 enfermidades diretamente relacionadas – ou agravadas – pelo verão, com preocupação especial para as intoxicações alimentares e o câncer de pele. Por isso, os profissionais de saúde devem ficar ainda mais atentos nesta época do ano, para orientar seus pacientes sobre os perigos que o excesso de sol e a falta de cuidados com a higiene e a alimentação podem acarretar. Se for encarado com a devida atenção, o verão só trará benefícios a todos os indivíduos.

Os editores

ÍNDICE



Dynamic Graphics

Matéria de Capa 4

Doenças relacionadas ao verão podem ser evitadas com orientação adequada por parte dos profissionais de saúde

Especial 18

O professor da Unifesp, **Álvaro Nagib Atallah**, explica de que forma a Medicina Baseada em Evidências pode melhorar a conduta médica e o tratamento



Turismo 32

Os países do Leste Europeu oferecem aos turistas a oportunidade de conhecer a história por meio de uma vasta herança cultural pouco explorada

Medicina

8

Fatores imunológicos e emocionais estão relacionados à retocolite ulcerativa

12

Cientistas comprovam ação benéfica do *L. casei* Shirota na retocolite ulcerativa

16

Pesquisadores brasileiros confirmam que probióticos diminuem a infecção intestinal

22

Limão é considerado uma excelente fonte de minerais e um potente antioxidante

24

Pesquisa com adolescentes obesos aponta alto índice de esteatose hepática não alcoólica

26

Robótica avança em vários campos da Medicina e permite aprimorar cirurgias complexas

28

A drenagem linfática é considerada um tratamento eficaz em casos de linfedema

30

Distribuidores levam os produtos da Yakult para todos os Estados do Brasil



Consulato Geral da República da Polónia em São Paulo

Os vilões

Fatores ambientais e comportamentais tornam a estação mais quente do ano um risco a mais para a saúde

Karina Candido

Na estação do sol é frequente que fatores comportamentais e condições ambientais propiciem a proliferação de determinados tipos de vírus, fungos e bactérias, o que aumenta a ocorrência de doenças. Temperaturas próximas a 36°C/37°C são o ambiente ideal à proliferação de bactérias e fungos, o que torna o corpo humano excelente meio de cultura para agentes parasitas. A literatura descreve pelo menos 14 enfermidades agravadas com o verão – intoxicação alimentar, otite externa, con-



Divulgação

José Augusto Messias

do verão

juntivite, câncer de pele, miliária, acne, candidíase, pitíriase versicolor, impetigo, frieira, verminoses, onicomicose, desidratação e insolação. Grande parte dessas doenças ocorre em cidades litorâneas, e mais da metade está relacionada à pele. Além disso, o calor predispõe à deterioração acelerada dos alimentos quando não acondicionados adequadamente. Tais fatores, adicionados à falta de higiene de cada indivíduo, levam a outro grande vilão do verão: as doenças digestivas de transmissão hídrica ou alimentar.

Pesquisa do Centro para Ciência no Interesse Público dos Estados Unidos, publicada pelo jornal *The New York Times* em outubro de 2009, demonstrou que 76 milhões de pessoas terão intoxicação alimentar por ano naquele país, e 5 mil morrerão em razão do problema. Em São Paulo, o Boletim de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde tem notificado, atualmente, cerca de 500 mil casos/ano. O problema é grave, sem contar os altos índices de subnotificações e baixa identificação etiológica. O presidente da Sociedade de Gastroenterologia do Rio de Janeiro e professor titular da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM-UERJ), José Augusto Messias, afirma que a importância médica e populacional da intoxicação alimentar deriva do alto grau de morbidade para a maioria dos indivíduos acometidos, apesar da baixa mortalidade.

“Crianças e idosos, além dos portadores de doenças crônicas e debilitantes, de uma maneira geral, constituem um grupo de maior risco para casos gra-

ves”, ressalta. Geralmente caracteriza-se por náusea, vômitos, diarreia, dor abdominal e, eventualmente, febre, cuja preocupação imediata é a desidratação, a síndrome de etiologia variada decorre da ingestão de alimentos contaminados por vírus, bactérias, protozoários, fungos ou toxinas produzidas por bactérias. *Salmonella*, *Shigella*, *Escherichia*, *Clostridium* e *Staphylococcus* são comumente identificados em casos de intoxicações alimentares e os calicivírus são os responsáveis frequentes pela síndrome dos vômitos do verão. O médico informa que grande parte dos surtos de gastroenterite dos cruzeiros marítimos da temporada de verão também são em razão desses vírus.

Além do botulismo, causado pela bactéria *Clostridium botulinum*, que pode trazer problemas neurológicos, outra toxina bacteriana causadora de gastroenterite aguda é derivada da proliferação de *Staphylococcus* em alimentos estocados de forma inadequada. “Em alimentos à base de amendoim, por exemplo, é comum a contaminação por aflatoxinas, se forem estocados por muito tempo”, complementa o presidente da Sociedade Brasileira de Toxicologia, coordenador do Centro de Informações e Assistência Toxicológica de Belo Horizonte (FHEMIG) e professor de Toxicologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Délio Campolina. O médico ressalta a importância de checar a data de validade dos alimentos e as condições das embalagens e armazenagem antes do consumo, para evitar esses e outros problemas. Quando amassadas, as latas perdem pressão, além da ca-

mada de proteção interna, o que facilita a proliferação de bactérias.

Responsabilidade médica – O diagnóstico das intoxicações alimentares é clínico e baseia-se na relação temporal entre a ingestão do alimento e o surgimento do quadro clínico correspondente, que é gastroenterítico, na maioria das vezes, com ou sem desidratação secundária ou sintomas neurológicos próprios. Para controle dos casos, a responsabilidade do médico é enorme. “Todo o conhecimento sobre a cadeia desse tipo de adoecimento inicia-se no cenário clínico do atendimento das vítimas e, por conseguinte, as condutas preventivas derivam dessa experiência”, destaca José Augusto Messias. A recomendação a ser dada aos pacientes é observar o bom aspecto do alimento, manter a refrigeração adequada, ter conhecimento da maneira como é preparado, evitar ingerir alimentos preparados em ambientes inseguros e ter atenção se a água está própria para consumo. ▶



Délio Campolina

Adair Gomez



Sol na medida certa

Apesar da gravidade das intoxicações alimentares, a maioria das doenças típicas de verão está relacionada à pele. O professor de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (FM-UniRio) e presidente da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), Omar Lupi da Rosa Santos, ressalta que isso ocorre porque a pele é o órgão mais exposto e, consequentemente, o mais suscetível a problemas. Queimaduras, insolação, câncer de pele e herpes labial, em caso de excesso de sol, e miliária, devido ao au-

mento do calor e da produção de suor, são alguns dos exemplos de problemas comuns nesta época. “O sol em excesso diminui a imunidade cutânea, e o suor, aliado ao aumento do atrito com a roupa, abre as portas de entrada da pele, deixando-a mais vulnerável a processos inflamatórios”, explica. O fato de os indivíduos andarem mais descalços aumenta o contato com locais onde a contaminação por fungos é mais frequente, como areia da praia, água de piscina, lugares úmidos e o próprio chão, o que explica o maior número de casos de micoses, como a pitíriase versicolor, causada pelo *Malassezia furfur*, além de candidíase e outras micoses.

No entanto, o câncer de pele é a maior preocupação relacionada ao sol. Na publicação ‘Estimativas 2010 – Incidência de Câncer no Brasil’, o Instituto Nacional de Câncer (Inca) declara que são esperados para este ano 489.270 novos casos da neoplasia. O mais incidente será o câncer de pele não melanoma, com 113.850 casos. Embora o carcinoma basocelular, com incidência de 75% dos casos, geralmente não pro-

voque metástase, pode apresentar característica invasiva e, com o seu crescimento, destruir os tecidos que o rodeiam atingindo até a cartilagem e os ossos. A boa notícia é que o tipo mais agressivo de câncer de pele – melanoma cutâneo – deve atingir apenas 5% do total de casos. “Mas todos são causados pela exposição cumulativa e excessiva da pele à radiação solar”, enfatiza Omar Lupi.

O presidente da SBD explica que uma das medidas que os dermatologistas têm adotado com bons resultados é estimular os pacientes a realizar o autoexame. “Ensinamos a checar a presença de lesões com brilho perolado nas margens, pintas grandes, maiores que um caroço de lentilha, ou pintas com cores diferentes, que podem indicar neoplasias”, esclarece, ao acrescentar que a orelha e o nariz são os maiores alvos do câncer de pele. O médico frisa que os fotoprotetores devem ser indicados por dermatologistas, que determinam o mais adequado com base na cor e no tipo de pele do paciente, histórico familiar de câncer e hábitos de vida. “Em qualquer caso, o diagnóstico precoce é fundamental”, reforça.



Divulgação

Omar Lupi da Rosa Santos

Atenção aos olhos

O verão também é a época de maior concentração de conjuntivite, na maioria das vezes de etiologia viral. Um dos vírus mais frequentes é o adenovírus, agente infeccioso muito estável no meio ambiente e resistente à luz ultravioleta, comum em águas contaminadas de piscina, mar e consumo. A doença causa hiperemia, lacrimejamento e desconforto no olho e o contágio é feito por contato direto. Em alguns tipos de conjuntivite viral pode ocorrer, ainda, a formação de uma pseudomembrana resultante do processo inflamatório que, sem tratamento, poderá levar a sequelas importantes e ao prolongamento do quadro.

O professor de Oftalmologia da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Gustavo Salomão, ressalta que um dos grandes problemas das conjuntivites é a automedicação. Em vez de consultar um oftalmologista, pacientes buscam tratamento diretamente em farmácias. “Um olho vermelho pode indicar diversas doenças oftalmológicas mais simples ou até um glaucoma ou uveíte, que são mais graves e podem até cegar se não forem tratadas adequadamente”, alerta. O especialista ressalta a importância de os oftalmologistas orientarem seus pacientes de que colírios são medicamentos e não devem ser usados descontroladamente para refrescar os olhos.

“Essa prática pode acarretar outros problemas oculares, além de atraso no diagnóstico”, justifica. A conjuntivite é detectada com avaliação clínica e o tratamento é feito com colírios que podem ser desde lubrificantes oculares a anti-inflamatórios potentes. Métodos de prevenção, como lavagem das mãos, precauções no contato, esterilização de equipamentos oftalmológicos, uso de material descartável e separação de toalhas de banho e rosto podem ser facilmente adotados e ensinados aos pacientes e são a melhor maneira de evitar o contágio. “O brasileiro aprendeu muito sobre higiene com a influenza H1N1 e, mesmo que a epidemia já não esteja mais tão crítica, é importante continuar incentivando as boas práticas”, destaca o médico.



Gustavo Salomão

CUIDADO REDOBRADO

Um problema muito comum em crianças no verão é a febre faringoconjuntival, caracterizada por febre, faringite e conjuntivite. “Por ser mais sensível e pelo fato de a visão estar em desenvolvimento, é preciso ter cuidado redobrado com as crianças a qualquer mínimo sintoma de olho vermelho”, enfatiza o oftalmologista. Além disso, a hidratação constante e o uso do filtro solar são fundamentais. Como a massa corporal das crianças é menor e a pele é mais fina e sensível, elas perdem mais água e não regulam o suor tão facilmente como o adulto, o que as tornam mais suscetíveis à desidratação, à insolação e à miliária.

Causas descon

Existem inúmeras teorias sobre o que provoca a retocolite ulcerativa, mas nenhuma pode ser aceita como totalmente verdadeira

Bel Alves

Especial para Super Saudável

A fisioterapeuta Ana Carolina Markesz, de 25 anos, descobriu ser portadora de retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) no início de 2008. A doença se manifestou em um momento de estresse intenso no campo profissional, quando teve três dias de diarreia seguida de fortes cólicas. A jovem, que tem histórico de síndrome do intestino irritável – que nada tem a ver com a doença – procurou um proctologista que, depois de uma colonoscopia, diagnosticou a RCUI. No caso de Ana Carolina, os sintomas são muito maiores que a inflamação e nunca houve sangramento. A fisioterapeuta lembra que o início da doença foi difícil, porque tinha medo de sair com os amigos ou de comer e ter diarreia. A paciente tomou medicamentos por seis meses e, hoje, afirma que está bem e tem a retocolite controlada. Apesar de conflitos emocionais ocasionalmente precederem o surgimento ou a recidiva de uma RCUI, como ocorreu com a fisioterapeuta, isso não significa que sejam a causa da manifestação da doença.

A relação entre estresse emocional e RCUI foi estudada por especialistas japoneses da Saga Medical School, que fizeram pesquisa com pacientes com a enfermidade e voluntários saudáveis. Os resultados revelaram que o nível do estresse e o nível sanguíneo de hormônios eram maiores entre os portadores da RCUI. Os autores concluíram que na retocolite ulcerativa inespecífica há uma hipersensibilidade dos sistemas nervoso, endócrino e

hecidas

imunológico. As descobertas podem contribuir para a elevação da respostas orgânicas ao estresse emocional, intenso entre os portadores da doença. “Ainda que se retire o paciente do ambiente de trabalho por causa dos fatores emocionais, nada disso comprova que as teorias existentes sobre as causas emocionais da doença sejam verdadeiras”, explica Elinton Adami Chaim, gastrocirurgião e professor da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-Unicamp).

Entre os temas mais pesquisados sobre as causas da RCUI também estão os fatores imunológicos. Segundo Elinton Adami Chaim, autores de trabalhos publicados sobre o assunto acreditam que a causa, ainda desconhecida, decorre da interação de um defeito no sistema imunológico, no qual anticorpos do próprio organismo atacam a mucosa do cólon, associados a microrganismos ainda não identificados e ao fator hereditariedade. No entanto, esta é mais uma teoria que se agrupa a inúmeras outras sobre as causas da doença. “Existem vários fatores envolvidos, como genéticos, imunológicos e ambientais, que podem ter influência na RCUI, mas não há unanimidade entre os pesquisadores de que estes fatores desencadeiem ou causem a doença. A etiologia permanece desconhecida”, enfatiza o professor de Coloproctologia do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade

Federal de Santa Catarina (UFSC), José Mauro dos Santos.

Cronicidade – A retocolite ulcerativa inespecífica é uma doença crônica que pode acometer indivíduos na faixa etária de 10 a 40 anos, independentemente da raça e do sexo. A RCUI pode atingir o intestino grosso (cólon) parcialmente (segmentar) ou toda a sua extensão. Os sintomas iniciam gradualmente com cólicas intestinais e diarreias, frequentemente sanguinolentas, podendo ocorrer longos períodos sem sintomas, mas que geralmente retornam. Associados a todos esses sintomas, o paciente pode ter perda de apetite, emagrecimento e anemia. O gastroenterologista Flavio Steinwurz, presidente da Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn (ABCD), informa que, conforme a região em que surge a colite, a doença recebe denominações específicas. Se afetar apenas o final do reto, a enfermidade recebe o nome de proctite, mas, quando acomete o reto e o sigmoide é chamada de retossigmoidite. No caso de acometer a parte esquerda do intestino é uma hemicolite esquerda; se envolve quase todo ou todo o intestino grosso, a doença é denominada colite universal ou pancolite.

Quando a RCUI se localiza na parte final do intestino, o sintoma mais frequente é a necessidade de evacuar frequentemente. Nos casos mais graves pode ocorrer, ainda, acometimento inten-

so das camadas do intestino grosso, causando um quadro clínico de abdome agudo denominado megacólon tóxico. “Nestes casos é necessária uma intervenção cirúrgica de urgência e, em alguns pacientes, a retirada do intestino grosso”, explica o médico Elinton Adami Chaim. Além disso, podem ocorrer casos de pacientes em que a RCUI não se restringe apenas ao cólon e provoca manifestações extraintestinais. O gastroenterologista Flavio Steinwurz ressalta que, nestes casos, as manifestações mais comuns são as articulares, mas podem ocorrer também sintomas dermatológicos, como eritema nodoso e pioderma gangrenoso. A retocolite também pode provocar alterações oculares como esclerites e uveítes, e complicações no fígado, entretanto, estas são raras. ►



Flavio Steinwurz

Divulgação

Diagnóstico e tratamento incluem

A melhor conduta médica para o diagnóstico da retocolite ulcerativa é a avaliação do histórico clínico do paciente, aliado a exames de endoscopia e colonoscopia, pois este permite ver todo o intestino grosso até sua junção com o intestino delgado, além da realização de biópsias do intestino grosso. Entre os sintomas mais importantes estão a diarreia (mais de seis evacuações por dia), sangue e muco nas fezes, presença de ulcerações no intestino, alterações inflamatórias contínuas, sangramento de contato ao exame endoscópico, cólicas abdominais, perda de peso e febre. “Depois de ingerir qualquer alimento, os indivíduos com colite têm um reflexo

intenso e urgência de ir ao banheiro, e acabam emagrecendo tanto pela doença quanto pela dificuldade de se alimentar adequadamente”, explica o gastroenterologista Flavio Steinwurz.

Os exames de sangue também são úteis para detectar distúrbios associados à retocolite ulcerativa, como anemia e deficiência de ferro, por causa dos sangramentos e da carência de albumina, proteína essencial à formação dos tecidos que se perde em função da ferida e da produção intensa do muco. “Os exames de hemossedimentação e da proteína C-reativa ajudam a fazer o diagnóstico, o marcador sorológico ANCA auxilia nos casos em que o diagnóstico di-

ferencial é necessário e a biópsia da mucosa intestinal é fundamental para fechar o diagnóstico”, diz José Mauro



Elinton Adami Chaim

DIETA ALIMENTAR REDUZ SINTOMAS

Não há evidências de que fatores dietéticos causem ou contribuam para o aparecimento da retocolite ulcerativa, mas dar atenção especial à dieta é um fator que pode ajudar a reduzir os sintomas e até promover a regressão da doença. A alimentação deve ser a mais individualizada possível, para atender às necessidades nutricionais de cada paciente e suas preferências alimentares, sem deixar de levar em consideração a capacidade digestiva e absorptiva do organismo, intolerâncias alimentares e a desnutrição. Uma das novas modalidades terapêuticas que apresenta perspectivas promissoras na melhora da qualidade de vida dos pacientes é a suplementação com nutrientes imunomoduladores. Esses nutrientes modulam a resposta imunoinflamatória, mantêm a integridade da mucosa intestinal e melhoram o estado clínico e nutricional. “Um

plano racional deve incluir nutrientes para fornecer calorias, reduzir a indução do estímulo antigênico, regular a resposta inflamatória e imunológica e estimular o trofismo da mucosa”, afirma Maria Izabel Lamounier de Vasconcelos, especialista em Nutrição Clínica e membro da diretoria da Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn.

O aumento da concentração de ácidos graxos de cadeia curta (AGCC) é outra alternativa de tratamento que pode trazer benefícios. Produzidos a partir da fermentação de carboidratos e proteínas ingeridos pela dieta, estes nutrientes imunomoduladores (fibras solúveis) estimulam o crescimento das bactérias anaeróbicas, que são benéficas para a saúde intestinal, e inibem o crescimento das patogênicas. O resultado é a menor frequência de evacuações com ou sem sangue, em pa-

cientes resistentes ao uso de corticoides. “Os AGCC estimulam o crescimento da mucosa, aumentam o fluxo sanguíneo, são as fontes energéticas preferidas pelas células epiteliais colônicas e aumentam a absorção de sódio e água para o lúmen intestinal”, explica a especialista. Outra modalidade terapêutica que vem recebendo grande atenção é a emulsão lipídica suplementada com ácidos graxos poli-insaturados W-3, presentes no óleo de peixe.

A nutricionista conta que uma pesquisa realizada por Isaías Dichi, na Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), revelou menor atividade da doença nos períodos em que a terapia foi empregada, como sangramento retal, número de evacuações e consistência das fezes. O tratamento com ácidos graxos W-3 tem trazido resultados favoráveis, particularmente na

ações variadas

dos Santos. A doença não tem cura e os tratamentos têm como objetivos principais tirar os pacientes da crise e manter a retocolite em remissão. A melhor conduta no tratamento varia de acordo com as condições clínicas do paciente, mas o ideal é que seja multidisciplinar e envolva desde o especialista com vivência no tratamento da retocolite ulcerativa até psicólogos e nutricionistas.

O médico Elinton Adami Chaim, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, ressalta que o tratamento também inclui medicamentos (corticoides, drogas anti-inflamatórias e imunossupressoras), associados à abordagem das alterações emocionais e dietas indivi-

dualizadas que contribuam para reduzir os sintomas e melhorar a qualidade de vida. O ideal é que o paciente não coma alimentos que contenham fibras insolúveis, para não estimular o intestino e agravar as crises de diarreia. Também deve reduzir ao máximo a ingestão de condimentos picantes, evitar leite e derivados, que podem aumentar a fermentação intestinal, assim como bebidas alcoólicas fermentadas. A cirurgia é utilizada nos casos de intratabilidade clínica, devido ao comprome-

timento da saúde do paciente ou em casos em que ocorre o megacólon tóxico. “O tratamento da retocolite ulcerativa inespecífica pode incluir desde a retirada do paciente do ambiente de trabalho, por causa de fatores emocionais, até a inclusão de sessões de acupuntura, que poderiam ajudar na remissão da doença”, orienta Elinton Adami Chaim.

RCUI, diminuindo sintomas e necessidade de corticosteroides, e promovendo melhora colônica, histológica e endoscópica. Estudos ainda não conclusivos também sugerem que a utilização dos prebióticos e probióticos, em adição às medidas terapêuticas convencionais, pode ser uma alternativa promissora no tratamento da retocolite ulcerativa, com efeitos favoráveis na evolução clínica.

“Os probióticos produzem efeito benéfico na imunidade intestinal, produzem AGCC, amenizam a intolerância à lactose, controlam a diarreia aguda, melhoram a atividade clínica da doença e previnem as recidivas”, enfatiza Maria Izabel Lamounier.

Dynamic Graphics





istockfree

Efeitos benéficos dos *Lactobacillus casei* na colite ulcerativa: um estudo clínico piloto

Keiichi Mitsuyama¹, Satoshi Matsumoto², Hiroshi Yamasaki¹, Junya Masuda¹, Kotaro Kuwaki¹, Hidetoshi Takedatsu¹, Masato Nagaoka², Akira Andoh³, Osamu Tsuruta¹ e Michio Sata¹

A retocolite ulcerativa (RCU) é uma doença inflamatória intestinal que surge como resultado de uma resposta imunológica desequilibrada aos antígenos luminais. Os probióticos podem alterar benéficamente a composição da microflora intestinal de pacientes com inflamação, bem como em modelos animais com colite. As preparações probióticas podem tratar efetivamente a RCU ativa, incluindo a VSL#3, a *Escherichia coli* Nissle 1917, *Saccharomyces boulardii* e leites fermentados contendo bifidobactérias.

Os *Lactobacillus casei* Shirota (LcS) são microrganismos Gram-positivos, não patogênicos, reconhecidamente benéficos, presentes nos suplementos alimentares de muitos países. Os LcS modulam a microflora intestinal, bem como o sistema imunológico dos intestinos. Demonstramos anteriormente os efeitos benéficos dos *Lactobacillus casei* Shirota em modelos murinos de inflamação intestinal, por meio da inibição do

caminho da expressão de interleucina-6 (IL-6). Entretanto, pouco se sabe sobre os efeitos dos LcS sobre a RCU. Neste estudo, verificamos os efeitos terapêuticos dos *Lactobacillus casei* Shirota em pacientes com a doença.

Materiais e métodos – Preparo dos derivados de células de LcS: foi obtido o preparado de *Lactobacillus casei* Shirota inativado termicamente, assim como o de *Lactobacillus rhamnosus* ATCC 53103 (Lr) para comparativo. A fração intacta da parede celular (ICW) foi obtida pelo método descrito por Sekine e colaboradores e a fração polissacarídeo-peptídeo-glicano foi isolada a partir de métodos descritos anteriormente. A fração do protoplasto (PP) foi obtida usando-se o mesmo método para o PSPG. Em resumo, as células inativadas termicamente foram exaustivamente digeridas com N-acetil-muramidase SG (*Seikagaku Co.*, Tóquio, Japão). O material digerido foi centrifugado a 10000 x g por 45 minutos. O precipitado foi coletado e lavado três vezes em água destilada. O resíduo foi liofilizado e utilizado como fração PP.

DETERMINAÇÃO DA INIBIÇÃO DA IL-6

As células mononucleares do sangue periférico (PBMC) foram preparadas a partir de pacientes com RCU ativa. PBMC (2×10^5 /96-well) foram cultivadas em meio 10% FCS/10mM HEPES/penicilina – estreptomicina/RPMI (RPMI completo) sob 5% de CO₂ a 37°C. Para acessar os efeitos do *Lactobacillus casei* Shirota inativado termicamente e sua fração sobre a produção de IL-6 nas PBMC, foi adicionada 1mcg/ml de lipopolissacarídeo (LPS, 055:B5, Sigma, USA) às células com e sem LcS ou aos componentes celulares e cultivadas por 24 horas. Após incubação, os sobrenadantes foram coletados e armazenados a -84°C até a determinação para a IL-6 através de ELISA disponível comercialmente (BD PharMingen, CA, USA). Os dados representam a porcentagem de inibição da produção de IL-6 em culturas estimuladas com LPS mais *Lactobacillus casei* Shirota ou seus componentes celulares comparados com os do LPS isolado. Os efeitos inibitórios do Lr e de seus componentes celulares sobre a produção de IL-6 foram determinados usando-se o mesmo método. ►



SELEÇÃO DE PACIENTES E DELINEAMENTO DO ESTUDO

Um estudo preliminar aberto foi realizado no nosso hospital. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e todos os pacientes assinaram o termo de consentimento.

Foram selecionados 10 pacientes com retocolite ulcerativa ativa de grau suave a moderada (quatro homens e seis mulheres) baseados no critério de Truelove e Witts. Pacientes que recebiam antibióticos, probióticos e prebióticos foram excluídos do estudo. O diagnóstico da RCU foi baseado nas características clínicas, endoscópicas, radiológicas e aspectos histológicos. Seis pacientes apresentaram pancolite, um apresentou dificuldade no cólon esquerdo e três apresentaram distúrbios limitados ao reto.

Os pacientes não responderam ou apresentaram intolerância ao tratamento padrão (aminosalicilatos $n=3$ /prednisolona $n=4$ /aminosalicilatos mais esteroides $n=3$) por, no mínimo, quatro semanas. Todas as terapias de drogas mantiveram-se coerentes durante o estudo. Não foram feitas alterações nas dietas dos pacientes que participaram do estudo, que receberam *Lactobacillus casei* Shirota (8×10^{10} CFU/dia) na forma de leite fermentado, juntamente com a terapia convencional durante oito semanas (grupo tratado com LcS). Um histórico de nove pacientes com retocolite ulcerativa ativa, que receberam a terapia convencional isolada, serviu de controle para o estudo (grupo controle). As características da linha de base foram parecidas nos dois grupos. O regime de dosagem de *Lactobacillus casei* Shirota para os pacientes foi arbitrado baseado na dose usada para voluntários saudáveis e em animais, para melhorar a inflamação intestinal.

ÍNDICE DE ATIVIDADE CLÍNICA

Um índice de atividade clínica reflete mudanças no estado clínico dos pacientes com retocolite ulcerativa, consistindo da soma número de episódios de diarreia (0 a 4), presença de diarreia noturna (0 a 1), grau de sangue visível nas fezes (0 a 3), presença de incontinência fecal (0 a 1), grau de dor abdominal ou cólicas (0 a 3), bem-estar geral (0 a 5), grau de sensibilidade abdominal (0 a 3) e necessidade de medicamentos antidiarreicos (0 a 1). Devido às variáveis possuírem pesos iguais, o índice de atividade clínica está compreendido em uma faixa de 0 a 21. O índice de atividade foi determinado na linha de base e a cada duas semanas posteriores pelos médicos, que avaliavam os resultados dos tratamentos ou das análises laboratoriais. As análises estatísticas foram realizadas usando o Teste t ou o Teste t pareado. O valor $p < 0,05$ foi considerado significativo.



Resultados apontam efeitos positivos dos lactobacilos

Testamos inicialmente se os *Lactobacillus casei* Shirota bloqueavam a produção de IL-6 em PBMC estimulados por LPS em pacientes com RCU. Os *L. casei* Shirota e seus componentes ICW, mas sem ser os componentes PP, inibiram a produção de IL-6, ao passo que a outra espécie de *lactobacillus*, a Lr, não conseguiu o mesmo efeito. A seguir, examinamos o PSPG, que é o principal componente do ICW, e encontramos o mesmo efeito. Esses dados indicaram que o componente PSPG do *Lactobacillus casei* Shirota inibe a produção da IL-6 em PBMC de pacientes com RCU.

Comparando-se os índices de atividade clínica, observou-se que os melhores índices foram os do grupo tratado com os *Lactobacillus casei* Shirota em quatro semanas ($p = 0,0325$), em seis semanas ($p = 0,0255$) e em oito sema-

nas ($p = 0,0119$). Uma tendência favorável foi observada nos índices das atividades clínicas, comparando-se as fases de pré-tratamento e pós-tratamento com *Lactobacillus casei* Shirota (seis semanas, $p = 0,0104$; oito semanas, $p = 0,0353$), mas isso não ocorreu no grupo controle. Os *L. casei* Shirota foram bem aceitos e nenhuma reação adversa foi observada. Estes dados sugerem que a suplementação com adição de *Lactobacillus casei* Shirota à terapia convencional é segura e mais eficaz do que a terapia convencional isolada em pacientes com retocolite ulcerativa.

Discussão — Existe uma crescente evidência de experiências clínicas e de estudos em animais dos efeitos benéficos das preparações com probióticos nos tratamentos de pacientes com retocolite

ulcerativa. A adição de *Lactobacillus casei* Shirota nas terapias convencionais resultou em melhoras clínicas da doença ativa. Além disso, nenhum efeito colateral ou tóxico foi observado durante a pesquisa. Os resultados sugerem fortemente que os *Lactobacillus casei* Shirota são seguros e eficazes no tratamento de pacientes com RCU. Embora este fosse um teste aberto e tenhamos utilizado um conjunto de históricos dos pacientes como controle, estes resultados positivos nos estimulam a propor um teste controlado e randomizado. ■

¹ Divisão de Gastroenterologia, Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade Kurume, Kurume, Japão;

² Instituto Central Yakult para Pesquisas em Microbiologia, Tóquio, Japão;

³ Departamento de Medicina Interna, Universidade Shiga de Ciências Médicas, Otsu, Japão.

Estudos nacionais

Pesquisadores de Cuiabá e Ilhéus também estudam ação de bactérias probióticas na retocolite experimental

Adenilde Bringel

Além dos cientistas japoneses, que estudam probióticos há mais de 50 anos, muitos outros pesquisadores ao redor do planeta estão empenhados em demonstrar, por meio de estudos, que papel os microrganismos probióticos exercem no controle de algumas doenças crônicas intestinais, como a doença de Crohn e a retocolite ulcerativa. Com isso, algumas centenas de pesquisas estão em andamento em várias partes do mundo. Entre os principais objetivos dos cientistas está entender o mecanismo envolvido na proteção e modulação imunológica exercidas pelos probióticos, uma vez que alguns estudos sugerem que a atuação dessas bactérias pode alterar a resposta imunológica sistêmica e na mucosa intestinal. Trabalhos realizados com animais de laboratório por pesquisadores de universidades brasileiras já apontam para uma ação positiva dos probióticos na redução da inflamação causada pela retocolite ulcerativa, o que confirma as afirmações de que esses microrganismos podem atuar em benefício da saúde.

Um dos trabalhos recentes foi desenvolvido pela pesquisadora Carla Cristina Romano, professora adjunta de Microbiologia/Imunologia da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), em Ilhéus, na Bahia. A cientista investigou a resposta imune de ratos com colite induzida por ácido acético e, posteriormente, verificou se houve essa mesma resposta imune após o tratamento com probióticos. O trabalho, intitulado 'Análise histológica do intestino de ratos com colite experimental tratados com probióticos' utilizou *Lactobacillus acidophilus* e *B. thermophilum* simultaneamente no controle da colite experimental. "Pretendíamos avaliar a capacidade dos probióticos em diminuir a inflamação intestinal em ratos e obtivemos resultado positivo, uma vez que ocorreu a redução da inflamação nos animais tratados com probióticos, quando comparado ao grupo que não recebeu as cepas", explica.

O grupo da professora, composto ainda por Jonatas Cristian Rodrigues, Thalís Santos e Fábio Flores, dividiu os ratos em três grupos: controle (G1), com colite sem tratamento (G2) e com colite tratada (G3). Para indução da inflamação foi administrado 1ml de ácido acético a 10%, considerando o peso corpóreo de 250g. O grupo G3 recebeu oralmente 2ml/dia por animal da solução láctea com probióticos, durante sete dias. Após serem sacrificados, os pesquisadores retiraram a porção do cólon do intestino e foi realizada a confecção das lâminas. "Observando a análise do hemograma, da proteína C reativa (PCR) e interferon-gama sérica dos animais houve redução da contagem celular, alteração do perfil do hemograma e diminuição nos níveis de PCR e interferon-gama", relata Carla Romano. A pesquisadora explica que houve redução dos sinais clí-



Carla Cristina Romano

Divulgação Assessoria de Comunicação UESC

confirmam resultados



semenik/istockphoto

nicos da colite com menor edema, menor presença de gases e de hiperemia nos animais tratados com probióticos. Além disso, o número de evacuações diminuiu.

Efeito anti-inflamatório –

Outro trabalho com relação à ação de probióticos para diminuir a inflamação intestinal causada pela retocolite ulcerativa foi desenvolvido pelo professor doutor José Eduardo de Aguilar Siqueira do Nascimento, do Departamento de Cirurgia do Hospital Universitário Julio Muller, da Escola de Ciências Médicas da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), em Cuiabá. O pesquisador investigou o efeito da administração retal de probióticos e budesonida na resposta inflamatória de ratos com colite experimental utilizando 50 ratos Wistar com colite induzida, também pelo ácido acético a 10%. Os animais foram randomizados em cinco grupos e receberam, respectivamente, solução fisiológica, budesonida (0,75mg/kg/dia), probióticos (1g/dia) e probióticos associados à budesonida, além do grupo controle. “O experimento mostrou que o uso de probióticos no modelo de colite diminuiu o processo inflamatório, de acordo com os resultados das dosagens de interleucina-6 (IL-6) e de proteínas de fase aguda. Isso pode ser importante na doença inflamatória intestinal”, avalia o pesquisador.

O médico explica que, em relação à retocolite, os probióticos demonstraram ter ação anti-inflamatória, modulando a produção de mediadores inflamatórios com as citocinas pró-inflamatórias. “Este e outros experimentos mostraram queda dos níveis de IL-6 com uso de probióticos”, enfatiza, ao ressaltar que as comparações estatísticas entre os grupos deixa clara a queda significativa nos níveis de IL-6 apenas no grupo probiótico. José Eduardo Aguilar Nascimento reforça que, extrapolando o resultado do estudo para humanos, o potencial dos probióticos reside na manutenção de pacientes em fase de remissão da retocolite e como coadjuvante no tratamento da fase aguda, embora mais trabalhos ainda precisem confirmar essas afirmações. O professor acrescenta que os probióticos têm efeito no controle do microambiente na luz do cólon e ajudam a produção de ácidos graxos de cadeia curta (AGCC), que são tróficos à mucosa colônica. “Isso melhora a cicatrização e o reparo da lesão da mucosa. Além disso, podem ajudar a modular o processo inflamatório”, enumera. ■



Dmlegação

José Eduardo de Aguilar Siqueira do Nascimento

Evidências científicas

Adenilde Bringel

Para salvar milhões de vidas em todo o planeta, com menor custo e mais eficiência, é preciso aprofundar ao máximo as evidências científicas a respeito das doenças e de seus respectivos tratamentos. Esse é um dos argumentos da Medicina Baseada em Evidências (MBE), que surgiu da associação do método de pesquisa da Epidemiologia com a Medicina e foi defendida pelo epidemiologista britânico Archibald L. Cochrane, a partir de 1948. O professor doutor Álvaro Nagib Atallah, titular e chefe da disciplina de Medicina de Urgência e Medicina Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e diretor do Centro Cochrane do Brasil, explica porque há, atualmente, tantos adeptos das evidências médicas em busca de mais saúde e de melhor qualidade de vida para os pacientes.



Em que consiste a Medicina Baseada em Evidências?

A Medicina Baseada em Evidências é uma ciência aparentemente nova, que veio da associação do método de pesquisa da Epidemiologia, que trabalha muito com proporções, percentagens e probabilidades, com a Medicina. Foi chamada inicialmente de Epidemiologia Clínica e, mais recentemente, passou a se chamar Medicina Baseada em Evidências, depois mudamos para Saúde Baseada em Evidências. Mas acho que daqui a pouco deve evoluir para Decisões Baseadas em Evidências, porque isso se aplica a praticamente todas as áreas. Então, a Medicina Baseada em Evidências ou Saúde Baseada em Evidências se baseia em grandes estudos, claros, sem tendenciosidades, realizados com isenção, em que comparamos se uma conduta, tanto para diagnóstico quanto para tratamento ou prevenção, é melhor do que a outra. De forma que caminhemos no sentido de melhorar a eficiência, a efetividade e a segurança das tomadas de decisão em saúde. É isso que queremos. Outra definição, na prática, consiste em o médico formular uma pergunta sobre o problema do paciente, qual tipo de intervenção quer saber se funciona, buscar as melhores evidências científicas da literatura, baseadas em estudos clínicos,

as a serviço da Medicina

controlados, randomizados, com pacientes escolhidos pelo acaso ou revisões sistemáticas. Essa informação é dada para o paciente por um médico cientificamente esclarecido, que o informa adequadamente para que, assim, juntos possam tomar a decisão sobre qual caminho seguir. Com isso, de certa forma há uma co-responsabilidade de médico e paciente pelo sucesso ou insucesso da conduta.

Essa tomada de decisão em conjunto com o paciente é nova na Medicina?

Não necessariamente. No livro *Dermatologia Baseada em Evidências* há um capítulo chamado 'Pesquisa e tratamento orientado pelos desejos do paciente', porque é o paciente quem vai dizer, se tem psoríase, por exemplo, o que o incomoda mais. Nós médicos assumimos, dentro da fisiopatologia da doença, o que deve ser feito, mas temos de ouvir o paciente, pois às vezes não temos a menor noção do que realmente o preocupa. Por isso, o paciente deve dizer para o médico 'me escute um pouco, ouça minhas angústias'. E o médico precisa ouvir as angústias do paciente. Esse diálogo, com informações relevantes entre médico e paciente, gera a conduta. Isso acaba tendo implicações na própria profissão, pois o médico passa a ser mais respeitado, pois está atualizado, tem capacidade crítica e dialoga com o paciente. Também tem implicações éticas, porque o paciente tem todo o direito de saber o que está acontecendo com ele e o que pode ser feito de melhor. E tem implicações econômicas, porque o médico toma decisão por aquilo que tem maior chance de dar certo. Tem uma frase do Cochrane que diz 'Tudo o que for eficiente deve ser pago'. Em outras palavras, é melhor pagar o que funciona e não pa-

gar o que não funciona. Com isso, dá para tratar muito mais pessoas e trazer muito mais benefícios. O conceito da Medicina Baseada em Evidências é não jogar dinheiro fora com aquilo que é caro e não funciona, e aplicar no que tem efetividade e eficiência, para ter uma implicação econômica também. Buscamos um rigor científico muito grande nas pesquisas e, enquanto não tivermos certeza de que é eficiente, efetivo e seguro, o melhor é pesquisar mais.

Como os médicos que estão fora dos grandes centros do País podem ter acesso a essas evidências científicas?

Por meio de livros disponíveis na nossa biblioteca. Já temos evidências em Dermatologia, Reumatologia, Cardiologia, Oncologia Pediátrica, Oncologia de adulto, Pediatria, cirurgia, hipertensão na gravidez, tem todas essas áreas. As grandes revistas estão totalmente pautadas por Medicina Baseada em Evidências. Basta ver as grandes revistas como *Lancet* e o jornal da Associação Médica Americana, o *JAMA*. Aliás, o *JAMA*, na edição de outubro de 2009, tem uma página inteira dedicada ao que o paciente precisa saber. E um dos temas é Educação Continuada. A revista explica que o médico tem de se atualizar diariamente, porque o volume de conhecimento novo é muito grande. São publicados 2 milhões de artigos na área da saúde por ano, como é que alguém vai conseguir acompanhar? Nessa página de orientação ao paciente, o jornal explica que a melhor forma de educação continuada é a prática de Medicina Baseada em Evidências e passa a explicar o que é isso. E isso é o *JAMA*, o jornal de maior impacto da Medicina! Portanto, o médico que está fora dos grandes centros vai ter

acesso a essas evidências por meio de internet, livros, CDs, celular, tudo isso está à disposição. É possível ter acesso às evidências médicas tranquilamente. Mas é preciso saber que existem e quais são as melhores fontes, para ter acesso às melhores pesquisas.

Quantos profissionais estão envolvidos com Medicina Baseada em Evidências?

A colaboração Cochrane é uma associação de 10 mil cientistas, que estão nesse campo desde 1992. Temos uma produção científica incrível, disponibilizada na biblioteca Cochrane, considerada modelo das grandes revistas médicas.

A MBE foi idealizada pelo britânico Archibald L. Cochrane...

O professor Cochrane era epidemiologista, político, inteligente, milionário, irreverente, um personagem de cinema. Ele foi voluntário da guerra civil espanhola, lutando contra o Franco (Francisco Franco), foi preso e virou médico de campo de concentração. Na Segunda Guerra saiu da Inglaterra, foi preso e virou médico de campo de concentração. Com toda aquela maldade e escassez de recursos, ele via que as pessoas morriam pouco. Então, passou a entender que um bom médico é aquele que faz mais do que a natureza faria sozinha. E para saber o que é fazer mais que a natureza faz sozinha, temos de fazer estudos controlados, em que um grupo recebe nada e outro grupo recebe tratamento. Esse tipo de desenho ideal são os ensaios clínicos controlados. Quando acabou a guerra, ele começou a fazer campanhas para que se fizesse muitos estudos controlados. O professor A. Cochrane participou do primeiro melhor estudo controlado feito, que foi do tratamento da tuberculose com

estreptomina, em 1948. Ali, descobriram inclusive um processo de randomização para escolher os pacientes por acaso, evitar viés e manter a isenção. Criaram isso na década de 1940, depois pagaram muitos ensaios clínicos e, em 1972, ele disse que estava na hora de fazer sínteses estruturadas, com avaliação crítica por especialidade e que fossem atualizadas periodicamente, que é o que a Cochrane faz hoje. Só que a Cochrane foi além. O professor teve grandes colaboradores de metodologia científica e começaram a fazer o que chamamos de revisão sistemática e metanálise.

Em que consiste a metanálise?

É quando se mapeia o assunto pelos estudos que responderam as perguntas semelhantes e soma-se estatisticamente com um método muito conservador. Essa somatória chama-se metanálise. Nos orientamos pelo resultado da revisão sistemática, que é o resultado da metanálise. Como a Medicina vai se sofisticando cada vez mais, as diferenças de resultado entre um tratamento e outro são muito pequenas. Então, só se estudarmos muitos casos vamos perceber as pequenas diferenças, que são muito relevantes. Por exemplo, mais de 20% dos infartados morriam; com tratamento passaram a morrer 10%; depois, com os fibrinolíticos passaram a morrer 7%. Agora, estamos na briga para diminuir este índice para 3%. Cada vez mais temos de estudar muitos casos para ver se aquela nova técnica faz uma diferença que seja clinicamente e estatisticamente significativa, ou seja, que faça mais bem do que mal para os pacientes.

Essa é a função dos Centros Cochrane?

A função dos Centros Cochrane no mundo é funcionar como base científica para auxiliar os cientistas a fazerem essas revisões sistemáticas, dar consultoria, divulgar os resultados e disseminar

essas informações, inclusive entre os consumidores. Temos 51 grupos na Cochrane, inclusive um dedicado aos consumidores. O consumidor é fundamental. O Centro Cochrane no Brasil está entre os melhores do mundo, é um dos mais produtivos, mas, nesta área do consumidor, ainda não conseguiu deslanchar. Porque é o consumidor quem vai fazer a alça final de exigir que o tratamento dele seja baseado na melhor evidência científica. Estamos dando apoio para o Ministério da Saúde, temos treinado profissionais de pós-graduação para fazer revisões de interesse nacional, porque

Só se estudarmos
muitos casos
vamos perceber as
pequenas diferenças

muitas doenças, como malária e Chagas, por exemplo, não despertam o interesse econômico, são doenças negligenciadas. Já temos mais de 5 mil situações muito bem mapeadas em termos de conhecimento do que seria a melhor conduta.

Essas 5 mil situações são resultado de revisões científicas?

Temos dois tipos de revisão. Aquela que encontramos nos livros, em que o pesquisador vai escrevendo o que acha, o que estudou, vai juntando as peças da prática clínica e dá uma série de opiniões que, muito frequentemente, é útil. Mas isso é diferente de uma revisão sistemática, que foca em um ponto. O Centro Cochrane no Brasil começou na área da epidemiologia, da medicina preventiva, depois evoluiu para a clínica e, agora, todos os profissionais da saúde estão envolvidos. Nossa biblioteca é a maior fonte de ensaios clínicos comparativos do

mundo. O maior banco de dados da Medicina é o Medline, e a Cochrane tem o dobro do número de ensaios clínicos do Medline.

Uma pesquisa pode contradizer a outra. Como a MBE trabalha isso?

Por meio das metanálises, que ajudam a obter o resultado. E essa é a verdade que leva em consideração o polimorfismo biológico, de forma que, para a Cochrane, o que importa é se foi bem feito. Se foi bem feito vamos levar em consideração. Se for homogêneo, podemos somar coisas semelhantes, do contrário, não somamos. Mas, se for mal feito, jogamos fora e ficamos muito contrariados. O pessoal é treinado em mapear o conhecimento e ficar só com a informação de qualidade. Pode ter erro, mas é muito mais difícil errar fazendo pesquisas desta forma.

Como o paciente é beneficiado com a Medicina Baseada em Evidências?

Vamos avaliar com base em uma doença de pele. A Cochrane tem uma série de revisões temáticas sobre psoríase, por exemplo. Tem uma síntese do que é a doença, qual o impacto humano, quantas pessoas no mundo têm o problema, quais são os tratamentos habituais. E agora que saíram esses monoclonais caríssimos, há uma pressão enorme para estimular os médicos a usarem os monoclonais, que aparentemente têm seus benefícios e têm seus riscos. Mas precisamos saber se foram comparados com os tratamentos habituais. Isso a Cochrane mostra. Essa droga pode ser muito boa, mas precisa comparar com aquilo que é feito normalmente com a psoríase, ver se tem comparações com outras opções simples, como ultravioleta e corticoide.

Isso dá norte para a conduta médica?

Claro, sem dúvida. Para a conduta médica e para o profissional de saúde.

Quais as revisões mais recentes que o senhor considera importantes?

São muitas, mas, recentemente, fizemos uma revisão baseada em evidências em AVC, que é uma das mais frequentes causas de morte e de sequelas no Brasil, e vimos que tinham mais de 40 propostas de tratamentos e exames. Revendo tudo, concluímos que no máximo quatro exames eram suficientes: tomografia computadorizada nas primeiras três horas e mais três exames simples a escolher, como eletrocardiograma ou ecocardiograma. E o tratamento poderia ser com aspirina, se já perdeu a janela terapêutica ideal, ou com fibrinolítico, para dissolver o coágulo nas primeiras horas. Se passou de quatro horas, temos de dar aspirina mesmo. Mas, veja, levei dois anos para chegar a essa conclusão com ajuda de mais um colega que é aluno de pós-graduação. Se pregarmos essa informação na parede do pronto-socorro, o médico lê em dois minutos. Portanto, isso traz para o sistema uma eficiência enorme. Outra revisão sistemática mostrou que fibrinolítico funcionava em infarto, o que acabou com as dúvidas quanto à efetividade e segurança. Mas, enquanto estava em controvérsia na literatura, só nos Estados Unidos morreram 2,5 milhões de pessoas. Quando o doutor Joseph Law, um colega nosso de Massachusetts que hoje é da Cochrane, fez a revisão, em 1992, uns 30 mil casos já comprovavam que funcionava. A partir da revisão, o fibrinolítico virou rotina no tratamento. Todo infartado, salvo contra-indicações, vai tomar fibrinolítico e isso reduz a mortalidade em 30%.

Por que há resistência com relação à Medicina Baseada em Evidências?

Estudei muito a história da Medicina e ela é marcada por um jogo de sentimentos, crenças, fantasias. É muito mais fácil acreditar na fantasia, no sentimento, usar a emoção, a crença, do que usar a

Ciência e usar a razão. O ser humano tem dificuldade para usar a razão. Um dos artigos da Medicina Baseada em Evidências chama-se 'Uso racional de medicamentos'. Usar com a razão. Não é que os outros sejam irracionais; é que nós somos racionais. Para tomarmos decisões e nos informarmos cientificamente, temos de pegar estudos nos quais a fantasia, a crença, a emoção e o interesse foram colocados de lado, foram excluídos pela metodologia. Para excluir temos de fazer estudos comparativos,

O fato é que a MBE
traz muita eficiência e
muita segurança para
o sistema de saúde

não escolher os pacientes que vão ser tratados e sim sortear-los, definir antes com que ferramentas mediremos os benefícios e que quem vai avaliar o benefício não saiba que remédio ou que tratamento cada paciente recebeu. Esse é, em linhas gerais, o desenho do ensaio controlado, randomizado, duplo-cego e a ferramenta para comparar duas intervenções de diagnóstico e terapêutica em Medicina.

Por que a MBE está preocupada em fazer uma correlação com o Direito?

No Brasil, entre outras coisas, há muita semelhança entre o Direito e a Medicina. E há uma preocupação muito grande nas duas áreas para saber se os profissionais estão decidindo corretamente. Com essa inundação de novos produtos na área da Medicina, pacientes e familiares começam a entrar na Justiça para pedir tratamentos miraculosos e o juiz tem de decidir e dar uma liminar,

assim, na hora, tendo na frente apenas uma receita médica. E, de repente, começaram a abusar disso e a formar inclusive grupos para buscar o dinheiro público, o que se chamou de judicialização da Medicina. Os juízes é que estavam decidindo a Medicina! E os juízes estão cansados de decidir sem saber o que estão fazendo. Eles também querem tomar decisão sabendo quem tem razão, o que a Ciência diz sobre aquilo, para que possamos criar um País melhor, mais eficiente, mais decente.

Qualquer pessoa tem acesso à biblioteca Cochrane, inclusive leigos?

Sim e é gratuito. Não tem nem senha, o acesso é livre. Inicialmente, o projeto foi financiado com verba da Organização Pan-Americana da Saúde e, agora, tem patrocínio do portal Capes. É só acessar www.centrocochranedobrasil.org. Somos obrigados a fazer um resumo no fim de cada revisão para o leigo ser capaz de entender também. A Cochrane é publicada em espanhol e inglês, e tem pelo menos 800 resumos em português, embora precisássemos fazer muito mais. Se conseguíssemos mais participação para ter a visão do consumidor, teríamos possibilidade de beneficiar muito mais pessoas. O uso do fibrinolítico para o infarto, que hoje salva milhões de pessoas no mundo, é um bom exemplo da importância de se investigar e demonstrar as evidências em Medicina. Neste caso, a ausência de revisão sistemática de qualidade de 1959 a 1992 permitiu que se perdesse milhões de indivíduos com infarto. A revisão que mostra que cálcio previne pré-eclâmpsia está publicada na Cochrane desde 1998 e, ainda hoje, somente 12% das gestantes de risco recebem cálcio. Portanto, temos um caminho muito longo a ser percorrido para levar informação a quem precisa e salvar mais vidas, além de reduzir os custos do desperdício com aquilo que não funciona.

Limão

Agente antioxidante e fonte de minerais, o fruto auxilia no combate a inúmeras doenças

Karina Candido

Durante as décadas de 1980 e 1990 houve um incremento nos estudos sobre as propriedades funcionais dos alimentos e o limão foi um dos muitos estudados, graças à facilidade de acesso ao produto e ao baixo valor de comercialização. Desde o século 18 já se sabia que o suco de limão impedia o desenvolvimento do escorbuto, doença debilitante que acometia marinheiros durante as longas viagens. Anos mais tarde, os pesquisadores identificaram que era a vitamina C contida no limão a responsável pelo combate à doença, cujo efeito antiescorbuto deu origem ao nome científico da substância – ácido ascórbico. Além da vitamina C, que confere ao fruto a condição de agente antioxidante e o poder de eliminar o excesso de viscosidade do sangue, desobstruir as artérias, retardar o envelhecimento precoce e fortalecer o sistema imunológico, entre outras funções, o limão é fonte de minerais em quantidades apreciáveis, como cálcio, ferro e fósforo, com a vantagem de ter baixa caloria. Por meio dessas propriedades e associado a uma dieta rica em frutas, verduras, legumes, hortaliças e sucos, o limão oferece grande potencial terapêutico de manutenção da saúde e pode ser usado para melhorar as funcionalidades do organismo.

Tratado até como medicamento na literatura médica, o limão é empregado contra

com fins terapêuticos

diabetes, hemorragia nasal, doenças de pele, infecções de garganta, gripe e cefaleia. “Mas, no geral, é indicado para casos de acidez de boca e estômago, anemia, apendicite, arteriosclerose, artrite, asma, blenorragia, cálculos renais, caspa, edemas, enxaquecas, congestões, conjuntivite, alergia, febres, esterilidade, mau hálito, obesidade e uma infinidade de doenças”, enumera Helena Teixeira Godoy, professora da graduação e pós-graduação da área de Análise de Alimentos do Departamento de Ciência de Alimentos da Faculdade de Engenharia de Alimentos da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Pesquisadores também apontam que, por meio das reações sofridas durante o processo de digestão, o elevado teor de ácido cítrico do limão (5% a 7%) poderia estimular a produção de citrato de sódio, carbonatos e bicarbonatos no organismo, promovendo a neutralização de acidez do

meio humoral e estabilizando o meio em pH levemente alcalino, o que torna o fruto um antibiótico natural.

Bom exemplo dessa propriedade está no sistema gastrointestinal. Segundo a especialista da Unicamp, a ação dos ácidos do limão sobre as bactérias permite que a microbiota normal se estabeleça, combatendo processos fermentativos e os indesejáveis gases. Da mesma forma, gargarejos feitos com o suco fresco são benéficos para todos os tipos de afecção do trato nasofaríngeo, como rinites e sinusites. O consumo da fruta ajuda ainda na limpeza do sangue e acelera a capacidade metabólica da eliminação de toxinas pelos sistemas excretores. “Por ajudar a eliminar o excesso de gordura do sangue, o limão também traz benefícios ao sistema circulatório, auxiliando, por exemplo, no combate a acidentes cardiovasculares”, complementa a química, pesquisadora e palestrante Conceição Tru-



Helena Teixeira Godoy

com, responsável pelo site ‘Doce Limão’ e autora do livro *O poder de cura do limão*, que tem versões em espanhol, inglês e alemão e já vendeu quase meio milhão de unidades. No entanto, a especialista frisa que não é o limão que cura, mas as condições metabólicas saudáveis que a fruta provoca no organismo.

AÇÃO CONJUNTA É ESSENCIAL



Cássia Popolin

Conceição Trucom

Há um consenso entre as especialistas de que manter uma dieta equilibrada e hábitos saudáveis são práticas fundamentais, pois apenas consumir limões não vai tornar a vida melhor, nem vai melhorar a saúde. “O limão não age sozinho, precisa se aliar a nutrientes fornecidos por uma alimentação saudável para que suas propriedades terapêuticas possam agir no organismo”, ressalta Conceição Trucom. Qualquer desequilíbrio na dieta terá suas consequências. Alguns pacientes são ou tornam-se mais sensíveis quando alterações profundas são introduzidas em suas vidas, mas o que mais preocupa as especialistas são a gastrite e o desgaste do esmalte dos dentes provocados pelo ácido cítrico. Helena Teixeira Godoy sugere que o limão participe da dieta de forma equilibrada, para fortalecer o sistema imunológico e, consequentemente, prevenir doenças. A médica explica que não há na literatura valores que determinem a quantidade ideal de ingestão do alimento, pois os estudos ainda não são conclusivos a esse respeito. ■

Perigo silencioso

Estudo revela que jovens acima do peso apresentam algum grau de esteatose hepática não alcoólica

Fabiana Chiachiri
Especial para Super Saudável

Adolescentes acima do peso estão sendo atingidos por um mal silencioso, que era restrito a alcoólatras e indivíduos com histórico de hepatite. A esteatose hepática não alcoólica (NAFLD na sigla em inglês *Non-alcoholic Fatty Liver Disease*) significa acúmulo de gordura no fígado e, se não for tratada, pode evoluir para a cirrose e a morte. Pesquisa realizada pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) revelou que aproximadamente 50% dos adolescentes obesos atendidos pelo Grupo de Estudos da Obesidade (GEO) do Departamento de Biociências, no Centro de Estudos em Psicobiologia e Exercício (Cepe) da instituição, apresentam algum grau de NAFLD. Segundo o pesquisador Lian Tock, a doença começou a ser considerada um novo marcador da síndrome metabólica recentemente, caracterizada por aumento do risco de desenvolvimento de diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares associadas à obesidade.

Desde 2004, pesquisadores do GEO avaliam cerca de 300 adolescentes, com idade entre 15 e 19 anos. Do total de jovens atendidos

pelo ambulatório, 40% tinham o grau 1 (cerca de 30% de gordura no fígado) da esteatose, 8% o nível 2 (entre 30% e 60%) e 2% o estágio 3 (de 60% a 90%). A partir disso, o paciente apresenta quadro de fibrose e, posteriormente, cirrose. Embora as causas sejam diferentes, os efeitos são os mesmos da esteatose hepática alcoólica. O estudo apontou, ainda, os fatores mais determinantes para o desenvolvimento da NAFLD. Segundo a coordenadora da pesquisa e professora da Unifesp, Ana Dâmaso, os adolescentes obesos que foram diagnosticados com esteatose apresentaram aumento circulante de neuropeptídeo Y (NPY), principal fator orexígeno responsável pelo aumento da fome.

“Além das alterações comumente apresentadas em obesos, esses pacientes têm ainda uma alteração na regulação neural do balanço energético, o que dificulta o emagrecimento”, explica. Entre os fatores determinantes para o desenvolvimento da esteatose, que atinge até 5% da população brasileira e 90% dos obesos mórbidos, estão o acúmulo de gordura no abdome, predisposição genética e ingestão elevada de carboidratos e alimentos com gordura saturada, encontrada em frituras e produtos industrializados. A nutricionista da Unifesp e doutoranda na pesquisa, Aline de Piano, afirma que esses produtos são estimulantes para o aumento do NPY. “A gordura saturada está correlacionada ao aumento da gordura visceral, que está associada ao aumento das chances de doenças cardiovasculares e morte precoce”, alerta. Os pesquisadores identificaram, nos pacientes com esteatose hepática não alcoólica, que quanto maior a concentração NPY, menor a concentração circulante de adiponectina, principal hormônio com propriedade anti-inflamatória, o que aumentaria a incidência de doenças coronarianas nesses pacientes.



Aline de Piano



Tratamento – Os adolescentes diagnosticados passaram, então, por um ano de tratamento clínico, nutricional, orientação psicológica e atividade física. Meta-de conseguiu reduzir os níveis de gordura para índices considerados saudáveis. No entanto, a perda de peso deve ser gradual, no máximo um quilo por semana. “Caso

o paciente emagreça rápido demais, a gordura estocada nas vísceras vai diretamente para o fígado, que não consegue sintetizá-la a contento e exportá-la novamente para a circulação, aumentando a quantidade de gordura intra-hepática”, explica a nutricionista. A incidência da síndrome metabólica ocorre em 32% dos pacientes

com obesidade mórbida. Nestes casos associados à resistência insulínica é preciso complementar o tratamento com medicação e as chances de cura da obesidade mórbida são menores. A pesquisa da Unifesp, no entanto, mostrou que apenas 8% dos pacientes que passaram pelo tratamento não conseguiram se curar.

SINAIS

Apesar de todos os riscos que a NAFLD oferece, a doença é ainda mais preocupante por ser assintomática. Os sinais aparecem apenas quando o fígado incha por causa da gordura. A coloração do órgão também muda de marrom para um tom amarelado. Em grau mais avançado, a esteatose hepática causa desconforto na região abdominal e mal-estar. “O melhor método para identificar a doença são os exames de imagem. O importante é detectar o mais precocemente possível”, alerta Aline de Piano. O próximo passo da pesquisa, que será publicada em 2010 nas revistas *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* e *Metabolism Clinical and Experimental*, é encontrar outros métodos para que os pacientes emagreçam e, consequentemente, diminuam a gordura do fígado. “Estamos testando alternar exercícios aeróbicos com resistência e musculação”, afirma a médica Ana Dâmaso. ■



Ana Dâmaso

Medicina avança no uso d

Tecnologia na área visa aprimorar cirurgias complexas

Françoise Terzian

Especial para Super Saudável

A robótica nasceu para facilitar tarefas humanas difíceis, tanto na indústria quanto na Medicina. A primeira experiência do gênero foi criada na década de 1980 – a laparoscopia – com objetivo de obter um procedimento com incisões menores, pouca dor e mais perfeição. A intervenção, minimamente invasiva, utiliza câmera e pinças com quatro furos de 0,5 a 1cm. A partir daí, a laparoscopia passou a ser usada nas cirurgias convencionais, com vantagens como menor tempo de internação, melhor resultado estético, pouco sangramento e retorno mais rápido do paciente às atividades habituais. O problema é que, até então, as cirurgias de alta complexidade ainda so-

friam de limitações para se atingir os mesmos resultados da cirurgia padrão. Isso até a década de 1990, quando os robôs cirúrgicos foram criados.

A primeira cirurgia robótica do mundo foi cardíaca e ocorreu em 1998, em Paris. No lugar de uma longa incisão no peito, três furinhos entre as costelas realizaram o mesmo procedimento, de forma minimamente invasiva. Foi assim que o robô chegou a um local inalcançável pelas mãos humanas. Atualmente, a robótica avança em diversos campos da Medicina e assegura a realização de cirurgias complexas de forma minimamente invasiva, impossíveis sem o robô. Os Estados Unidos, maior adepto da tecnologia, possuem 800 sistemas robóticos em operação. A Europa fica em segundo lugar, utilizando por volta de 200. A cirurgia robótica é crescente desde 1998 e o tema vem sendo debatido frequentemente nos congressos médicos. A técnica foi um dos assuntos do VIII Congresso Mundial de Cirurgia Oncológica, realizado em dezembro de 2009 em São Paulo, e foi apresentada como forma eficaz e menos agressiva de tratamento do câncer.

Embora a possibilidade de evitar uma incisão na próstata não tenha a mesma magnitude que no coração, as vantagens do robô são inquestionáveis também nesta intervenção. “O robô deixa mais fácil a preservação dos nervos da ereção e aumenta em 50% a chance de preservarmos a potência sexual após cirurgia de câncer na próstata”, explica Cássio Andreoni, professor livre-docente da disciplina de Urologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e urologista do Hospital Israelita Albert Einstein, de São Paulo. Esses benefícios

deixam claro para muitos médicos que a robótica é a saída para a cirurgia aberta em médio e longo prazo.

Em 2008, 80% das cirurgias de câncer de próstata foram realizadas pela técnica robótica nos Estados Unidos. Outras intervenções beneficiadas pela robótica são as de pâncreas, fígado, coração, ginecologia, cabeça e pescoço. O médico Cássio Andreoni explica que essas cirurgias, quando feitas de forma tradicional, são muito agressivas por causa do tamanho da incisão. Em um caso de cirurgia de cabeça e pescoço, por exemplo, a robótica impede até a remoção da mandíbula, muitas vezes obrigatória em procedimentos abertos. No momento, novos robôs cirúrgicos estão sendo desenvolvidos para melhorar ainda mais outros tipos de procedimento.

Custo alto – No Brasil, a robótica ainda não é realidade na maioria dos hospitais. Das unidades públicas, somente o Hospital São Paulo, da Unifesp, tem um robô para auxiliar nas cirurgias laparoscópicas. A dificuldade de o País trazer esse tipo de tecnologia é principalmente pelo alto custo do investimento para aquisição do robô – que pode custar US\$ 1,5 milhão – e pela demora na capacitação dos cirurgiões. Nos hospitais de ponta, no entanto, a cirurgia robótica já é uma realidade também no Brasil. O Sírio Libanês, de São Paulo realizou, no dia 30 de março de 2008, a primeira cirurgia urológica do País auxiliada pelo robô Da Vinci. O Albert Einstein, também de São Paulo, foi o primeiro da América Latina a realizar cirurgia de pâncreas com uso da robótica e é o hospital com o maior número de cirurgias robóticas do País.

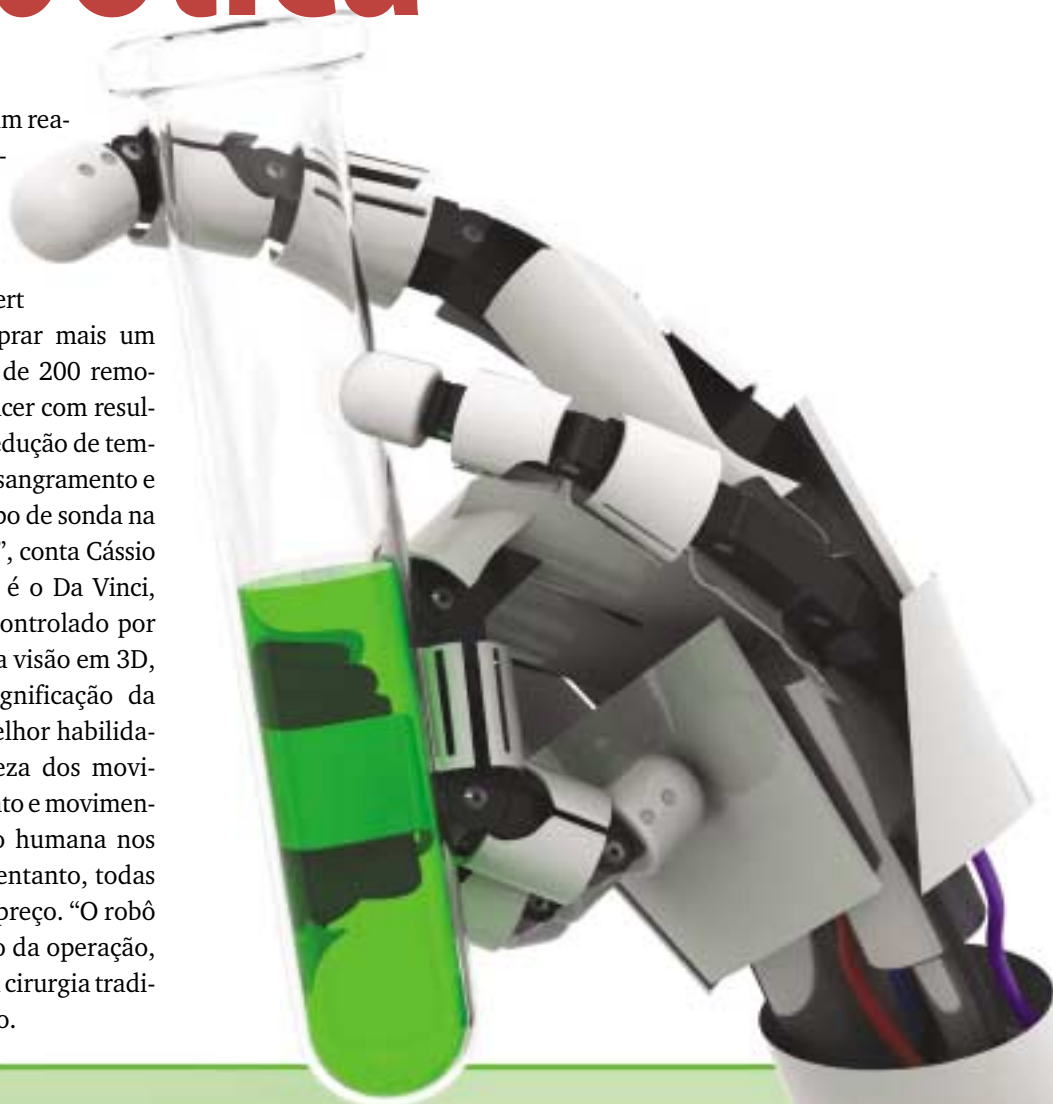


Cássio Andreoni

Divulgação

a robótica

Até o momento já foram realizados quase 300 procedimentos deste tipo nas mais diferentes áreas cirúrgicas. Devido à alta demanda, o Hospital Albert Einstein pensa em comprar mais um robô. “Temos feito mais de 200 remoções de próstata para câncer com resultados excelentes, como redução de tempo de internação, menos sangramento e hemorragia e menor tempo de sonda na bexiga no pós-operatório”, conta Cássio Andreoni. O robô usado é o Da Vinci, que tem dois braços, é controlado por um médico e proporciona visão em 3D, melhor iluminação, magnificação da imagem em 10 vezes, melhor habilidade, controle da delicadeza dos movimentos pelo escalonamento e movimento igual ao de uma mão humana nos 3cm finais da pinça. No entanto, todas essas vantagens têm um preço. “O robô aumenta em 50% o custo da operação, em comparação com uma cirurgia tradicional”, explica o médico.



ENGENHEIROS ESTÃO ENVOLVIDOS NO PROCESSO

O professor doutor Paulo Eduardo Santos, do Centro Universitário da FEI, em São Bernardo, no ABC paulista, lembra que, por mais precisas e bem treinadas que sejam as mãos de um cirurgião competente, há movimentos impossíveis de serem executados com os instrumentos atuais. Isso, por vezes, pode acarretar em intervenções mais invasivas do que o necessário. “A cirurgia robótica pode otimizar tais intervenções e produzir incisões menores e mais precisas, o que acarreta em tempo de recuperação menor, podendo até aumentar o número de sucessos em intervenções complexas”, ressalta o engenheiro. No entanto, Paulo Eduardo Santos lembra que os robôs cirurgiões que existem atualmente são muito lentos, aumentando o tempo de cada cirurgia, o que inviabiliza sua aplicação de fato. “O que existem são robôs cirurgiões teleoperados, isto é, o médico controla todos os movimentos das máquinas por um joystick”, argumenta. Atualmente, o professor realiza pesquisa que pode auxiliar na automatização do processo. O objetivo é representar o conhecimento espacial (e inferências sobre este conhecimento) a fim de capacitar um sistema artificial a resolver problemas que envolvam objetos como cordas, sólidos e buracos. Uma das aplicações deste sistema é a cirurgia robótica. ■



photosoup/istockphoto

O poder dre

Karina Candido

Descrita pela primeira vez na década de 1930 pelo biólogo dinamarquês Emil Vodder e sua esposa Estrid Vodder, após longa experiência com técnicas de massagem, a drenagem linfática manual surgiu a partir de observações de melhora clínica de pacientes submetidos a determinados exercícios de estimulação física. Em 1936, a técnica foi publicada em Paris e, a partir de então, vários médicos incorporaram o conceito em tratamentos de pacientes com linfedema, como Földi, Casley-Smith e outros. Em 1967 foi criada a Sociedade de Drenagem Linfática Manual e, a partir de 1976, a instituição foi incorporada à Sociedade Alemã de Linfologia. Atualmente bastante difundida, a técnica tornou-se um dos principais pilares no tratamento de linfedema, além de oferecer benefícios para a saúde de indivíduos com ou sem problemas clínicos.

O acúmulo anormal de líquido no es-

Técnica estimula
recolocação
de proteínas e
macromoléculas na
corrente sanguínea

COMPROVAÇÕES CIENTÍFICAS

Mais de 200 pesquisas científicas desenvolvidas pelo professor doutor José Maria Pereira de Godoy e colaboradores confirmam os benefícios da drenagem linfática e questões relacionadas à aplicação da técnica. No estudo 'Mechanical lymphatic drainage in the treatment of arm lymphedema', publicado em outubro de 2009 no *Indian Journal of Cancer*,

o especialista avaliou nova opção de tratamento de linfedema de membros superiores usando um dispositivo mecânico e comprovou significativas reduções volumétricas em 25 pacientes com linfedema do braço, resultante do tratamento do câncer de mama, após avaliação com exercícios, mecanismos de contenção e drenagem linfática.

O estudo 'Physiopathological hypothesis of cellulite', publicado em agosto do mesmo ano no *The Open Cardiovascular Medicine Journal* e divulgado na *Mayo Clinic*, estabelece uma hipótese sobre a fisiopatologia da celulite e propõe uma nova forma de tratamento, com base em uma hipótese científica da fisiologia do problema. José Maria de Godoy

da nagem linfática

paço intersticial, devido ao desequilíbrio entre a pressão hidrostática e osmótica, origina o edema, que ocorre nos casos em que os canais linfáticos estão obstruídos ou foram destruídos. “O problema pode ser congênito ou secundário a complicações como filariose, infecção por estreptococos ou traumatismo, por exemplo, durante as retiradas de nódulos linfáticos

na cirurgia para tratamento do câncer de mama”, explica o professor e cirurgião vascular do Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), Erasmo Simão. O edema diminui a correta perfusão dos tecidos devido à pressão exercida fora do leito vascular, prejudicando a nutrição celular, o que causa dor, aumento do volume do membro, cansaço e desconforto estético. Uma solução encontrada e adotada por diversos especialistas, por ser menos invasiva que o procedimento cirúrgico para remoção de linfedema e por apresentar resultados estéticos cientificamente comprovados, é a drenagem linfática.

“O principal objetivo da técnica é estimular o sistema linfático para remoção de proteínas e macromoléculas do espaço intersticial e recolocação na corrente sanguínea, por meio do desenvolvimento de diferentes pressões”, informa

o angiologista, cirurgião vascular e professor da graduação e pós-graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), José Maria Pereira de Godoy. O uso terapêutico da drenagem linfática faz com que as cadeias subutilizadas sejam mobilizadas e compensem as que não funcionam. O médico Erasmo Simão acrescenta que, em pacientes pós-trauma e com inchaço de membros inferiores, abdome ou face, a técnica facilita a recuperação pós-cirúrgica e evita grandes inchaços. A drenagem linfática também ajuda a diminuir a dor e o cansaço causados pelo edema, além do inchaço proporcionado pela vasodilatação no verão, época em que se ingere maior volume de líquido. O acúmulo de líquidos e substâncias no tecido subcutâneo, decorrente de uma falha na drenagem do sistema linfático ocasionada por interferências hormonais, é responsável, ainda, pela celulite, que atinge em torno de 90% das mulheres no mundo.



Erasmo Simão

está publicando, no *International Archives of Medicine*, o estudo ‘Treatment of cellulite based on the hypothesis of a novel physiopathology’, comprovando a eficácia do tratamento da celulite com essa técnica. O pesquisador enfatiza a importância da formação especializada do profissional para trabalhar com a drenagem linfática. “Médicos,

terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e enfermeiros são os profissionais de nível superior que mais realizam a drenagem linfática em todo mundo”, destaca, ao ressaltar que a alimentação é fundamental para manter a boa saúde, inclusive da pele, e uma dieta rica em sal contribui para a retenção de líquido no interstício e, portanto, deve ser evitada. ■



José Maria Pereira de Godoy

Divulgação



Distribuidores
são fundamentais
para que os produtos
da Yakult estejam em
cada ponto do País

TRADIÇÃO E CONFIANÇA

José Roberto Canela é um dos distribuidores da Divisão Brasil Central, que compreende as cidades de Bauru, Campinas, Vale do Paraíba – no interior de São Paulo –, Belo Horizonte (MG), Brasília (DF) e Goiânia (GO). O distribuidor atua há 10 anos nas cidades de Monte Mor e Elias Fausto, na região de Indaiatuba, interior de São Paulo. José Roberto comparece na Yakult todos os dias, às 6h, para retirar os produtos fresquinhos, já que às 7h precisa estar com tudo pronto para se dirigir aos clientes. Ao chegar a cada estabelecimento, o distribuidor confere se o espaço ocupado pelo produto está correto, verifica se os produtos estão sendo armazenados adequadamente e retira novos pedidos para fazer o reabastecimento necessário. O excedente do dia é armazenado em um refrigerador com capacidade para 1800 frascos de leite fermentado, ou 30 bandejas, que Canela adquiriu ao longo dos seus 10 anos de trabalho na Yakult, justamente para garantir a qualidade dos produtos que serão distribuídos no dia seguinte. Por toda dedicação e amor pelo trabalho, o distribuidor conquistou muitos objetivos pessoais e profissionais, e também a fidelidade de cada um dos clientes que, por sua vez, também criaram uma relação de confiança muito forte com o distribuidor e, conseqüentemente, com a Yakult.



José Roberto Canela

Colaborou Karina Candido

Do Oiapoque ao Chuí

Adenilde Bringel

Quando desenvolveu o leite fermentado Yakult no Japão, em 1935, o médico sanitário Minoru Shirota tinha como principal objetivo oferecer à população um alimento saudável e que estivesse ao alcance de todas as pessoas. Para atingir a meta, desenvolveu uma rede de comerciantes autônomas que atuam até hoje no Japão – onde são conhecidas como Yakult Ladies – e em vários países nos quais a multinacional está presente, entregando diariamente os produtos de casa em casa para milhões de consumidores. No Brasil, além das comerciantes autônomas, a Yakult possui uma Divisão de Comércio responsável pelo abastecimento em toda a cadeia do varejo, estruturada para atender de norte a sul do País, dos grandes hipermercados aos pequenos comércios. Com isso, a empresa se tornou a maior rede de distribuição de produtos alimentícios do varejo brasileiro, seguindo a filosofia do seu fundador, de oferecer alimentos saudáveis para todos os públicos.

Parte dessa rede é composta de distribuidores, responsáveis pela comercialização dos produtos da Yakult no pequeno varejo, como mercearias, padarias, pequenos comércios, mercados de bairro e outros locais. Cada distribuidor tem entre 250 e 300 clientes ativos, visitados sempre no mesmo dia da semana, o que cria uma relação de fidelidade e confiança entre fornecedor e clientela. Um dos mais antigos e bem-sucedidos

distribuidores de São Paulo é Carlos Ribeiro, que comercializa produtos da Yakult há 20 anos, desde que a Divisão Comércio foi criada, em 1989. “Sou um dos primeiros distribuidores da Yakult e considero minha atividade um bom negócio, com muitas oportunidades, principalmente pela confiabilidade da marca”, argumenta. Satisfeito com a parceria, que possibilitou a conquista de uma série de objetivos ao longo desses 20 anos, Ribeiro ressalta que sua vida melhorou muito depois que começou a comercializar os produtos da empresa.

“Construí a minha vida graças à Yakult”, enfatiza. Responsável pelos bairros do Tatuapé, Vila Formosa e Penha, na zona Leste da capital paulista, Ribeiro afirma que os clientes também se mantêm fiéis à tradição da marca, graças à credibilidade da empresa, à qualidade e diferenciais dos produtos e à pon-

tualidade na entrega. Um dos segredos do distribuidor é visitar os clientes semanalmente, com pontualidade, mantendo um controle preciso do estoque de cada produto e colocando a pronta-entrega à disposição, se necessário. “Por causa disso, chego a encontrar consumidores nos mercados, que ficam me esperando chegar com os produtos fabricados naquele dia. Os comerciantes também gostam disso, porque dá ainda mais credibilidade ao que vendem”, reforça, ao comentar que toda a rede de distribuição entrega os produtos fabricados no mesmo dia, pois a Yakult mantém um sistema de disponibilização diária de leite fermentado da fábrica para a rede de distribuição. Além disso, Ribeiro procura explicar o valor científico do leite fermentado Yakult à sua clientela, para que saibam que estão comprando mais do que um simples alimento.



Carlos Ribeiro



Vista do rio Danúbio - Budapeste



Praça do Relógio Astronômico Cidade Velha - Praga

Um outro lado da

Com países ainda pouco conhecidos dos turistas, Leste Europeu surpreende com vasta herança cultural

Carolina Neves
Especial para Super Saudável *

A trajetória histórica em comum revela as características dos países da região conhecida como Leste Europeu e os diferencia do resto do continente. A maior parte desses países, da região chamada de Europa Oriental na época da 'Cortina de Ferro' – definição que separava simbolicamente o bloco capitalista do comunista –, compreende desde a fronteira entre Alemanha e Polônia até os montes Urais, que dividem a Europa e a Ásia. A maioria dos 21 países que compõem oficialmente o Leste Europeu tem como característica os idiomas eslavos e a religião cristã ortodoxa, e passou por forte reestruturação para se adequar à economia global. Além do

passado histórico, esses países oferecem aos turistas a oportunidade de conhecer uma vasta herança cultural ainda pouco explorada. Cada cidade possui panorama histórico e cultural diferente, o que faz dos locais a escolha ideal para quem busca variedade de conhecimento e lazer.

Uma das mais belas paisagens do Leste Europeu está na região russa, que encanta com suas construções arquitetônicas marcadas pela guerra em contraste com modernos edifícios. Situada no centro da Rússia Europeia, Moscou guarda os mais belos cartões-postais do país, como a famosa Praça Vermelha, o Teatro Bolshoi, o Mausoléu de Lênin, o Mercado Gum e o curioso Kremlin, de onde partem todas as ruas da capital. A Catedral de São Basílio, localizada na Praça Vermelha, é conhecida por suas radiantes cúpulas trabalhadas em ouro, que datam de 500 anos. Outras cidades russas que merecem uma visita são Rostov, Vladivostok e São Petersburgo, que guarda preciosas obras de arte no Museu Hermitage.

Conhecida como potência cultural, a Romênia possui mais de 3 mil museus, sítios arqueológicos e monumentos. A arte sacra é um patrimônio de grande valor para o povo romeno e pode ser encontrada no Museu Nacional de História Romena, na capital Bucareste. A cidade atrai turistas pela luxuosa rede de hotéis, que oferece va-

Catedral de São Basílio - Moscou





Sukiennice Market Square - Cracóvia

Foto: Consulado Geral da República da Polónia em São Paulo



Vista da cidade de Varsóvia

Foto: Viagens & Imagens

Europa

riados atrativos. Os locais mais visitados no país são os mosteiros medievais de Bucovina e da Moldávia, que são patrimônios da humanidade e representam as belezas da arte antiga com pinturas do século XV. Budapeste, capital da Hungria, é dividida ao meio pelo belo rio Danúbio, onde na margem esquerda está Buda e, na margem direita, Peste. Diversos monumentos da antiguidade compõem a paisagem da cidade, que tem como grande atrativo as águas termais. Balneários públicos e piscinas chegam a atingir temperatura de 80°C, e aproximadamente 120 fontes medicinais atraem curiosos de todas as partes do mundo. Outros pontos interessantes são o prédio do Parlamento, construído em 1885, e o Castelo de Buda, localizado à beira do Danúbio.

O inverno longo na Polónia proporciona a prática de esqui para os mais aventureiros. Outro passeio exótico é conhecer as Minas de Sal de Wieliczka, na cidade de Cracóvia, uma das maiores do país. Lagos subterrâneos guardam galerias repletas de estátuas esculpidas em sal, cujo lugar é conhecido como a Catedral de Sal. As noites da capital Varsóvia estão entre as mais famosas da Europa por sua característica clássica com passeios de carruagem, concertos, belos jardins e templos. Além disso, a Polónia reserva paisagens deslumbrantes, cidades históricas, santuários, museus e galerias

de arte. Em 2010, o país vai comemorar os 200 anos de nascimento de Frederic Chopin, o maior artista polonês de todos os tempos, com uma série de eventos.

O viajante também se sentirá atraído pela Eslovênia, palco para vários esportes radicais. Atrações famosas ocorrem na região de Kras e no Vale do Soea, que possuem centenas de grutas e mais de 8 mil cavernas, em natureza cuidadosamente preservada. Ao lado da Eslovênia está um dos países mais ricos em belezas naturais, a Croácia. Águas cristalinas compõem as famosas praias de pedras brancas cercadas por parques e florestas. A cidade de Split é diferenciada por ruas estreitas e casas de pedras brancas. O passeio é bastante prático, porque todas

as atrações da cidade se concentram ao redor do Palácio de Dioclesiano, construído na época do império romano.

Com 11 monumentos inscritos na lista de patrimônio mundial da Unesco, a República Tcheca possui as mais belas paisagens do mundo. A capital, Praga, conserva tradições que vão dos hábitos dos moradores até construções como o Castelo de Praga, o Teatro Nacional, a Torre de Pólvora e a Cidade Velha, onde fica a Praça do Relógio Astronômico, que dá um verdadeiro show a cada troca de hora. Os apaixonados se encantam com a famosa Ponte Carlos IV, considerada a mais bela do mundo, onde dezenas de estátuas de santos abençoam os 600 metros de perfeição da obra.

ROMANTISMO

Cenários paradisíacos, tranquilidade e clima frio fazem do Leste Europeu o ambiente ideal para um passeio a dois. A região é conhecida mundialmente por sua atmosfera romântica, sendo um dos destinos preferidos dos apaixonados. Assistir ao pôr-do-sol caminhando pela Ponte Carlos IV, descansar nas águas termais de Budapeste, admirar as belezas das praias da ilha de Brac e jantar à luz de velas na taberna Bako, em Komiza, na Croácia, são opções que agradam a todos. Um costume interessante são os recém-casados russos que percorrem São Petersburgo com amigos, brindando com champanhe e tirando fotos. Os casais mais clássicos adoram assistir os concertos das obras do inigualável Chopin, nas noites de Varsóvia. Outra atração é assistir o concerto de passagem de ano, seguido pelo concerto do Novo Ano, ambos realizados pela tradicional Orquestra Filarmônica Checa, que propicia espetáculos inesquecíveis há mais de 100 anos.

**Com supervisão de Adenilde Bringel*

Super Saudável

Os médicos que desejarem continuar recebendo a revista Super Saudável devem enviar a confirmação de todos os dados pessoais, CRM e especialidade pelo e-mail cacy@yakult.com.br, informando o código da etiqueta. Todas as edições estão disponíveis no site www.yakult.com.br.

Confirme já!!

CARTAS

“Sou aposentado, li um exemplar da revista e gostei das matérias. Como já estou na melhor idade, busco sempre informações que ajudem na melhoria da qualidade de vida pessoal e de meus familiares e amigos. Com certeza a revista será bastante útil.”

Helio Marcengo
Curitiba – PR.

“Sou técnica em nutrição e dietética e estudante de nutrição do 7º semestre no Centro Universitário Unilasalle. Gostei muito das matérias publicadas na revista Super Saudável.”

Denise C. Reidel Henz
Canoas – RS.

“Comecei a tomar Yakult uma vez por dia, 30 minutos antes do café da manhã, e o resultado foi fantástico. Tenho 35 anos, sempre tive problema de intestino preso e fiquei admirada com o que o Yakult me proporcionou. Meu intestino está super-regulado, emagreci 1,5kg em um mês e tenho sentido menos fome, pois sei que estou absorvendo melhor os nutrientes. Parabéns à empresa Yakult e a todos os pesquisadores que fizeram um bem enorme à minha saúde e à saúde de minha família. Este benefício fez com que eu entrasse no site da

Yakult e tomasse ciência de que existe uma revista da empresa. Fiquei fascinada pela revista e achei o conteúdo espetacular.”

Andrea Soares
Americana – SP.

“Estava no consultório médico e deparei com a revista de nº 28. Adorei a forma como os assuntos são abordados.”

Francisco Castro Bueno
São Paulo – SP.

“Considero a revista Super Saudável importante para nosso conhecimento e aprimoramento profissional!”

Marly Okada
Campinas – SP.

“O Serviço de Biblioteca e Documentação Científica ‘Prof. Dr. José Victor Maniglia’ vem acusar o recebimento da revista Super Saudável, 2009, v. 9, n. 44, doada pela Yakult, a qual será de grande utilidade aos nossos usuários nos cursos de Medicina, Enfermagem e pós-graduação.”

Rosângela Moreira Kavanami
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
São José do Rio Preto – SP.

“Tomei conhecimento de sua publicação Super Saudável e fiquei maravilhado com essa magnífica revista. Os temas abordados são muito interessantes, oportunos, atuais e procuro divulgá-los entre os familiares, amigos e conhecidos. Me preocupo muito com qualidade de vida – a saúde está em primeiro lugar – e essa revista tem tudo a ver.”

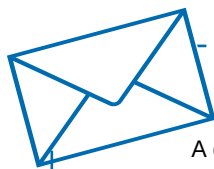
Newton Edgar J. Prates
Arthur Nogueira – SP.

“Ganhei um exemplar da revista Super Saudável e adorei.”
Thelma Eulina Ribeiro
Santo André – SP.

“Ganhei um exemplar da Super Saudável da minha professora e achei muito interessante.”
Márcia Alessandra dos Santos
São Paulo – SP.

“Estou no 4º período do curso de Nutrição e tenho interesse na revista Super Saudável. Os produtos Yakult são interessantes para melhorar o estado de saúde de diversos indivíduos.”

Rafaela Fidelis
Belo Horizonte – MG.



CARTAS PARA A REDAÇÃO

A equipe da Super Saudável quer saber a sua opinião sobre a publicação, assim como receber sugestões e comentários. Escreva para rua Álvares de Azevedo, 210 – Cj 61 – Centro – Santo André – SP – CEP 09020-140, mande e-mail para adbringel@companhiadeimprensa.com.br ou envie fax para o número (11) 4990-8308.

Os interessados em obter telefones e endereços dos profissionais entrevistados devem entrar em contato pelo telefone 0800 13 12 60.

