

Super Saudável

Publicação da Yakult do Brasil - Ano XIV - Nº61 - Janeiro a Março/2014



DISMORFOFOBIA

DISTÚRBIO LEVA À AVALIAÇÃO NEGATIVA DA PRÓPRIA IMAGEM

**Baixa estatura
na infância pode
indicar deficiência
do hormônio GH**

**Probiótico alivia
sintomas de
supercrescimento
bacteriano**

**Consumo
insuficiente de
sais minerais pode
causar doenças**

**Próteses cranianas
biofabricadas no
Brasil são testadas
em pacientes**



MATÉRIA DE CAPA

Transtorno dismórfico corporal – ou dismorfofobia – é um distúrbio que leva à avaliação negativa da própria imagem e desafia os médicos, por ser de difícil diagnóstico. A doença deve ser tratada por especialistas para não prejudicar ainda mais a qualidade de vida dos pacientes

MEDICINA

08



A deficiência do hormônio GH pode levar à baixa estatura e à redução da velocidade de crescimento

PROBIÓTICOS 10



Pesquisa realizada com pacientes do Hospital Escola da UFlt indica benefícios de cepa probiótica em casos de **supercrescimento bacteriano**

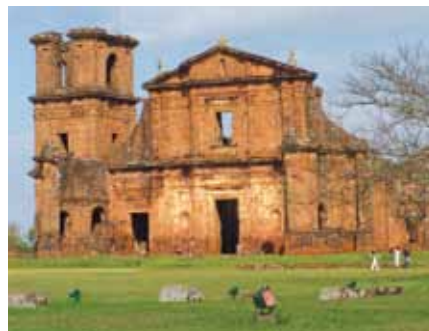
ENTREVISTA DO MÊS 18



Thiago Gusso/Ass. de Marketing do HC-UFRP

A psicóloga **Débora Patrícia Nemer Pinheiro explica de que maneira a resiliência pode influenciar os estados de saúde e de doença**

TURISMO 30



IPHAN/RS

****São Miguel das Missões** ajuda a explicar um pouco sobre a história do Brasil e a passagem dos missionários jesuítas pelo País**

Estudo envolve pacientes com diarreia e mostra ação benéfica do *L. casei* Shirota **13**

O combate à dependência química pode, no futuro, ganhar dois novos aliados **24**

Terapia craniossacral promove benefícios físicos e emocionais aos pacientes **28**

Ingestão insuficiente de nutrientes é um dos 10 principais riscos à saúde **22**

Pesquisadores da Unicamp desenvolvem implantes cranianos biofabricados **26**

Yakult 40 está cada vez mais no varejo e Sofyl Baunilha Light é novidade **32**

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 – **Produção editorial:** Companhia de Imprensa – Divisão Publicações

Editora responsável: Adenilde Bringel – MTB 16.649 – adbringel@companhiadeimprensa.com.br

Editoração eletrônica: Felipe Borges – **Fotografia:** Arquivo Yakult/Iilton Barbosa/Divulgação

Impressão: Vox Editora – Telefone (11) 3871-7300

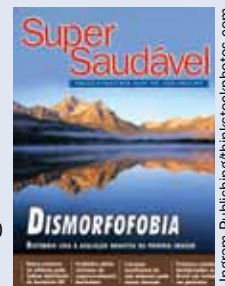
Cartas e contatos: Yakult SA Indústria e Comércio – Rua Porangaba, 170 – Bosque da Saúde – São Paulo – CEP 04136-020

Telefone (11) 5584-4700 / Fax (11) 5584-4836 – 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

DIREITOS RESERVADOS

É proibida a reprodução total ou parcial sem prévia autorização da Companhia de Imprensa Divisão Publicações.



Ingram Publishing/thinkstockphotos.com

Em guerra contra

TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL
CARACTERIZA-SE PELA PREOCUPAÇÃO
EXCESSIVA COM A APARÊNCIA

Vanessa Azevedo

A Associação Brasileira da Indústria de Higiene Pessoal, Perfumaria e Cosméticos indica que o setor apresentou crescimento de 10% em 2013, alcançando o País à terceira colocação mundial na comercialização desses artigos. O Brasil é o sétimo maior produtor de itens de beleza no planeta, elevando o faturamento dessa indústria para R\$ 29,4 bilhões. Parte do crescimento do setor pode estar relacionada à preocupação e à insatisfação do brasileiro com a aparência. Pesquisa realizada pelo Serviço de Proteção ao Crédito (SPC), em 2013, indica que o descontentamento com a própria imagem e a ansiedade são as razões que levam boa parte da população às compras por impulso. Certa apreensão com a aparência é normal e até saudável, uma vez que contribui para a autoestima e é um indicador de saúde mental. A preocupação excessiva com a imagem, entretanto, pode ser um alerta de que algo está errado. A fixação em um possível defeito no corpo pode indicar a existência do transtorno dismórfico corporal (TDC), problema de saúde mental em que há preocupação desmedida com uma ou mais imperfeições percebidas na aparência, com avaliação negativa da mesma.

Segundo a professora doutora Josy de Souza Moriyama, docente do curso de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL), a preocupação excessiva com algum aspecto da aparência pode referir-se a um defeito mínimo ou imaginado. “A insatisfação pode ser relacionada a qualquer parte do corpo, sendo mais comum em detalhes da face, nariz, boca, pele e cabelos”, observa. A preocupação exagerada com a imagem deve estar acompanhada de extremo sofrimento para que haja o diagnóstico da dismorfofobia, como também é conhecida a doença. Dentre os comportamentos apresentados pelos portadores de TDC estão a obsessão ou a recusa em olhar a própria imagem no espelho, camuflagem do defeito com roupas e maquiagens, por exemplo, e procura constante por tratamentos estéticos e cirurgias plásticas.

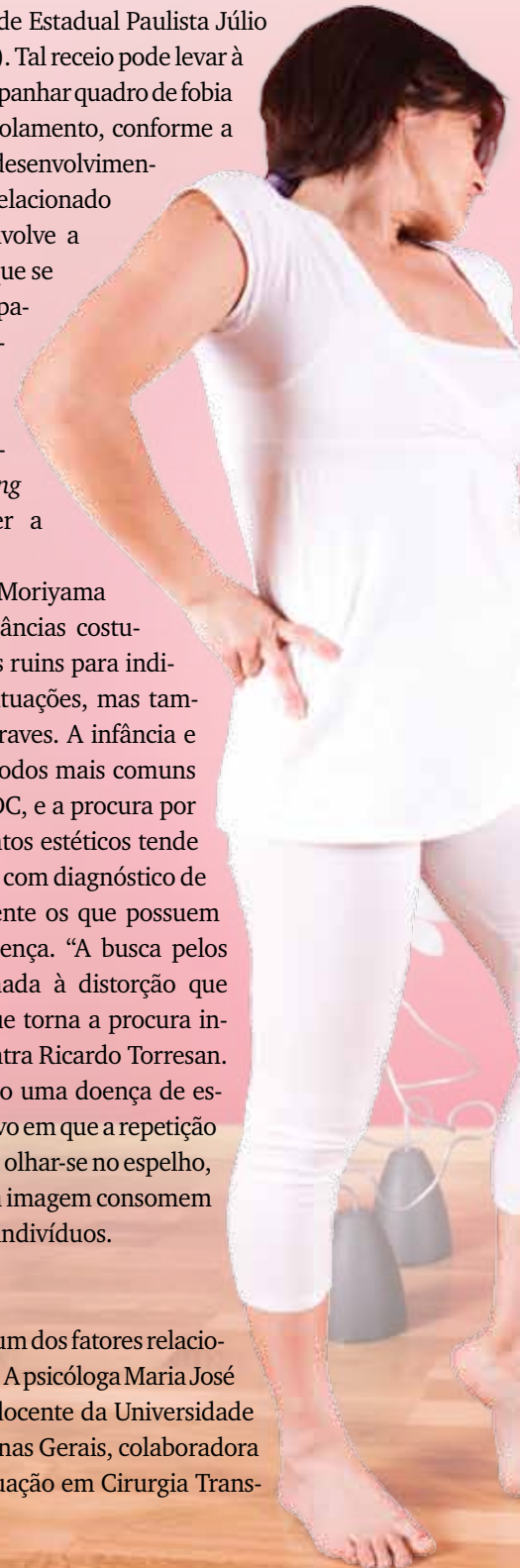
“Há o medo de ser julgado pelos demais, em razão do

defeito, e a sensação de que isso ocorre o tempo todo”, destaca o professor doutor Ricardo Torresan, médico psiquiatra do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Tal receio pode levar à ansiedade e é comum acompanhar quadro de fobia social com tendência ao isolamento, conforme a gravidade do distúrbio. O desenvolvimento da dismorfofobia está relacionado a múltiplos aspectos e envolve a convivência com famílias que se preocupam demais com a aparência, impõem educação rígida e fazem comparações entre as pessoas. Acidente com a parte do corpo específica e prática de *bullying* também podem favorecer a ocorrência da doença.

A pesquisadora Josy Moriyama pondera que tais circunstâncias costumam trazer consequências ruins para indivíduos expostos a essas situações, mas também podem não ser tão graves. A infância e a adolescência são os períodos mais comuns para a manifestação do TDC, e a procura por tratamentos e procedimentos estéticos tende a não satisfazer indivíduos com diagnóstico de dismorfofobia, especialmente os que possuem estágio mais grave da doença. “A busca pelos tratamentos está relacionada à distorção que possuem da imagem, o que torna a procura incessante”, afirma o psiquiatra Ricardo Torresan. O TDC caracteriza-se como uma doença de espectro obsessivo-compulsivo em que a repetição de comportamentos, como olhar-se no espelho, e de pensamentos quanto à imagem consomem o tempo e a liberdade dos indivíduos.

FATORES BIOLÓGICOS

A influência genética é um dos fatores relacionados à ocorrência do TDC. A psicóloga Maria José Azevedo de Brito Rocha, docente da Universidade do Vale do Sapucaí, em Minas Gerais, colaboradora do Programa de Pós-graduação em Cirurgia Trans-



o espelho

lacional da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e coordenadora do projeto Transtorno Dismórfico Corporal do Programa de Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Ambulim-Ipq-HC-FMUSP), explica que o portador de TDC não desenvolve a doença caso não esteja inscrita em seu código genético. “O ambiente influencia a vulnerabilidade genética e a disfunção neuroquímica do paciente”, esclarece. Em geral, indivíduos com diagnóstico de TDC apresentam uma disfunção de base neurológica no processamento da informação visual, bem como na estimulação negativa da própria aparência, com foco seletivo na mesma e discrepância na avaliação entre a percepção de sua imagem e a realidade.

O histórico familiar de transtornos psiquiátricos, especialmente o transtorno obsessivo compulsivo (TOC), é frequente em pacientes com TDC. “Há a ocorrência de uma diátese genética, uma predisposição para o desenvolvimento da doença”, observa o psiquiatra Leonardo Franklin da Costa Fontenelle, professor doutor no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). A herança genética também pode acometer membros da mesma família, como gêmeos monozigóticos. Os pacientes com TDC possuem dificuldades para avaliar os componentes globais de sua aparência em detrimento de detalhes, concentra-

do a sua atenção às partes do corpo que geram insatisfação sem, no entanto, contextualizá-las.

Segundo o professor Leonardo Fontenelle, pesquisas indicam o envolvimento dos lobos frontais, parte da massa craniana relacionada à regulação e à inibição de comportamentos, na detecção de aspectos gerais de uma determinada situação, o que sugere que pacientes com TDC também apresentam disfunções dessas partes do cérebro. O pesquisador esclarece que indivíduos com dismorfofobia não se restringem a elementos de sua face ou aparência e se estendem também para outras áreas do corpo e mesmo objetos do ambiente, característica também presente em pessoas com TOC, que frequentemente se preocupam com simetria e ordenação.

“Embora o TDC seja uma condição complexa e, portanto, provavelmente associada a diferentes problemas no âmbito da neurotransmissão cerebral, uma desregulação do sistema serotoninérgico parece estar envolvida em sua fisiopatologia”, afirma o docente. Essas evidências se baseiam na eficiência de medicações serotoninérgicas em relação a remédios não serotoninérgicos, embora esses fatores não sejam suficientes para comprovar que um desequilíbrio no sistema seja a disfunção primordial do transtorno dismórfico corporal. A serotonina também é uma substância envolvida no processamento de informações visuais, capacidade aparentemente comprometida em pacientes com dismorfofobia.

Arquivo pessoal



JOSY DE SOUZA MORIYAMA

ACI-FMB-UNESP



RICARDO TORRESAN

Comorbidades podem dificultar o diagnóstico

Pacientes diagnosticados com transtorno dismórfico corporal tendem a sofrer com outros transtornos mentais. A professora doutora Maria José de Brito ressalta que as comorbidades costumam ser regra e não exceção para o acompanhamento do TDC. “A depressão atinge aproximadamente 82% dos pacientes diagnosticados com transtorno dismórfico corporal e o transtorno obsessivo compulsivo (TOC) está presente em cerca de 40% dos casos de dismorfofobia”, acrescenta. Transtornos de humor, ansiedade, distúrbios alimentares e de personalidade, assim como abuso de substâncias como álcool e drogas, são algumas das comorbidades que podem acompanhar o TDC.

A especialista alerta,

entretanto, que tais perturbações tendem a ocorrer com mais intensidade em pacientes com sintomas graves da doença, quando o nível de sofrimento e os comportamentos de esquiva caracterizam o transtorno como uma enfermidade totalmente incapacitante. “As comorbidades não apenas dificultam o diagnóstico da dismorfofobia, mas agravam os seus sintomas”, ressalta. Problemas relacionados à identidade de gênero também podem acometer os portadores de TDC. No que se refere ao transtorno obsessivo compulsivo, o distúrbio apresenta pontos em comum com a dismorfofobia, como pensamentos desagradáveis e indesejados que levam a comportamentos repetitivos.



ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

Associação Brasileira de Psiquiatria

A reprodução de atitudes ocasiona o consumo de tempo e sofrimento, além de vergonha e baixa autoestima, podendo levar ao isolamento social. “Embora o TDC seja um transtorno aparentado ao TOC em muitos aspectos, a frequência de complicações psiquiátricas, como sintomas psicóticos e ideação suicida, é maior no transtorno dismórfico corporal do que no transtorno obsessivo compulsivo”, observa o psiquiatra Leonardo Fontenelle, ao relatar que a associação entre as patologias ocasiona maior prejuízo no funcionamento social e piora na qualidade de vida do paciente. No entanto, as comorbidades não são patologias secundárias ao transtorno dismórfico corporal e não são ocasionadas pela ocorrência de TDC. “Quando há um motivo não é comorbidade, e sim doença”, explica o médico Antônio Geraldo da Silva, presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Por isso, é necessário muito cuidado por parte dos especialistas ao fazerem a avaliação das enfermidades e tratar o paciente, uma vez que há o risco de se tratar o transtorno sem cuidar das doenças correlatas.

Tratamentos e desafios

A dismorfofobia é uma doença de difícil diagnóstico não apenas pela possibilidade de comorbidades, que podem impedir sua detecção, mas também pela demora dos pacientes em buscar tratamentos adequados para o distúrbio. “Ainda é uma doença pouco conhecida”, opina a professora doutora Josy Moriyama, da UEL. Segundo a especialista, a demora na procura por atendimento psicológico ou psiquiátrico faz com que muitos pacientes cheguem ao consultório com agravos, o que pode ocasionar confusão na determinação do diagnóstico. A professora doutora Maria José de Brito completa que o TDC pode ser caracterizado em leve, moderado e grave.

“Os graus leve e moderado são muito semelhantes, tendo como diferença o nível de sofrimento que provocam”, alerta. A avaliação do sofrimento se dá pela discrepância entre a intensidade da preocupação e a deformidade percebida, além dos comportamentos de esquiva. Para a especialista, as intervenções cirúrgicas podem ser benéficas para indivíduos com diagnósticos de dismorfofobia leve a moderada. Já o tratamento é feito por meio de inibidores de receptação de serotonina e terapia cognitivo-comportamental para pacientes com ou sem comorbidades. Os inibidores de receptação de serotonina são medicamentos utilizados para aumentar a concentração

extracelular da serotonina, inibindo sua recaptura por neurônios pré-sinápticos e elevando a quantidade da substância disponível para conexão com receptores pós-sinápticos.

“Um ponto controverso envolve a administração de antipsicóticos, porque estes medicamentos não são tão eficientes no tratamento do TDC, estando associados a muitos efeitos colaterais”, observa o professor Leonardo Fontenelle. Entretanto, os antipsicóticos podem auxiliar no tratamento das comorbidades da doença. O objetivo do tratamento da dismorfofobia é a atenuação dos sintomas apresentados pelo paciente, com o propósito de possibilitar a retomada de sua vida e exposição social. A diminuição do nível de preocupação

e de comportamentos de esquiva não permitem, entretanto, a remissão dos sintomas.

O psiquiatra Antônio Geraldo da Silva acredita que a abordagem do tratamento deve ser sistêmica e interdisciplinar, abrigando mente e corpo. “Levar informações sobre saúde mental para a população é uma forma de prevenir doenças desse escopo. É necessário promover saúde, educar as pessoas para que saibam procurar ajuda”, defende. A alimentação saudável e a realização de atividades físicas fazem parte dos hábitos que contribuem com a promoção de saúde. No entanto, o presidente da ABP alerta que ainda há certo receio dos especialistas em fazer diagnóstico de alguns transtornos psiquiátricos.



MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO ROCHA



LEONARDO FRANKLIN DA COSTA FONTENELLE

Arquivo pessoal

O hormônio

ENDOCRINOLOGISTAS
ALERTAM PARA O RÁPIDO
ENCAMINHAMENTO AO
MÉDICO DE CRIANÇAS
COM DEFICIÊNCIA DE GH

Melina Dias
Especial para Super Saudável

O hormônio do crescimento GH (sigla em inglês de *Growth Hormone*), polipeptídeo produzido e secretado por células localizadas na hipófise anterior,

tem como principal função a promoção do crescimento e do desenvolvimento corporal. Além disso, participa da regulação do metabolismo de proteínas, lipídios e carboidratos. Segundo o protocolo do Ministério da Saúde sobre a deficiência de GH (hipopituitarismo), não existem dados nacionais sobre a incidência na população. A portaria, publicada em 2010, usa por base estudo norte-americano em que a incidência foi de 1 em cada 3.480 nascidos vivos.

Os principais achados clínicos em crianças e adolescentes com deficiência de GH são baixa estatura e redução da velocidade de crescimento, e o tratamento clássico inclui a reposição hormonal.

A deficiência de GH pode ser congênita ou adquirida, mas as causas congênitas são menos comuns e podem ou não estar associadas a defeitos anatômicos. As adquiridas incluem tumores e doenças infiltrativas da região hipotálamo-hipofisária, tratamento cirúrgico de lesões hipofisárias, trauma, infecções e infarto hipofisário ou, ainda, radioterapia craniana. O hipopituitarismo também ocorre de maneira isolada ou em associação a outras deficiências de hormônios hipofisários. Outras causas de baixa estatura, como displasias esqueléticas, doença celíaca, Síndrome de Turner – esta comum em meninas – e doenças crônicas devem ser excluídas do diagnóstico antes de o especialista partir para o tratamento.

A baixa estatura nem sempre está associada à deficiência de GH, mas ainda é a principal razão para os pacientes e familiares procurarem os consultórios e ambulatórios de Endocrinologia Pediátrica. “Muitas situações são infundadas e refletem apenas o desejo dos pais de terem um filho mais alto, porque há uma

TRATAMENTO É EFICAZ

Com a reposição hormonal, crianças que nascem pequenas têm possibilidade de recuperação de crescimento em 85% dos casos até o segundo ano de vida. As crianças que nascem bem mas, no segundo ou terceiro anos de vida têm o crescimento desacelerado, também devem ser encaminhadas ao endocrinologista, caso estejam descartados fatores não hormonais que comprometem o crescimento, como cardiopatias ou anemias importantes, pneumonia ou má absorção de nutrientes. “Há um preconceito contra o uso de hormônios em crianças e adolescentes, pois, quando se fala em reposição hormonal, vem à mente um medicamento que engorda, cria pelos, estrias, deixa a voz grave e piora o perfil lipídico, entre outros transtornos. Exatamente o contrário do que faz o hormônio do crescimento”, garante o professor doutor Durval Damiani, do IC-HC-FMUSP.

do crescimento

crença arraigada na população de que altura é sinônimo de sucesso. Pediatras e endocrinologistas pediátricos devem se esforçar em desmistificar essas crenças e relutar em entrar com um tratamento que trará falsas expectativas ao paciente e à sua família”, alerta o professor doutor Durval Damiani, chefe da Unidade de Endocrinologia Pediátrica do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IC-HC-FMUSP).

No entanto, o professor doutor, que também é editor do *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism* para a América do Sul, enfatiza que a criança com problema de crescimento, se não for diagnosticada e tratada precocemente, perde a chance de se beneficiar de uma terapia que poderá devolvê-la ao seu alvo estatural genético. Dados indicam que uma criança com deficiência de hormônio de crescimento, não tratada, pode perder até 20cm na sua altura final. “Como aproximadamente 90% das causas de baixa estatura são de origem pediátrica, é fundamental a exclusão de patologias crônicas”, observa. Excluídos esses fatores, é fundamental que os pediatras encaminhem o paciente ao endocrinologista pediátrico o mais rápido



DURVAL DAMIANI

possível. Segundo o professor, a maioria dos pediatras demora a fazer esse encaminhamento e, com isso, muitas crianças chegam ao endocrinologista com 12 anos de idade ou mais, com uma puberdade adiantada, quando já se perdeu muito tempo para obter melhores resultados com o tratamento.

O endocrinologista pediátrico Claudio Hoineff, membro do Comitê de Endocrinologia da Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro e chefe do Ambulatório de Crescimento do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE), também naquele Estado, reforça que,



CLAUDIO HOINEFF

apesar de as patologias endócrinas representarem 10% das causas de déficit de crescimento, o diagnóstico de alterações como hipotireoidismo e deficiência do hormônio do crescimento devem ser sempre analisados, por meio de testes de estímulo para secreção de GH. “Alterações psicossociais também precisam ser avaliadas e, no nosso meio, a desnutrição assume um grande valor. A velocidade de crescimento, sem sombra de dúvida, é o dado mais fidedigno no diagnóstico de um déficit de estatura superando, muitas vezes, dados laboratoriais”, acrescenta.

O preconceito contra a reposição hormonal pode levar pacientes e familiares a buscarem tratamentos alternativos na tentativa de resolver o déficit de crescimento, e uma dessas terapias é a acupuntura. No entanto, a pediatra, acupunturista e chefe do Ambulatório de Acupuntura e Pediatria do Setor de Medicina Chinesa-Acupuntura da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), professora doutora Márcia Lika Yamamura, desaconselha o tratamento exclusivo com a acupuntura, pois não há estudos que tratem especificamente da relação entre a terapia e a deficiência de GH. “A disfunção dos hormônios cerebrais não está atrelada a um determinado órgão ou a um determinado meridiano de acupuntura. Por outro lado, a técnica milenar comprovadamente age na elaboração de neurotransmissores como beta-endorfina, serotonina, ocitocina, ACTH e gonadotropina, entre outros”, argumenta.



MÁRCIA LIKA YAMAMURA

Divulgação

MEDICINA

Transtorno de difi

ESTUDO CLÍNICO CONSTATA QUE PROBIÓTICOS
PODEM AJUDAR A DIMINUIR SINTOMAS DA
SÍNDROME DO SUPERCRESCIMENTO
BACTERIANO DO INTESTINO DELGADO

Adenilde Bringel

Sintomas como distensão e desconforto abdominal, flatulência, diarreia, constipação e esteatorreia (formação de fezes volumosas, acinzentadas ou claras, geralmente malcheirosas, que flutuam na água e têm aparência oleosa) podem indicar um problema subdiagnosticado e geralmente confundido com outras doenças intestinais. A síndrome do supercrescimento bacteriano do intestino delgado (SSCBID), do inglês *small intestinal bacterial overgrowth* (SIBO), não tem estatísticas mundiais, mas as estimativas indicam que entre 2,5% e 22% da população sofra com o problema, que provoca constrangimento e pode levar ao isolamento social.

Divulgação FMIT



THALITA AMARAL AMARO ADAMI E JULIANA TOTTI DE SOUZA

O transtorno ocorre quando há um desequilíbrio e um crescimento exagerado de bactérias no intestino delgado, local geralmente pobre em bactérias e onde só habitam lactobacilos e enterococos, que são microrganismos aeróbios Gram-positivos ou facultativos, em quantidade inferior a 10^4 de bactérias/ml. Com a presença de bactérias em excesso, o intestino delgado fica com características das floras do cólon ou orofaríngea, ricas em estafilococos, micrococos, estreptococos, *E. coli* e *Klebsiella*. Embora a etiologia da SSCBID não esteja totalmente esclarecida, alguns fatores impedem o supercrescimento bacteriano, como a integridade da mucosa intestinal e da válvula ileocecal, e a ação da microbiota comensal – em especial os lactobacilos. Em geral, o tratamento é baseado no controle dos sintomas, no suporte nutricional e no uso de antibióticos.

Entretanto, alguns pesquisadores desenvolvem estudos para investigar se alguns tipos de microrganismos probióticos podem ajudar no equilíbrio do intestino delgado, eliminando o risco de supercrescimento bacteriano. Um desses estudos foi realizado em 2012 pelas alunas de Medicina, Juliana Totti de Souza e Jussara Coelho Rosa, com orientação da professora doutora Thalita Amaral Amaro Adami, professora assistente de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT), em Minas Gerais, e médica do Hospital Escola da instituição. O interesse pela pesquisa para o trabalho de conclusão do curso de Medicina surgiu do fato de muitos pacientes atendidos no Hospital Escola reportarem sintomas gástricos, muitas vezes inespecíficos, a maioria sem resultados consistentes nos exames de imagem.

“Quando há excesso de bactérias no intestino delgado pode ocorrer perda de peso pela falta de absorção de nutrientes, neuropatia e anemia megaloblástica”, alerta a médica Juliana Totti de Souza. O estudo ‘Avaliação do uso do *Lactobacillus reuteri* em pacientes portadores da síndrome de supercrescimento bacteriano diagnosticados por teste respiratório’ envolveu 21 pacientes atendidos no Hospital Escola, todos com sintomas de desconforto gástrico inespecífico e com resultados de exa-

III EFICÁCIA COMPROVADA PELOS PACIENTES

No término do estudo, 61% dos pacientes informaram ter sentido importante melhora nos sintomas da síndrome, enquanto os 39% restantes afirmaram que houve redução dos sintomas, embora nada muito expressivo. No trabalho, as médicas informam que, dos pacientes que obtiveram me-

lhora com o uso do probiótico, cinco (55,56%) apresentavam principalmente dor ou desconforto abdominal, e o alívio deste sintoma foi o principal relato. Todos os voluntários tratados com o probiótico também informaram melhora no aspecto e na consistência das fezes. Além disso, relataram diminuição

cil diagnóstico

mes que não justificavam as queixas frequentes dos últimos seis meses. Os voluntários foram selecionados por meio de questionário para analisar os que poderiam ter a síndrome. Em seguida, fizeram uma dieta antifermentativa por uma semana e passaram por testes respiratórios não invasivos de hidrogênio e gás metano, considerado o método mais eficiente para identificar a síndrome.

O Consenso de Roma, em 2009, recomendou o teste respiratório com glicose- H_2 como a melhor ferramenta de diagnóstico da síndrome, pois não é invasivo, é fácil de ser realizado, fornece resultados diretos e possui uma boa precisão no diagnóstico. O teste é realizado para avaliar os valores basais do hidrogênio ou metano e para posterior administração de um carboidrato, no caso a lactulose, embora também seja possível utilizar a glicose. “Os transtornos gástricos são causados principalmente pela fermentação de carboidratos pelas bactérias intestinais, que geram hidrogênio e gás metano. Cerca de 80% desses gases são expelidos pelos flatos e 20% são exalados pelos pulmões, com possibilidades de serem identificados nos testes respiratórios. No nosso estudo, analisamos o hidrogênio”, ressalta a médica Juliana Totti de Souza.

Primeiramente, as pesquisadoras avaliaram o valor basal do hidrogênio dos pacientes e, em seguida, os voluntários foram orientados a ingerir 10 gramas de lactulose diluídos em 100ml de água. O hidrogênio expirado foi dosado a cada 20 minutos, até chegar em 120 minutos. O resultado do teste respiratório da lactulose foi positivo em 13 dos 21 participantes (61,90%). Os pacientes que obtiveram resultado positivo foram convidados a iniciar tratamento com probiótico composto por 100 milhões de Unidades Formadoras de Colônia (UFC) de *Lactobacillus reuteri*, na dose de um comprimido duas vezes ao dia, por quatro semanas.

da flatulência, cujo tratamento habitual costuma ser paliativo e motivo de queixa frequente. “Os pacientes que obtiveram melhora serão acompanhados anualmente para podermos avaliar a melhora sintomática no longo prazo”, informa a médica Juliana Totti de Souza. ➔



Síndrome é subdiagnosticada

Por ter sintomas que se confundem com outras doenças intestinais, como a síndrome do intestino irritável, a pancreatite e a gastrite, a SSCBID é subdiagnosticada e, em geral, os médicos têm dificuldade em identificar com precisão a causa das queixas dos pacientes. A gastroenterologista do Hospital Universitário da FMI, professora doutora Thalita Amaral Amaro Adami, informa que há poucos estudos sobre a doença na literatura, especialmente em relação a tratamentos com uso de probióticos. Como o problema não aparece nos exames de imagem, o melhor caminho para o diagnóstico é o teste respiratório. No entanto, o exame é caro – chega a custar R\$ 1 mil nos hospitais de São Paulo –, não está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) e são poucos os hospitais que atendem convênios que oferecem.

A especialista acrescenta que, antes de os médicos partirem para este exame, o ideal é determinar, por meio de outras formas de investigação, se o paciente não tem alterações orgânicas importantes no intestino. “Caso a resposta seja negativa, oriento meus pacientes a usar o probiótico, mesmo sem o teste respiratório que confirma a síndrome do supercrescimento bacteriano, pois o retorno é impressionante”, assegura. Embo-

ra as estatísticas indiquem prevalência menor, no consultório as queixas de pacientes com sintomas de supercrescimento bacteriano chegam a 50% do total de atendimentos, o que chama ainda mais a atenção para a importância de uma intervenção mais eficaz.

“Eu queria entender melhor essa síndrome, que gera um desequilíbrio tão expressivo na microbiota e tantos desconfortos aos pacientes”, informa a professora. Por isso, em 2010, a docente fez uma especialização em doenças funcionais e começou a tomar contato com os probióticos, em especial o *Lactobacillus reuteri*, que está presente no intestino humano, embora em pouca quantidade, e coloniza da boca ao cólon. Como o estudo de 2012 demonstrou que a cepa ajuda no controle dos sintomas da síndrome, a médica passou a prescrever o probiótico aos pacientes regularmente. Para ampliar a avaliação do uso do probiótico contra a doença, a docente pretende estender o estudo para um número maior de participantes e, inclusive, utilizar outras cepas probióticas, tanto liofilizadas quanto em alimentos. Além disso, pretende realizar o teste respiratório antes e depois do uso dos probióticos, para confirmar os resultados.



Microrganismos no combate à diarreia

ESTUDO CLÍNICO FOI
DESENVOLVIDO POR
CIENTISTAS DO REINO UNIDO

Samford Wong^{1,2,3*}, Ali Jamous¹, Jean O'Driscoll⁴, Ravi Sekhar⁵, Mike Weldon⁵, Chi Y. Yau⁶, Shashivadan P. Hirani², George Grimble³ e Alastair Forbes³

A diarreia causada por antibióticos (AAD, na sigla em inglês) é uma complicação comum decorrente do uso desses medicamentos, cuja frequência chega a atingir picos em torno dos 60% durante surtos hospitalares ou manter-se nos patamares intermediários (13% a 29%) durante períodos endêmicos. Os fatores de risco incluem o uso de antibióticos de largo espectro, vários fatores do hospedeiro (entre os quais a idade avançada), um longo período de internação e a exposição a patógenos nosocomiais. A diarreia associada ao uso de antibióticos também é causada por *Clostridium difficile*, como uma complicação do tratamento com agentes antimicrobianos, e a sua ocorrência tem sido relatada em até 25% dos pacientes. Uma vez que o ecossistema de microrganismos é perturbado pelos antibióticos, os pacientes tornam-se mais suscetíveis à infecção com patógenos oportunistas.

O *C. difficile* é um anaeróbio Gram-positivo formador de esporos e é a principal causa de AAD e, especificamente, de *C. difficile* na diarreia (CDAD, na sigla em inglês) em hospitais. É especialmente um patógeno virulento, por produzir uma enterotoxina e uma citotoxina que cau-

sam lesão na mucosa e danos ao cólon. Quando a antibioticoterapia desequilibra o processo de defesa natural, o *C. difficile* se multiplica e produz toxinas, provocando a diarreia. Em alguns casos, os pacientes podem desenvolver uma inflamação grave (*C. difficile* associado à colite). Certos probióticos podem evitar o desenvolvimento de diarreias causadas por antibióticos, assim como pelo *C. difficile*, mas a eficácia desta intervenção depende da espécie e da quantidade administrada.

Há um interesse crescente em probióticos na redução dos riscos de AAD e CDAD, por causa da sua ampla disponibilidade como suplementos alimentares seguros, e a preocupação com os recentes surtos graves de *C. difficile* no Reino Unido. Probióticos são 'microrganismos vivos que, quando administrados em quantidades adequadas, conferem benefícios à saúde no hospedeiro'. Além disso, são benéficos por atuarem por meio de mecanismos relacionados à recolonização da mucosa do intestino, à restauração do equilíbrio da microbiota, à exclusão competitiva de patógenos e toxinas e ao restabelecimento do metabolismo luminal.

Recentes estudos realizados para a prevenção e tratamento da AAD identificaram o uso de inibidores da bomba de próton (PPI) e a desnutrição como possíveis fatores de risco para AAD/CDAD. Uma das mais modernas metanálises incluiu 82 ensaios clínicos randomizados controlados. Desses, 17 envolveram intervenções baseadas em *Lactobacillus*. Por meio de metanálise pode-se concluir que a administração adjuvante de probióticos resultou em redução do risco de AAD (risco relativo 0,64, 95% CI 0,47, 0,86), mas



que existiam variações no desenho do estudo, tipos de cepas probióticas usadas, dosagem, duração do tratamento e estudo da população, explicando em grande parte a incerteza e insegurança sobre sua eficácia.

São limitados os dados sobre a prevalência de AAD em pacientes com lesão da medula espinhal (SCI, na sigla em inglês) e não há estudos que examinaram o efeito de probióticos na prevenção da diarreia em pacientes com o problema. Pareceu lógico, portanto, avaliar probióticos em pacientes SCI, pelo fato de serem particularmente vulneráveis à diarreia e suas consequências. A diarreia pode retardar a reabilitação, aumentar o risco de desenvolvimento de úlceras, retardar a cicatrização de feridas e reduzir a qualidade de vida. Planejamos uma pesquisa controlada e randomizada para avaliar a eficácia de um probiótico comercial (*Lactobacillus casei* Shirota) para a prevenção de AAD e CDAD em pacientes adultos com SCI. Os objetivos foram determinar o potencial de eficácia do *L. casei* Shirota para a prevenção de AAD e CDAD durante o uso de antibióticos por 30 dias, e também se o risco de desnutrição e o uso do PPI são fatores de risco para AAD e CDAD.

Experimento avaliou eficácia do

O presente estudo, denominado 'Leite Fermentado com probióticos *Lactobacillus casei* Shirota reduz a diarreia causada pelo antibiótico em pacientes com lesões na medula espinhal: estudo clínico randomizado controlado', avaliou a eficácia da ingestão de probióticos disponíveis no mercado – no caso o *Lactobacillus casei* Shirota (LcS), exclusivos da Yakult –, com o mínimo de $6,5 \times 10^9$ Unidades Formadoras de Colônia (UFC), na redução da incidência de AAD/CDAD, e também se a subnutrição e os inibidores de bomba de próton são fatores de risco para as enfermidades. Um total de 164 pacientes com lesão da medula espinhal (50,1 – desvio padrão 17,8 anos) submetidos à antibioticoterapia (mediana 21 dias, com 5 a 366 de intervalo) foi selecionado para receber aleatoriamente *Lactobacillus casei* Shirota ($n = 76$) ou placebo ($n = 82$). O *L. casei* Shirota foi consumido uma vez por dia durante o período da ingestão de antibióticos e continuado por mais sete dias. O risco nutricional foi avaliado pelo *Spinal Nutrition Screening Tool*.

O grupo que recebeu *Lactobacillus casei* Shirota apresentou uma incidência significativamente menor de diarreia causada por antibióticos (17,1 v. 54,9%, $P < 0,001$). No início do estudo, 65% dos pacientes estavam em risco de desnutrição. A desnutrição (64,1 v. 33,3%, $P < 0,01$) e o uso do PPI (38,4 v. 12,1%, $P = 0,022$) foram associados à diarreia causada por antibióticos. No entanto, nenhuma diferença significativa foi observada na ingestão de nutrientes entre os grupos. A análise da regressão logística multivariada identificou a falta de apetite ($< 1/2$ refeições consumidas) (OR 5,04, 95% CI 1,28, 19,84) e sem probiótico (OR 8,46, 95% CI, 3,22, 22,20) como os fatores de risco independentes para AAD.

Com base nos resultados de um ensaio semelhante de

probióticos realizado no Reino Unido – eficácia de outra preparação probiótica produzida comercialmente contendo *L. casei* DN-114 001 (*L. casei* Imunitass, $1,0 \times 10^8$ UFC/ml), *Streptococcus thermophilus* ($1,0 \times 10^8$ UFC/ml) e *Lactobacillus bulgaricus* ($1,0 \times 10^7$ UFC/ml) na prevenção da diarreia causada por antibióticos em pacientes hospitalizados de novembro de 2002 a janeiro de 2005 –, estimou-se que era necessário um tamanho de amostra de 164, de tal modo que uma diferença de 20% na proporção de pacientes que desenvolverem AAD (30% no grupo controle e 10% com LcS) seria detectado com um poder de 90% e em um nível de significância estatística de 5%.

Foram selecionados pacientes adultos que sofreram lesão da medula espinhal e foram admitidos no Centro Nacional de Lesões da Coluna Vertebral no Hospital de Stoke Mandeville. Pacientes internados, maiores de 18 anos de idade, que tinham sofrido uma SCI há menos de seis meses e recebiam antibióticos para o tratamento da infecção fizeram parte do estudo. Outros pacientes foram excluídos pelas seguintes razões: diarreia antes da antibioticoterapia, uso de antibióticos para profilaxia, patologias no intestino que poderiam resultar em diarreia, cirurgia do intestino nos últimos seis meses, endocardite infecciosa, uso regular de



CONSIDERAÇÃO ÉTICA E ANÁLISE ESTATÍSTICA

O estudo foi realizado de acordo com as orientações estabelecidas na Declaração de Helsinki, recebido para aprovação ética do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (referência nº 10/H0605/19) e com aprovação do Departamento de Pesquisa e Desenvolvimento local. Também foi obtido o consentimento de todos os pacientes antes da coleta de dados e intervenção. O grupo de investigadores foi composto pelo nutricionista

Samford Wong, pelo médico especialista em medula espinhal Ali Jamous, pelo microbiologista Jean O'Driscoll, pelos gastroenterologistas Mike Weldon, Ravi Sekhar e Alastair Forbes, o geriatra Chi Y. Yau, o nutrólogo George Grimble e o estatístico em Psicologia da Saúde Shashivadan P. Hirani. Para monitorar o progresso e a realização do estudo, os pesquisadores participaram de reuniões antes e reuniram-se para atualizações

anuais comuns, em outubro de 2011 (análise interina), com análise final em outubro de 2012.

As estatísticas foram utilizadas para descrever as características básicas de acordo com a idade, sexo e sintomas da doença. Testes X^2 foram utilizados para comparar as diferenças na distribuição das variáveis qualitativas. Diferenças nas variáveis quantitativas, de acordo com a sua distribuição, foram analisa-

Lactobacillus casei Shirota

probióticos nas oito semanas anteriores, pancreatite, doença intestinal inflamatória ativa, imunossupressão, nutrição especial ou não funcionamento do intestino, intolerância à proteína do leite de vaca, pacientes que não foram capazes de dar consentimento informado, devido ao comprometimento cognitivo, e pacientes com AVC agudo.

DETALHAMENTO

Ao longo dos 24 meses de duração do estudo, dos 164 pacientes que preencheram os critérios de inclusão e concordaram em participar, seis se retiraram. Finalmente, 158 pacientes completaram o estudo (idade de 50,1 – DP 19,1 – anos), entre os quais 20,1% eram do sexo feminino, 62,5% com tetraplegia e 37,8% com SCI completo. A lesão de medula espinhal foi causada por lesão traumática (74,4%), queda (n=59 de 36,6%), acidente aéreo (n=35, de 21,7%), lesões relacionadas com o desporto (n=23, 14,3%), assalto (n=3, 1,9%) e causas não traumáticas (n=41, 25,5%). A prevalência de risco de desnutrição foi de 65% (n=104) no momento do recrutamento. Apenas um (25%) em cada quatro pacientes recusou uma ou mais refeições no hospital.

Não foram observadas diferenças entre os grupos *L. casei* Shirota e controle referentes à ingestão diária de energia (5,774 (DP 480,7) v 5439 (DP 785,8) kJ), proteínas (42,3 (SD 3,8) v 39,5 SD (5,4) g) e fibra alimentar (12,4 SD (3,2) contra 11,6 (SD 2,8) g). Dos 152 pacientes, 31 (20,4%) receberam prescrições com uso de inibidores de bomba de próton (PPI). Os pacientes em risco de desnutrição receberam mais prescrições de medi-

camentos do que os do grupo de baixo risco (13 v 11, $P < 0,01$). A maioria dos pacientes recebeu um tipo de antibiótico (52,7%), 38,9% receberam dois e 8,4% receberam três. Um total de 28 tipos diferentes de antibióticos foi registrado no estudo: a via oral foi utilizada em 57,8% dos pacientes e a via intravenosa em 42,2%.

A mediana dos dias de ingestão de antibióticos foi de 21 dias (intervalo 5–366), e foram encontradas e observadas diferenças estatisticamente significativas em relação à ingestão de antibiótico entre o *Lactobacillus casei* Shirota e grupos de controle. As razões para iniciar o tratamento com antibióticos, por ordem decrescente, foram infecção do trato urinário (n=74, 45,1%), infecção do trato respiratório (n=46, 28,0%), infecção pós-operatória (n=19, 11,6%), sepses (n=5, 3,1%), tratamento da tuberculose espinal (n=4, 2,5%); abscesso espinal (n=4, 2,5%); osteomielite (n=3, 1,8%), infecção causada por *Helicobacter pylori* (n=2, 1,2%), infecção de pele (n=2, 1,2%) e outros motivos (n=5, 3,1%).

No início do estudo, os grupos *L. casei* Shirota e controle foram semelhantes quanto às características demográficas e clínicas, que incluíram início da SCI, proporções de tetraplegia e completa SCI, indicações para o uso de antibióticos, administração de antibióticos (dose e via de administração), uso de laxantes, uso de PPI, IMC, grau de apetite e da necessidade de utilização de tubos de nutrição entérica. Os pacientes do grupo controle receberam significativamente mais antibióticos ‘de baixo risco’ (23,1 v 6,6%, $x^2=8,429$, $P=0,004$) e menos antibióticos de ‘alto risco’ (47,6 v 63,2%, $x^2=3,878$, $P=0,049$) do que os do grupo *Lactobacillus casei* Shirota. Nenhum evento adverso foi relatado no presente estudo.

das pelo teste t paramétrico ou teste de Mann-Whitney não paramétrico. A análise de regressão logística binária múltipla foi utilizada para determinar os indicadores significativos para diarreia causada por antibióticos, e as estimativas de efeito foram apresentadas como OR e CI 95%.

Para todos os testes realizados, um valor P de 0,05 ou menos, ou quando o CI de 95% para OR não exceder 1,0, foi considerado significativo. A análise esta-

tística foi realizada utilizando o software estatístico Minitab (versão 15.0; Minitab, Inc.) e SPSS (versão 19; IBM Corporation). Aproximadamente 10% dos dados de rotina foram perdidos no presente estudo (bioquímicos e hematológicos predominantemente simples).

Com o objetivo de reduzir o viés implícito em utilizar apenas os casos completos, vários procedimentos de imputação para os dados laboratoriais foram imple-

mentados usando SPSS (versão 19; IBM Corporation) Markov Chain Monte Carlo na função de alimentação múltipla para produzir cinco conjuntos de dados. Estes foram todos analisados como normais. Depois disso, os procedimentos de imputação múltipla padrão foram utilizados para combinar as múltiplas escalas e variáveis estimadas. Não houve falta de dados em relação aos pontos finais do estudo.

Falta de apetite é fator de risco

Este é o primeiro estudo randomizado controlado com uma amostra de tamanho adequado, que avaliou a eficácia do *Lactobacillus casei* Shirota para a prevenção da AAD em pacientes com lesão da medula espinhal. O número de casos de AAD foi significativamente menor no grupo LcS. O estudo encontrou uma incidência maior de AAD (36,1%) do que alguns relatórios anteriores (aproximadamente 25%). Isso pode ser atribuído a um longo período de *follow-up* (30 dias), maior do que em muitos outros estudos publicados (muitas vezes apenas 7–14 dias), uma vez que a diarreia pode ocorrer até dois meses após a interrupção do tratamento com antibiótico.

Nosso estudo definiu AAD como mais de duas evacuações líquidas (Bristol Stool tipos 5, 6 ou 7) ao dia, durante mais de três dias, em quantidades superiores ao normal. Isso foi escolhido por razões clínicas de acordo com a recomendação do Departamento de Microbiologia do Hospital no momento do estudo. Esta definição relativamente rigorosa nos permitiu diferenciar alterações clinicamente relevantes e clinicamente sem importância através da consistência das fezes.

As definições de diarreia associada a antibióticos, no entanto, variam entre os estudos publicados. Por exemplo, Hickson e colaboradores definiram a diarreia como ≥ 2 episódios por dia para $d \geq 3$, enquanto que Stein e colaboradores definiram a diarreia como a ocorrência de ≥ 2 fezes aquosas em 24 horas. Os resultados deste estudo são, todavia, compatíveis com os de outros estudos realizados em pacientes adultos hospitalizados. A presente pesquisa indica que algumas cepas probióticas reduzem em geral a incidência de AAD/CDAD em pacientes hospitalizados, no entanto, os efeitos são específicos da espécie do probiótico, do produto, da quantidade administrada e do tipo de enfermidade.

Tem sido sugerido que a quantidade de probióticos deve ser superior a 10^{10} UFC/dia para evitar a AAD. A quantidade administrada no presente estudo foi de, no mínimo, $6,5 \times 10^9$ UFC de *L. casei* Shirota por razões pragmáticas e para auxiliar no tratamento, e é possível que uma quantidade mais elevada pudesse ter oferecido um benefício ainda maior. No entanto, os efeitos do aumento da quantidade de probióticos devem ser cuidadosamente monitorados, como também podem ocorrer eventos adversos imprevistos. Um critério importante para qualquer probiótico se baseia no fato de que as espécies utilizadas sobrevivam à passagem através do estômago e cheguem vivas ao intestino delgado e cólon.

Foi demonstrado que os LcS sobrevivem ao trato gastrointestinal superior e que atingem o intestino grosso em um estado viável, e vários estudos realizados em humanos demonstraram a presença de LcS em amostras de fezes após o consumo diário de uma bebida comercialmente disponível – o leite fermentado com o probiótico. O LcS é considerado seguro para ser utilizado em hospitais e tem sido usado em uma vasta gama de pacientes. Evidências de estudos em



para os pacientes

seres humanos sugerem que os *L. casei* Shirota aumentam significativamente a população de bactérias intestinais benéficas, regularizam os estados de constipação, modulam a função imunológica, reduzem os riscos de infecção, inibem o *H. pylori* e reduzem o risco de ocorrências de diarreia. Vários probióticos têm sido utilizados com segurança em pacientes. A segurança dos LcS foi confirmada em ampla gama de pacientes e estados de doença, incluindo crianças criticamente enfermas internadas com cuidados intensivos.

INGESTÃO DE NUTRIENTES

O presente estudo sugere que a falta de apetite, que pode levar à desnutrição, é um fator de risco independente para diarreia causada por antibióticos. Um número significativo de pacientes tende a recusar uma ou mais das suas refeições hospitalares e isso pode contribuir para uma perda substancial de energia. No nosso estudo, as refeições não foram consumidas por um terço dos pacientes, indicando uma importante oportunidade perdida. Pesquisas anteriores sugeriram que o consumo oral de suplemento nutricional, por pacientes com conhecida falta de apetite, pode melhorar sua evolução clínica. Os médicos devem estar cientes da necessidade de identificar e tratar a desnutrição e, assim, evitar complicações relacionadas a essa questão. A administração de probióticos e a ingestão de fibras dietéticas podem influenciar a composição da microbiota intestinal e, portanto, promovem a disponibilidade de ácidos graxos de cadeia curta (SCFA) no cólon. Isso poderia ter um efeito benéfico na redução do aparecimento

de diarreia devido aos SCFA, que são estimuladores potentes da absorção de água e de eletrólitos do cólon.

No nosso estudo, a ingestão de nutrientes foi estimada por um gráfico de registro de alimentos, por isso não foi possível a realização de análises alimentares. A análise do cardápio hospitalar, no entanto, não revelou diferença estatística nos consumos de energia, proteína e fibra alimentar entre os dois grupos (LcS e controle). Há algumas limitações associadas com a natureza aberta do estudo. Devido à falta de um verdadeiro placebo para o estudo, o uso dos LcS tratados termicamente foi considerado durante o planejamento do experimento, mas não foi possível atender às exigências de produção e controle de qualidade para essa abordagem. O tratamento térmico poderia não ter eliminado todas as bactérias e poderia causar alterações indesejáveis no sabor do produto, o que teria afetado o cumprimento no grupo controle.

Além disso, as bactérias tratadas termicamente poderiam possuir alguns efeitos imunomoduladores. Portanto, não tivemos outra escolha senão optar por um estudo aberto e usar a intervenção para o grupo controle. Foram coletados dados de todos os efeitos intestinais por enfermeiros treinados, utilizando critérios validados como parte de sua avaliação clínica de rotina diária. Os dados sobre a ocorrência de diarreia foram posteriormente coletados pela equipe de pesquisa, de acordo com a definição de diarreia. A equipe de enfermagem estava ciente, mas não exerceu nenhum papel na coleta de dados. Portanto, acreditamos que os achados podem ser generalizados para pacientes com SCI recebendo antibióticos.

RESULTADOS SÃO CONSIDERADOS IMPORTANTES

Neste estudo, a baixa incidência de CDAD provavelmente reflete a adoção do protocolo recomendado pelo Departamento de Saúde do Reino Unido, que se baseia em práticas rigorosas de higiene, uso criterioso de antibiótico, uso restrito de laxantes e PPI, e enfermarias de isolamento para os casos suspeitos e confirmados de *C. difficile*. Com base na observação de uma redução significativa na incidência de AAD em pacientes com SCI, podemos considerar agora os LcS como uma medida válida para reduzir a incidência de diarreia causada por antibióticos em pacientes hospitalizados com lesão da medula espinhal. Um estudo randomizado, controlado com placebo é necessário para confirmar este aparente sucesso terapêutico e para resultar em aumento dos resultados clínicos, incluindo diferentes localizações geográficas.

O estudo foi apoiado pela Healthcare Infection Society (Mike Emmerson Young Investigator Award) e a Yakult UK Ltd. forneceu apoio financeiro para o projeto, que envolveu o produto com *L. casei* Shirota, equipamentos necessários para manter a cadeia de frio e um suporte técnico irrestrito. A empresa esteve ciente, mas não influenciou no desenho do estudo e não teve nenhum papel na análise e interpretação dos dados. Alguns dados do estudo foram apresentados na Conferência da Sociedade de Infecção em Cuidados da Saúde em Liverpool, em novembro de 2012, e na Conferência Anual da Associação Americana de Medula, em Chicago, em maio de 2013.

1 – National Spinal Injuries Centre, Stoke Mandeville Hospital, Aylesbury HP21 8AL, UK; 2 – School of Community and Health Science, City University, London EC1V 0HB, UK; 3 – Centre for Gastroenterology and Clinical Nutrition, University College London, London WC1E 6BT, UK; 4 – Department of Microbiology, Stoke Mandeville Hospital, Aylesbury HP21 8AL, UK; 5 – Department of Gastroenterology, Stoke Mandeville Hospital, Aylesbury HP21 8AL, UK; 6 – Medicine for Older People, Stoke Mandeville Hospital, Aylesbury HP21 8AL, UK

A resiliência de cada



Adenilde Bringel

Na Física, resiliência significa o nível de resistência que um material pode sofrer frente às pressões sofridas e sua capacidade de retornar ao estado original sem danos ou rupturas. Na Psicologia, o termo passou a ser utilizado para indicar como cada indivíduo responde às frustrações diárias e sua capacidade de recuperação emocional. Nesta entrevista, a doutora em Psicologia Clínica, Débora Patrícia Nemer Pinheiro, psicóloga do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), em Curitiba, e professora adjunto do curso de Psicologia da Universidade Positivo, chama a atenção para o fato de algumas pessoas terem comportamentos diferentes para enfrentar as adversidades e imprevistos da vida, ainda que estes sejam muito semelhantes, o que demonstra capacidades distintas de resiliência.

O dicionário de língua inglesa Longman, na década de 1990, já classificava resiliência como a 'habilidade de voltar rapidamente para o estado usual de saúde ou de espírito, depois de passar por doenças e dificuldades'. Quando foi que a Psicologia começou a investigar a capacidade de resiliência dos indivíduos e por quê?

A discussão sobre resiliência começou há mais de 35 anos, mas, nos últimos 15 anos, a discussão adquiriu vigor, sendo abordada em congressos nacionais e internacionais. Por outro lado, há mais de 100 anos a história da Psicologia está marcada pela discussão entre os fatores sociais, históricos e psíquicos do ser humano e sempre se ocupou de ampliar a

da um

compreensão sobre o funcionamento psicológico e comportamental dos indivíduos, inclusive diante das adversidades. Há inúmeros relatos, mas cito como exemplo o livro 'Em Busca de Sentido', de Viktor Frankl, que conta como ele se sentiu e observou a si mesmo e às demais pessoas, e seu comportamento na situação-limite do campo de extermínio nazista durante a Segunda Guerra Mundial. Neste relato, percebemos diferentes reações das pessoas diante da mesma experiência. Podemos citar também o acidente aéreo nos Andes, décadas atrás, quando alguns sobreviventes tiveram de comer parte dos corpos daqueles que haviam falecido para sobreviver. Enfim, os exemplos são inúmeros. Portanto, o fato externo pode ser o mesmo, mas reações internas são múltiplas.

A resiliência deve ser mais discutida pela área da saúde?

Acho o tema resiliência muito importante de ser discutido e analisado pelas áreas que estudam o psiquismo e o comportamento humano, porque entendo que apenas o fato de um indivíduo estar vivo já demonstra capacidade de resiliência. Todo ser vivo está determinado à finitude, ao término de um ciclo vital e existencial, em outras palavras, à morte. A partir desta ótica, recoloca-se a definição de vida. Lembro-me de um poeta que afirmou ser 'a vida o intervalo da morte'. Ora, isto não é sem consequências, uma vez que a vida fica caracterizada pelas ligações afetivas, intelectuais, com ideais, projetos, pessoas... Nesta perspectiva, pensar a capacidade humana de estabelecer ou não essas ligações e sobreviver às adversidades torna-se tema sine qua non de estudo para um estudioso do campo psicológico. Acrescentemos que a experiência de vida nos demonstra que as pessoas têm diversas reações diante das situações de vida e isso independe dos fatos em si. Por exemplo, ao perder um ente querido, as pessoas podem oscilar entre passar por um luto pela perda, enveredar para uma depressão e melancolia ou, ainda, demonstrar dificuldade no seu cotidiano. O mesmo pode ocorrer para qualquer evento da

Muitas pessoas adoecem psicologicamente quando atingem objetivos, quando realizam um desejo supostamente almejado e esperado...

vida que, normalmente, é considerado bom, como casamento, nascimento de um filho, uma profissão, apaixonar-se. Muitas pessoas adoecem psicologicamente quando atingem esses objetivos, quando realizam um desejo supostamente almejado e esperado.

O que caracteriza um ser resiliente?

Segundo a literatura, um indivíduo resiliente é aquele com capacidade de enfrentar as adversidades, ser transformado por elas, e que consegue superá-las, integrá-las na sua subjetividade e seguir em frente marcado e transformado por esta experiência.

Quanto essa característica é importante para controlar estados de saúde e de doença?

É importante ressaltar que tudo que se refere à subjetividade e experiência de vida não pode ser medido. Em outras palavras, não se trata do aspecto quantitativo, mas qualitativo. Qualitativamente, todos os humanos são semelhantes na sua essência e podemos ser reduzidos a algumas palavras-chave: morte, sexualidade, amor, trabalho. Todos nos deparamos com estas questões e precisamos lidar com estas grandes problemáticas humanas. Tampouco esta discussão deverá ser reduzida a aspectos de modelos a serem seguidos ou quantificados numericamente. Acho complexa esta situação da vida atual que tende a estabelecer modelos a serem seguidos, por exemplo, de bele-

za, comportamento alimentar, sucesso profissional... Percebo que este discurso social da cultura atual 'você tem de ser feliz' transforma-se em uma grande cobrança ao indivíduo, produzindo culpa caso não se sinta feliz, mesmo tendo conquistado os objetos desejados de consumo, de saúde e felicidade. Aquele que não se encaixa neste 'quadrado' cultural terá de ser resiliente para não se sentir excluído ou mesmo fracassado, caso seus interesses sejam divergentes do modelo social apresentado.

De que maneira a resiliência interfere na recuperação de um indivíduo, quando exposto ao estresse físico ou mental, a perdas ou mesmo a enfermidades?

Acho importante correlacionar o conceito de resiliência ao de desejo. Uma pessoa se recupera das adversidades sempre que seu desejo está decidido a seguir em frente e, junto com isso, integra na sua vida os resultados e o entendimento que a adversidade lhe trouxe. Não acho que, necessariamente, o vilão seja o estresse. Inclusive, os estudiosos sobre este tema dizem que um pouco de estresse é salutar para deixar o indivíduo alerta diante das situações da vida. Observamos a resiliência sempre que o sujeito se relança, reinveste, insiste em continuar vivendo e resistindo. Voltando ao que havia dito anteriormente, se a certeza é a finitude, ser resiliente é investir na vida até a chegada da morte.

Em seu estudo 'A resiliência em discussão', a senhora cita personagens da história que passaram por grandes adversidades e, mesmo assim, superaram e foram importantes em suas áreas. Esses personagens provavelmente eram mais resilientes do que a maioria das pessoas?

Como disse antes, estar vivo, resistir à finitude produzindo coisas na vida já é um traço de resiliência e de impulso para viver. Mas há de se fazer um alerta: não é estar vivo simplesmente que afirma a resistência. Se uma pessoa estiver 'adoecida', no sentido de estar em conflito,

fazendo escolhas que a têm prejudicado, verificamos o traço da resiliência pelo fato de este indivíduo estar consciente ou inconscientemente tentando ajeitar seu sofrimento, mas considero necessário que essa pessoa se submeta a um tratamento. O suicídio, por exemplo, ainda que possa ter sido uma opção para encontrar a 'paz interna' para os conflitos dolorosos que esse indivíduo possa estar vivenciando, seria o exemplo da ausência de resiliência pela desistência em resistir. A vida tem e necessita ter oscilações, por isso, adversidades não devem ser encaradas como prejudiciais à resiliência. Podemos dizer, inclusive, que as oscilações da vida fazem parte do conceito de resiliência, que não poderia existir sem essas nuances. Assim, resiliência e oscilações, obstáculos e nuances são parceiros e estão imbricados uns aos outros. No meu artigo, citei personagens públicos para facilitar ao leitor a identificação da resiliência, mas temos inúmeras pessoas desconhecidas, do cotidiano nosso de cada dia, que são igualmente resilientes.

Por que alguns indivíduos conseguem se recuperar de grandes perdas materiais ou emocionais rapidamente, enquanto outros apresentam dificuldades para enfrentar situações estressantes?

Creio que não haja uma resposta conclusiva, mas o fato é que as pessoas são muito diferentes. Percebo que se trata de uma decisão daquele indivíduo, consciente ou inconsciente, tomando uma posição diante da vida. Em certa medida, trata-se de uma escolha de como irá reagir em relação àquela situação. Recentemente conheci uma sobrevivente da guerra ocorrida na atual Croácia/Bósnia-Herzegovina, nos anos de 1990. Trata-se de uma mulher que nos contou como foi ter chegado à sua casa e ter visto tudo destruído, repentinamente estar sem lugar para morar, sem alimentação e com falecimentos de parentes e amigos. Esta pessoa tomou a decisão de reagir e tornar-se uma divulgadora da liberdade. Abraçou a profissão de guia turística e, como forma de divulgar para o mundo sua 'filosofia de vida', afirma que "não há ouro que possa substituir a liberdade". Conto esta história para demonstrar a particular forma que cada pessoa encontra de resolver seu sofrimento. Ser resiliente é dar uma resposta para as adversidades, mas não é deixar de se afetar ou mesmo sofrer com as dificuldades.

A força, a estabilidade emocional, o dito 'equilíbrio emocional' advêm do reconhecimento de que não somos seres humanos completos e plenos. Ao contrário, nos caracterizamos por sermos seres faltantes...

A resiliência torna-se ainda mais importante para alguns profissionais, como os da saúde, para que lidem melhor com as dificuldades e frustrações do dia a dia?

Em tese sim, mas há muito adoecimento nos profissionais da saúde, licenças de trabalho, tentativas de aposentadorias por invalidez, uso de atestados para faltar ao trabalho. E também tenho notícias destas estratégias em outras áreas de trabalho, portanto, não concluo que seja o tipo de ofício que determine maior ou menor necessidade de resiliência.

Resiliência pode ser confundida com 'dureza'?

A resiliência está articulada com a capacidade de sensibilidade. São conceitos interdependentes. Verificamos que pessoas rígidas, que evitam o contato com sua sensibilidade, suas fragilidades, sofrem mais e se atrapalham mais para lidar com as situações da vida. A prática clínica demonstra um fato muito curioso da experiência humana. A força, a estabilidade emocional, o dito 'equilíbrio emocional' advêm do reconhecimento de que não somos seres humanos completos e plenos. Ao contrário, nos caracterizamos por sermos seres faltantes, como nos ensinou a Psicanálise. Indivíduos que demonstram muita vaidade, aparentemente certos de tudo que fazem na vida, normalmente encobrem sua fragilidade ou mesmo falta de consistência. A sensibilidade em perceber um constante ser em busca, onde as res-

postas plenas e absolutas não estão totalmente ditas, é que demonstra capacidade resiliente. Na vida há sempre algo a mais a ser dito. Certa vez, o psicanalista francês Jacques Lacan fez a seguinte observação em uma entrevista: "Eu digo sempre a verdade, mas não toda. Dizê-la toda é impossível. São as palavras que faltam aí". Parece-me brilhante esta afirmação. Mesmo que falemos muito, ainda assim sempre ficará um resto a ser dito, algo a mais a ser dito ou feito na vida.

Há estudos já realizados sobre a resiliência que consigam demonstrar benefícios concretos para indivíduos com essa capacidade?

Não fiz revisão recentemente, porque no meu trabalho tenho tido como meta esclarecer e ampliar a consciência dos pacientes sobre si e suas escolhas, pois isso os fortalece. Ao contrário do que se crê, a força de uma pessoa começa com o reconhecimento da sua incompletude. No entanto, na revisão bibliográfica que realizei há alguns anos encontrei pesquisas que foram feitas em instituições e em famílias, para melhor compreender este conceito. São pesquisas conclusivas ao demonstrar os efeitos favoráveis no cotidiano dessas pessoas. Há basicamente dois grupos de pesquisas: uma favorável aos testes psicométricos, questionários, testes de personalidade ou de perfil de temperamento para definir indivíduos resilientes ou não resilientes. O problema deste tipo de pesquisa é estabelecer um caráter classificatório que não me agrada. Minha experiência profissional confirma que o relevante é a interpretação e o sentido dado pela pessoa diante das situações adversas. Assim, torna-se mais produtivo realizar pesquisas que abordem as interações entre o sujeito e o meio social (intersubjetividade) e entre o sujeito consigo mesmo (intrasubjetividade). Os estudos focados nestas relações me parecem mais produtivos.

Que fatores mais interferem na capacidade de os indivíduos se tornarem resilientes?

Pesquisas psicológicas relacionam diversas variáveis e processos que compõem fatores de risco ou de proteção, apontando a importância de levar em consideração o sexo, o temperamento, os relacionamentos familiares, os aspectos sociais e econômicos, bem como apontam como risco famílias com uso de drogas, ausência dos pais, violência doméstica e/ou na

comunidade e ausência de redes de apoio. No entanto, prefiro trabalhar com a particularidade de cada caso ao invés das generalizações, porque temos inúmeros exemplos de resiliência em pessoas que foram criadas em ambientes altamente desfavoráveis. O que tenho observado como elemento comum entre indivíduos que fazem o enfrentamento na vida é dar um sentido à sua existência, ter projetos, investir e fazer laços com seu desejo, seja no amor ou no trabalho. Estas características são comuns nas pessoas que atendo e enfrentam suas dificuldades.

A resiliência pode ser aprendida ou é uma característica da natureza de cada indivíduo?

Não se trata de determinação genética, mas é resultante das interpretações que a pessoa foi fazendo ao longo da sua vida. Estas interpretações podem favorecer a saúde ou o adoecimento. Em outras palavras, estas interpretações podem ou não carregar um teor traumático.

Como os profissionais da Psicologia podem ajudar seus pacientes a serem mais resistentes diante das dificuldades da vida?

Isso é efeito de um processo, antes de tudo, de um processo de vida. Percebo que as pessoas que refletem e conseguem falar sobre suas dificuldades se fortalecem de forma diferenciada da grande média, que prefere evitar pensar ou mesmo enfrentar suas dificuldades, tentando fazer de conta que nada está acontecendo consigo ou ao seu redor. Percebo que, para a saúde mental, de forma geral, é mais favorável o enfrentamento do que o recuo. Apenas faria uma ressalva a um grupo de pessoas que, pela limitação da doença psicológica ou por limitações cognitivas, ficam um pouco mais restritas às possibilidades do enfrentamento. Mas, nestas circunstâncias, lembro-me muito do pensamento do psicanalista Wilfred Bion, que apontou uma saída para nossa existência: “Fazer o melhor que puder com aquilo que se é”.

Alguns estudiosos afirmam que a ciência psicológica deve buscar novas possibilidades para compreender fenômenos de felicidade, otimismo, altruísmo, esperança e alegria ao invés de focar em aspectos negativos como tristeza, ansiedade, angústia e depressão. Qual é a sua opinião sobre isso?

Este é um movimento essencialmente



Percebo que as pessoas que refletem e conseguem falar sobre suas dificuldades se fortalecem de forma diferenciada da grande média, que prefere evitar pensar ou mesmo enfrentar suas dificuldades...

iniciado com força teórica e prática nos anos 40 do século 20. O humanismo como corrente psicológica e filosófica apresenta como eixo central de raciocínio e proposta de conduta focar na faceta que está saudável no indivíduo que adoeceu psiquicamente. O adoecimento é considerado apenas uma parte da pessoa. Nesta perspectiva, sugere estudar e valorizar aspectos como otimismo, felicidade, altruísmo, alegria, características denominadas positivas. Acho que esta proposta atrai e encanta, mas, particularmente, discordo. Não acho que devemos separar parte saudável e doentia em um indivíduo. Entendo como a figura da Banda de Möbius (Auguste Ferdinand Möbius), que foi um matemático do século 19 e fez uma

expressão gráfica para o estudo da geometria, que associa com o funcionamento humano. Na figura que o matemático desenhou podemos ver que o dentro e fora, o interno e externo, não estão claramente definidos. Assim, penso ser semelhante o binômio saúde-doença, pois estão interrelacionados. Além do que, muitas vezes o adoecimento servirá de acomodação e equilíbrio para aquele indivíduo, ainda que momentâneo. Por exemplo, uma fobia, ainda que possa prejudicar o cotidiano de uma pessoa, também poderá ajudar a diminuir a angústia que este indivíduo está sentindo com questões mais íntimas e complexas. Enfim, os estudos iniciais da Psicologia e da Psicanálise demonstram que os maiores e melhores conceitos sobre a subjetividade humana surgiram dos estudos das patologias. Portanto, creio que reunir ambas as tendências dos estudos, tal como na proposta geométrica de Auguste Ferdinand Möbius, certamente produzirá muita ampliação nos estudos sobre o comportamento humano.

Quanto mais resiliente um indivíduo for, mais fortemente estará preparado para lidar com as adversidades da vida?

Precisamos desmistificar este conceito. Não nascemos com um código que nos defina plenamente resilientes ou não. Tentei demonstrar nesta entrevista, com minhas reflexões, advindas da experiência do trabalho com o sofrimento humano, que um ser resiliente não pode ser medido, mas que, sem dúvida, pessoas com características resilientes não recuam diante das adversidades, ao contrário, resistem ainda que possam, em alguns momentos, desejar recuar. Observo que a adversidade é uma das regras da vida. No entanto, nossa humanidade tem uma estratégia muito peculiar para lidar com isso. Usamos uma espécie de véu para encobrir algumas verdades da vida, que são geradoras de sofrimento. Este véu ou cortina é como uma fumaça e, como tudo que é esfumacante, se dilui com facilidade, nos confrontando com o real da experiência humana, que são os desencontros, a angústia, a ausência de um saber absoluto e pronto sobre a arte de viver. Porém, para nosso alívio, temos uma série de outras experiências que suavizam estas situações ruins, como as satisfações, as alegrias, as conquistas, os amores... Enfim, esta ambivalência de experiências e afetos é o que melhor define a verdade da vida.

O poder dos sais minerais

DEFICIÊNCIA NO
CONSUMO DE NUTRIENTES
PODE SE MANIFESTAR
DURANTE A FASE ADULTA

Vanessa Azevedo

O estudo 'O estado da alimentação e da agricultura em 2013', desenvolvido pela Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), revela que 2 bilhões de pessoas em todo o mundo sofrem com a deficiência de micronutrientes. Essas substâncias são representadas pelas vitaminas e sais minerais, elementos envolvidos no processo de crescimento e desenvolvimento corporal. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) indicam que 60% das mortes no mundo poderiam ser evitadas ou postergadas com a inclusão de hábitos saudáveis na rotina

da população, dentre os quais se destaca a alimentação.

A ingestão insuficiente de nutrientes está entre os 10 principais fatores de risco de doenças no planeta, sendo o terceiro no desenvolvimento de enfermidades e agravos não transmissíveis. Neste contexto, os sais minerais desempenham função essencial na nutrição do organismo. Esses elementos podem ser encontrados na água, no sal de cozinha, nas frutas, nos frutos do mar, no leite e derivados e em outros alimentos. Reguladores orgânicos, os sais minerais controlam os impulsos nervosos, as atividades musculares e o equilíbrio da relação ácido-base do organismo. No Brasil, o consumo de alguns desses nutrientes é preocupante, uma vez que se encontra abaixo dos padrões estabelecidos pelos órgãos internacionais de saúde.

A pesquisa 'Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil', desenvolvida em 2008 e 2009 e concluída em 2011 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indica a prevalência e a inadequação da ingestão de micro-

nutrientes em todas as regiões do País. Menos de 10% da população consome quantidades recomendadas de frutas, verduras e legumes. "Atualmente, há predominância das dietas calóricas, com pouca variedade de nutrientes", observa o professor doutor Gilberto Simeone, nutricionista do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A carência de minerais tende a não se manifestar precocemente, uma vez que esses nutrientes são requeridos em pequenas quantidades diárias e necessários a processos bem regulados pelo organismo. A exceção está na anemia por deficiência de ferro, que pode ocorrer em qualquer idade.

Ao todo, existem 28 sais minerais, dos quais 12 são essenciais ao organismo, categorizados em macro e micronutrientes. Cálcio, fósforo, sódio, potássio e magnésio, por exemplo, são macronutrientes cujo consumo diário deve exceder 100mg. Já os micronutrientes como ferro, cobre, zinco, manganês, selênio e iodo são exigidos em quantidades inferiores a 100mg. Segundo o IBGE, no Bra-



sil, o baixo consumo de cálcio e magnésio atinge o grupo de indivíduos com idades entre 19 e 59 anos. Nas mulheres acima dos 60 anos, a pesquisa indica deficiências de fósforo, cobre, selênio e cálcio.

“O cálcio e o fósforo são os principais minerais armazenados pelo corpo humano, no esqueleto. Em situações especiais, tais como gestação, aleitamento, crescimento e envelhecimento, esses minerais são mobilizados do esqueleto, ocorrendo maior risco de osteoporose e fraturas por pequenos traumas”, destaca o professor doutor Marcelo de Medeiros Pinheiro, reumatologista da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), sobre a importância do cálcio para a saúde óssea, especialmente para as mulheres após a menopausa. O docente acrescenta que a carência de nutrientes na alimentação do brasileiro é um problema de qualidade e não de quantidade, o que pode gerar a ‘fome oculta’, carência não aparente de micronutrientes no organismo.

AÇÃO ESSENCIAL

Os sais minerais, juntamente com as

vitaminas, atuam nos processos celulares associados ao metabolismo energético, além da contração, reparação e crescimento dos tecidos e dos músculos, defesa antioxidante, resposta imune, ritmo cardíaco e transporte de oxigênio. Preparar os alimentos ricos em minerais de maneira adequada e combiná-los com certos ingredientes podem favorecer a absorção desses micronutrientes pelo organismo. Alimentos de origem vegetal costumam interferir no aproveitamento desses nu-

trientes, por esse motivo, é interessante consumir parte deles cozidos. A ingestão de proteína animal pode favorecer a absorção de sais minerais, e as fórmulas para suplementação alimentar geralmente não suprem a necessidade diária de ingestão de minerais. “Se a população for mais bem orientada pelos profissionais da saúde sobre a importância do consumo de alimentos, sem dúvida, terá condições de selecionar melhor os produtos”, opina o médico Marcelo Pinheiro.

Arquivo pessoal



GILBERTO SIMEONE



MARCELO DE MEDEIROS PINHEIRO

Fuse/thinkstockphotos.com

Esperança para dep

NOVIDADES SÃO TESTADAS
CONTRA O ALCOOLISMO
E O VÍCIO EM COCAÍNA

Melina Dias
Especial para Super Saudável

As estimativas indicam que mais de 250 milhões de indivíduos fazem uso de alguma droga – lícita ou ilícita – em todo o planeta. Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas de 2013, do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, na sigla em inglês), a estabilidade no uso de drogas tradicionais, como heroína e cocaína, e o crescimento do mercado de novas substâncias psicoativas estão proliferando em um ritmo sem precedentes, criando desafios inesperados na área da

saúde pública. No entanto, o combate à dependência química pode, no futuro, ganhar dois novos aliados. Estudos concluídos recentemente sinalizam como eficazes o uso da droga ondansetrona no tratamento de alcoolistas e da Estimulação Magnética Transcraniana de Repetição (EMT) na redução da fissura pela cocaína.

Os dois experimentos foram conduzidos por pesquisadores do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Ipq-HC-FMUSP) e envolveram voluntários atendidos no Instituto nos últimos 10 anos. Com os resultados, os pesquisadores acreditam que fica aberto um caminho mais seguro para o controle da dependência química. Largamente utilizada para evitar náuseas em pacientes em tratamento de quimioterapia, a ondansetrona atua como antagonista do receptor da serotonina, substância envolvida com a sensação de prazer.

No estudo duplo-cego, placebo controlado intitulado ‘Eficácia da ondansetrona no tratamento de dependentes de álcool’, com orientação do professor doutor Danilo Antonio Baltieri, a substância foi utilizada pelo médico psiquiatra João Maria Corrêa Filho em dose maior que o normal – 16mg por dia – e, com isso, reduziu os sintomas de depressão e o desejo pelas bebidas alcoólicas

nos voluntários, em comparação com o grupo placebo.

Os dependentes químicos medicados com o fármaco demoraram mais a ingerir o primeiro gole de bebida alcoólica (54,7 versus 40,9 dias, em média, a partir do início do tratamento) e a ter o primeiro consumo intenso (58,4 versus 45,4 dias, em média). “Esse antagonismo faz com que o prazer que o indivi-



JOÃO MARIA CORRÊA FILHO



dependentes químicos

duo poderia sentir ao ingerir a bebida alcoólica diminua”, explica o psiquiatra. A medicação foi acompanhada de entrevistas sobre os sintomas depressivos, de técnicas motivacionais, exames para avaliar o consumo ou não de álcool, conversas com a família e encontros no grupo Alcoólicos Anônimos (AA). A pesquisa foi realizada de 2007 a 2010, com 102 alcoolistas, com idades entre 18 e

60 anos, que buscaram tratamento para a dependência química no Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP.

DIFICULDADE

O abandono do tratamento chegou a 50% dos pesquisados, taxa equivalente à média de outros procedimentos de reabilitação, de acordo com a literatura médica. Os resultados foram compara-

dos a outras pesquisas com metodologias iguais feitas pelo mesmo grupo de estudo no Programa Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas do IPq, que usavam medicamentos diferentes. “Aparentemente, a maior adesão depende de questões pessoais e do tipo de tratamento que é ofertado, e não do efeito direto dos medicamentos avaliados”, avalia o médico João Maria Corrêa Filho.

ONDAS MAGNÉTICAS NO CONTROLE DA FISSURA PELA DROGA

A Estimulação Magnética Transcraniana de Repetição pode se tornar uma aliada na redução do desejo intenso de consumir cocaína em dependentes da droga. Ao agir sobre as regiões do cérebro responsáveis pela fissura, o método conseguiu diminuir o consumo de cocaína dos pacientes tratados em até 60%. A pesquisa envolveu 40 pacientes diagnosticados com dependência de cocaína e foi o material da dissertação de mestrado do médico psiquiatra Philip Leite Ribeiro, em novembro de 2012, com orientação do professor doutor Marco Antonio Marcolin.

“O cérebro é um órgão formado por múltiplas unidades, que se comunicam através de substâncias liberadas na sinapse, como dopamina e serotonina, por exemplo, com formação de potenciais de ação. Por ter intensa atividade elétrica, sempre se pensou em tratar transtornos psiquiátricos por meio da modulação destes sistemas elétricos, que é a neuromodulação”, explica o médico que conduziu o estudo. Para realizar a estimulação magnética é utilizada uma bobina que produz um potente campo magnético que, oscilando, gera uma corrente elétrica no cérebro do paciente. O campo magnético produzido é pontual, mas extremamente potente. A corrente atravessa o crânio e age no sistema nervoso central, realizando a modulação do cérebro de forma não invasiva.

“Os estímulos elétricos gerados despolarizam os neurônios, que atingem regiões diretamente ligadas à modulação da fissura na área ventral tegmental anterior e no córtex órbito-frontal, permitindo a sua redução”, ressalta o pesquisador. O tratamento conseguiu reduzir 80% da fissura e 60% do consumo de cocaína dos dependentes que participaram do experimento, comprovados pelas análises de urina. O método foi considerado mais efetivo do que os índices obtidos por meio de medicamentos, que geralmente conseguem uma diminuição da fissura entre 20% e 30%. Os pacientes foram submetidos a 20 sessões de estimulação magnética, cinco vezes por semana. Após esse período, participaram de grupo de prevenção de recaídas por



PHILIP LEITE RIBEIRO

dois meses, coordenado por uma psicóloga, e receberam alta ao final de três meses.

SISTEMA DE SAÚDE

A Estimulação Magnética Transcraniana de Repetição já é utilizada nos serviços de saúde como terapia para casos de depressão resistente a tratamentos medicamentosos, alucinações que resistem ao tratamento e dor. A técnica também é adotada no mapeamento de áreas funcionais em cirurgias neurológicas, para diminuir o impacto das intervenções cirúrgicas no funcionamento do cérebro. Em dependentes de cocaína, a neuromodulação é adotada apenas experimentalmente, em hospitais universitários e centros de pesquisa. “No caso da dependência, o método ainda necessita de aprovação do Conselho Federal de Medicina para ser utilizado no tratamento clínico”, observa o médico Philip Leite Ribeiro. Também serão necessárias outras pesquisas que repliquem os resultados obtidos no estudo e há possibilidade de, no futuro, a EMT auxiliar no combate a outros tipos de dependência, como a nicotina.

Próteses cranianas

PEÇAS CUSTOMIZADAS
BIOFABRICADAS COM TITÂNIO
NA UNICAMP SÃO USADAS PARA
IMPLANTES EM ACIDENTADOS

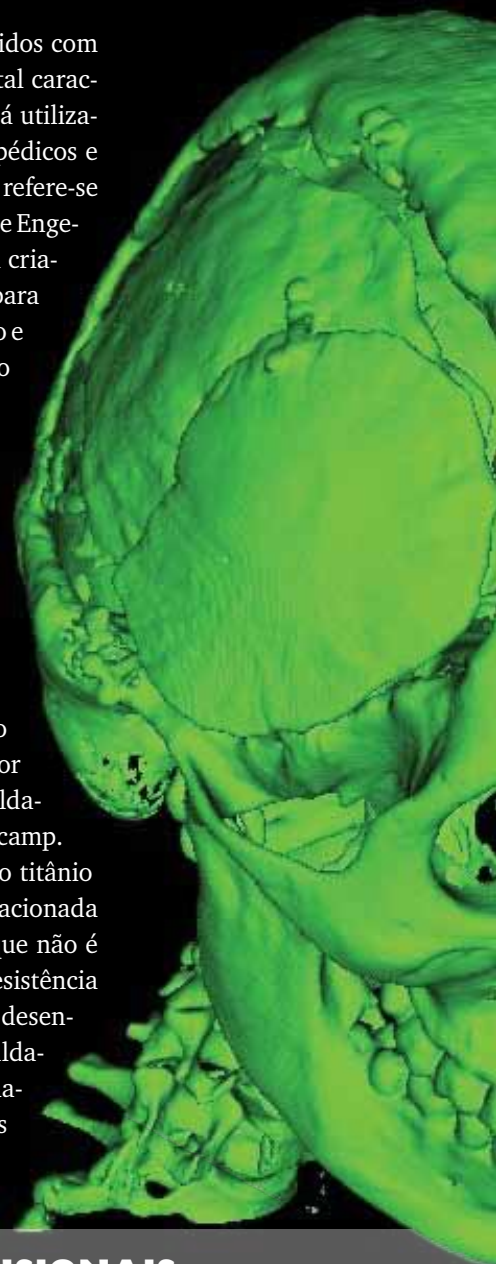
Melina Dias
Vanessa Azevedo

Dados do Departamento Nacional de Trânsito (Denatran) indicam que a violência nas estradas é uma das principais causas de morte no País, com aproximadamente 42 mil vítimas por ano. Segundo o Ministério da Saúde, a falta de segurança no trânsito também envolve, anualmente, 380 mil pessoas em acidentes não fatais, mas com risco de traumas faciais e lesões no crânio, com possibilidades de perda de parte dos ossos e, conseqüentemente, de deformidades. Outra razão para este tipo de sequela é a má-formação congênita e doenças, como a cranioestenose e a plagiocefalia. Graças à tecnologia, próteses fabricadas pelo Instituto Nacional em Ciência e Tecnologia em Biofabricação (INCT-Biofabris) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) podem transformar a realidade de quem convive com deformidades na estrutura óssea.

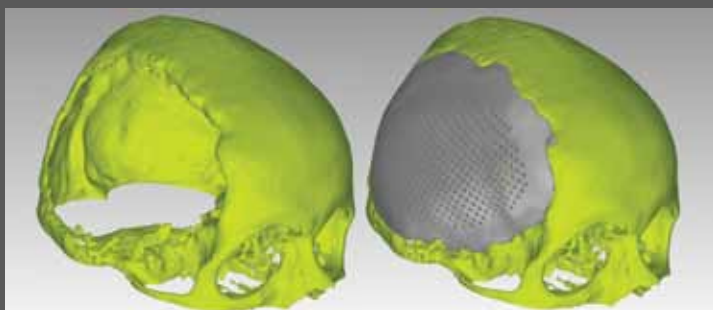
Tecnologia inédita no Brasil, os implantes

cranianos biofabricados são produzidos com uma liga feita à base de titânio, metal caracterizado por leveza e resistência, e já utilizado na fabricação de implantes ortopédicos e odontológicos. O termo biofabricado refere-se à combinação de técnicas das áreas de Engenharia e Biomateriais que permite a criação de mecanismos tridimensionais para a confecção de peças para tratamento e reparação de órgãos e tecidos do corpo humano. Entre os benefícios, a biofabricação de próteses permite a customização da peça para a deformidade apresentada pelo paciente, com adequação das dimensões do implante ao defeito ósseo.

“A inovação proposta pela técnica está no uso do recurso de impressão 3D para a geração de bio-modelo fiel à anatomia craniana do paciente”, destaca o professor doutor André Luiz Jardini Munhoz, da Faculdade de Engenharia Química da Unicamp. Segundo o especialista, a escolha do titânio para a confecção das peças está relacionada à biocompatibilidade do material, que não é tóxico nem corrosivo e apresenta resistência mecânica elevada. Os implantes são desenvolvidos por pesquisadores das faculdades de Engenharia Química e Engenharia Mecânica, Faculdade de Ciências

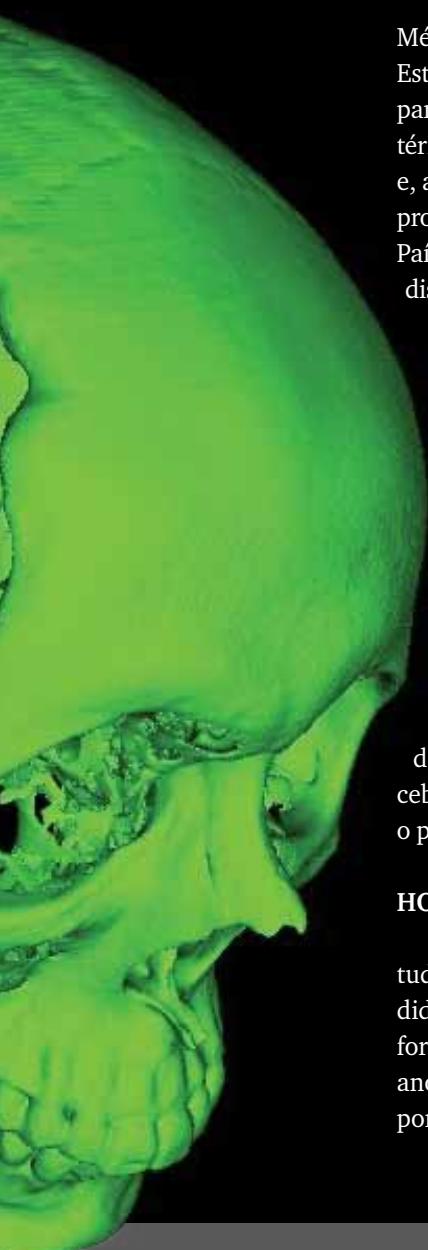


III ETAPAS ENVOLVEM SIMULAÇÕES TRIDIMENSIONAIS



Antes de iniciar o desenvolvimento das próteses biofabricadas o paciente passa por exames em um tomógrafo, que captura imagens em 2D da área do crânio a ser reconstituída. As informações coletadas são inseridas em um programa utilizado para reconstruir o crânio com imagens em três dimensões e, depois, são feitas comparações das regiões sadias dos ossos com as áreas afetadas, a fim de criar uma prótese com dimensão

já são realidade



Médicas e Instituto de Física da Universidade Estadual de Campinas. O laboratório utilizado para a realização dos estudos é ligado ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) e, além dos pesquisadores da Unicamp, reúne profissionais de outras instituições de ensino do País, que trabalham de forma integrada e multidisciplinar na execução de diferentes projetos.

Iniciada em 2011, a iniciativa já beneficiou dois pacientes com o implante de próteses biofabricadas e a expectativa é que outros 13 recebam as peças feitas sob medida. As cirurgias plásticas para colocação dos implantes são feitas no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-Unicamp). “Nossa pretensão é fazer com que essa tecnologia um dia esteja em toda a rede do Sistema Único de Saúde. Já estamos iniciando parcerias com hospitais que podem adquirir o equipamento e, com isso, receber a transferência desse recurso”, adianta o professor André Luiz Jardini.

HOMENS

Todos os pacientes selecionados para o estudo têm histórico de duas cirurgias malsucedidas para a correção de falhas, e a maioria é formada por homens com idades entre 20 e 60 anos. O pesquisador ressalta que as avaliações por parte do Comitê de Ética da Faculdade de

Ciências Médicas já estão sendo desenvolvidas com o propósito de realizar a cirurgia em indivíduos sem histórico de procedimentos corretivos. A participação dos pacientes ocorre apenas na última etapa da pesquisa, em que são desenvolvidos estudos clínicos.

“A primeira cirurgia foi realizada em outubro de 2012. O segundo paciente foi operado em maio de 2013. Ambos vivem normalmente com as próteses feitas de titânio para a correção de deformidades cranianas. Estão trabalhando e realizando exercícios físicos adequados, como natação. Só pedimos para evitem esportes de impacto”, detalha o professor André Luiz Jardini. Após o implante, os próprios pacientes auxiliam os pesquisadores na avaliação da adaptação às próteses e são acompanhados por um período pós-operatório de dois anos.



ANDRÉ LUIZ JARDINI MUNHOZ

Fotos: Antonio Scarpinetti - Ascom - Unicamp

e formato adequados, preservando a aparência e a funcionalidade do crânio. A fase seguinte consiste na elaboração de um ‘crânio modelo’ e de uma prótese polimérica, feitos com auxílio de uma impressora 3D.

Os moldes são avaliados pela equipe médica e usados no planejamento dos procedimentos cirúrgicos, com o propósito de reduzir a duração da cirurgia e os riscos de complicação. Quando o protótipo do implante é aprovado pela equipe de

médicos e engenheiros, começa efetivamente a produção da prótese. A fabricação é feita com uso de equipamento de ‘sinterização direta de metais por laser’, tecnologia recebida com exclusividade pela Universidade Estadual de Campinas no Hemisfério Sul. “A máquina é utilizada para esculpir as camadas de titânio até a configuração do modelo final do implante”, explica o pesquisador. Por fim, a prótese é higienizada e esterilizada para ser implantada no paciente.

Os benefícios da te



vellenat/thinkstockphotos.com

TOQUES NOS OSSOS CRANIANOS
PROMOVEM RELAXAMENTO E BEM-ESTAR

Vanessa Azevedo

De maneira delicada, as mãos repousam sobre os ossos do crânio e sobre o osso sacro, na base da coluna vertebral. Alternadamente, as extremidades dos membros superiores tocam essas superfícies do corpo com o propósito de sentir o ritmo do liquor, fluido cérebro-espinhal que circula entre as meninges, ao redor da massa craniana e se estende até a coluna vertebral. Juntos, a estrutura óssea do crânio e o liquor formam o sistema craniossacral, conjunto que envolve o sistema nervoso e é responsável pelo fornecimento do líquido cérebro-espinhal. Sentir e liberar as restrições do liquor, a fim de identificar e corrigir as alterações do sistema sacrocraniano, são os objetivos da terapia craniossacral (TCS), tratamento de toque com as mãos que promove benefícios físicos e emocionais, e regula o funcionamento do sistema nervoso.

A terapia craniossacral é um tratamento complementar e integrativo que propõe o equilíbrio na flutuação do liquor. A técnica de toques resgata a capacidade de autocura do organismo, além de promover sensações de relaxamento e bem-estar. “Os toques leves, menores do que o peso de uma moeda, induzem as forças hidráulicas inerentes no sistema craniossacral a melhorar o ambiente interno do corpo e a fortalecer a sua própria habilidade de autocorreção”, observa a fisioterapeuta e terapeuta craniossacral Renée Lutz, mestre em Reabilitação do Corpo pela Universidade de Amsterdã.

TOQUE INTEGRATIVO

Dentre os benefícios propostos pela terapia de toques estão a consciência corporal e o relaxamento miofascial e, nestes casos, a técnica é usada de maneira preventiva. Segundo a fisioterapeuta Cristina Yui, terapeuta craniossacral e idealizadora do Toque Integrativo Somato Emocional (TISE), técnica que combina a terapia craniossacral a abordagens de desenvolvimento

terapia craniossacral

Representante do Instituto Upledger no Brasil e no Uruguai, e fundadora da filial brasileira da instituição criada pelo norte-americano John Upledger, idealizador da técnica, a especialista informa que a aplicação é indicada para diferentes enfermidades, entre as quais dores de cabeça e enxaqueca, problemas relacionados ao estresse, disfunções da articulação temporomandibular (ATM), déficit de atenção, autismo e dificuldades emocionais. “Os toques manuais são usados para liberar e dissipar a pressão que pode causar restrições ao sistema nervoso”, acentua.

A terapia craniossacral possui igual aplicação para diferentes condições, com variações às reações do corpo do paciente durante a sessão. “O terapeuta craniossacral deve ser o mais neutro possível e

atuar como um sutil facilitador do processo de cura do paciente, com cuidado para não tentar interpretar ou diagnosticar as reações à aplicação da técnica”, enfatiza. Renée Lutz alerta que a terapia é contraindicada em casos de alteração de pressão intracraniana, hidrocefalia, edemas e hemorragias cerebrais não estabilizados, fraturas e traumatismos cranianos recentes, assim como aneurismas cerebrais.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

As técnicas de Medicina Integrativa são de grande valia na promoção da qualidade de vida de pacientes com diagnósticos de doenças mentais. O educador físico Osvaldo Hakio Takeda, coordenador de Práticas Integrativas do Hospital Dia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina

da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP), informa que a combinação de terapias convencionais e integrativas influencia de maneira positiva nos tratamentos aplicados nos pacientes, pois contribuem para que os mesmos sintam-se melhores.

Para o psiquiatra Elko Perissinotti, vice-diretor do Hospital Dia, a neuroplasticidade é um dos aspectos relevantes trabalhados pela técnica. A terapia de toques é eficiente na correção de danos causados no cérebro e, assim como as demais abordagens integrativas, permite a formação de novos circuitos cerebrais, sinapses e neurônios. “Os danos e as correções de danos estão relacionados às circunstâncias ambientais que envolvem o ser humano, como as relações entre mente e cérebro”, acrescenta.



OSVALDO HAKIO TAKEDA E CRISTINA YUI



ELKO PERISSINOTTI



RENÉE LUTZ

Arquivo pessoal

SOMATO EMOCIONAL

somático, o sistema sacrocraniano influencia no equilíbrio dos aparelhos circulatório, respiratório, imunológico, linfático, digestivo e endócrino. “O toque é uma ferramenta de escuta do corpo, um recurso diagnóstico que possibilita identificar os desequilíbrios e as necessidades do organismo em um determinado momento”, destaca a especialista.

Coordenadora da equipe que aplica o método voluntariamente

nos pacientes do Hospital Dia do HC-FMUSP, a fisioterapeuta diz que a combinação entre as técnicas favorece os trabalhos cognitivos dos tratamentos psiquiátricos, possibilitando o despertar de recursos inatos do ser humano e o favorecimento à reconstrução de sensações positivas, com resolução de estresse pós-traumático decorrente de enfermidades. No TISE, além dos toques, é feita abordagem emocional dos sentimentos dos pacientes.

Legado jesuíta no

RUÍNAS DE SÃO MIGUEL DAS MISSÕES CONTAM PARTE DA HISTÓRIA DO BRASIL

Vanessa Azevedo

A **Companhia de Jesus**, ordem religiosa da Igreja Católica à qual pertence o Papa Francisco I, foi fundada em 1534 por um grupo de estudantes da Universidade de Paris, filhos da nobreza europeia, liderados pelo basco Íñigo López de Loyola, conhecido como Inácio de Loyola (posteriormente Santo Inácio). Durante par-

te dos séculos 17 e 18, os jesuítas foram designados a participar das Missões, que tinham como objetivo propagar o ideal religioso por meio da catequização de índios e da educação formal dos filhos de europeus residentes nas colônias espanholas localizadas na América.

Os padres jesuítas que vieram para a América do Sul com os colonizadores espanhóis fundaram a Província Jesuítica do Paraguai, que hoje corresponde a regiões do Paraguai, Argentina, Uruguai e Brasil. As Reduções eram aldeias com características europeias que abrigavam os índios Guaranis em processo de catequização. Onde atualmente é o Rio

Grande do Sul, os jesuítas fundaram sete povoados entre 1682 e 1706, que ficaram conhecidos como Sete Povos das Missões: São Borja, São Miguel, São Nicolau, Santo Ângelo, São Lourenço, São João Batista e São Luiz Gonzaga. Os religiosos também fundaram outros 23 povoados.

As heranças deixadas pela presença dos jesuítas na região representam um dos conjuntos arqueológicos mais importantes existentes no Brasil, atualmente administrado pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN). Dentre as aldeias criadas pelos padres da Companhia de Jesus destaca-se São Miguel das Missões, município que



Igreja de São Miguel Arcanjo



O QUE VISITAR

Sítio Histórico de São Miguel Arcanjo – Na área estão localizados a Igreja de São Miguel Arcanjo e o Museu das Missões. Além da visita a esses dois espaços, o Sítio Histórico oferece, ao por do sol, o espetáculo Luz e Som, em que efeitos especiais são utilizados para narrar a história das Missões Jesuítico-Guarani na região Sul do Brasil, passando pelo surgimento, desenvolvimento e fim da civilização. No lugar é possível ter contato com os índios Guarani remanescentes, que produzem e vendem artesanato. Em 1938, o Sítio Histórico de São Miguel Arcanjo foi tombado pelo IPHAN como Patrimônio Nacional e, em 1983, foi declarado Patrimônio Cultural da Humanidade pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO).

Igreja de São Miguel Arcanjo – As obras para a construção da igreja foram iniciadas em 1735 e concluídas 10 anos mais tarde. Seu

projeto foi inspirado na Igreja Gesù, localizada em Roma e considerada o principal templo jesuítico em todo o mundo. Suas linhas foram desenhadas pelo arquiteto jesuíta Gian Battista Primolli, nascido em Milão, que chegou ao Brasil em 1730. Diferentemente de outras igrejas missionárias, São Miguel Arcanjo foi construída em pedra de cantaria e não com estruturas de madeira. Com exterior embranquecido com argila, o templo possuía um interior rico e ornamentado por cores, com acabamento de entalhes, pintura e esculturas sacras, conforme a tradição religiosa da época, influenciada pelo estilo Barroco.

Museu das Missões – Projetado por Lúcio Costa, o arquiteto responsável pelo projeto piloto de Brasília, o museu é administrado pelo Instituto Brasileiro de Museus (IBRAM). Seu design é inspirado nas antigas casas indígenas da Redução jesuítica, com o propósito

Sul do País

abriga as mais bem conservadas ruínas daquele período. A cidade é considerada um marco da vinda dos jesuítas ao Brasil e reserva muitas atrações que permitem reviver a época e compreender a história da região Sul, bem como as suas influências religiosas.

São Miguel das Missões está a 519 quilômetros da capital do Rio Grande do Sul, na região Noroeste, próxima à fronteira com a Argentina. O município possui pouco menos de 7,5 mil habitantes e está a 60 quilômetros de distância de Santo Ângelo, ponto de passagem para quem chega de avião à região. A cidade dispõe de hotéis e pousadas para hospedar

os visitantes, além de infraestrutura para alimentação e passeios.

VOLTA AO PASSADO

As construções feitas na época tinham como característica o uso de pedras e a modelagem de arcos e abóbadas. Dentre as rochas utilizadas destaca-se a pedra itacuru, conhecida como pedra do cupim, típica da região, utilizada também para a confecção de sinos e ferragens, por permitir a extração de ferro. Arquitetonicamente, a influência do período Barroco pode ser notada pelas ondulações nas fachadas das construções das igrejas, além da exuberância, dramaticidade e

contraste utilizados na decoração interna dos templos.

Os povoados eram formados por uma praça, com a igreja no centro, que era a principal edificação nestes locais. Próximas às igrejas foram construídas as residências dos padres, além de colégio, oficinas, cemitério e lar das viúvas e órfãos. No entorno estavam as casas dos caciques e, nas periferias, as olarias e os curtumes. Os povoados também tinham portos, açudes, estradas e sede de estâncias. Tal configuração obedecia às determinações da Coroa Espanhola, por meio das *Leyes de India*.

Colaborou na pesquisa Lucas Alves



Pórtico



Cruz Missioneira

Fotos: IPHAN/RS

de auxiliar o visitante na reconstituição de como era a vida nos povoados. O local foi concebido como um simples abrigo para as pinturas e fragmentos de objetos do período, com o propósito de protegê-los da ação do tempo. No Museu das Missões está a maior coleção de arte missionária brasileira, com aproximadamente 100 imagens produzidas nas Reduções nos séculos 17 e 18. Esculturas e fragmentos arquitetônicos de construções do período também estão em exposição.

Fonte Missioneira – Trata-se de um dos sete reservatórios de água que abastecem a região. Distante um quilômetro do Sítio Histórico, a fonte foi construída em arenito e dividida em três níveis, para melhor aproveitamento da água. No primeiro nível, a água destinava-se a consumo. No segundo para higiene e, no último, para irrigação da lavoura. Foi utilizada, anos antes, pelos indígenas.

Cruz Missioneira – Esculpida por indígenas em pedra de arenito, a cruz foi trazida pelos jesuítas para a América do Sul. Sua modelagem foi inspirada em protótipo trazido de Caravaca de la Cruz, na província de Múrcia, na Espanha. Símbolo do Cristianismo, a cruz está presente também na Argentina e no Paraguai, além de outros países da América Latina e do Caribe. Está localizada a poucos metros da Igreja de São Miguel Arcanjo.

Trilha Convivência Guarani – Percurso que liga o Sítio Histórico ao Santuário do Caaró, tradicional ponto de peregrinação na região dos Sete Povos das Missões, a trilha percorre os caminhos que conectam São Miguel das Missões a São Lourenço. Com campos e florestas nativas, o passeio é guiado por índios da etnia M'byá Guarani. Seu destino final, o Santuário de Caaró, é o local onde foram martirizados os padres jesuítas João de Castilho e Roque Gonzáles.

Destaque das gôn

YAKULT 40 ESTÁ CADA VEZ MAIS
DISPONÍVEL EM REDES DE VAREJO

Adenilde Bringel

A Yakult está ampliando cada vez mais a comercialização do leite fermentado Yakult 40 nas grandes redes de varejo, para atender os consumidores que se preocupam com a saúde. O alimento, que possui os exclusivos probióticos *Lactobacillus casei* Shirota, foi lançado em 2001 e, inicialmente, era oferecido ao consumidor apenas por meio da venda direta. Em 2008, a empresa deu início a um plano de vendas por meio de varejo e, atualmente, o produto pode ser encontrado em inúmeros estabelecimentos.

Na norte-americana Wal-Mart, com aproximadamente 550 lojas espalhadas por 19 estados do Brasil, o leite fermentado Yakult 40 é considerado Top 5. A rede de hipermercados trabalha com aproximadamente 15 marcas regulares de produtos fermentados – algumas com forte apelo infantil e diferentes sabores – e um grande universo de lácteos e, mesmo assim, o alimento probiótico da Yakult fica atrás apenas de uma margarina. “Há um crescimento de vendas do leite fermentado Yakult e da categoria como um todo, o que demonstra que os consumidores estão realmente preocupados em ter uma alimentação mais saudável”, ressalta a gerente nacional de Compras do Wal-Mart Brasil, Juliane Bernardes.

O Leite Fermentado Yakult é comercializado no Wal-Mart desde a década de 1990 e, nos últimos anos, a rede

passou a vender também o Yakult 40 nas unidades ‘Premium’. Voltado a um público mais adulto, o Yakult 40 atende principalmente às necessidades de um consumidor que vive em constante correria, com preocupações e estresse, além de consumir álcool e muitos medicamentos, especialmente antibióticos. O produto ‘Premium’ da Yakult contém 40 bilhões de probióticos *Lactobacillus casei* Shirota por frasco de 80 gramas.

O Wal-Mart possui cerca de 30 lojas ‘Premium’ de diferentes tamanhos, instaladas nas regiões mais nobres das principais capitais brasileiras. “Nestas lojas, temos um sortimento de produtos diferenciados com maior valor agregado”, informa Juliane Bernardes. A gerente conta que, em recente pesquisa desenvolvida com exclusividade para o Wal-Mart pela ABAD/Nielsen, ficou demonstrado que os clientes que fre-



dolas

quentam essas lojas buscam por produtos diferenciados, como o Yakult 40.

Por isso, os compradores da rede estão sempre em busca de boas opções para adaptar o sortimento de produtos. Segundo o comprador regional da área de lácteos, Márcio Sérgio dos Reis Pedroso, o Yakult 40 é procurado por consumidores que já são clientes fiéis da marca há muito tempo. “É difícil mensurar o público, mas sabemos que o desempenho do Yakult 40 deve-se ao forte apelo de saúde do alimento, que é muito bem aceito pelo público adulto mais consciente da importância de manter uma boa alimentação”, justifica.

Na rede francesa Carrefour, o Yakult 40 é comercializado desde 2010. Inicialmente, o produto foi oferecido em sete lojas e, logo após o período de testes, o sortimento aumentou para 40 unidades nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Paraná. Hoje, com a boa aceitação dos clientes, a rede ampliou a oferta do leite fermentado também para lojas de Pernambuco, Goiás e Distrito Federal, com total de 102 unidades.



Sofyl ganha versão light

SOBREMESA LÁCTEA
FERMENTADA É A
ÚNICA DO GÊNERO NO
MERCADO BRASILEIRO E
CONTÉM OS PROBIÓTICOS
L. CASEI SHIROTA



Para atender os consumidores que se preocupam em manter uma alimentação menos calórica ou necessitam de um controle no consumo de açúcares, a Yakult desenvolveu a versão light da sua sobremesa láctea fermentada com *Lactobacillus casei* Shirota. O Sofyl Baunilha Light tem redução de 44% do valor calórico em relação ao produto original, conquistada por meio da substituição total da sacarose pelo xarope de maltitol e edulcorante sucralose, e da retirada do creme de leite (fonte de gorduras).

O produto está disponível para o consumidor desde o dia 13 de janeiro, tanto na tradicional venda porta a porta quanto em inúmeras redes de supermercados e hipermercados. Primeira e única sobremesa láctea fermentada existente no mercado brasileiro, o Sofyl possui textura suave e delicada, além de conter os exclusivos microrganismos probióticos da Yakult. Os *Lactobacillus casei* Shirota – os mesmos do Leite Fermentado Yakult e do Yakult 40 – têm propriedades benéficas comprovadas por meio de pesquisas realizadas em diversos países.

A sobremesa láctea fermentada Sofyl foi desenvolvida no Brasil com objetivo de oferecer mais uma opção para consumidores que se preocupam em ter uma microbiota mais saudável. Lançado em 2002, o produto foi selecionado para disputar a final do Concurso Produto Alimentício mais Inovador em 2003, promovido pelo Comitê da Food Ingredients South America, entidade ligada ao setor de alimentos, concorrendo com os mais renomados fabricantes do País.



Super Saudável

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

Confirme já!!

OPINIÃO DOS LEITORES

“Queremos parabenizar pela importante e atual publicação Super Saudável, da Yakult do Brasil. A empresa nacional WasserLink está projetando a ampliação da Estação de Tratamento de Efluentes para atender às suas novas necessidades produtivas e, em visita que fiz na empresa, tive a grata satisfação de ler as matérias da edição nº 58. Gostaria de solicitar que fôssemos incluídos em seu mailing para receber esta boa publicação, que certamente nos auxiliará com matérias bem saudáveis.”

Antonio Celso Rossini
São Paulo – SP.

“Sou médico acupunturista, tenho recebido a revista Super Saudável e desejo continuar a recebê-la, pois, em meu consultório, é a revista mais procurada.”

Dr. Amadeu Kawasue
São Paulo – SP.

“Obrigada pelos quatro exemplares da excelente revista Super Saudável e pelos folhetos informativos enviados pela Yakult. Fico feliz também por ter sido incluída no cadastro de consumidores da empresa. Espero continuar contando profissionalmente com o envio dos próximos exemplares da revista!”

Flávia Corrêa da Costa
Paracatu – MG.

“Ganhei dois exemplares da revista Super Saudável da minha filha e adorei as novidades e as notícias, que são ótimas de conteúdo e totalmente aproveitáveis. Gostei muito da publicação.”

Cléa de Oliveira
Água Branca – SP.

“Li a Super Saudável em um consultório médico e gostei da revista. Seus artigos são excelentes.”

Oswaldo Yadnak
Londrina – PR.

“Quando nós, consumidores, compramos um produto, fazemos com a esperança de que seja bom, mas nunca temos certeza. Só que desta vez posso afirmar que um produto é realmente bom. Recentemente, fiz um exame no intestino e, por esse motivo, eu tinha de tomar lactobacilos. Minha médica me deu uma receita, mas, por uma confusão da farmácia, fiquei sem o remédio. Fiquei muito preocupada, pois meu intestino ficou quatro dias sem funcionar, o que me causou muito medo. Foi aí que resolvi tomar um Yakult, sem esperança, mas tomei. Para minha surpresa, uns 20 minutos depois meu organismo deu sinal de vida. Enfim, eu não estava com problemas. Muito obrigado por falar a verdade sobre o produto de vocês, obrigada por fazer um produto que realmente faz bem.”

Maria do Carmo Soares Fonseca
Santos – SP.



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) 4432-4000.

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