

RENOVARE

REVISTA DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE

ISSN 2359-3326



Ano 2 - Volume 2.
Maio e Junho de 2015.


Uniguaçu

EXPEDIENTE

FACULDADES INTEGRADAS DO VALE DO IGUAÇU – UNIGUAÇU

Rua Padre Saporiti, 717 – Bairro Rio D'Áreia
União da Vitória – Paraná
CEP. 84.600-000
Tel.: (42) 3522 6192

CATALOGAÇÃO
ISSN 2359-3326

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA UNIGUAÇU

Presidente da Mantenedora

Dr. Wilson Ramos Filho

Direção Geral

Prof. Ms. Edson Aires da Silva

Coordenação Acadêmica

Prof^a. Ms. Marta Borges Maia

Coordenação de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão

Cassiana Maria Rocha

Coordenação do Curso de Administração

Prof^a. Ms. Jonas Elias de Oliveira

Coordenação do Curso de Agronomia

Prof^a. Ms. Marcia Maria Coelho Beatriz

Coordenação do Curso de Arquitetura e Urbanismo

Prof. Ms. Eliziane Cappeleti

Coordenação do Curso de Biomedicina

Prof. Dr^a. Janaína Ângela Túrmina

Coordenação do Curso de Direito

Prof. Sandro Perotti

Coordenação do Curso de Educação Física

Prof^a. Ms. Rosicler Duarte Barbosa

Coordenação do Curso de Enfermagem

Prof^a. Ms. Marly Terezinha Della Latta

Coordenação dos Cursos Engenharia Civil

Prof. Adailton Lehrer

Coordenação do Curso de Engenharia Elétrica

Prof. Claudinei Dozorski

Coordenação do Curso de Engenharia Mecânica e de Engenharia de Produção

Prof. Esp. Daniel Machado Gonzales

Coordenação do Curso de Farmácia

Prof. Ms. Marcos Joaquim Vieira

Coordenação do Curso de Fisioterapia

Prof^a. Ms. Giovana Simas de Melo Ilkiu

Coordenação do Curso de Medicina Veterinária

Prof. Ms. João Estevão Sebben

Coordenação do Curso de Nutrição

Prof^a. Esp. Wagner Osório de Almeida

Coordenação do Curso de Psicologia

Prof^a. Esp. Darciele Mibach

Coordenação do Curso de Serviço Social

Prof^a. Esp. Lucimara Dayane Amarantes

Coordenação do Curso de Sistemas de Informação

Prof. Ms. André Weizmann

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA REVISTA

Editor Geral das Revistas Uniguaçu

Prof. Ms. Atilio A. Matozzo

Co-editor

Prof. Ms. Adilson Veiga e Souza

Conselho Editorial

Prof. Dr. Anésio da Cunha Marques (UNIGUAÇU)

Prof. Dr. Thiago Luiz Moda (UNIGUAÇU)

Prof. Dr. Esperidião Elias Aquim (Faculdade Inspirar)

Prof. Dr. Fernando Guimarães (UFRJ)

Prof. Dr. Rafael Michel de Macedo (Hospital Dr. Constantin)

Prof. Dr. Andrey Protela (UNIGUAÇU)

Prof^a. Ms. Melissa Geórgia Schwartz (UNIGUAÇU)

Prof^a. Ms. Paula Josiane Janowski Trojan (UNIGUAÇU)

Prof^a. Ms. Eline Maria de Oliveira Granzotto (UNIGUAÇU)

Prof^a. Ms. Lina Cláudia Sant'Anna (UNIGUAÇU)

SUMÁRIO

EFEITO DO CONSUMO DE LEITE FERMENTADO KEFIR SOBRE O SISTEMA IMUNOLÓGICO E ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES COM AIDS , Bruna Aparecida da Silva, Adilson Veiga e Souza, Lina Cláudia Sant’Anna, Wagner Ozório D’Almeida (UNIGUAÇU).....	05
PSICOTERAPIA HUMANISTA: UMA FORMA DE PROMOVER A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DE UM CADEIRANTE , Elaine de Faria Michele Silva.....	16
A PSICOTERAPIA HUMANISTA NA LUDOTERAPIA: A ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA E O BRINCAR NA DESCOBERTA DE SER-NO-MUNDO , Elaine de Faria Michele Silva.....	30
PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS: DOS TERMOS TÉCNICOS AO CULTIVO E PRODUÇÃO , Marcos Joaquim Vieira.....	42
A IMPORTÂNCIA DO ENSINO DE CUIDADOS PALIATIVOS NAS INSTITUIÇÕES MÉDICAS , Taís Santos Lima, Raphaella Pazzolini Rodrigues Reis, Gabriella Cristine Rosolem Silva, José Ricardo de Oliveira...	52
ALERGIA E HIPERSENSIBILIDADE ALIMENTAR E SUA CORRELAÇÃO COM AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS E OTORRINOLARINGOLÓGICAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA , Taís Santos Lima, Raphaella Pazzolini Rodrigues Reis, Gabriella Cristine Rosolem Silva, Sandra Carvalho de Almeida Braga, Weverson Pedro Lima de Oliveira, Magnus César Mendes de Souza, Vera Lucia Ângelo Andrade.....	65
CORRELAÇÃO ENTRE O IMC, IAC_p E VO_{2MÁX} EM MENINOS ESCOLARES PRÉ PUBERDADE , William Cordeiro de Souza.....	79

EFEITO DO CONSUMO DE LEITE FERMENTADO KEFIR SOBRE O SISTEMA IMUNOLÓGICO E ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES COM AIDS

Bruna Aparecida da Silva (UNIGUAÇU)
Adilson Veiga e Souza (UNIGUAÇU)
Lina Cláudia Sant'Anna (UNIGUAÇU)
Wagner Ozório D'Almeida (UNIGUAÇU)

RESUMO: Este trabalho refere-se a um estudo de caso realizado com pacientes infectados pelo vírus HIV e que tenham desenvolvido a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (aids). A aids é a perda gradativa dos linfócitos T CD4+, deixando o organismo suscetível ao desenvolvimento de doenças oportunistas. Nos últimos anos foi descoberto o antirretroviral que permite a diminuição da carga viral e tem aumentado a sobrevida destes indivíduos. O trato gastrointestinal é o mais afetado tanto pelo HIV quanto pelo tratamento medicamentoso, causando supercrescimento de bactérias patogênicas e má absorção de nutrientes. Assim, o consumo de probióticos pode reconstituir e regular a flora intestinal. O leite fermentado Kefir contém probióticos e possui alto valor nutricional. O leite fermentado foi constituído basicamente de leite pasteurizado e grãos de kefir e os pesquisados consumiram durante quarenta e cinco dias. Este estudo teve por objetivo avaliar o consumo de leite fermentado Kefir no paciente com AIDS com ênfase no sistema imunológico e no estado nutricional, visando uma melhora no seu quadro clínico e na sua qualidade de vida. Os dados foram coletados através de um questionário de frequência alimentar, medidas antropométricas, exames laboratoriais e um diário de sintomas. O estado nutricional dos pacientes antes e depois do estudo demonstrou-se eutrófico. Porém, é importante conhecer e avaliar a alimentação destes pacientes para a diminuição dos sintomas causados pela doença.

PALAVRAS-CHAVES: Aids, Probiótico, Estado Nutricional, Sistema Imunológico.

ABSTRACT: This work refers to a case study conducted with patients infected with HIV and who have developed the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). AIDS is the gradual loss of CD4 + T lymphocytes, leaving the body susceptible to the development of opportunistic diseases. In recent years was discovered antiretroviral allowing the decrease in viral load and has increased the survival of these individuals. The gastrointestinal tract is the most affected by both HIV as drug treatment, causing overgrowth of pathogenic bacteria and malabsorption of nutrients. Thus, the consumption of probiotics can replenish and regulate the intestinal flora. The fermented milk Kefir contains probiotics and has high nutritional value. The fermented milk was basically made with pasteurized milk and kefir grains and surveyed consumed for forty-five days. This study aimed to evaluate the consumption of fermented milk kefir in patients with AIDS with emphasis on the immune system and nutritional status, aiming at an improvement in their clinical condition and their quality of life. Data were collected using a food frequency questionnaire, anthropometric measurements, laboratory tests and a diary of symptoms. The nutritional status of patients before and after the study was demonstrated eutrophic. However, it is important to know and evaluate the power of these patients to reduce the symptoms caused by the disease.

KEYWORDS: Aids, Probiotic, Nutritional Status, Immune System.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS/SIDA) é caracterizada pela perda gradativa dos linfócitos T CD4+, deixando o organismo vulnerável ao

desenvolvimento de doenças oportunistas. Seu agente causador é o *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) que altera o DNA dessa célula e se multiplica até rompê-la (BECHIS ET AL, 2011).

Segundo Schuster; Lise; Hoerlle (2013) a fase de infecção aguda ocorre em cerca de 50 % a 90 % dos casos, sendo que tempo de infecção e o aparecimento de sintomas é de 5 a 30 dias. O período de latência clínica é o desenvolvimento da doença, em média seis anos, caracterizada pela estabilização do vírus e a velocidade da replicação viral. Anticorpos contra o vírus aparecem no sangue dos indivíduos após 3 a 12 semanas, esse período entre o início da infecção e a detecção de anticorpos é denominada de janela imunológica. Na fase aguda a infectividade é 43 vezes maior, caracteriza-se por elevação da carga viral, quanto por resposta imune intensa e rápida queda na contagem de linfócitos CD4+.

Na fase sintomática inicial o portador da infecção pode apresentar sintomas inespecíficos de intensidade variável, além de doenças oportunistas de menor gravidade, como: candidíase oral, diarreia, febre, astenia sudorese noturna e perda de peso superior a 10%. Há uma elevação da carga viral e a contagem de linfócitos T CD4+ já pode se encontrar abaixo de 500 cel/mm³ (BRASIL, 2010).

2 DISCUSSÃO

Com a invenção nos últimos anos do tratamento medicamentoso, a chamada terapia antirretroviral, veio garantir um aumento significativo da sobrevivência dos indivíduos infectados (JAIME et al., 2003).

O Trato Gastrointestinal (TGI) possui papel fundamental nessa patologia, onde episódios de disfunção intestinal, aumento da permeabilidade intestinal, supercrescimento bacteriano e má absorção, que contribui diretamente com a perda de peso (COPPINI e JESUS, 2011). De acordo com Polacow (2004), na aids o trato digestório é muito acometido, devido à diarreia crônica persistem mesmo sem patógenos, gerando mudanças no epitélio intestinal, tais como atrofia das vilosidades e infiltração das células inflamatórias.

Para Bezerra (2006) o trato intestinal é um local favorável ao desenvolvimento da doença pelo HIV, visto a exuberante presença de tecido linfóide e a própria presença de células epiteliais suscetíveis. Isto faz do TGI um potencial reservatório para o vírus, sendo também um local onde ele induz a imunodeficiência.

Os probióticos são organismos vivos, uma classe funcional de bactérias fermentadoras não patogênicas caracterizadas por produzir ácido láctico a partir de carboidratos (WGO et al., 2008).

Os grãos de Kefir produz uma bebida fermentada a partir do leite, os benefícios desse leite fermentado incluem: imunomodulação, proteção contra microorganismos patogênicos, balanço e renovação intestinal (DINIZ et al., 2003).

Este estudo possuiu o intuito de examinar a inclusão de leite fermentado na alimentação de pacientes com AIDS afim de reduzir sintomas gastrointestinais e relacioná-los com a imunidade e estado nutricional.

MÉTODOS

Participaram da pesquisa 2 pacientes, de sexos opostos, com idade entre 53 a 58 anos, portadores do vírus HIV e que já teriam desenvolvido aids, acompanhados pelo Programa de DST/AIDS e Hepatites Virais, atendidos pelo Serviço de Atendimento Especializado de União da Vitória, Paraná. Os pacientes foram escolhidos intencionalmente, pois foi necessário que aceitassem participar com comprometimento.

A terapia nutricional teve início após a avaliação antropométrica para examinar através de Índice de Massa Corporal (IMC) com valor de referência o manual da Vigilância Alimentar e Nutricional- SISVAN de 2004, o estado nutricional inicial, além disso, os pacientes responderam um questionário de frequência alimentar da Universidade de São Paulo (USP) de 2013, onde se avaliou a periodicidade de consumo de fibras insolúveis de cada paciente. Logo após os indivíduos receberam o fermentado para ser ingerido durante o período de estudo, que durou quarenta e cinco dias. Na primeira semana de ingestão os pacientes foram orientados a consumir metade da porção (40gramas). A partir da semana seguinte a

recomendação foi consumir a porção inteira (80 gramas) este estudo ocorreu entre setembro e outubro de 2014.

Os dados coletados foram tabulados no programa Microsoft Excel e com os resultados obtidos não foi possível realizar análise estatística, em razão de tratar-se apenas de dois pacientes. Este esboço foi aprovado pelo Núcleo de Ética e Bioética das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu- UNIGUAÇU.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O fermentado foi elaborado no Laboratório de Técnica Dietética das Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu, adicionado suco concentrado sabor de maracujá e adoçante, para que não houvesse aumento calórico do produto.

Inicialmente os dois pacientes estavam eutróficos segundo a classificação do IMC, sendo que ao término do estudo os mesmos mantiveram este estado nutricional, como mostra a tabela 1:

TABELA 1 - Comparação do imc antes e após o estudo

Identificação	Peso Inicial	Altura	Classificação	Peso Final	Classificação
Paciente A	76,5	1,80	23,61kg/m ² - Eutrofia	77	24,06kg/m ² - Eutrofia
Paciente B	53	1,58	21,28kg/m ² - Eutrofia	54,5	21,88kg/m ² - Eutrofia

O mesmo resultado que Ladeira e Silva (2012) encontraram quando realizaram a avaliação do IMC em 37 pacientes assistidos pelo Programa de DST/Aids e Hepatites Virais em Itaperuna- RJ, deste modo verificaram que 57% dos pesquisados foram classificados como eutróficos, 28,5% com sobrepeso, 8,5% com baixo peso e 6% com obesidade.

E ainda Oliveira et al. (2008) que avaliou 218 pacientes, sendo 62,39% homens e 37,61% mulheres, encontrou 2,29% em estado de magreza, 61,93% em eutrofia, pré-obesidade e obesidade 35,78%, havendo maior porcentagem em pacientes eutróficos nos dois sexos: homens 64,71% e mulheres 57,32%.

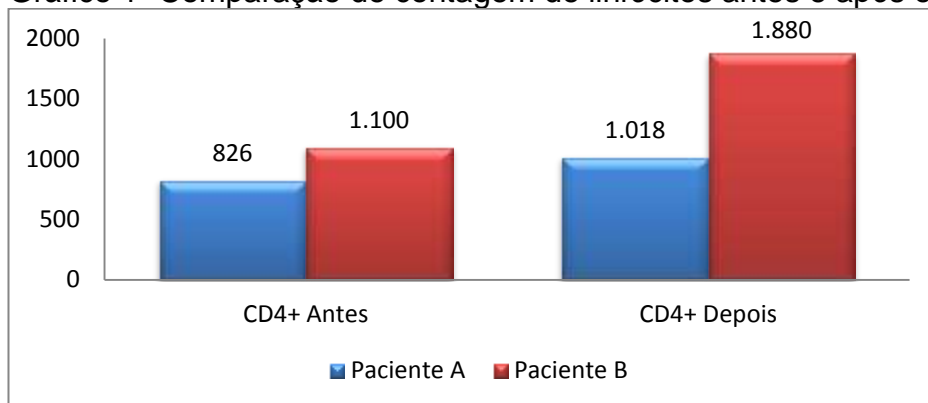
O questionário de frequência alimentar determinar o consumo de fibras diário, semanal, mensal ou anualmente, além dos tipos de alimentos mais consumidos pelos pacientes. Portanto, o resultado obtido foi que eles ingerem pelo menos uma vez ao dia um tipo de fonte de fibra insolúvel e alimentos de origem láctea. Sendo que, alimentos ricos em fibra são: Frutas, Verduras, Hortaliças, Leguminosas e Produtos Integrais, deste modo este estudo possuiu intuito de inserir os probióticos através do leite fermentado Kefir sem alterar o hábito alimentar dos pesquisados.

Relacionando o estado nutricional dos estudados e qualidade alimentar demonstra que este consumo é confiável, pois apesar de consumirem alguns alimentos ricos em gordura ainda se apresentam eutróficos.

As fibras são essenciais para o bom funcionamento do intestino, para a mucosa intestinal e auxiliam no controle do diabetes e colesterol. Presentes principalmente nos vegetais, frutas, grãos integrais e leguminosas. Através de uma alimentação saudável o organismo reage melhor as infecções, pois há um fortalecimento do sistema imune (BRASIL, 2006).

Assim sendo, a célula CD4+ principalmente atacada pelo vírus do HIV é monitorada para que se tenha um parecer de como se encontra o SI do infectado. O exame de Contagem de Linfócitos CD4+ dos pacientes foi examinado inicialmente o estudo e posteriormente:

Gráfico 1- Comparação de contagem de linfócitos antes e após o estudo



Desta maneira, observa-se que os dois pacientes obtiveram aumento nas células CD4+ após a aplicação do fermentado.

Assim sendo Trois (2005) selecionou 78 crianças e as dividiu em dois grupos: grupo controle (não suplementado com probióticos) e grupo probiótico (suplementado com *Bifidobacterium bifidum* com *Streptococcus thermophilus*) que apresentaram valores iniciais de células CD4+ 580 cel/mm³ e 673 cel/mm³ respectivamente. Ao final do estudo, verificou-se que o grupo probiótico apresentou um aumento de células 791 cél/mm³ e o grupo não suplementado teve redução para 538 cél/mm³.

O mesmo encontrado no estudo de Coppini e Jesus (2011) onde foram analisadas e comparadas 77 crianças infectadas pelo HIV e receberam via oral uma fórmula contendo *Bifidobacterium bifidum* com *Streptococcus thermophilus* ou fórmula padrão sem probiótico durante dois meses, não apresentaram diferenças significativas em relação à consistência das fezes. Entretanto, os que receberam a fórmula suplementada com os probióticos apresentaram melhora imunológica, havendo uma reabilitação da flora intestinal, favorecendo a absorção intestinal e aumentando a contagem de linfócitos CD4+.

Portanto, Trois (2005) explica que a estimulação das células CD4+ se dá pela resposta imune de outras superfícies de mucosa intestinal, assim, a resposta das células B, pela modulação da composição da microflora intestinal dos pacientes. A má absorção contribui diretamente para a diminuição da contagem de linfócitos, por isto, para reverter o desajuste imunológico é importante restaurar a função digestiva e absorptiva do intestino o mais precocemente estágio da doença da infecção pelo HIV.

Desta forma, para avaliar a função do TGI diariamente após a ingestão do fermentado o pesquisado anotava no Diário de Sintomas o que estava sentindo, por esse meio se analisou algum sintoma que não era de sua rotina e se apresentou melhora nos sintomas causados pela terapia medicamentosa.

O paciente A descreveu em seu diário os sintomas ocorridos no durante a ingestão do leite fermentado, relatando que nos primeiros dias sentiu febre (2,22%), náusea (2,22%), azia (4,44%) e constipação (6,66%) sintomas sentidos em algumas vezes, já antes do estudo. No entanto, após o terceiro dia de ingerir o paciente

relatou diarreia (2,22%). Após o período de adaptação do organismo com o fermentado apresentou distensão abdominal (15,55%), gases (22,22%) e mais tarde próximo aos 20 dias nenhum outro sintoma (44,44%). Como apresentado no gráfico 2 a seguir:

GRÁFICO 2 - Sintomas apresentados pelo paciente a

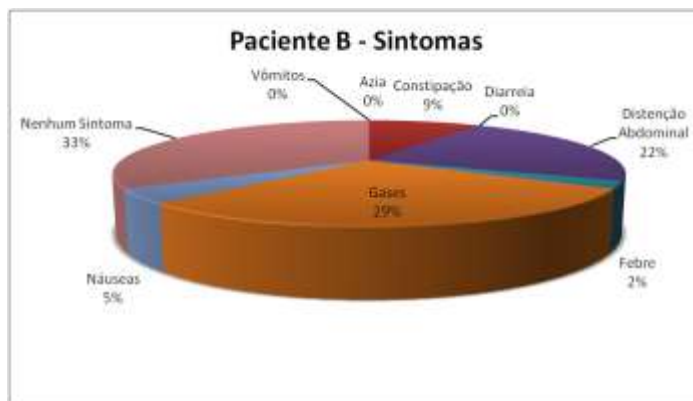


E ainda, o paciente mencionou que nos dias 1 a 3 do estudo senti-se mal em relação ao estômago e intestino. A partir de 3 a 7 sentiu-se regular, passando a se sentir bem e até o final do estudo sentiu-se ótimo. As relações de ruim, regular, bem e ótimo para o paciente significava em comparecer ao banheiro diariamente, dificuldade em defecar, constipação e abdômen inchado.

A paciente B mencionou em seu diário de sintomas que durante o dia 1 a 4 apresentou febre (2,22%), constipação (8,88%) e náusea (4,44%), este último devido aos grãos de Kefir e pelo odor do leite fermentado, pois a mesma não gosta de leite e aceitou participar por achar o leite importante para a saúde e o restante dos sintomas é progressivo.

Após algumas semanas, a paciente demonstrou distensão abdominal (22,22%), gases (28,88%) e nenhum sintoma (33,33%), com dificuldade de ingerir o leite fermentado, mas com desejo em concluir o estudo. Os sintomas estão explanados no gráfico a seguir. Em relação ao seu estômago e intestino a paciente expôs que nos dias 1 a 5 sentiu-se péssima e ruim, nos dias 5 a 10 regular passando a perceber-se bem e até o fim do estudo, se declarou ótima.

GRÁFICO 3- Sintomas apresentados pela paciente b



Deste modo Meirelles e Azevedo (2009) após a aplicação durante 60 dias de um iogurte adicionado com probióticos em uma paciente do sexo feminino com disbiose intestinal demonstraram que os sintomas ocorridos são os semelhantes encontrados neste estudo, onde no 1º dia ocorreram vômitos e náuseas, constipação, abdômen distendido, gases e azia frequentemente e severamente, já no 30º dia apenas distensão abdominal e gases de maneira leve, no 60º dia apresentou com abdômem distendido e gases ocasionalmente.

Por isso, nota-se a importância da alimentação e educação nutricional nesses indivíduos, para que o paciente saiba distinguir os alimentos seguros e saudáveis de seu prato. Desta maneira, finalizando o estudo se elaborou um folder para os pacientes expondo a importância da alimentação para amenizar os sintomas causados pela doença, pois uma alimentação saudável o tornará menos susceptível aos sintomas severos.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo verificou-se possíveis relações que a nutrição pode ter para minimizar os sintomas causados pela aids. Através da avaliação dos hábitos alimentares e o estado nutricional dos pesquisados, observou-se um estado eutrófico, no entanto, se faz necessário o acompanhamento desses indivíduos desde o início do diagnóstico, como forma de prevenir o desenvolvimento de outras doenças crônicas não transmissíveis. Pois, foi avaliado introdução de probióticos na alimentação sem alterá-la, visando uma melhora no quadro sintomatológico e imune.

Contudo, se observou resultados positivos por meio da comparação dos exames laboratoriais e da sintomatologia dos pesquisados do início e fim da pesquisa.

A terapia nutricional com probióticos, prebióticos e glutamina seriam uma interessante forma de auxílio na melhora do quadro clínico e sintomatológico dos estudados, já que apenas com a adesão dos probióticos houve resultados positivos.

E ainda, se nota a importância da inserção do profissional nutricionista na equipe multidisciplinar de acompanhamento no Programa de DST/AIDS, a fim de acompanhar o estado nutricional dos pacientes desde o início do diagnóstico, além de direcionar a atividade de educação nutricional, sanar dúvidas alimentares e a escolha de alimentos que amenizem os sintomas.

REFERÊNCIAS

BECHIS, Maria Amália et al. Efeito de alimento fermentado como terapia nutrológica na melhora da qualidade de vida em pacientes com hiv/aids. **International Journal Of Nutrology**. Americana-sp, p. 17-23. Maio 2011. Disponível em: <http://www.aferbio.com.br/site/images/stories/trab_abran_8_2011_pacientes_aids.pdf>. Acesso em: 14 set. 2014.

BEZERRA, M.E. **Prevalência de manifestações esofagogastroduodenais em pacientes com HIV/AIDS, submetidas à endoscopia digestiva alta, no Hospital Universitário de Brasília**. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **.Doenças infecciosas e parasitárias : guia de bolso.8** . ed. Brasília - DF, 2010. 448 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Alimentação e Nutrição para Pessoas Que Vivem com HIV e Aids**. Brasília - DF: E, Programa Nacional de Dst/aids, 2006. 60 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/cartilha_alimentacao_nutricao_0.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2014.

COPPINI, L.Z.C; JESUS, R.P.**Terapia Nutricional na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS)**.2011. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/9_volume/terapia_nutricional_na_sindrome_da_imunodeficiencia_adquirida_hiv_aids.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2014.

DINIZ, R.O. et al., Atividade anti-inflamatória de quefir, um probiótico da medicina popular. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, Alfenas MG, v. 13, n. 1, p.19-21,

jan. 2003. Anual. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfar/v13s1/a08v13s1.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2014.

JAIME, P. C. et al. **Prevalência de sobrepeso e obesidade abdominal em indivíduos portadores de HIV/AIDS, em uso de terapia antirretroviral de alta potência**, São Paulo. Revista Brasileira de Epidemiologia v.7, n. 1, 2003.

LADEIRA, Patrícia Oc; SILVA, Danielle Cristina G. Estado Nutricional e Perfil Alimentar de Pacientes Assistidos pelo Programa de DST/Aids e Hepatites Virais de um Centro de Saúde de Itaperuna-RJ. **J Bras Doenças Sex Transm.** Itaperuna-rj, p. 28-31. jul. 2012. Disponível em: [http://www.dst.uff.br/revista24-1-2012/8.Estado Nutricional e Perfil Alimentar de Pacientes Assistidos.pdf](http://www.dst.uff.br/revista24-1-2012/8.Estado%20Nutricional%20e%20Perfil%20Alimentar%20de%20Pacientes%20Assistidos.pdf). Acesso em: 04 nov. 2014

MEIRELLES, Priscila Cardoso; AZEVEDO, Jefferson Silva Argout. **Influência do uso de iogurtes adicionados com probióticos na disbiose intestinal em paciente do sexo feminino avaliada em consultório nutricional – relato de caso.** In: CIC PESQUISA E RESPONSABILIDADE AMBIENTAL, 16, 2009, Ibirapuera. **XVI Congresso de Iniciação Científica.** São Paulo: Dcta/ufpel, 2009. p. 01 - 04. Disponível em: http://www2.ufpel.edu.br/cic/2007/cd/pdf/CS/CS_02003.pdf. Acesso em: 16 nov. 2014.

OLIVEIRA, Odeth Maria Vieira et al. Perfil nutricional e fatores de risco para obesidade central de pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Com. Ciências Saúde.** Brasília, p. 305-314. out. 2008. Disponível em: http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2008Vol19_4art08perfil.pdf. Acesso em: 05 nov. 2014.

POLACOW, Viviane Ozores et al., Alterações do estado nutricional e dietoterapia por HIV. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v. 19, n. 2, p.78-84, abril 2004. Trimestral. Disponível em: http://www.sbnpe.com.br/_n1/docs/revistas/volume19-2.pdf. Acesso em: 16 mar. 2014.

SCHUSTER, Aline Daniele; LISE, Michelle Larissa Zini; HOERLLE, Jairo Luis. Avaliação sorológica de HIV por técnicas de ELISA de quarta geração. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Porto Alegre - RS, v. 3, n. 4, p.122-127, out. 2013. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/3895/3249>. Acesso em: 10 maio 2014.

TROIS, Lívia. **Uso de probióticos em crianças HIV positivas: um ensaio clínico randomizado duplo cego (controlado).** 2005. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciência Médicas: Pediatria, Departamento de Faculdade de Medicina- Programa de Pós Graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. Disponível em: [file:///C:/Users/Carlos/Downloads/Uso de probióticos em crianças](file:///C:/Users/Carlos/Downloads/Uso%20de%20probioticos%20em%20criancas)

HIV positivas - um ensaio clínico randomizado duplo cego (controlado).pdf>. Acesso em: 05 maio 2014

WGO, Organização Mundial de Gastroenterologia et al. **Probióticos e Prebióticos**. 2008. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/pt/pdf/guidelines/19_probiotics_prebiotics_pt.pdf>. acesso em: 14 abr. 2014.

PSICOTERAPIA HUMANISTA: UMA FORMA DE PROMOVER A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DE UM CADEIRANTE

Elaine de Faria Michele Silva (FADEP)

RESUMO: A Psicologia Humanista concebe uma concepção positiva da personalidade humana aberta a todos os valores. Neste trabalho o enfoque é o tratamento psicológico em cliente deficiente/cadeirante por meio de sessões de psicoterapia na Psicologia Humanista. Objetiva, principalmente, ampliar a produção de conhecimento entre essa Psicologia e o cliente em interação com exercícios de Fisioterapia, abordando diferentes contextos, centralizando o indivíduo. Especificamente busca desenvolver a Psicoterapia Individual Humanista junto ao cliente Sr. Cliente, auxiliar na dissipação dos seus medos, com o auxílio da Psicologia Humanista e promover melhora na qualidade de vida do cliente referido. Os procedimentos metodológicos consistiram em realização de sessões de Psicoterapia Individual Humanista, pesquisa em fontes bibliográficas e na elaboração de relatórios da análise. Os resultados do estudo indicam ampliação significativa do conhecimento da Psicologia Humanista e a capacidade do deficiente/cadeirante em resolver seus próprios conflitos, com promoção da dissipação dos seus medos e melhora na qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia Humanista; Cadeirante; Psicoterapia.

ABSTRACT: The Humanistic Psychology conceives a positive conception of human personality open to all values. In this work the focus is psychological treatment in poor client / wheelchair through psychotherapy sessions in Humanistic Psychology. Aims mainly to expand production of knowledge between this psychology and the customer interaction with physiotherapy exercises, covering different contexts, centralizing individual. Specifically seeks to develop the Individual Psychotherapy Humanistic with Mr. Client client, assist in the dissipation of the fears with the help of Humanistic Psychology and promote improvement in the quality of life of that customer. The methodological procedures consisted of performing Individual psychotherapy sessions Humanist, research in literature sources and preparation of analysis reports. The results of the study indicate significant expansion of knowledge of Humanistic Psychology and the ability of the disabled / wheelchair to resolve their own conflicts, promoting the dissipation of the fears and improved quality of life.

KEYWORDS: Humanistic Psychology; Wheelchair; Psychotherapy.

1 INTRODUÇÃO

Considerando a definição sobre a Psicologia Humanista proposta por **Abraham Maslow**, a compreensão de que o homem pode fazer seu um convite externo a si mesmo e como pode realizar-se, mediante aceitação de valores em um contexto fora dele próprio, requer “que se tenha do homem uma concepção que admite a transcendência como característica da natureza humana” (GIORDANI, 1990, p.43).

Assim, um enfoque surgido na América, a chamada Terceira Força ou a Psicologia Humanista, trouxe uma concepção positiva da personalidade humana,

que sustenta a objetividade e a transcendência dos valores, tanto que a proposta psicológica contempla a concepção da pessoa aberta a todos os valores, na qual o homem se realiza mais plenamente na medida em que aceita valores transcendentais (GIORDANI, 1990).

Estudar a Psicologia Humanista segundo Carl Rogers foi o propósito deste trabalho, a fim de conhecer a sua atuação no tratamento psicológico em conjunto com a aplicação de sessões de psicoterapia com cliente cadeirante.

Na busca de um completo ajustamento ao seu tempo, delineou-se para esse caso clínico o desenvolvimento a partir de um objetivo primordial: resgatar a qualidade de vida de um deficiente/cadeirante, utilizando a Psicoterapia individual, articulado à tríade universitária: ensino-aplicação-resultado, promovendo a aceitação e inserindo-o a vários contextos sociais.

A necessidade levantada foi a de intervir, junto a esse cliente, com a Psicoterapia Individual Humanista, a qual visa atuar na distorção de pensamento do cadeirante, que vivencia sua condição de vida atual como um problema, buscando promover a melhoria de qualidade de vida do mesmo.

O objetivo principal foi ampliar a produção de conhecimento entre a Psicologia Humanista e o deficiente/cadeirante em interação com exercícios de Fisioterapia, abordando diferentes contextos, centralizando o indivíduo.

O caso clínico foi desenvolvido de março a maio de 2010, com realização de 08 (oito) sessões de Psicoterapia Individual Humanista, prevendo 50 (cinquenta) minutos para cada sessão.

2 ABORDAGEM À PSICOTERAPIA HUMANISTA E AO CARÁTER INTIMISTA DE ACEITAÇÃO DE SI

Trazendo informações sobre as características da qualidade de vida, com respeito às teorias contemporâneas encontra-se uma dualidade: o conceito da qualidade de vida é citado como um dos mais antigos existentes, ao mesmo tempo em que se constitui como o mais moderno nessa busca e, ambas as compreensões

são agregadas às críticas modernas e a redefinição desse conceito (BUARQUE, 1993).

Desde o final do século XVIII e início do século XIX, com a Revolução Industrial, a qualidade de vida passou a ser equivalente a viver na região urbana, utilizando-se de máquinas que fizessem o trabalho pesado e manutenção do controle sobre a natureza (BUARQUE, 1993).

O termo qualidade de vida surgiu em 1964, quando o então presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, declarou: “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”, passando ao interesse de cientistas sociais, filósofos e políticos (FLECK *et al.*, 1999, p.20).

O século XX trouxe mudanças no conceito de qualidade de vida que se tornou o consumo em toda a sua utopia e, indica a incorporação da igualdade como meta, mudança dos produtos (BUARQUE, 1993).

Este conceito, porém, “Foi desenvolvido a partir da premissa de que qualidade de vida é um *construto* multidimensional” (ALBUQUERQUE, 2006, p. 87), confirmando que esse *construto* pode não estar presente na vida de pessoas em sua integralidade e, se estiver de modo parcial, nem sempre o indivíduo o entende como tal.

A construção de um novo conceito de qualidade de vida requer subordinação a seis bases éticas: a democracia, a demolição da apartação, o equilíbrio ecológico, a descentralização, a eficiência econômica e a abertura internacional (BUARQUE, 1993).

Inerente à qualidade de vida, quando se trata de terapia, a psicoterapia individual entra como um método de reorganização da personalidade, segundo Carl Rogers, fundador da Terapia Centrada no Cliente.

Rogers indica a necessidade de um terapeuta humano – caloroso, empático, confiável, receptivo – no relacionamento terapêutico, cujo resultado é percebido quando o paciente medicado e passivo, se torna o cliente e parceiro ativo na relação psicoterápica (SABETTI, 1991).

Tendo como fonte de consulta a obra de Carl Rogers *Psicoterapia e consulta psicológica* (2005) e em outras obras que descrevem o seu método, entende-se essas em suas denominações como processos de entrevistas, entrevistas de tratamento, consultas psicológicas e psicoterapia, os contatos mantidos entre indivíduos que se designam como psicológicos, conselheiros pedagógicos, conselheiros matrimoniais, psiquiatras, assistentes sociais, orientadores educacionais, chefes de relações humanas na empresa e entre pacientes nos quais pode ser provocada uma alteração construtiva de atitudes, através do contato pessoal (ROGERS, 2005).

Uma divisão ocorreu, no entanto, para duas das expressões: às consultas psicológicas foram agregadas as entrevistas acidentais e superficiais; ao termo psicoterapia, caracterizaram-se contatos mais intensivos e prolongados, buscando reorganizar mais profundamente a personalidade (ROGERS, 2005).

A consulta psicológica requer utilização de meios psicoterapêuticos e inclui métodos de ajudar indivíduos em dificuldades, apresentando problemas comportamentais, fracassos, perturbações emocionais, neuroses, delinquência, infelicidade conjugal. Um desses métodos é compreender o tratamento dos problemas individuais por meio da ação do ambiente, buscando levá-lo a uma adaptação satisfatória (ROGERS, 2005).

Não é a psicoterapia um método novo, mas superou antigas técnicas de trabalho psicológico, tal como a de ordenar e punir; a promessa; a auto-sugestão; a catarse; o emprego do conselho; o problema escolar; e, o lugar de interpretação intelectualizada (ROGERS, 2005).

Modernamente, um novo método realiza a terapia individualizada e visa diretamente:

Maior independência e integração do indivíduo em vez de se esperar que esses resultados se consigam mais depressa pela ajuda do psicólogo na solução do problema. É o indivíduo, e não o problema, que é posto em foco. O objetivo não é resolver um problema particular, mas ajudar o indivíduo a desenvolver-se para poder enfrentar o problema presente e os futuros de uma maneira mais perfeitamente integrada (ROGERS, 2005, p.28).

A perspectiva com o uso desse método pode ser alinhavada em suas diferenças: confiança profunda de que o indivíduo pode reorientar-se para a maturidade, para a saúde e para a adaptação; acentuação significativa dos elementos emotivos, os aspectos afetivos da situação para além dos aspectos intelectuais; ênfase à situação mais imediata do que ao passado do indivíduo; a relação terapêutica é uma experiência de crescimento, na qual o indivíduo aprende a compreender-se a si próprio (ROGERS, 2005).

Com respeito à psicoterapia humanista, a descrição sobre o conceito de humanismo criado por Carl Rogers aborda os registros feitos pelo autor na obra *Tornar-se pessoa* (1999) quando, ao relatar uma entrevista psicológica a uma mãe que abre o seu desespero sobre o casamento, sobre as relações perturbadas com o marido, sentimento de fracasso e confusão, que interpretou como o início de uma real terapia. Sobre isso, escreveu que:

Esse incidente foi um daqueles que me fizeram sentir o fato – de que só mais tarde me apercebi completamente – de que é o próprio cliente que sabe aquilo de que sofre, qual a direção a tomar, quais problemas são cruciais, que experiências foram profundamente recalcadas. Comecei a compreender que, para fazer algo mais do que demonstrar minha própria clarividência e sabedoria, o melhor era deixar ao cliente a direção do movimento no processo terapêutico (ROGERS, 1999, p. 13).

Segundo Finkler (2000), desde a década de 1970 as publicações acerca da Psicologia humanística, em Roma, fortaleceram a percepção de psicólogos sobre a prática psicoterápica correspondente a um novo pensamento e aplicação das ciências psicológicas. Abraham H. Maslow¹ e outros psicólogos aprofundaram a dinâmica das emoções e as características do comportamento, fazendo com que a Psicologia Humanista destacasse o espontâneo interesse do indivíduo pelo significado do sentido espiritual da pessoa.

¹ Abraham Maslow foi um psicólogo comportamental, membro da *Human Relations School*, em finais da década de 1950. Abraham Maslow nasceu em Brooklyn, licenciou-se em Wisconsin e doutorou-se na Universidade de Columbia, onde também trabalhou no departamento de investigação. No Jardim Zoológico de Bronx, estudou o comportamento dos primatas e, entre 1945 e 1947, foi diretor-geral da *Maslow Cooperage Corporation*. Em 1951, lecionava Psicologia Social na Universidade de Brandeis. Maslow ficou conhecido pelo desenvolvimento da Teoria da Motivação Humana.

Assim, o psicoterapeuta humanista aposta na atitude comunicativa nas comunicações do outro, pois “A Psicologia Humanista constroi seus conceitos básicos e sua práxis sobre o modo de ser e de funcionar da mente humana normal e adulta” (FINKLER, 2000, p.21).

É tarefa, portanto do psicólogo humanista ocupar-se de pessoas emocionalmente doentes, mas, de assumir o papel de educador e de formador de personalidades, ajudando as pessoas no desenvolvimento de seus potenciais de liberdade interior, de criatividade, de valores superiores. Com isso, propõe o estímulo ao homem em “Realizar sua natural vocação a superar sua limitação física e fisiológica para alçar-se à realização de si pela auto transcendência” (FINKLER, 2000, p.22).

Trata-se da aceitação de si, proposta por Carl Rogers de que “Quanto mais um indivíduo aceita a si mesmo, mais ele está predisposto a aceitar o outro” (SHEEHAN, 2005, p.22).

Para Rudio (2003, p.13) na relação de ajuda buscada pelo cliente, estabelece-se uma conversa estruturada, com o propósito de resolver um problema ou dificuldade presente: “Alguém busca ajuda. Outra pessoa é considerada capaz de prestar o auxílio que é pedido. E, para que isso aconteça, os dois indivíduos interagem”.

Com a terapia, o cliente tenta descobrir seu próprio eu, utilizando a relação na exploração, exame de diferentes aspectos de sua experiência, reconhecimento e enfrentamento das contradições descobertas. Soren Kierkegaard, no século passado, escreveu sobre o dilema do indivíduo, destacando que o desespero reside no fato de não escolher ou não estar disposto a ser ele mesmo. Importante transcrever esse trecho da obra de Rogers quanto à exploração do eu:

Essa exploração se torna até mais perturbadora quando se vêem envolvidos em remover as falsas faces que não sabem ser falsas faces. Começam a ingressar na tarefa assustadora de explorar os sentimentos turbulentos e algumas vezes violentos dentro de si. Remover uma máscara que se acreditava constituir parte de seu verdadeiro eu pode ser uma experiência profundamente perturbadora (ROGERS, 1999, p. 124-5).

Um clima psicológico favorável a um processo de tornar-se permite que o indivíduo deixe cair as máscaras com as quais se defendia na vida, passa a vivenciar plenamente os aspectos ocultos em si mesmo e descobre nessas experiências o estranho que é para si mesmo. Uma pessoa que aflora, no mínimo, aprende a viver a sua vida como um participante em um processo fluido, constante, no qual descobre frequentemente novos aspectos de si mesmo no decorrer de sua experiência: são elementos presentes em tornar-se pessoa (ROGERS, 1999).

Afirma Rudio (2003), que a terapia é um diálogo, e o psicoterapeuta atua como um participante, parte integrante, vivendo com o cliente a sua experiência da aventura psicoterápica, como companheiro ativo, com um modo especial de participação. Nesta participação cria condições favoráveis para que cliente descubra o caminho e o percorra por si mesmo.

Quanto à concepção humanista da personalidade, Rogers evidencia um conjunto de conceitos: o conceito de organismo, conceito de campo experiencial, conceito de campo fenomenológico, conceito de *self*, conceito de autoestima.

Apresentando o conceito de *self*, é definido por Rogers como um “[...] padrão conceptual estruturado fluido mas consistente das características do “Eu” ou do “Mim”, que são admissíveis à consciência, juntamente com os valores ligados a estes conceitos” (1954, p.55 *apud* MEIRELES, 2002, p.01).

Com esta interpretação:

O indivíduo cria uma imagem de si, chamada de *self*, que pode ou não reagir a uma experiência de maneira realista; ou seja, se o indivíduo se percebe como alguém ‘bonzinho’ e que as exigências do meio social onde convive definem que ter atitudes agressivas é algo ruim, quando uma reação de raiva for desencadeada pelo organismo, esta poderá até nem ser experimentada, ou, na melhor das hipóteses, negada, pois, segundo a imagem que o indivíduo tem de si mesmo, ele não é alguém que experimente este tipo de sentimento (ROGERS, 1978, p.197 *apud* RAFAEL, 2002, p.38).

Sendo atendidas as necessidades do organismo de modo satisfatório, o indivíduo desenvolve um *self* que está em congruência com ele; não sendo atendidas tais necessidades, funde-se um grau de incongruência, e leva ao desenvolvimento da má saúde psicológica, conforme Rogers (FONTANA, 2002).

Há também o conceito de *self* ideal, qual seja, a imagem que trazemos em nós do tipo de pessoa que desejamos ser, evidenciando-se a congruência entre o *self* e o *self* ideal, entre a pessoa que achamos que somos e a pessoa que gostaríamos de ser.

A incongruência, entretanto, se estabelece quando com um grande hiato ou verdadeiro conflito entre o *self* e o *self* ideal, tem-se desequilíbrio e desintegração. Entendendo que “Não é possível ter sempre congruência entre organismo, *self* e *self* ideal, Rogers reconhece que todos nós carregamos alguma incongruência” (FONTANA, 2002, p.270).

Observando as considerações de Rogers a respeito da imagem do eu, o psicólogo indica “a configuração experiencial formada por percepções referentes ao Eu, às relações do Eu com os outros, com o ambiente e com a vida em geral, com os valores que o sujeito associa a estas distintas percepções” (ROGERS; KINGET, 1977, p. 164 *apud* RAFAEL, 2002, p.42).

Com isso, para explicar a autoestima, à qual Rogers atribui a responsabilidade de indicar de que modo o indivíduo constroi o conhecimento em si mesmo e de como esse conhecimento é dependente daquilo que ouve de outras pessoas sobre ele, a maneira como é tratado (FONTANA, 2002).

Complementa Khoury (2004, p.15), uma das conceituações da autoestima é “a avaliação favorável de si mesmo”, momento em que o indivíduo passa a fazer auto-avaliações de diferentes aspectos de sua vida, desde a aparência física até as possibilidades e limitações.

Considerando que cada pessoa deseja ser aceita como é, abstendo-se de avaliações ou preconceitos sobre ela:

A única via para chegar a uma verdadeira compreensão é levar em conta a percepção que a pessoa tem de si mesma. Quanto mais se entra no mundo perceptivo do outro, para ver a situação como ele a vê e captar o significado que ele próprio lhe atribui, tanto mais seguramente se chega a compreendê-lo a fundo e por dentro (BORRIELO, 2003, p.331).

A percepção que a pessoa tem de si mesma deve ser levado em conta na obtenção da compreensão real; o ingresso no mundo perceptivo do outro, vindo a

situação que ele vê e captando o significado que lhe atribui permite compreendê-lo a fundo e por dentro, constituindo-se na denominada compreensão empática.

A compreensão empática é um método proposto por Rogers, no qual se atende ao desejo da pessoa de sentir-se livre para expressar-se e tomar decisões com senso de responsabilidade pessoal. Esta liberdade “É promovida estimulando-se o indivíduo a falar livremente de si, a avaliar a própria ação, a identificar as vias a serem percorridas e as decisões a tomar” (BORRIELO, 2003).

3 O CASO CLÍNICO

O caso clínico foi realizado com o Sr. Cliente por meio da aplicação de sessões psicoterápicas. O Sr. Cliente, de 48 anos, vítima de acidente de trabalho há 14 anos, teve traumatismo crânio-encefálico (TCE), tendo Hemiplegia como seqüela. Apresentou em sua triagem a queixa de medo de cair, e isolamento social.

Dificuldades em expressar e verbalizar seus sentimentos, demonstrando em alguns momentos estado depressivo, choroso e pensamentos depreciativos e de desesperança, assim como uma autoestima baixa.

Crenças básicas ao longo da sua vida, a partir das quais formam a visão de si mesmo distorcida, desde sua infância e que atualmente geram uma sensação de desconforto psíquico.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

No decorrer das sessões psicoterápicas foram realizadas análises sobre as questões inerentes ao atendimento, às respostas e alterações comportamentais do cliente e da percepção quanto aos resultados do tratamento.

A elaboração dessa análise deu-se após a 8ª sessão, última sessão do Sr. Cliente. Ao ser encaminhado para o serviço de Psicologia o Sr. Cliente trouxe consigo alguns medos e incertezas, com a sua autoestima baixa, o que lhe gerou sintomas de depressão, chorando ao conversar sobre as suas dificuldades no

convívio com a esposa e angustiado diante de pensamentos pessimistas que o conduziam a um isolamento familiar e social.

Seus pensamentos apresentavam-se confusos diante da dificuldade de expressar e verbalizar os seus sentimentos verdadeiros. Suas emoções estavam contidas, propiciando, em alguns momentos, uma linguagem agressiva diante do descontentamento com a sua condição de deficiente físico, com dificuldades de enfrentamento.

Crenças desde sua infância e adolescência distorceram sua percepção de uma vida adulta sem complexos e dificuldades, gerando uma sensação de desconforto psíquico. Sua vida estava sem sentido, não se percebia como um ser humano com necessidades e desejos; seus sonhos estavam embotados.

Sofrendo e descrente das suas reais possibilidades para reorganizar-se e reconstruir-se enquanto sujeito, buscou um atendimento do Serviço de Psicologia. Chegou a este como um ser humano fragmentado e inconformado com sua condição de usuário de uma cadeira de rodas, devido ao acidente de trabalho que ocorrera a 14 anos, tendo Hemiplegia como seqüela de Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE).

Segundo Rogers (2005), ao vir procurar ajuda o cliente já traz em si uma iniciativa, o que facilita o processo terapêutico. Quando procurou o Serviço de Psicologia, o Sr. Cliente trouxe consigo o interesse por mudanças, já estava necessitando de que algo ocorresse dentro de si.

A empatia da Psicoterapeuta por seu cliente se estabelece quando ele percebe que há uma escuta e um olhar, despidos de críticas, sendo congruente com todo o material que é trazido para a sessão.

Rogers (1999, p. 37) já havia esclarecido quanto à relação do psicólogo com o paciente que:

Quanto mais conseguir ser genuíno na relação, mais útil esta será. Isso significa que devo estar consciente de meus próprios sentimentos, o mais que puder, ao invés de apresentar uma fachada externa de atitude, ao mesmo tempo em que mantenho uma outra atitude em um nível mais profundo ou inconsciente. Ser genuíno também envolve a disposição para ser e expressar, em minhas palavras em meu comportamento, os vários sentimentos e atitudes que existem em mim.

Foi conduzida a Técnica Rogeriana com autenticidade expressa em suas palavras e uma postura ética e pessoal junto ao cliente, construindo com o mesmo no *setting* terapêutico uma relação de apoio e um trabalho de libertação de forças interiores que o aprisionam, capacitando-o para enfrentar a si e ao outro.

Rogers (2005) enfatiza que a Abordagem Centrada na Pessoa justifica esta postura do terapeuta.

Lembra Rudio (2003) de que ocorre o estabelecimento de uma consideração positiva incondicional do terapeuta com o seu cliente e o indivíduo sente-se respeitado tal como é. Com essa condição, o cliente pode ser congruente, sendo realmente o que é, sem esconder-se por detrás de máscaras ou fachadas.

Em razão de que o Sr. Cliente passa a verbalizar seus progressos, o processo terapêutico também passa a ser conduzido por ele mesmo, pois a Linha Humanista está centrada no cliente, e não é diretiva, dando liberdade ao cliente para conduzir seus 50 minutos de sessão, como lhe interessa, trazendo o material que ache conveniente trabalhar em sessão. Mais uma vez as respostas obtidas neste tratamento psicoterápico indicam progresso na sessão.

Rogers (2005, p.171) refere-se à catarse, quando ocorre a libertação afetiva do cliente dos sentimentos e atitudes que reprimia. Muitas vezes essa libertação se revela no modo físico, a distensão, o alívio da tensão física que acompanha essa catarse. E, assim, “A liberdade de se exprimir livremente torna o cliente igualmente capaz de explorar a sua situação de forma muito mais adequada do que alguma vez fora capaz, na maior parte dos casos”. Sinaliza progressos reais na sessão e uma construção do seu *Self Real*.

Em *Notas*, Rogers (2005, p. 427) refere-se a casos nos quais o cliente passa a deter o controle de sua sessão, com o seguinte registro de um caso clínico:

Esta passagem encerra a medida plena dos progressos realizados. A melhoria gradual, o completo controle do cliente sobre a sua vida e o seu progresso opõem-se num contraste flagrante às atitudes iniciais. Nesse momento, era um indivíduo que sofria e sem esperanças. Agora é um adulto confiante, senhor de si e sem receio da realidade.

Rogers (2005) recomenda que o psicólogo reconheça com rapidez e aceite o

sentimento do cliente com relação ao encerramento das sessões, pois caso essas atitudes não fossem aceitas, o cliente continuaria a sentir desejo de terminar, mas entraria em conflito, com receio de que o Psicólogo desejasse que ele continue.

Na 8ª sessão ocorre o encerramento do seu atendimento psicoterapêutico. O cliente verbaliza que acabou o material para trazer à sessão, assim como relata seus progressos e conquistas.

Segundo Rogers (2005), trata-se da aceitação do eu, quando o cliente percebe a relação estabelecida entre o seu próprio eu, da forma como pensa em seu cotidiano, e os seus impulsos menos válidos e menos aceitáveis. Quando chega a uma experiência integrada, torna-se uma pessoa menos dividida, uma unidade mais funcional em que cada sentimento e cada ação têm seu correspondente em qualquer outro sentimento e ação.

Para Rogers (2005), o objetivo maior da Terapia Centrada na Pessoa é o de propiciar uma maior qualidade de vida para essa pessoa e que ela possa sentir-se beneficiada em suas relações interpessoais e fortalecida em seu mundo interior.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No ensino e aprendizagem da Psicologia deve ser considerado o aspecto da qualidade de vida das pessoas que buscam um tratamento psicoterápico com o propósito de resolver seus problemas e conflitos particulares e alcançar uma forma de vida mais plena e com alta autoestima.

Uma das linhas da Psicologia voltadas à ajuda psicoterápica na obtenção de tais fatores é a denominada Psicologia Humanista, que foi o tema deste caso clínico cujo enfoque foi um atendimento psicológico individual a cliente cadeirante.

Com os resultados da realização do caso clínico é possível concluir que a análise das respostas comportamentais obtidas do cliente permitiu verificar-se a ampliação significativa do conhecimento entre a Psicologia Humanista e a capacidade do deficiente/cadeirante em resolver seus próprios conflitos.

Concluiu-se que as sessões psicoterápicas com a Psicologia Humanista realizadas com o Sr. Cliente promoveram a dissipação dos seus medos e melhora

na qualidade de vida do cliente, que declarou na última sessão não ter mais nenhum material para as sessões da psicoterapia.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Sandra Márcia Ribeiro Lins de. **Qualidade de vida do idoso: a assistência domiciliar faz a diferença?** 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo : Cedecis, 2006.

ANGERAMI - CAMON, Valdemar Augusto. O ressignificado da prática clínica e suas implicações na realidade da saúde. In: _____. **Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica.** São Paulo: Pioneira, 2002.

_____. **Atualidades em psicologia da saúde.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

BORRIELO, Luigi. **Dicionário de mística.** São Paulo: Paulus : Loyola, 2003.

BUARQUE, Cristovam. Qualidade de vida: a modernização da utopia. **Lua Nova Revista de Economia e Política**, v.31, n.93, p.157-165, 1993.

FINKLER, Pedro. **Por que sou psicólogo humanista?** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr**, 21 (1), p.19-28, 1999.

FONTANA, David. **Psicologia para professores.** 2. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

GIORDANI, Bruno. **Resposta ao chamado de Deus:** estudo psicológico sobre a vocação. São Paulo: Loyola, 1990.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. Qualidade de vida – aspectos conceituais. **Revista Salus**, Guarapuava-PR, v.1, n.1, p.13-15, jan./jun. 2007.

KHOURY, Karim. **Com a corda toda:** auto-estima e qualidade de vida. 4. ed. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2004.

MEIRELES, Emanuel. **Abordagem centrada na pessoa:** método, influências, visão de ciência e aplicações da teoria de Carl Rogers. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, abr. 2002. Disponível em: <www.rogeriana.com/meireles/metodo01.htm>. Acesso em: 13 abr. 2010.

RAFAEL, Maria da Graça Ferreira. **A relação de ajuda e a ação social**: uma abordagem rogeriana. Estudo sobre a Auto-Estima e as Estratégias de Coping realizado com Estudantes da Universidade do Algarve. 2000. 141f. Dissertação [Mestrado em Relação de Ajuda] Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2000. Disponível em: <www.cpihts.com>. Acesso em: 13 abr. 2010.

ROGERS, Carl. **Tornar-se pessoa**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Psicoterapia e consulta psicológica**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

RUDIO, Franz Victor. **Orientação não-diretiva**: na educação, no aconselhamento e na psicoterapia. 14. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

SHEEHAN, Elaine. **Baixa auto-estima**: esclarecendo suas dúvidas. São Paulo: Agora, 2005.

SABETTI, Stephano. **O princípio da totalidade**: uma análise do processo da energia vital. São Paulo: Summus, 1991.

**A PSICOTERAPIA HUMANISTA NA LUDOTERAPIA: A ABORDAGEM
CENTRADA NA PESSOA E O BRINCAR NA DESCOBERTA DE SER-NO-MUNDO**

Elaine de Faria Michele Silva² (FADEP)

RESUMO: O estudo tem como assunto a Psicologia Humanista voltado à ludoterapia em seus recursos como temática de enfoque. O objetivo principal compreende a aplicação de sessões de psicoterapia na forma de ludoterapia na linha da Psicologia Humanista privilegiando a Abordagem Centrada na Pessoa, a fim de ajudar o cliente no seu trabalhar atitudes frente ao isolamento familiar, síndrome do pânico e momentos de ansiedade. De modo específico visa aplicar a Psicoterapia Individual Humanista com ênfase na Abordagem Centrada na Pessoa neste cliente; auxiliar na promoção do desenvolvimento dos potenciais de liberdade interior, de criatividade e valores superiores; e atuar na psicoterapia para uma transição de dificuldade para a aprendizagem. Os resultados indicam o abandono do cliente criança ao tratamento psicoterápico por vontade e decisão da mãe, responsável pelo cliente e pelo seu encaminhamento às sessões de psicoterapia. Entende-se que a vontade da família prevalece como condição para a realização ou participação em sessões de psicoterapia de clientes crianças.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia Humanista; Abordagem Centrada na Pessoa; Ludoterapia.

ABSTRACT: The study is subject Humanistic Psychology returned to play therapy in its resources as the focal theme. The main purpose with the application of psychotherapy sessions in the form of play therapy in the line of Humanistic Psychology favoring the Person Centered Approach in order to help the customer in their work attitudes to family isolation, panic disorder and anxiety moments. Specifically intended to implement the Individual Psychotherapy Humanistic emphasizing the Person Centered Approach this client; assist in promoting the development of the potential of inner freedom, creativity and higher values; and act in psychotherapy for a transitional difficulty learning. The results indicate the client abandoned child to psychotherapeutic treatment will and mother's decision, responsible for client and its referral to psychotherapy sessions. It is understood that the family will prevail as a condition for holding or participating in customer children psychotherapy sessions.

KEYWORDS: Humanistic Psychology; the Person Centered Approach; play therapy.

1 INTRODUÇÃO

Nas décadas de 1940 e 1950 as principais teorias psicológicas que seguiram a Psicologia Humanista incluem a Logoterapia, ou psicologia do sentido, de Victor Frankl, a Abordagem Centrada na Pessoa, de Carl Rogers, e a Gestaltterapia, de Fritz e Laura Pers.

Na *Introdução* da obra de Axline, o próprio Rogers menciona que: “Aqui as crianças são vistas de dentro, seus temores, suas necessidades mais profundas, seus ódios mais amargos, suas emoções mais remotas, seu desejo de crescer em espírito tanto quanto no físico – aqui encontramos crianças como elas são” (AXLINE, 1972, p.XII).

² Formada em Administração de Empresa e em Psicologia; Especialista em Administração Empresarial; Especialista em Formação de Professores para Docência no Ensino Superior; Especialista em Educação Especial - Atendimento às Necessidades Especiais; Formação em Terapia Familiar e de Casal Sistêmica.

Quanto à Abordagem Centrada na Pessoa, portanto, buscam-se informações nas obras de Rogers, tido como uma das maiores expressões da Psicologia Humanista, desenvolvendo a sua teoria com base na tendência à atualização, qual seja, da idéia de que “as pessoas vão se mover no sentido da saúde, quando as condições para o crescimento são criadas e restauradas” (VITOLA; CEMIN, 2005, p.117).

Na ludoterapia, o processo terapêutico centrado na criança considera o brinquedo como a melhor forma de comunicação com a criança, acompanhado dos jogos, desenhos, a argila, papel e as tintas para pintura, bem como a história infantil, um meio de comunicação com ela.

Neste caso clínico definiu-se a Psicologia Humanista para a realização de sessões de psicoterapia no formato de ludoterapia com o Cliente Criança, tendo como estratégia de atuação psicoterápica a Psicologia Humanista que, em sua linha de construção de conceitos básicos e de *práxis* acerca do modo de ser e de funcionar da mente normal, privilegia o desenvolvimento dos potenciais de liberdade interior, de criatividade e valores superiores.

Entendeu-se que o Cliente Criança diagnosticado o seu problema, pode receber tratamento psicoterápico, no formato de ludoterapia, a fim de que reverta o quadro vivencial e consiga desenvolver um aprendizado seguro e eficaz.

O objetivo geral consistiu na aplicação de sessões de psicoterapia na forma de ludoterapia na linha da Psicologia Humanista privilegiando a Abordagem Centrada na Pessoa, a fim de ajudar o cliente no seu trabalhar atitudes frente ao comportamento de isolamento familiar, síndrome de pânico e momentos de ansiedade.

2 A PSICOTERAPIA HUMANISTA, ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA E LUDOTERAPIA: UM BREVE ENFOQUE

Quanto à concepção humanista da personalidade, Rogers evidencia um conjunto de conceitos, a serem descritos a seguir: o conceito de organismo, conceito

de campo experiencial, conceito de campo fenomenológico, conceito de *self*, conceito de autoestima.

O organismo é considerado por Rogers como “[...] o tempo todo um sistema totalmente organizado no qual a alteração de qualquer parte pode produzir mudanças em qualquer outra parte”. E, a este respeito, delineia quatro atitudes ou modos de ser específico: a abertura a experiência, a confiança na sabedoria do organismo para manter-se e aceitar, disposição para ser um processo, enquanto processo, disposição para experimentar ambiguidade (MILHOLLAN, 1972, p.167).

O organismo é compreendido como a pessoa total, incluindo as necessidades básicas como aquelas de sobrevivência, emoções, sentimentos, sensações e necessidades sociais, sendo a mais importante a de apreciação positiva (FONTANA, 2002).

Já para o conceito de campo experiencial Rogers afirmara: “Todo o indivíduo existe num mundo de experiência do qual é o centro e que está em permanente mudança”; com isto, define esse mundo como um campo fenomenal ou campo experiencial (ROGERS, 1974, p.465 *apud* RAFAEL, 2000, p.35).

No conceito de campo fenomenológico, Rogers (1974) salienta a existência de um campo de experiência particular a cada indivíduo, dotado das experiências, sensações, percepções, recordações, e se encontra disponível à consciência do indivíduo em determinado momento. A definição desse campo é “A percepção que o indivíduo tem de si e da realidade” (RAFAEL, 2000, p.36).

O conceito de *self*, é definido por Rogers como um “[...] padrão conceptual estruturado fluido mas consistente das características do ‘Eu’ ou do ‘Mim’, que são admissíveis à consciência, juntamente com os valores ligados a estes conceitos” (1954, p.55 *apud* MEIRELES, 2002, p.01).

Sendo atendidas as necessidades do organismo de modo satisfatório, o indivíduo desenvolve um *self* que está em congruência com ele; não sendo atendidas tais necessidades, funde-se um grau de incongruência, e leva ao desenvolvimento da má saúde psicológica, conforme Rogers (FONTANA, 2002).

Há também o conceito de *self* ideal, qual seja, a imagem que trazemos em nós do tipo de pessoa que desejamos ser, evidenciando-se a congruência entre o *self* e o *self* ideal, entre a pessoa que achamos que somos e a pessoa que gostaríamos de ser.

A incongruência, entretanto, se estabelece quando com um grande hiato ou verdadeiro conflito entre o *self* e o *self* ideal, tem-se desequilíbrio e desintegração. Entendendo que “Não é possível ter sempre congruência entre organismo, *self* e *self* ideal, Rogers reconhece que todos nós carregamos alguma incongruência” (FONTANA, 2002, p.270).

Observando as considerações de Rogers a respeito da imagem do eu, o psicólogo indica “a configuração experiencial formada por percepções referentes ao Eu, às relações do Eu com os outros, com o ambiente e com a vida em geral, com os valores que o sujeito associa a estas distintas percepções” (ROGERS; KINGET, 1977, p. 164 *apud* RAFAEL, 2000, p.42).

Para falar da Abordagem Centrada na Pessoa, segundo Rogers (1972, p.39), tem como base o princípio de que:

Todo ser humano tem a capacidade de compreender-se a si mesmo e de resolver seus problemas de modo suficiente para alcançar a satisfação e eficácia necessárias ao funcionamento adequado. [...] Ele tem igualmente uma tendência para exercer esta capacidade. [...] Esta capacidade é entendida como integrante de seu conteúdo natural [...] mas a atualização eficaz desta potencialidade não é automática (ROGERS; KINGET, 1972, p.39).

Rogers (1977) afirma que o ser humano possui a capacidade de compreender a si mesmo e na resolução de seus problemas, de forma a obter a satisfação e o funcionamento adequado.

Concluindo esta informação acerca da abordagem, Moreira (2007, p.47) lembra que ambas as críticas se tornaram obsoletas: “Rogers deixou de utilizar a denominação *Teoria Não-diretiva* na década de cinquenta e, em seus últimos livros, refere-se à sua teoria como Abordagem Centrada na Pessoa”.

Rogers (2005, p.115-6) destaca que outras definições existem sobre o método terapêutico e mesmo de definição da relação de consulta; no entanto, tal

definição será mais comum quando o psicólogo aceita maior responsabilidade na solução do problema essa responsabilidade passa a ser o centro de seus esforços.

Com a ludoterapia, segundo Tanouye (2005), cabe ao terapeuta observar e interpretar as projeções da criança de modo a compreender o mundo interno e a sua personalidade. Tais ações requerem instrumentos que facilitem as projeções, pois quanto menor a criança, maior dificuldade terá em verbalizar de modo efetivo ou adequado os seus conflitos.

Segundo Axline (1972), a ludoterapia tem por base o fato de que o jogo se constitui no meio natural de auto-expressão da criança, uma oportunidade na qual ela se liberta de seus sentimentos e problemas por meio do brinquedo. Em sua forma, a ludoterapia pode ser diretiva ou não; nesta forma, a responsabilidade e a direção acerca da orientação e interpretação são deixadas à criança.

Destaca a autora que:

A terapia não-diretiva é baseada no pressuposto de que o indivíduo tem dentro de si mesmo não só a capacidade de resolver os seus problemas satisfatoriamente, mas também esse impulso de crescimento que faz o comportamento maduro mais satisfatório do que o comportamento imaturo (AXLINE, 1972, p.14).

Trata-se de uma terapia iniciada no ponto em que o indivíduo está e aí baseia o seu processo, com mudanças ocorrendo a cada instante do contato terapêutico. Por ser não-diretiva, esta terapia possibilita ao indivíduo ser ele mesmo, aceitar-se de modo completo, sem avaliação ou pressão para que se modifique (AXLINE, 1972).

Entendendo que “A criança tem necessidade de amor, deseja-o, tende a comportar-se de maneira que lhe permita a repetição de experiência desejada”, ao promover repetições de experiência, é possível que o indivíduo passe a aceitar o juízo de valor feito sobre si. Neste caso, abandona a sabedoria de seu organismo, desiste de centro de avaliação e passa a comportar-se em acordo com valores estabelecidos por outros, de modo a conservar o amor (ROGERS, 1976, p.18).

De acordo com Landreth (2002, p.9) “As crianças devem ser abordadas e compreendidas a partir de uma perspectiva de desenvolvimento”. Longe de serem

vistos como adultos em miniatura, deve-se perceber o seu mundo como uma das realidades concretas e suas experiências, muitas vezes, comunicadas através da brincadeira.

Complementa Barbosa (2005, p.44), com base em Corey (1983), “O papel do terapeuta [...] está fundado em suas atitudes e em sua maneira de ser, e não na implementação de técnicas destinadas a levar o cliente a ‘fazer algo’.”.

Entretanto, o mais importante na ludoterapia centrada na criança não consiste exatamente na utilização dos brinquedos ou na interpretação do comportamento, mas, na relação, que é a chave para o crescimento (LANDRETH, 2002).

Neste ambiente a criança é tratada com dignidade e respeito, exercendo o seu direito próprio como indivíduo, com ampla e total abertura para que diga aquilo que quiser e da forma de decidir, e é aceita completamente, assim como quando decide brincar com os brinquedos que quiser do modo que gostar; ainda, pode odiar e amar com a mesma intensidade, ou mesmo ser indiferente, a exemplo de uma estátua e ser aceita completamente (AXLINE, 1972).

A denominada brinquedoteca, local na qual se dá a sessão psicoterápica, definida por Cunha (2007, p.13) como “Um espaço criado para favorecer a brincadeira. É um espaço onde as crianças (e os adultos) brincam livremente, com todo o estímulo à manifestação de suas potencialidades e necessidades lúdicas”.

Neste espaço pode-se “brincar de casinha, criação e prática de estórias e contos de fadas, jogo do rabisco, desenho, pintura, modelagem, dentre outras atividades” (TANOUYE, 2005, p.1).

A brinquedoteca é essencial para as crianças e demais profissionais, pela oportunidade de observarem e refletirem diante das atitudes das crianças, pois é através do brincar que elas desenvolvem as relações sociais e outros aspectos psíquicos (OLIVEIRA; LUENGO; BARROS, 2005).

É comum que as crianças aceitem a ludoterapia e adquiram confiança suficiente em seu terapeuta para se expor, brincando livremente. Algumas, no entanto, esquivam-se das atividades projetivas e preferem brinquedos cujo grau de

exposição é muito menor, a exemplo dos jogos, para os quais são previamente determinadas as regras e o comportamento (TANOUYE, 2005).

A consistente terapia com Abordagem Centrada na Pessoa tem como elemento fundamental o foco no relacionamento. O sucesso ou fracasso de fato repousam sobre o desenvolvimento e manutenção do relacionamento terapêutico. Na Abordagem Centrada na Pessoa a terapia vê a criança focada no jogo, em vez de apresentar o problema; terapeutas que se concentram no diagnóstico e avaliação têm uma maior probabilidade de perder a visão da criança (LANDRETH, 2011).

3 ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

Para este caso clínico o encaminhamento foi externo, tendo como queixa principal trazida pela mãe é que o filho, nos últimos meses, apresenta comportamento de pouco carinho e afeto pelas irmãs, mãe e avó. Se distancia da família, se isola no quarto para jogar “jogos violentos”, no computador. Não se interessa em terminar nenhuma atividade, como as tarefas escolares. A mãe suspeita que o filho tenha Síndrome do Pânico referentes aos desmaios e vômitos, que o menino apresenta em algumas situações.

Com relação à história da doença (ou Moléstia Atual), a mãe relata que desde pequeno P. é dependente dela e das suas irmãs. Sempre que se sente sozinho ou em situações ameaçadoras ele desmaia, sente fortes dores de barriga, vômito. Isto começou a acontecer quando ele estava com dois anos de idade e perdura até hoje. Antigamente, era carinhoso e querido e, atualmente não tem paciência com ninguém, fica “brabo” frequentemente e não suporta cobranças. Passou a tratar mal a sua família e não se interessa em atividades diversas como a escola ou outros cursos.

Neste caso clínico não há hipótese de diagnóstico em razão do abandono ao tratamento psicoterápico, pois o Cliente Criança participou de apenas duas sessões.

Elaborada essa análise pertinente às duas sessões realizadas pelo Cliente Criança verificou-se que a decisão de sua responsável (Mãe), orientada pela Professora Escolar do cliente para procurar ajuda psicológica faz eco ao que dispôs

Angerami-Camon (2004) acerca da Psicologia da Saúde, que vem ser mais presente em casos de condições de saúde física e biológica que comprometem sensivelmente a saúde psicológica do indivíduo.

Analisando a trajetória do Cliente Criança verifica-se a interrupção nas sessões de psicoterapia, sem nenhum esclarecimento por parte da mãe, responsável pelo seu ingresso ao tratamento psicoterápico.

A Psicoterapeuta E. compreende este comportamento e decisão de interrupção do tratamento psicoterápico do Cliente Criança, por parte da pessoa responsável, como uma capacidade de livre arbítrio e no direito que lhe assiste como mãe; não pode deixar de considerar, entretanto, a perda de oportunidade para o cliente referido quanto a uma possibilidade de mudança em seu comportamento e para a busca de si.

Lembra-se dos registros de Axline (1972, p.10) de que cada indivíduo possui em seu interior uma força poderosa em luta constante para a sua auto realização, e se caracteriza em uma corrida para a maturidade, independência e auto direção. A satisfação direta será adquirida se a ele for concedida a própria permissividade, domínio e aceitação de si, e assim atingir a dignidade, como direito natural do ser humano.

Com base no aprendizado teórico, entende-se que a sessão psicoterápica propicia ao cliente uma porta aberta para a descoberta de si, com o auxílio do terapeuta, de atitudes de aceitação incondicional do outro, empatia e congruência proposta por Rogers (1977).

No caso de cliente criança que abandona o tratamento vigora, certamente, o livre arbítrio na decisão de seu responsável; neste caso do Cliente Criança, da decisão tomada por sua mãe.

Assim, a compreensão sobre este caso clínico indica que não foi concedida ao Cliente Criança a oportunidade de sair pela porta aberta que a psicoterapia pode proporcionar, pela limitação ao tratamento como escolha e decisão da mãe.

Valendo-se da literatura para melhor explicitar esta análise, cita-se Nunes *et al.* (2009, p.360) quanto à participação familiar no tratamento da criança:

Na psicoterapia com crianças, alguns aspectos importantes diferenciam os desafios de tal empreendimento com adultos: em primeiro lugar, as crianças dependem dos adultos, em especial do pai e da mãe e podem se tornar vulneráveis a determinados aspectos dos adultos, diante dos quais não têm controle, o que podem atuar sobre a natureza e a severidade dos problemas da criança: a relação do casal, a saúde mental dos pais, estressores, condições socioeconômicas.

Referindo-se ao estudo documental realizado por Gastaud e Nunes (2009) na identificação de preditores de abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças, com pesquisa em prontuários de duas instituições de atendimento psicológico a crianças em Porto Alegre, os resultados indicaram que dentre 2.106 prontuários analisados, 200 crianças tiveram alta e 793 abandonaram seus atendimentos.

Explicitando o abandono, assim registram Gastaud e Nunes (2009, p.16):

Abandono

A psicoterapia é encerrada antes que os objetivos estabelecidos no contrato tenham sido atingidos, independentemente dos motivos que levaram o paciente ou o terapeuta a interrompê-la e independentemente do fato de a decisão ter sido uni ou bilateral. O atendimento deve ter tido duração mínima de 1 mês para o paciente ser considerado abandonante.

Acerca do abandono de sessões de psicoterapia por clientes crianças, Nunes *et al.* (2009) informam uma incidência, para o Brasil, de 10% a 20% de crianças que sofrem de doenças psiquiátricas, sendo que poucas chegam a receber um atendimento e é ainda menor o número de crianças que completam o tratamento proposto.

Nunes *et al.* (2009, p.360) citam que “Uma criança não atendida pode desenvolver futuras psicopatologias”, pois, segundo Kancyper (1999, p. 77) “o que se silencia na infância, manifesta-se a grito na adolescência”.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a certeza sobre a importância da psicoterapia para o tratamento de crianças registra-se mais uma vez a ideias de Rogers que, ainda em 1928 revelou a

sua preocupação com as crianças mediante publicação acerca do tratamento clínico para criança-problema.

Retoma-se o objetivo do trabalho, que consistiu na aplicação de sessões de psicoterapia na forma de ludoterapia na linha da Psicologia Humanista privilegiando a Abordagem Centrada na Pessoa, a fim de ajudar o cliente no seu trabalhar atitudes frente ao isolamento familiar, síndrome do pânico e momentos de ansiedade.

Consoante a este objetivo confirma-se a ruptura do mesmo, por decisão da mãe do Cliente Criança, configurando-se o abandono do tratamento psicoterápico. Com esta ruptura, os demais objetivos do estudo não puderam ser postos em prática.

Ciente dos efeitos deste abandono às sessões de psicoterapia, a finalização do caso clínico com atuação na sessão de psicoterapia na forma de ludoterapia na linha da Psicologia Humanista privilegiando a Abordagem Centrada na Pessoa, contudo, permite constatar:

- o estudo mostrou para a Psicoterapeuta E. que o Cliente Criança está cercado de limitações ao seu desenvolvimento, resolução e ajustamento de seus conflitos bem como a descoberta de si e de ser no mundo, porquanto o seu livre arbítrio é vinculado aos das pessoas que por ela se responsabilizam legalmente;

- não é possível afirmar, mas pode-se pressupor que ao acesso do Cliente Criança ao tratamento psicoterápico com encaminhamento familiar, a ocorrência da transitoriedade de comportamento deste indivíduo provoca reflexões nos demais membros, que optam pelo abandono do tratamento a fim de manterem-se passivos em seus próprios conflitos.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI - CAMON, Valdemar Augusto. **Atualidades em psicologia da saúde**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

AXLINE, Virginia. **Ludoterapia**. Belo Horizonte: Interlivros, 1972.

BARBOSA, Andriana de Andrade Gaião. **Hiperatividade**: conhecendo sua realidade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

CUNHA, Nylse Helena Silva. **Brinquedoteca**: um mergulho no brincar. 4. ed. São Paulo: Aquariana, 2007.

FONTANA, David. **Psicologia para professores**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

GASTAUD, Marina Bento; NUNES, Maria Lúcia Tiellet. Preditores de abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. **Revista de Psiquiatria**, v.31, n.1, p.13-23, 2009.

KANCYPER, Luis. **Confrontação de gerações**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

LANDRETH, Garry L. **Play therapy**: the art of the relationship. 2. ed. New York: Brunner-Routledge, 2002.

_____. Child-Centered Play Therapy. In: SCHAEFER, Charles E. (Editor). **Foundations of play therapy**. 2. ed. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2011.p.129-152.

MEIRELES, Emanuel. **Abordagem centrada na pessoa**: método, influências, visão de ciência e aplicações da teoria de Carl Rogers. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, abr. 2002. Disponível em: <www.rogeriana.com/meireles/metodo01.htm>. Acesso em: 14 abr. 2011.

MILHOLLAN, Frank; FORISHA, Bill E. **Skinner X Rogers**: maneiras contrastantes de encarar a educação. São Paulo: Summus Editorial, 1972.

NUNES, Maria Lúcia Tiellet; SILVARES, Edwiges Ferreira de Mattos; MARTURANO, Edna Maria; OLIVEIRA, Margareth da Silva. Crianças em risco: abandono de psicoterapia. **Psico**, v.40, n.3, p.359-365, jul./set. 2009.

OLIVEIRA, Alessandra dos Santos; LUENGO, Fabiola Colombani; BARROS, Flávia Cristina Oliveira Murbach de. **Brinquedoteca**: proporcionando reflexões sob três experiências significativas. Disponível em: <http://www.unioeste.br/prppg/mestrados/letras/revistas/travessias/ed_005/artigos/educacao/pdfs/BRINQUEDOTECA.pdf>, 2005. Acesso em: 08 abr. 2011.

RAFAEL, Maria da Graça Ferreira. **A relação de ajuda e a ação social**: uma abordagem rogeriana. Estudo sobre a Auto-Estima e as Estratégias de Coping realizado com Estudantes da Universidade do Algarve. 2000. 141f. Dissertação [Mestrado em Relação de Ajuda] Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada,

2000. Disponível em: <<http://www.rogeriana.com/graca/rasocial.htm>> Acesso em: 14 abr. 2011.

ROGERS, Carl R.; KINGET, G. Marian. **Psicoterapia e relações humanas**: teoria e prática da terapia não-diretiva. Belo Horizonte: Interlivros, 1972. V.1 e V.2.

ROGERS, Carl R. **De pessoa para pessoa**: o problema de ser humano, uma nova tendência na psicologia. São Paulo: Pioneira, 1976.

_____. **Psicoterapia e relações humanas**. Minas Gerais: Interlivros, 1977.

TANOUIYE, Mariuza Pregolato. Ludoterapia: a terapia da criança. **Psicopedagogia On Line**, 07 dez. 2005. Disponível em: <<http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=764>> Acesso em: 13 abr. 2011.

VITOLA, Janice Castilhos; CEMIN, Marta Regina. A entrevista humanista-fenomenológico-existencial. In: MACEDO, Mônica Medeiros Kother; CARRASCO, Leanira Kesseli. **(Con)textos de entrevista**: olhares diversos sobre interação humana. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.p. 115-128.

PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS: DOS TERMOS TÉCNICOS AO CULTIVO E PRODUÇÃO

Marcos Joaquim Vieira (UNIGUAÇU)

RESUMO: A elucidação de termos e conceitos na área da fitoterapia vem ao encontro de uma necessidade que faz parte do mundo da Farmácia, desde o principiante até o mais experiente cientista, pois observa-se muito a troca de termos específicos, mau uso de expressões técnicas e o desconhecimento de alguns conceitos relevantes na comunicação científica farmacêutica. Por outro lado, o contexto histórico de plantas medicinais e fitoterápicos, não menos importante que as designações técnicas, muitas vezes é deixado de lado, e a revisão histórica, tanto no campo popular ou científico, oferece valiosas informações, sobretudo com relação ao legado da fase de transição do empirismo. Temas como Normas Sanitárias, Cultivo e Produção de Plantas Medicinais completam o entendimento da vastidão e da diversidade da denominada “Farmácia Verde”.

PALAVRAS-CHAVE: Plantas Medicinais; Droga Vegetal; Fitoterápicos.

ABSTRACT: The elucidation of terms and concepts in the field of herbal medicine meets a need that is part of the world of Pharmacy, from the beginner to the most experienced scientist, since it is much observed the exchange of specific terms, misuse of techniques expressions and the lack of some relevant concepts in the pharmaceutical scientific communication. On the other hand, the historical context of medicinal plants and herbal products, not less important than the technical designations, is often overlooked, and the historical review, both popular and scientific, offers valuable information, especially regarding the legacy of transition of empiricism. Subjects such as Sanitary Standards, Cultivation and Production of Medicinal Plants complete the understanding of the vastness and diversity of the so called "Green Pharmacy".

KEYWORDS: Medicinal Plants; Drug Plant; Herbal Medicines.

1 INTRODUÇÃO

A planta medicinal é uma espécie vegetal que possui substâncias biologicamente ativas com propriedades terapêuticas, profiláticas ou paliativas. (DISTASI, 1995). As drogas vegetais são as partes da planta que contém essas

Substâncias Ativas obtidas dessas espécies botânicas. (ELDIN; DUNFORD, 2001). A expressão droga vegetal designa a parte da planta medicinal que possui os princípios ativos com as propriedades terapêuticas. O medicamento fitoterápico é obtido empregando-se exclusivamente matérias-primas ativas vegetais. Não se considera medicamento fitoterápico aquele que, na sua composição, inclua substâncias ativas isoladas, de qualquer origem, nem as associações destas com extratos vegetais. (DI STASI, 1995). Os fitomedicamentos são produtos terapêuticos feitos a partir de plantas medicinais, extratos integrais ou concentrados de princípios ativos vegetais. Estão disponíveis em forma sólida e líquida. As formas

farmacêuticas líquidas incluem tinturas, xaropes, óleos, extratos alcoólicos e sucos de plantas. A fitoterapia consiste no estudo, pesquisa e aplicação terapêutica de produtos que contenham plantas medicinais. Apesar de sua caracterização como uma “terapia alternativa”, a fitoterapia é uma modalidade de tratamento cientificamente testada e aprovada que deu origem a farmacoterapia moderna. (SCHULZ; HANSEL; TYLER, 2002). As plantas medicinais são todos os vegetais que oferecem efeito terapêutico para uma ou mais patologias, através de alguma parte da planta denominada tecnicamente de droga vegetal. Esta parte contém uma ou mais substâncias, chamadas de princípios ativos, que é o componente que no organismo vai proporcionar o efeito curativo. A droga vegetal pode ser qualquer parte da planta, a saber: casca, folha, flor, fruto, raiz ou semente. O termo fitoterápico foi escolhido para designar a droga vegetal, quando esta assume uma forma farmacêutica, pronta para o uso do consumidor, que também poderá se denominar fitomedicamento. As formas farmacêuticas podem ser: pomadas, xaropes, comprimidos, capsulas, tinturas, droga vegetal desidratada, ou mesmo “in natura”, colhido direto da planta com o objetivo de produzir uma forma a ser consumida. (DI STASI, 1996).

2 FITOTERAPIA NA HISTÓRIA DA HUMANIDADE

A fitoterapia (fito = vegetal, terapia = tratamento) é uma terapia usada a milhares de anos, pois o “pent-sao”, que é a “farmacopeia chinesa”, descreve o uso de plantas já a cinco mil anos. A farmacopeia é o livro de registros de medicamentos usados por um povo, uma nação, um país, fiscalizado pelo serviço de saúde público de cada nação. O ser humano utiliza as espécies vegetais para aliviar ou tratar suas enfermidades em todas as culturas desde a antiguidade. Cada povo, cada grupo social, cada grupamento humano na história da terra traz consigo conhecimentos ancestrais sobre plantas medicinais. Há registros históricos desde os egípcios, que conheciam o efeito dos sedativos e por volta de 1600 A. C. já apresentavam estudos com aproximadamente oitocentas plantas de uso medicinal. (ELDIN; DUNFORD,

2001). A partir do momento que o conhecimento farmacêutico e médico começaram a se organizar na cultura ocidental, todas as informações referentes a medicamentos e ao seu uso foram chamadas de Matéria Medicinal. No primeiro século da era crista, a obra mais famosa sobre medicamentos foi escrita pelo botânico grego Pedanios Dioscorides, chamava-se de matéria médica *libri cinque*, ou seja, Sobre a matéria medicinal, cinco livros. Esse tratado abordava aproximadamente seiscentas plantas medicinais, além de certo número de produtos animais e minerais. Esta obra foi referência no assunto por quinze séculos. A medida que crescia o conhecimento sobre medicamentos, gradualmente surgia a necessidade de ciências especializadas. No início do século XIX, a Matéria Médica foi dividida em farmacologia, que consiste no estudo da ação dos medicamentos, e a farmacognosia, que estuda todos os medicamentos, com menor ênfase na ação. Nesta época, todos os medicamentos derivavam de fontes naturais, pois a química tecnológica de síntese de fármacos, ainda não tinha sido criada. (ROBBERS; SPEEDIE; TYLER, 1997). As plantas citadas por Dioscorides foram identificadas e ilustradas em xilogravuras, e algumas plantas medicinais que cresciam localmente foram adicionadas. Essa revisão ocorreu durante o período renascentista, para que o tratado ficasse mais alinhado com as doutrinas humanistas. Os compêndios eram baseados na patologia humoral clássica, que consistia na ideia de que saúde e doença eram determinadas pelos humores corporais, a saber: sangue, fleuma, bílis negra e bílis amarela. Os humores eram associados com os princípios elementares da antiguidade: ar, água, terra e fogo. Os elementos podiam ser misturados em quantidades e proporções variadas para produzir as qualidades de frio, úmido, seco ou quente. Propriedades que também eram associadas com proporções variadas dos quatro humores corporais. Uma doença classificada como úmida, quente ou seca ela seria tratada pela administração de uma planta medicinal que tivesse propriedade oposta. (SCHULZ; HANSEL; TYLER, 2002). Medicamentos vegetais eram agrupados em categorias pela determinação de suas propriedades e pela classificação de sua potência em uma escala de quatro pontos. A patologia dos humores obviamente se desenvolveu como um dos princípios básicos da medicina

convencional. Em 1811, em Viena, Diether Schmidt em seu *Lehrbuch der Materia Medica*, publicado para descrever o estudo das plantas medicinais e de suas propriedades, denominado farmacognosia, passava a ser, o nome usado para designar a ciência que estuda os vegetais com finalidades terapêuticas. No fim do século XIX, os químicos começaram a sintetizar um grande número de compostos orgânicos com moléculas cada vez mais complexas, sendo alguns úteis terapêuticamente. Nascia desta forma a Química Farmacêutica, a partir deste ponto, passou a existir três ciências; a farmacologia, que cuidava da ação e dos efeitos dos medicamentos, a farmacognosia, que estuda todas as informações sobre medicamentos de derivados de fontes naturais (plantas, animais e micro-organismos); e a química farmacêutica, ciência das drogas sintéticas. (ROBBERS; SPEEDIE; TYLER, 1997). Antes de a medicina entrar na era científica, ou seja, anterior a 1800, a medicina tradicional que se utilizava das plantas era considerada como a base inquestionável para todos os livros-texto clássicos de farmacologia. Somente com o surgimento da “ciência médica” e que a fitoterapia foi relegada ao plano de uma modalidade alternativa. Em 1997, os fitomedicamentos compreendiam cerca de 5% de todas as prescrições do sistema de saúde da Alemanha, dois terços das plantas se referem a produtos elaborados com uma única planta medicinal. Apenas 5 plantas medicinais foram responsáveis por 60% dessas prescrições e 27 plantas medicinais abrangeram mais de 90%. A Agência Federal de Saúde da Alemanha avaliou o uso terapêutico de cerca de 400 plantas medicinais de 1982 a 1994 e recomendou aproximadamente 300 delas.

3 FITOTERAPIA NA HISTÓRIA DO BRASIL

Nos relatos portugueses sobre o Brasil recém descoberto, os indígenas eram sadios, haviam poucas doenças e os que adoeciam recorriam ao pajé, uma espécie de sacerdote, que atendia ao enfermo por meio de práticas místicas e mágicas, além da manipulação da flora nativa. Em 1530, chegam os primeiros médicos que trouxeram medicamentos que se deterioraram com o tempo e a solução foi

aproveitar a flora nativa. Em 1532 chegam os negros, e em 1549 chegam os jesuítas que faziam toda espécie de atendimento médico a brancos, índios e negros. Alguns jesuítas haviam estudado medicina, outros foram aprendendo na prática. Esclarecidos e observadores, esses missionários adquiriram os conhecimentos da medicina indígena, identificaram os vegetais terapêuticos, cultivaram e experimentaram e exportaram ervas variadas para a Europa, sendo algumas incorporadas a farmacopeia mundial. Neste período foram identificadas 24 espécies que eram usadas também em outros países, com destaque para nomes populares como: Artemísia, crista-de-galo, coentro, hortelã, carrapateira, mastruço, limão-bravo, capim pé-de-cabra, entre outros. E desde então, a exploração da flora brasileira para obtenção de medicamentos não parou de crescer. (FROIO, 2006).

Os primeiros médicos portugueses que vieram para o Brasil, diante da escassez, na colônia, de medicamentos empregados na Europa, muito cedo foram obrigados a perceber a importância dos remédios indígenas. Os viajantes sempre se abasteciam destes remédios antes de excursionarem por regiões pouco conhecidas. Os primeiros cronistas da história brasileira, para citar apenas dois, foram: Pero de Magalhaes Gandavo que escreveu "História da Província de Santa Cruz (a que vulgarmente chamamos Brasil)" em 1576, e Gabriel Soares de Souza, o autor de "Tratado Descritivo do Brasil", de 1587. Este último denominava os produtos medicinais utilizados pelos índios de "as árvores e ervas da virtude". (PINTO et al.,2002).

A vinda da Corte Real para o Brasil, em 1808, e o decreto de D. Joao VI que abriu os portos brasileiros as nações amigas pode ser considerado como o primeiro marco histórico oficial na ciência brasileira, porque foi a partir deste decreto que começaram a chegar ao país as primeiras expedições científicas, cujo principal objetivo era dar conhecimento aos europeus da exuberância de nossa fauna e de nossa flora. (PINTO et al.,2002). A maioria dos naturalistas destas expedições veio com a incumbência de coletar espécimes de animais e de plantas para os museus europeus. Não se pode, entretanto, deixar de mencionar que a Europa já tinha conhecimento, há muito tempo, de plantas medicinais brasileiras, através da obra

"Historia Naturalis Brasiliae". Três homens foram responsáveis pelo conteúdo desta obra: Georg Marcgrave, originário da Alemanha, mas tendo estudado em Leiden; Johannes de Laet, que editou a contribuição de Marcgrave e acrescentou comentários próprios, e o médico de Mauricio de Nassau, Willem Piso. A contribuição de Piso consiste de quatro extensas discussões. A primeira sobre o ar, a água e a topografia do Brasil. A segunda, sobre doenças endêmicas locais. A terceira, sobre venenos e seus antídotos. E a quarta sobre plantas medicinais. Este livro representa a primeira história natural completa da América do Sul. Na mesma expedição científica vieram o médico e botânico Carl Friederich Von Martius e o zoólogo Johann Baptist Spix, dois dos iniciadores do estudo sistemático da flora e da fauna brasileiras. Martius teve implicação direta com o início da fitoquímica brasileira. Esta afirmação é feita porque foi por sugestão de von Martius que o jovem farmacêutico alemão, Theodoro Peckolt, em 1847, veio para o Brasil para estudar a flora nacional. Este farmacêutico pode ser considerado, pelo seu trabalho fantástico, o pai da fitoquímica brasileira, além de ser o patriarca de uma família de cientistas notáveis que se entregaram de corpo e alma ao estudo químico de plantas brasileiras. Inicialmente instalado na cidade de Cantagalo no Estado do Rio de Janeiro, a mesma cidade onde nasceu Rodolpho Albino Dias da Silva (1889-1931), o autor único da primeira farmacopeia brasileira, Peckolt mudou-se mais tarde para o Rio de Janeiro onde fundou a Farmácia Peckolt. Outro pesquisador solitário que tem seu nome ligado a Química de Produtos Naturais e o farmacêutico Pedro Batista de Andrade (1848-1937), um dos fundadores da Faculdade de Farmácia da Universidade de São Paulo. Este pesquisador realizou, entre outros, estudos sobre a composição química do café. (PINTO et al.,2002). As plantas de uso tradicional na medicina brasileira, que fazem parte de trabalhos publicados tiveram seus estudos químicos realizados no século XIX pelo farmacêutico Theodoro Peckolt. Estes primeiros estudos resultaram na produção dos livros: "Plantas Alimentares e de Gozo do Brasil" vol I e II, em 1874; em 1882, a obra "Plantas Medicinais e Úteis do Brasil", apenas as plantas analisadas quimicamente de 1888 a 1909, e "Plantas Medicinais e Úteis do Brasil – Cucurbitaceas" em 1904, "Cucurbitaceas Medicinais

Brasileiras” de Gustavo Peckolt, publicado em 1918. Trata-se de uma coletânea de publicações científicas, que marcam o importante trabalho destes cientistas e registra o uso tradicional das plantas trabalhadas por eles. A junção e a organização destes trabalhos mostram um pouco da dedicação e do empenho dos primeiros estudos científicos sobre nossa flora. (DANUSA, 2008).

4 FITOTERÁPICOS E NORMAS SANITÁRIAS

Os medicamentos fitoterápicos, conforme definição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) são medicamentos obtidos a partir de plantas medicinais. São obtidos utilizando-se exclusivamente derivados de droga vegetal, como por exemplo: extratos, tinturas, óleos, ceras, exsudatos, sucos, entre outros. Não é necessário o registro como medicamento fitoterápico, de plantas medicinais ou suas partes, após processos de coleta, estabilização e secagem, podendo ser integra, rasurada, triturada ou pulverizada (ANVISA, 2014). Para se obter o registro de um medicamento fitoterápico são necessárias diversas etapas, a saber: estudos botânicos e estudos fitoquímicos, estudos pré-clínicos e estudos clínicos e finalmente o registro no Ministério da Saúde para que o produto final venha a ser liberado para o mercado farmacêutico. (MONTANARI JR, 2008). As diversas etapas necessárias e previstas na legislação brasileira tornam o processo longo e oneroso para pequenos e médios empresários que atuam nesse segmento da indústria farmacêutica. (NOGUEIRA; CAIXETA, 2008).

5 CULTIVO E PRODUÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS

São vários os fatores que interferem na qualidade e no padrão da matéria-prima produzida; fatores ambientais, como por exemplo, o solo, o clima, as pragas, o espaçamento e a irrigação; fatores genéticos; fatores ontogênicos, ou seja, o estágio de desenvolvimento da planta e; a pós-colheita, que consiste na secagem e armazenamento. Devido a essas variáveis, a produção de matéria prima fitoterápica

exige acompanhamento agrônômico constante. (NOGUEIRA; CAIXETA, 2008). Uma lavoura produtiva depende da origem confiável do material de propagação, ou seja, uma identidade botânica assegurada com bom estado fitossanitário. Também é importante uma infraestrutura básica, como por exemplo possuir equipamentos de cultivo, unidades de secagem e de armazenamento. A atividade exige um volume grande de mão de obra, em média são dez trabalhadores sazonais para cada um fixo, por hectare, bem como experiência de gerenciamento. O cultivo de plantas medicinais exige uma agricultura ecológica, sem agroquímicos. A comercialização deve ser garantida por antecipação pois seu mercado é bastante específico. (CORREA JR; SCHEFER; MING, 2006). O princípio ativo conforme a resolução RDC-48, 2004, da ANVISA “trata-se de substância ou grupo delas, quimicamente caracterizada, cuja ação farmacológica e conhecida e responsável, total ou parcialmente, pelos efeitos terapêuticos do medicamento fitoterápico”. (NOGUEIRA; CAIXETA, 2008). Para Correa JR; Schefer; Ming (2006), o valor das plantas medicinais é determinado pelos compostos químicos especiais, elaborados por elas e que são chamados princípios ativos. São estes compostos que tem importância econômica e agregam valor a planta, mais precisamente a droga vegetal. Existem diversos fatores com influência na elaboração dos princípios ativos, a saber: genético, temperatura, chuva, vento, solo, latitude e altitude.

Os ecossistemas tropicais tem sido intensamente explorados nas últimas décadas, em especial a Floresta Tropical Atlântica, pela importância que tem na aplicação de manejo sustentado de plantas medicinais. (DI STASI, 1995). O teor de princípios ativos poderá aumentar ou diminuir de acordo com esses fatores. Para cada espécie existe uma temperatura mínima, uma temperatura máxima e uma faixa de temperatura ótima para o desenvolvimento. Por exemplo: a camomila é cultivada no inverno, já o capim-limão se desenvolve melhor em climas quentes. A luz desempenha um papel fundamental no desempenho das plantas, influenciando na fotossíntese e em outros fenômenos fisiológicos, como crescimento, desenvolvimento e forma das plantas. A capacidade de germinação das sementes também está associado a iluminação. A erva-de-santa-maria e a tanchagem

necessitam de luz para germinarem. A água é essencial a vida e ao metabolismo das plantas, porém o excesso reduz o teor de alcaloides nas soláceas. Quando a altitude aumenta, a temperatura média diminui, cerca de 1 grau para cada 200 metros, interferindo no desenvolvimento das plantas e na produção de princípios ativos. A latitude também tem influência no desenvolvimento das plantas, por exemplo, a trombeteira, plantas cultivadas ao sul do equador tem maior concentração de alcaloides. (CORREA JR; SCHEFER; MING, 2006).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elucidação de termos em fitoterapia é uma necessidade que faz parte do mundo da Farmácia, do principiante ao cientista, pois é comum a troca de termos técnicos e o desconhecimento de conceitos em ciências farmacêuticas. O Brasil possui cerca de 20% das espécies vegetais do planeta, o que significa uma riqueza de biodiversidade relevante e, naturalmente, uma enorme vantagem competitiva para as pretensões nacionais. Considerando a biodiversidade vegetal, a Floresta Amazônica é detentora da maior reserva de plantas medicinais do mundo (LOURENZANI; LOURENZANI; BATALHA, 2003). Trata-se de matérias-primas que tem despertado interesse cada vez maior, de grandes setores da economia, principalmente a indústria farmacêutica. A utilização de plantas medicinais para produção de medicamentos apresenta uma melhor relação custo/benefício quando comparada aos produtos sintéticos, pois sua ação biológica é eficaz com baixos efeitos toxicológicos, um menor número de efeitos colaterais e reações adversas, além de apresentar um custo de produção inferior e, conseqüentemente, um preço de venda menor. O resgate histórico mostra a importância do legado para a construção do conhecimento, bem como rever os fatores de influência no cultivo de plantas medicinais, são formas de reativar um setor no Brasil, que em outros países já se consolidou há muito tempo.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em <www.anvisa.gov.br>. Acesso em 10 out 2014.

CORREA Junior, Cirino; SCHEFTER, Marianne Cristina; MING, Lin Chau. Cultivo Agro-ecológico de plantas medicinais, aromáticas e condimentares. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2006. 76p.

DANUSA, Mara. Plantas Mediciniais. Disponível em:<www.tomdaservas.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2014.

DI STASI, Luís Claudio. (org) Plantas Mediciniais; Arte e Ciência. Um guia de Estudo interdisciplinar. São Paulo: Editora UNESP, 1996.

ELDIN, Sue.; DUNFORD, Andrew. Fitoterapia: Na Atenção Primária à Saúde. São Paulo: Manole, 2001. 163p.

FROIO, Liliana Ramalho. A expansão da Medicina Tradicional Chinesa: uma análise da vertente cultural das Relações Internacionais. 2006. 120 p. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) – Instituto de Relações Internacionais. UNB. Universidade de Brasília, Brasília.

LOURENZANI, Ana Elisa Bressan Smith; LOURENZANI, Wagner Luiz; BATALHA, Mario Otavio. Barreiras e oportunidades na comercialização de plantas medicinais provenientes da agricultura familiar. Informações Econômicas, SP, v.34, n.3, mar. 2004.

MONTANARI. Junior; Ilio. Aspectos da produção comercial de plantas medicinais nativas. Disponível em:< www.anvisa.gov.br> acessado em 15 de out. 2014.

NOGUEIRA Aginaldo Heber; CAIXETA, Jussara Pereira, Análise da Produção de Fitoterápicos nas mesorregiões do Norte de Minas, Vale do Rio Doce, Jequitinhonha e Mucuri. Belo Horizonte: INDI - Instituto de Desenvolvimento Integrado de Minas Gerais, 2008.

PINTO, A.C. ; SILVA, D.H.S. ; BOLZANI, V.S. ; LOPES, N.P., EPIFANIO, R.A. Produtos naturais: atualidades, desafios e perspectivas. Química Nova. 25:45 61, 2002.

ROBBERS James E.; SPEEDIE Marilyn K.; TYLER Varro E. Farmacognosia e Farmacobiotechnologia. São Paulo: Premier, 1997.

SCHULZ, Volker; HANSEL, Rudolf; TYLER, Varro E. Fitoterapia Racional: Um Guia de Fitoterapia para as Ciências da Saúde. Tradução de Glenda M. de Souza. São Paulo: Manole, 2002.

A IMPORTÂNCIA DO ENSINO DE CUIDADOS PALIATIVOS NAS INSTITUIÇÕES MÉDICAS

Taís Santos Lima³ (UNIFENAS BH)
Raphaella Pazzolini Rodrigues Reis (UNIFENAS BH)
Gabriella Cristine Rosolem Silva (UNIFENAS BH)
José Ricardo de Oliveira⁴ (UFMG)

RESUMO: Os cuidados paliativos consistem em amparo do indivíduo em sua terminalidade, contemplando os pontos pertinentes às dimensões de sua existência. Tratar de indivíduos cuja morte não poderá mais ser evitada não faz parte da maioria das escolas médicas. O objetivo desse trabalho foi mapear e abordar a importância do ensino de cuidados paliativos nas escolas médicas. Realizou-se uma revisão não sistemática da literatura no primeiro trimestre de 2015, nas bases eletrônicas BVSALUD, Scielo e Medline. Encontrou-se 20 artigos, no período de 1989 a 2015. Os resultados foram divididos nas seguintes categorias: formação médica em cuidados paliativos, composição da equipe de saúde, barreiras detectadas à prática dos cuidados paliativos em instituições médicas e as consequências no exercício dos cuidados paliativos no território nacional. Os cuidados paliativos são assuntos negligenciados em muitos países. Não há dados nacionais concretos sobre o assunto. É necessário discussão e reflexão sobre o tema, a fim de atender a verdadeira realidade do país.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos; Ética Médica; Humanização; Escolas Médicas; Bioética.

ABSTRACT: Palliative care consists on support the person in his/her terminally, observing the most important features in the sphere of its existence. Taking care about people whose death cannot be avoid, it is not something common in most medical schools. The objective of this study is map and inform the importance of palliative care studies in medical schools. A non-systematic review about the theoretical approach which was done during the first quarter of 2015 in the following websites BVSALUD, Scielo e Medline. It was found twenty articles, during the period from 1989 to 2015. The results were distributed into the following categories: palliative care medical training, the health team, barriers that were detected in palliative care practice in medical institutions and the consequences about the palliative care on the national territory. Palliative care is a topic overlooked in many countries. There are not national concrete datas about it. It is necessary to discuss and reflect about this theme to attend the real reality of this country.

KEYWORDS: Palliative Care; Medical Ethic; Humanization; Medical Schools; Bioethics.

1 INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos configuram-se como uma proposta de cuidado do indivíduo em seu processo de morte, contemplando os pontos relevantes e pertinentes às diversas dimensões de sua existência. Caracteristicamente,

³ Acadêmicos do curso de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS BH. Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁴ Doutor em Ciências Clínicas. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Professor de Medicina do Adulto e Bioética, UNIFENAS-BH. Belo Horizonte, MG, Brasil. email:jose.oliveira@unifenas.br

englobam um grande programa interdisciplinar de assistência aos pacientes que possuem doenças avançadas, buscando aliviar os seus sintomas mais estressantes, oferecendo-lhes um manto protetor. Paliativo deriva do latim *pallium*, que significa manto, coberta (BOEMER, 2009).

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS), também definiu os cuidados paliativos como sendo:

Uma abordagem que promove a qualidade de vida, dos pacientes e seus familiares, diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual. (OMS, 2002).

Os avanços das tecnologias existentes na medicina moderna muitas vezes permitem que a vida seja prolongada artificialmente. Aliado a essa questão também cresce o número de especialidades e subespecialidades médicas, que permitem um foco completo nas doenças e não necessariamente no indivíduo como um todo. Tratar de indivíduos cuja morte não poderá mais ser evitada não faz parte da atual formação médica em muitas instituições de ensino (BRUGUGNOLLI; GONSAGA; SILVA, 2013).

Os serviços de cuidados paliativos tem sua origem no Reino Unido, na década de 1960. Segundo o *International Observatory on End of Life Care* (IOELC) da *Lancaster University* no Reino Unido, atualmente eles estão presentes em diferentes estágios de desenvolvimento em 115 de 234 países membros da ONU (WRIGHT *et al.*, 2006). No entanto, a literatura demonstra que grande número de profissionais da área da saúde têm deficiências significativas quanto à sua capacitação e execução (TOLEDO; PRIOLLI, 2012). Porém, inúmeros fatores contribuem para tornar as ações de cuidados paliativos menos eficazes, incluindo a existência de políticas de restrição da dispensa de medicamentos aos cuidados destes pacientes, como os opioides (FLORIANI; SCHRAMM, 2008). Nesse contexto, verifica-se um paradoxo entre os profissionais da área de saúde latino-americanos, que não possuem conhecimento farmacológico adequado sobre a classe dos

opioides, e a sociedade latino-americana, que possui uma luta contra o tráfico de entorpecentes e contra o abuso dos análogos do ópio (OLIVEIRA, 2014).

O novo Código de Ética Médica (CEM) brasileiro estabelece de maneira regimental que o médico, ao não proporcionar mais a cura de uma doença, deve empregar todos os cuidados paliativos disponíveis, além de dispor de todo o seu conhecimento e experiência para cuidar do paciente (BRUGUGNOLLI; GONSAGA; SILVA, 2013).

Com a alteração do CEM e, sobretudo, com a aceitação da ortotanásia como elemento importante na manutenção da dignidade no fim da vida, fica evidente a relevância e a necessidade em se discutir sobre o ensino dos cuidados paliativos, tema este muitas vezes negligenciado no ensino da graduação em medicina no Brasil (TOLEDO; PRIOLLI, 2012).

Não há dados nacionais concretos que abordam sobre o ensino dos cuidados no fim da vida. A literatura em relação a este tópico ainda é bastante escassa, podendo-se inferir que há, provavelmente, elevado déficit sobre a capacitação em cuidados paliativos para os futuros médicos nos currículos de graduação das escolas médicas brasileiras. Nos EUA, na metade da década de 70, 6% das escolas de medicina ofereciam disciplina sobre a morte e o morrer. A consistência no ensino dos cuidados no fim da vida nas faculdades médicas desse país se deu 35 anos depois (DICKINSON, 2011). Na década de 90, 30% das escolas médicas ofereciam disciplina e/ou curso dedicado aos cuidados no fim da vida (TOLEDO; PRIOLLI, 2012). No entanto, existe recomendação para se padronizar, especificamente, o ensino de cuidados paliativos para os alunos do curso de medicina (VAN AALST-COHEN; RIGGS; BYOCK, 2008; PERIYAKOIL; BASAVIAH, 2013). Apesar dessa implementação, muitas melhorias ainda precisam ser feitas.

Na América Latina existe registro do ensino de cuidados paliativos no curso de medicina em Cuba e no Uruguai, países esses que possuem cuidados paliativos na grade curricular, seja como disciplina isolada ou como conteúdo dentro de outras disciplinas (FIGUEIREDO, 2013). Em contrapartida, é evidente que existe certo distanciamento de professores no Brasil no que se refere aos cuidados com a

terminalidade da vida, uma vez que a disciplina de cuidados paliativos não se faz presente no currículo formal da maioria das escolas médicas brasileiras (FIGUEIREDO; STANO, 2013).

Na formação médica atual, as instituições deveriam contemplar a questão do ensino em cuidados no fim da vida em seus currículos de forma a direcionar os futuros profissionais para o seu cotidiano, além de propiciar a fundamentação para a formação de generalistas com habilidades paliativistas (TOLEDO; PRIOLLI, 2012).

Assim, durante a graduação de medicina, verifica-se que pouca ênfase é dada ao ensino acadêmico dos cuidados paliativos. Portanto, o objetivo desse estudo é mapear e abordar a importância do ensino de cuidados paliativos nas instituições médicas.

2 MÉTODOS

Realizou-se uma revisão não sistemática da literatura científica brasileira, no primeiro trimestre de 2015, sobre a importância do ensino dos cuidados paliativos nas instituições médicas. Utilizou-se como repositórios: BVSaúde, Scielo e Pubmed. Os descritores encontrados no DeCS e MeSh para a posterior montagem das estratégias de busca foram: cuidados paliativos, escolas médicas, ética médica, humanização e bioética, nos idiomas inglês e espanhol. Utilizou-se, como critério de inclusão, artigos publicados nacional ou internacionalmente cujo objetivo de pesquisa tenha sido ensino sobre cuidados paliativos. O critério de exclusão foi artigos escritos em outros idiomas que não inglês, português, espanhol e alemão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Incluiu-se 20 artigos, duas teses e três manuais técnicos. Os tipos de desenhos metodológicos inseridos nessa revisão consistem em artigo de revisão, metanálise, artigo transversal e editorial, publicados entre 1989 até 2015. Dividiram-se os resultados nas seguintes categorias: formação médica em cuidados paliativos,

composição da equipe para os cuidados paliativos, barreiras detectadas à prática dos cuidados paliativos em instituições médicas e cuidados paliativos no território nacional.

3.1 FORMAÇÃO MÉDICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

A medicina paliativa vem assumindo importância significativa no mundo, incorporando o conceito de cuidar e não apenas de curar. No entanto, no que se refere à formação, treinamento e educação prolongada, pesquisas nacionais recentes descreveram negativamente que os profissionais da área de saúde não têm, durante a graduação, formação para atender pacientes com doenças terminais. (CHAVES *et al.*, 2011).

Com a necessidade de organizar um modelo assistencial adequado aos pacientes com doenças avançadas e terminais, e para obter modelo de saúde pública que não os exclua da assistência, faz-se necessário um processo de morrer com dignidade, sendo fundamental que a disciplina de cuidados paliativos faça parte dos currículos dos cursos de graduação na área da saúde (CHAVES *et al.*, 2011).

Os primeiros programas de residência médica em cuidados paliativos iniciaram-se em março de 2013. Em 2014, foi observado um crescimento desses programas. Entretanto, a criação de vagas não significa matrículas e preenchimento das mesmas, fato que atenta também para a necessidade de estimular o ensino dos cuidados paliativos nas escolas médicas brasileiras (OLIVEIRA, 2014).

O *The Liaison Committee on Medical Education* alega que a educação médica deve abranger todas as vivências importantes envolvidas no fim da vida. É nesse contexto que os cuidados paliativos devem ser incluídos no currículo formal ensinado nas aulas; currículo informal, transmitido por meio de experiências clínicas e/ou encontrados na programação de algumas ligas acadêmicas de cuidados paliativos e humanização; e "currículo oculto", inferido a partir de comportamentos e implícito na cultura biomédica. Embora esta estratégia possa parecer viável em teoria, na prática, os profissionais em geral podem não ser capazes de orientar de

forma eficaz os estudantes de medicina sobre as habilidades de cuidados paliativos e suas competências clínicas. Por isso, é de vital importância proporcionar treinamento baseado em habilidade e experiência na fase pré-clínica em cuidados paliativos (PERIYAKOIL; BASAVIAH, 2013).

Uma metanálise sobre o ensino e a aprendizagem em cuidados paliativos na graduação em medicina demonstrou falta de consistência sobre o que deve ser ensinado, como estudo fragmentado, elevada dificuldade no recrutamento de professores especializados e sua ausência no currículo formal. O estudo alertou ainda para o fato de o ensino estar mais focado na aquisição de conhecimentos do que na mudança paradigmática de atitude do aluno de graduação (TOLEDO; PRIOLLI, 2012).

A OMS definiu os elementos que devem ser envolvidos no ensino da medicina paliativa para os estudantes, incluindo atitude e valores de base filosófica e ética; conhecimento, envolvendo princípios de uma comunicação eficaz; fisiopatologia dos sintomas comuns em câncer avançado; mapeamento e alívio da dor e outros sintomas do paciente e seus familiares; habilidades, que inclui a teoria da decisão, definição de objetivos e a preparação de um plano. Para essa disciplina fica estabelecido pelo menos 20 horas de ensino (KAASA *et al.*, 2006).

O Consenso Nacional de Recomendações ressalta a importância dos alunos serem expostos a pacientes com doenças terminais, visto que as pesquisas indicam que assim os alunos se sentem mais preparados para discutir questões do fim da vida e tratar os sintomas mais comuns. No entanto, na maioria das escolas médicas, o ensino dos cuidados no fim da vida é limitado a sessões didáticas nos anos iniciais, fazendo com que as experiências clínicas sejam frequentemente negligenciadas. Como resultado, muitos estudantes saem da escola médica sem a exposição ao processo da morte ou a pacientes com doenças terminais (ANDERSON *et al.*, 2008).

Por fim, para os acadêmicos da área de saúde, é essencial reconhecer o fato de que o paciente incurável ou em fase terminal não é apenas um ser biológico por quem nada mais pode ser feito, um ser necessitado de anestesia, cuja vida não

deve ser prolongada desnecessariamente. Deve-se reconhecer que estamos sempre diante de uma pessoa, capaz, até o momento final, de relacionamento, de tornar a vida uma experiência de crescimento e de plenitude (PESSINI, 2008). Ainda, para as instituições de ensino, é fundamental estimular palestras, congressos, ligas acadêmicas e demais organizações estudantis sobre o assunto, que é muitas vezes esquecido pela política de saúde (LUPU *et al.*, 2013)

3.2 COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE PARA OS CUIDADOS PALIATIVOS

Em 2002, o Ministério da Saúde alertou que os cuidados paliativos necessitavam de uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistente social, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, que atuassem de maneira interdisciplinar. Esses profissionais devem ser reconhecidos e valorizados igualmente, trabalhando em harmonia, de forma a contemplar a autonomia do paciente e de sua família (BOEMER, 2009).

O contato precoce com a equipe de cuidados paliativos possibilita um vínculo com maior confiança, essencial para que as decisões do paciente em tratamento sejam tomadas, segundo os seus desejos e as suas características (MACIEL *et al.*, 2006). Atentar-se aos aspectos globais e ao contexto familiar dos pacientes é de suma importância. Nesse contexto, é útil valorizar a troca de experiências e a divisão de tarefas no intuito de somar os conhecimentos. Também, é essencial ter consideração sobre os limites de cada área de atuação profissional (FONSECA; FONSECA, 2010).

Os cuidados paliativos dependem de uma abordagem interdisciplinar para produzir uma assistência harmônica ao indivíduo sem possibilidades de cura. O foco da atenção deixa de ser a doença a ser curada e se volta ao indivíduo que é visualizado como um ser único, complexo em suas dimensões físicas, psíquicas e espirituais, ativo e com direito a informação e a autonomia plena para suas decisões a respeito de seu tratamento. Além disso, é essencial estabelecer uma atenção individualizada à família e buscar a excelência no controle dos sintomas (OLIVEIRA;

SILVA, 2010). Até o momento, são poucos os profissionais que reconhecem tal complexidade, o que pode acarretar na prática de intervenções violentas e iatrogênicas, através de proposições que desconsiderem os valores contidos naquele ambiente e naquela família (PORTELA; GALHEIGO, 2015).

Embora os médicos e os pacientes possam ter culturas diferentes, é indispensável que o profissional escute os doentes com sensibilidade, compreenda a verdade do paciente e, em seguida, honre essa verdade. Para serem eficazes na terapia e no apoio, médicos e cuidadores têm que ser mestres, em certo sentido, na linguagem pessoal de cada paciente. O ensino das habilidades clínicas de comunicação deve ser instituído a partir de uma base sólida de pesquisa, que leve em consideração as expectativas e as necessidades variadas presentes em diferentes situações clínicas (ROY, 1989).

3.3 BARREIRAS DETECTADAS À PRÁTICA DOS CUIDADOS PALIATIVOS EM INSTITUIÇÕES MÉDICAS

Várias são as barreiras detectadas à prática dos cuidados paliativos. As mais relevantes são a falta de profissionais e de serviços clínicos especializados, além do tempo necessário para o seu ensino. Nos Estados Unidos da América, os serviços em medicina paliativa estão mais bem difundidos, o que parece facilitar a realidade do ensino nas escolas médicas norte americanas (TOLEDO; PRIOLLI, 2012). No Brasil, uma barreira importante que dificulta a efetivação dos cuidados paliativos é a discussão ética a respeito de eutanásia, distanásia e ortotanásia, que limitam a atuação dos profissionais, que temem as ações judiciais (SANTANA *et al.*, 2012).

Os obstáculos relacionados à falta de apoio de algumas instituições, à falta de corpo docente especializado e à falta de material didático são maiores para as escolas públicas quando comparadas às instituições privadas (TOLEDO; PRIOLLI, 2012).

Pacientes com doenças avançadas, muitas delas em fase terminal, constituem uma realidade nos hospitais brasileiros, gerando dificuldades para os administradores, profissionais de saúde, familiares, e para os próprios pacientes.

Vários são os problemas e desafios encontrados, destacando-se, entre outros: a escassez de recursos humanos para responder às demandas do paciente e de sua família; a falta de uma rede nacional que articule ações de intervenções médicas prolongadas em detrimento de uma abordagem que alivie o sofrimento do paciente; a inexistência de uma rede de suporte domiciliar; acessibilidade inapropriada de alguns municípios e o fato de que os cuidados ao final de vida não é prioridade para os gestores de políticas públicas de saúde (BOEMER, 2009; PORTELA; GALHEIGO, 2015).

O manejo da dor em cuidados hospitalares, tanto públicos quanto particulares, pode ser especialmente difícil quando os pacientes têm uma condição de dor crônica, já que a dor aguda é mais comumente tratada. As barreiras à prestação de cuidados para a dor crônica em um ambiente hospitalar são numerosas. A colaboração interdisciplinar para os melhores cuidados é importante, mas pode ser afetada pela necessidade divergente de vários serviços envolvidos no cuidado do paciente, cada um com seu próprio plano de tratamento (GUTE *et al.*, 2012).

A abordagem paliativa é a única opção real para a maioria dos pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas, sendo que tal assistência conta com apenas parte dos recursos financeiros disponíveis, uma vez que grande parcela da verba é destinada aos tratamentos curativos. Nesse sentido, torna-se necessário reconhecer que essa temática, muitas vezes negligenciada, é um problema de saúde pública. O difícil acesso aos serviços de assistência, as falhas nas diretrizes das políticas de saúde e a deficiência na formação de profissionais, somados a falta de informação ao paciente, nos confrontam com a necessidade de controlar a dor, aliviar os sintomas e promover uma melhor qualidade de vida para essas pessoas (BOEMER, 2009).

3.4 CUIDADOS PALIATIVOS NO TERRITÓRIO NACIONAL

Em 1997, foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP). A ABCP efetuou um levantamento dos serviços existentes para o controle da dor e

cuidados paliativos em todo o território nacional, tendo identificado 31 desses serviços no Brasil, cadastrados no Ministério da Saúde. Segundo dados mapeados no I Congresso Brasileiro de Cuidados Paliativos realizado durante os dias 12 a 14 de novembro de 2009, há aproximadamente 90 serviços de cuidados paliativos no território nacional, o que demonstra um sério déficit de formação e de conhecimento nessa área. Conseqüentemente, o atendimento das pessoas em sua fase final de vida torna-se precário (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2010).

Em nosso país, as escolas médicas retratam os cuidados paliativos sob a forma de disciplina ou eletivo com enfoque primário, em 35,1%, sendo obrigatório em 33,9% do total de escolas estudadas. Já com enfoque secundário, a abordagem ocorre em 72,4%, sendo exigência em 65,5% das escolas pesquisadas. Houve divergência entre a forma de fomento da instituição, pública ou privada, e a presença de disciplina com foco secundário no ensino em terminalidade da vida, sendo que este ocorre mais nas primeiras instituições (TOLEDOL; PRIOLLIL, 2012).

Um estudo concluiu que a sociedade brasileira atende os seus pacientes dentro da realidade de cada instituição, com poucos recursos ou ausência total de formação por parte dos profissionais. Os pacientes procuram os serviços de saúde tardiamente, dificultando a cura ou a melhoria na sobrevida, colocando os profissionais frente à urgente necessidade desses cuidados (MELO, 2008).

Para alguns autores, há deficiência sobre a medicina paliativa no Brasil, pois a temática não é preconizada nos currículos das escolas médicas do Ministério da Educação (MEC). Os autores destacam que nos Estados Unidos da América a educação sobre o cuidado com o paciente terminal é obrigatória no currículo das escolas médicas desde 2000, e foi reconhecida como especialidade médica em 2006. Mesmo assim, o reflexo desse conhecimento incompleto torna-se nítido quando se observa que metade dos pacientes morrem com dor moderada ou severa, sem nenhuma prescrição analgésica (BRUGUGNOLLI; GONSAGA; SILVA, 2013).

4 CONCLUSÃO

Os cuidados paliativos são assuntos negligenciados na maioria dos países. Não há dados nacionais concretos sobre o tema e a literatura ainda mostra-se tímida. As barreiras do ensino e da prática dos cuidados paliativos são visualizadas na falta de um corpo docente especializado, na formação de equipes incompletas, no desinteresse político, na dispensação de opioides, na falta de apoio da instituição e na falta de material didático. É necessário maior discussão e reflexão sobre o tema, além de melhor capacitação dos futuros médicos, a fim de atender a verdadeira realidade do país.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Diretório Brasileiro de Cuidados Paliativos**. São Paulo: ANCP, 4 abr. 2010b. [Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/diretorio.php>>. Acesso em: 08 fev. 2014.

ANDERSON, W. G. et al. Exposure to death is associated with positive attitudes and higher knowledge about end-of-life care in graduating medical students. **Journal of Palliative Medicine**, [S.l.], v. 11, n. 9, p. 1227-1233, 2008.

BOEMER, M. R. About palliative care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 500-501, 2009.

BRUGUGNOLLI, I. D.; GONSAGA, R. A. T.; SILVA, E. M. da. Ética e cuidados paliativos: o que os médicos sabem sobre o assunto?. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 3, 2013.

CHAVES, J. H. B. et al. Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. **Rev dor**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 250-255, 2011.

DICKINSON, G. E. Thirty-five years of end-of-life issues in US Medical Schools. **American Journal of Hospice and Palliative Care**, [S.l.], v. 28, n. 6, p. 412-17, Sep. 2011.

FIGUEIREDO, M. G. M. C. A. **Cuidados Paliativos no currículo de formação médica: o ensino como lugar de comunidades de aprendizagem**. 2013. 119f. Dissertação (Mestrado em Ensino de Ciências) - Universidade Federal de Itajubá, Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências, Itajubá, 2013.

FIGUEIREDO, M. G. M. C. A.; STANO, R. C. M. T. O estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 298-307, 2013.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2123-2132, dez. 2008.

FONSECA, A.C.; FONSECA M.J.M. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: realidade factível. **Sci. med**; Porto Alegre, v. 20, n. 4, nov. 2010.

GUITE, J. W. et al. The ripple effect: systems-level interventions to ameliorate pediatric pain. **Pain management**, [S.l.],v. 2, n. 6, p. 593-601, 2012.

KAASA S.; HAUGEN D. F.; ROSLAND J. H. Palliativmedisin – forskningogundervisningi et nytffagfelt. **Tidsskr Nor Lægeforen nr.** [S.l.], n.3, p.333-336, 2006.

LUPU, D. et al. Few US public health schools offer courses on palliative and end-of-life care policy. **Journal of palliative medicine**, [S.l.], v. 16, n. 12, p. 212-7, 2010.

MACIEL, M. G. S. et al. **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic Editora, 2006. 62p.

MELO, A. G. C. de; Os cuidados Paliativos no Brasil. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**. São Paulo, ano 01, v. 1, n. 1, p. 5-8, 2008.

OLIVEIRA, A. C.; SILVA, M. J. P. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 212-7, 2010.

OLIVEIRA, J.R. **Reflexões sobre o ensino de cuidados nas escolas médicas do estado de Minas Gerais**. 2014. 160f. Tese (Doutorado em Ciências Clínicas) - Universidade Federal do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

PERIYAKOIL, V. S.; BASAVIAH, P. The flipped classroom paradigm for teaching palliative care skills. **American Medical Association Journal of Ethics**, v. 15, n. 12, p. 1034-1037, Dec. 2013.

PESSINI, L. Cuidados Paliativos: Perspectiva Contemporânea. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**. São Paulo, ano 01, v. 1, n. 1, p. 25-29, 2008.

PORTELA S. G.; GALHEIGO, S. M.. Cuidados paliativos na atenção domiciliar: a perspectiva de terapeutas ocupacionais. **Cad. Ter. Ocup.**, UFSCar, São Carlos, v. 23, n. 1, p. 15-29, 2015.

ROY, D. J. Ethical issues in the treatment of cancer patients. **Bulletin of the World Health Organization**, [S.l.], v. 67, n. 4, p. 341, 1989.

SANTANA, J.C.B. et al. Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva: implicações na assistência de enfermagem. **Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n.3, p 327-343, Set/Dez. 2012.

TOLEDO, A. P.; PRIOLLII, D. G. Cuidados no fim da vida: o Ensino Médico no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 109-117, 2012.

VAN AALST-COHEN, E. S.; RIGGS, R.; BYOCK, I. R. Palliative Care in Medical School Curricula: a survey of United States Medical Schools. **Journal of Palliative Medicine**, [S.l.], v. 11, n. 9, p. 1200-1202, Nov. 2008.

WRIGHT, M. et al. **Mapping levels of palliative care development: a global view**. International Observatory on End of Life Care (IOELC). Lancaster: Lancaster University, 2006.

ALERGIA E HIPERSENSIBILIDADE ALIMENTAR E SUA CORRELAÇÃO COM AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS E OTORRINOLARINGOLÓGICAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Taís Santos Lima (UNIFENAS-BH)
Raphaella Pazzolini Rodrigues Reis⁵(UNIFENAS-BH)
Gabriella Cristine Rosolem Silva (UNIFENAS-BH)
Sandra Carvalho de Almeida Braga (UNIFENAS-BH)
Weverson Pedro Lima de Oliveira (UNIFENAS-BH)
Magnus César Mendes de Souza (UNIFENAS-BH)
Vera Lucia Ângelo Andrade⁶ (UNIFENAS-BH)

RESUMO: Com o desenvolvimento tecnológico, a população aumentou sua exposição a alimentos industrializados, elevando as chances de apresentar alergia e/ou hipersensibilidade alimentar. O objetivo desse trabalho foi correlacionar alergia e hipersensibilidade alimentar como causas de afecções no trato respiratório (TR) e otorrinolaringológico e demonstrar as repercussões na qualidade de vida do portador. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura no primeiro trimestre de 2015, nas bases eletrônicas Medline, BVS, Scielo e Google Acadêmico. Incluíram-se 26 artigos, de 1992 até 2014. As alergias são processos imunológicos mediados ou não pela imunoglobulina IgE, ou mistos. Já a hipersensibilidade engloba resposta alérgica e reações do tipo I, III e IV. No TR, os achados mais prevalentes foram asma e estridor laringeo. Já no trato otorrinolaringológico, foram síndrome da boca ardente, rinossinusite, otite externa e doença de *Ménière*. Para o correto diagnóstico, é necessário diferenciar ambas as afecções. Os sintomas apresentados no TR e no otorrinolaringológico são comuns e podem mimetizar outras afecções. Trabalhos sistemáticos sobre os temas são escassos, sendo necessários mais estudos, com levantamento epidemiológico nacional.

PALAVRAS-CHAVE: Alergia alimentar; Hipersensibilidade Alimentar; Rinite; Otorrinolaringopatias.

ABSTRACT: As the technological development takes place, the population is being increasingly exposed to industrialized food, elevating the occurrence of food allergy and food hypersensitivity. The objective of this study was to correlate food allergies and food hypersensitivity as cause of respiratory and otorhinolaryngologic tract diseases, as well as demonstrate the outcome of such diseases in the patient's life quality. Systematic scanning of papers in the first quarter of 2015 found in Medline, BVS, Scielo and Academic Google electronic database 26 papers, published between 1992 and 2014. Allergies are immune processes mediated or not by IgE immunoglobulin, or mixed. Hypersensitivity comprises, moreover, allergic response as well as type I, III, IV reactions. Concerning the respiratory tract, asthma and laryngeal stridor were the most important findings; otorhinolaryngologically, burning mouth syndrome, rhinosinusitis, otitis externa and *Ménière's* disease prevailed. The correct diagnose is only reached by careful differentiation between the two aforementioned occurrences. Both respiratory and otorhinolaryngologic tract symptoms are very recurrent and can be misdiagnosed. National epidemiological data survey is needed, due to the rarity of systematic research in the field.

KEYWORDS: Food allergy; Food hypersensitivity; Rhinitis; Otorhinolaryngologic diseases.

⁵Estudantes de Graduação 7º semestre do Curso de Medicina da UNIFENAS-BH.

⁶Doutora em Patologia UFMG. Professora do Curso de Medicina da UNIFENAS-BH, email: vera_angelo@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento tecnológico e as mudanças nos hábitos alimentares, a população aumentou sua exposição a uma variedade de alimentos industrializados e processados. Em condições normais, o trato gastrointestinal e o sistema imunológico fornecem uma barreira que impede a absorção da maioria dos antígenos, prevenindo o desenvolvimento de reação alérgica aos alimentos (CASTELLÓ *et al.*, 2004; PEREIRA, MOURA, CONSTANT, 2008).

É considerado alimento qualquer substância que nutra os tecidos ou forneça energia ao ser introduzida no organismo. Quando ingeridos por determinados indivíduos, certos alimentos podem causar inúmeros efeitos adversos, tais como alergia e hipersensibilidade alimentar (CASTELLÓ *et al.*, 2004).

Reações alérgicas são aquelas que envolvem processos imunológicos e podem ser mediadas (como: anafilaxia, urticária, angioedema, rinite aguda ou asma aguda) ou não (como: dermatite de contato, dermatite herpetiforme, proctocolite ou doença celíaca) pela imunoglobulina do tipo E (IgE); ou podem ser mistas, com a característica de promover liberação de mediadores como a histamina. De acordo com Abbas, em seu livro clássico, e com dados da literatura, hipersensibilidade alimentar é uma reação orgânica que engloba resposta alérgica e que se caracteriza pela presença de reações, envolvendo imunoglobulinas IgE específicas para antígenos ambientais e mastócitos (tipo I), deposição de complexos imunes nos vasos sanguíneos, e, ainda, promovendo lesão (tipo III) e lesão tecidual devido ao recrutamento de linfócitos T, induzidos a causar inflamação, ou diretamente pela morte das células-alvo (tipo IV) (PEREIRA, MOURA, CONSTANT, 2008; SALZO, LARSSON, 2009).

Os alérgenos alimentares estáveis são, em sua maioria, glicoproteínas solúveis em água, que resistem à temperatura, ao pH e à digestão enzimática, sendo capazes de induzir sensibilizações mediadas por IgE em indivíduos geneticamente predispostos. Os alergênicos mais comuns, responsáveis por até

90% de todas as reações alérgicas, são as proteínas do leite de vaca, ovo, amendoim, trigo, soja, peixe, frutos do mar e nozes (CASTELLÓ *et al.*, 2004; PEREIRA, MOURA, CONSTANT, 2008).

Nos EUA, 1 a 2% da população adulta e 3,9% das crianças e jovens menores de 18 anos possuem alergia alimentar, considerada um importante fator de risco para o desenvolvimento de rinite alérgica e de outras doenças respiratórias. De acordo com uma pesquisa feita com 3943 crianças, 29,3% possuíam alergia a leite de vaca, 21%, a peixe cru e frutos do mar, 19,7%, a vegetais, 19,7%, a frutas, 11%, a chocolate e 5,5%, a amendoim. Em outro estudo, envolvendo 25 pacientes de dois a 71 anos, este último alimento foi responsável por um terço das reações graves. As crianças tiveram percentual maior (10%) de reações aos alimentos, principalmente aquelas menores de um ano, quando comparado a dados da literatura referentes à população adulta (5%) (TAN, CORREN, 2011; BRICKS, 1994).

As alergias alimentares são diagnosticadas, na maioria das vezes, entre seis meses e dois anos de idade, enquanto as respiratórias, como asma e rinite, são geralmente diagnosticadas após os três anos de idade. Os sintomas de reações alérgicas induzidas por alimentos variam desde urticárias localizadas a um quadro de anafilaxia com risco de morte. Liu *et al.*, no ano de 2006, corroboraram o achado de que a clínica de uma alergia alimentar pode variar de leve desconforto abdominal a risco de morte e choque anafilático (LACK, 2008; TAO *et al.*, 2006).

Na alergia alimentar, os sistemas mais envolvidos e seus respectivos achados causais são: pele (urticária, rubor, angioedema, piora do eczema); trato gastrointestinal (vômitos, dor abdominal, diarreia) e vias respiratórias (rinite, asma, sibilos, estridor e alterações espirométricas). Manifestações clínicas otorrinolaringológicas também podem surgir ou se agravar em decorrência de tais quadros e se caracterizam por congestão persistente das vias aéreas superiores e orofaringe, síndrome da boca ardente, disfagia, edema lingual e da garganta, gotejamento pós-nasal, tosse crônica, rinossinusite, pólipos nasais, otite externa eczematososa e doença de Ménière (CASTELLÓ *et al.*, 2004; BRICKS, 1994; NETO *et al.*, 2011; CERCHIARI *et al.*, 2006; DOMINGUES, BITTAR, MELLO, 2009; KING,

1992; CEDENO, RUBIAL, RUIZ, 2014; COLLINS, LOUGHRAN, DAVIDSON, 2006; YARIKTAS *et al.*, 2004; PADDACK *et al.*, 2012).

As alergias alimentares tornaram-se um problema mundial de saúde nas duas últimas décadas e estão associadas a um impacto negativo significativo na qualidade de vida da população. O comprometimento do bem-estar cresceu à medida que os alimentos consumidos pela população tornaram-se cada vez mais processados e complexos, muitas vezes com rótulos inadequados. Além disso, são causas importantes de absenteísmo no trabalho e na escola, podendo ter graves consequências se não controladas. As alergias alimentares são bem mais comuns no grupo pediátrico do que no de adultos e possuem um impacto médico, financeiro e social considerável em crianças menores e suas famílias (FERREIRA, PINTO, 2012; BEZERRA, 1973; FERREIRA, SEIDMAN, 2007).

Essa revisão sistemática da literatura tem como objetivo correlacionar alergia e hipersensibilidade alimentar como causas de afecções respiratórias e otorrinolaringológicas, demonstrando também as consequentes repercussões na qualidade de vida do paciente acometido.

2 METODOLOGIA

2.1 FONTES DE DADOS

No primeiro trimestre de 2015, realizou-se, em Belo Horizonte, Minas Gerais, uma revisão sistemática da literatura científica sobre a possível associação entre alergia e hipersensibilidade alimentar com as doenças otorrinolaringológicas e respiratórias. Usou-se o modelo PICOT para formular a seguinte pergunta de pesquisa: a alergia e a hipersensibilidade alimentar podem causar doenças respiratórias e otorrinolaringológicas? Para isso, se buscou, preferencialmente, estudos publicados nos últimos 10 anos que abordavam esses temas, isolada ou associadamente. No entanto, alguns trabalhos publicados anteriormente a esse período também foram selecionados para a confecção da presente revisão em

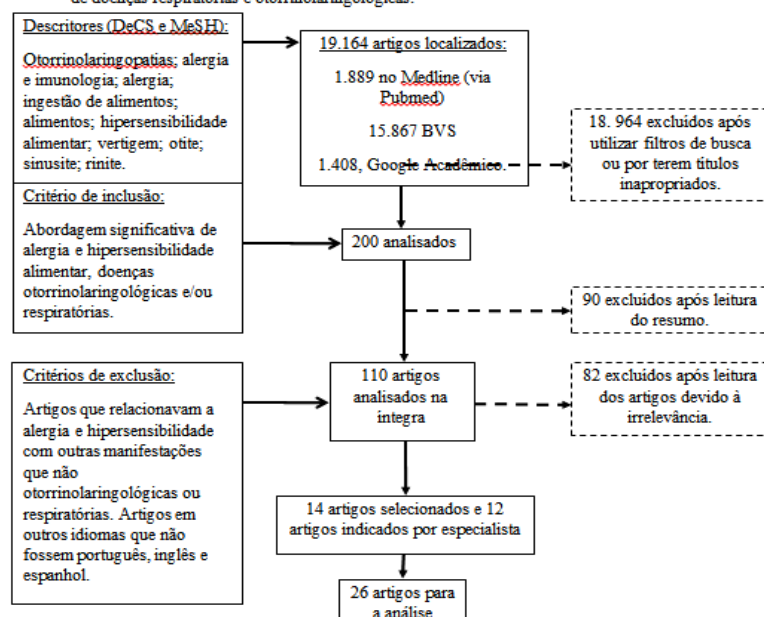
virtude do seu grau de relevância. Foram utilizados então artigos publicados de 1992 até 2014.

Os descritores utilizados para a busca nas bases de dados foram obtidos no DeCS e Mesh e incluíram: otorrinaringopatias; alergia e imunologia; alergia; ingestão de alimentos; alimentos; hipersensibilidade alimentar; vertigem; otite; sinusite e rinite, nos idiomas inglês, português e/ou espanhol. Tais descritores foram associados entre si e a operadores booleanos (AND e OR) e as combinações de ambos geraram diferentes estratégias de busca. A pesquisa bibliográfica foi realizada nos seguintes bancos de dados: Medline (via Pubmed), Portal BVS, Scielo e Google Acadêmico. Foram incluídos 26 artigos em português, inglês e espanhol. Utilizou-se, como critério de inclusão, a abordagem significativa de alergia e/ou hipersensibilidade alimentar, doenças respiratórias e/ou otorrinológicas. Excluíram-se os artigos que relacionavam a alergia e a hipersensibilidade alimentar com outras manifestações que não respiratórias e/ou otorrinológicas e artigos em outros idiomas que não fossem português, inglês e espanhol.

3 RESULTADOS

De acordo com os descritores, filtros, critérios de inclusão e exclusão definidos a priori foram selecionados 26 artigos.

Figura 1 - Fluxograma sobre como foi realizada a seleção dos artigos usados na confecção dessa revisão sistemática de literatura sobre alergia e hipersensibilidade alimentar como causas de doenças respiratórias e otorrinológicas.



Utilizou-se o método STROBE para avaliar os artigos de coorte, caso-controle e transversal e CASP para avaliar os estudos de revisão. A avaliação da qualidade da evidência científica correlacionou-se com o valor qualitativo do tipo de estudo, da sua metodologia e do seu próprio conteúdo. De acordo com a qualidade dos tipos de estudos incluídos nessa revisão sistemática, foram selecionados, em ordem decrescente: revisão sistemática, coorte, caso-controle, transversal e revisão não sistemática. Definiu-se, como estimativa de artigo de baixa qualidade, os classificados entre 0 e 59%, os de média qualidade entre 60% e 79% e os de alta qualidade acima de 80%, valores estes definidos pelos autores.

De acordo com a primeira revisão bibliográfica realizada, foram incluídos cinco artigos de baixa qualidade (um transversal e quatro de revisão), quatro artigos de média qualidade (três de coorte e um de revisão) e cinco artigos de alta qualidade (um transversal, um de coorte, um caso-controle e duas revisões). Foram acrescentados mais 12 artigos em uma segunda revisão bibliográfica com o objetivo de otimizar o trabalho em questão. Além desses artigos, foram utilizados, também, um livro clássico, dois consensos e uma página virtual. Ressalta-se que nesse estudo será dada ênfase apenas aos artigos de média e alta qualidade (Anexo1).

4 DISCUSSÃO

Esta revisão sistemática da literatura sobre alergia e hipersensibilidade alimentar e sua correlação com as doenças otorrinolaringológicas e respiratórias foi realizada a partir de um mapeamento da literatura feito pelos autores, sendo um dos poucos estudos realizados no idioma português.

Dentre os principais alimentos causadores de alergia alimentar está o leite de vaca, uma mistura de mais de 20 componentes que possui diversas proteínas envolvidas nas reações imunológicas, como a caseína, a lactoalbumina e a beta-lactoglobulina. A alergia ao ovo nos primeiros anos de vida também é comum e ocorre em reação a ovalbumina e ovotransferrina ovomucoide. Além dessas substâncias intrínsecas aos alimentos, eles ainda possuem alguns conservantes,

corantes e outros aditivos que também podem provocar reações alérgicas. Frutas cruas e vegetais são responsáveis pela síndrome alérgica oral, que afeta aproximadamente 50% dos adultos com rinite causada por pólen. Dietas modernas, que incluam alimentos exóticos e uma grande variedade de frutas e vegetais, têm causado aumento de reações alérgicas a certas frutas, como kiwi e papaia, e a grãos, como gergelim, mostarda e canola (CASTELLÓ *et al.*, 2004; PEREIRA, MOURA, CONSTANT, 2008).

Indivíduos com alergia alimentar ao leite apresentaram menor ingestão de cálcio, zinco e vitamina B2, enquanto pessoas com alergia alimentar ao ovo apresentaram menor ingestão de vitamina A, B1 e B2, niacina e colesterol. Indivíduos com alergia alimentar ao trigo e à soja apresentaram menor ingestão de cálcio, fósforo, ferro, potássio, zinco, vitamina B2, vitamina B6 e niacina, e aqueles com alergia alimentar a carne bovina, suína e de frango apresentaram menor ingestão de ferro e maior ingestão de potássio, cálcio, vitamina A e B2. No geral, o consumo de proteína, lipídeo, sódio e vitamina B1 e B6 também diminuiu à medida que o número de alérgenos alimentares aumentou. Portanto, percebe-se que muitos dos alimentos responsáveis por grande parte das alergias alimentares são também fontes importantes de nutrientes. Assim, o consumo de alimentos de substituição que contêm nutrientes semelhantes deve ser enfatizado, com o objetivo de evitar a desnutrição (KIM *et al.*, 2013).

A carga genética, o gênero, a etnia, a presença de polimorfismos genéticos, as mudanças na dieta (vitamina D, tipo de gordura, antioxidantes, obesidade), a hipótese da higiene (redução da exposição a agentes infecciosos, parasitas, tipo de colonização intestinal) e a exposição a alérgenos alimentares (gestação, leite materno, desmame, pele) são fatores de risco identificados atualmente como relacionados à alergia alimentar (GUIA PRÁTICO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA ALERGIA ÀS PROTEÍNAS DO LEITE DE VACA MEDIDA PELA IMUNOGLOBULINA E, 2015).

De acordo com a Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia (ASBAI, 2007), citado por Pereira *et al* (2008), em seu artigo de revisão, 50 a 70% dos

pacientes com alergia alimentar possuem história familiar de alergia. Caso o pai e a mãe apresentem alergia, a probabilidade de terem filhos alérgicos é de 75%. Não se sabe perfeitamente o porquê de algumas substâncias serem alergênicas e outras não, e nem por que nem todos os indivíduos desenvolvem uma reação alérgica após exporem-se aos alérgenos; sabe-se que a predisposição genética, a potência antigênica de alguns alimentos e as alterações em nível do intestino parecem ter importante papel nessas condições (PEREIRA, MOURA, CONSTANT, 2009).

Cedeno, em seu artigo de revisão publicado em 2014, mostrou que a alergia à proteína é uma desordem comum entre os manipuladores de alimentos e deve ser considerada uma unidade clínica separada. A atopia é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de sintomatologia respiratória e da pele. A rinite, por exemplo, pode ser causada por alimentos. Entretanto, estes raramente são responsáveis por induzir sintomas exclusivos dessa afecção. Em seu tratamento, o paciente pode ser orientado, como medida de controle ambiental, sobre a importância de manter os alimentos fechados e acondicionados, demonstrando a importância desse fator na patogênese da doença (CEDENO, RUBIAL, RUIZ, 2014; SOLÉ *et al.*, 2012).

Fisiopatologicamente, nessas reações alérgicas aos alimentos, os linfócitos B apresentam uma capacidade elevada em produzir a IgE. Como células efetoras principais do processo, destacam-se os mastócitos, eosinófilos e basófilos. Estes últimos deslocam-se para o tecido afetado e contribuem para a produção dos mediadores, com predomínio de citocinas Th2, como IL-4 e IL-13. Essas reações têm prevalência elevada na infância, reduzindo-se com o passar dos anos (PEREIRA, MOURA, CONSTANT, 2008).

Castelló, *et al* (2004), mostrou que crianças com menos de três anos, quando apresentam reações adversas aos alimentos, tendem a superar o problema após variável período de tempo, com a dieta de exclusão, mas observa-se que a alergia alimentar mediada por IgE apresenta maior tendência a persistir quando comparada à intolerância alimentar. As reações adversas aos alimentos não tóxicos são

influenciadas pela susceptibilidade de cada paciente e não derivam diretamente do alimento (BRICKS, 1994; CASTELLÓ *et al.*, 2004).

Tao, *et al.*, em uma pesquisa de coorte publicada em 2006, expôs a possibilidade da rinosinusite derivada de a enterotoxina estafilocócica, do tipo B (SEB), estar envolvida na patogênese da alergia alimentar. Kurosaka, *et al.* (2011), em sua pesquisa, também de coorte, demonstrou significativa relação entre alergia alimentar e história de atopia dos pais, com a prevalência de sibilos, eczemas e rinoconjuntivite, nas crianças. Uma pesquisa de revisão demonstrou que a relação entre rinite alérgica e sinusite, asma, dermatite atópica e alergia alimentar é fortemente relacionada com genética, epidemiologia, fisiopatologia e clínica evidente. O mecanismo de manifestação atópico envolve a resposta IgE mediada, gerando inflamação nasal, bronquial, gastrointestinal e dermatológica. Clinicamente, alguns pacientes com rinosinusite crônica e alergia alimentar apresentaram melhora expressiva desse tipo de alergia após o tratamento da rinosinusite (TAO *et al.*, 2006; KUROSAKA *et al.*, 2011; TAN, CORREN, 2011).

Domingues, *et al.* (2009), em um estudo transversal demonstrou a prevalência de alergia alimentar em pacientes com Doença de *Ménière*, sendo esta estabelecida em torno de 26%, taxa elevada quando comparada à da população em geral. Um artigo de caso-controle mostrou que 33 pacientes com Doença de *Ménière* (56,9%) sensibilizaram-se ao glúten do trigo; porém, como esse é o primeiro trabalho sobre o assunto, conclui-se que mais estudos são necessários para ratificar essa relação (DOMINGUES, BITTAR, MELLO, 2009; BERNARDINO, CERSARANI, 2012).

Marone, em sua revisão publicada em 1999, destacou a importância da alergia na instalação e na permanência da secreção na orelha média, na população pediátrica. A alergia alimentar tem sido aplicada como responsável pela manutenção de quadros alérgicos. Nesse contexto, merece destaque a alergia ao leite de vaca, já abordada anteriormente. Este alimento possui componentes com vários graus de antigenicidade, no qual a fração beta-globulina é a mais frequentemente responsável pelo quadro. Ainda, alergia alimentar associada à alergia respiratória pode promover edema da mucosa nasal e da região peritubária, predispondo a infecções

recorrentes em crianças, uma vez que elas possuem imaturidade do sistema imunológico (MARONE, 1999; WECKX, 2015).

Os sintomas otorrinolaringológicos causados pela alergia alimentar incluem prurido oral, edema em lábios ou língua, prurido e/ou uma sensação de aperto na garganta. Os sintomas respiratórios podem envolver a laringe e o trato respiratório superior ou inferior. Os sintomas típicos incluem aqueles de rinoconjuntivite alérgica, ou seja, prurido periocular, eritema conjuntival, lacrimejamento, prurido nasal, congestão, rinorreia; aqueles de edema de laringe, como estridor, tosse, rouquidão e sensação de aperto e, finalmente, os de asma, que incluem dispneia, tosse e chiado no peito (SAMPSON, 2005).

Embora, na prática clínica, hipersecreção brônquica, otites de repetição e língua geográfica sejam frequentemente atribuídas à alergia alimentar, não há consenso na literatura, não devendo, portanto, estas manifestações serem atribuídas exclusivamente a essa afecção. Assim, é necessária a busca de outras causas etiológicas para estas manifestações, não se justificando a introdução de dietas restritivas a estes pacientes (SOLE *et al.*, 2007).

O diagnóstico de certeza das alergias alimentares é feito por meio de testes de eliminação-provocação. Alérgenos prováveis são removidos e com isso cria-se uma dieta de eliminação. Se os sintomas desaparecem durante a eliminação, a alergia alimentar é a provável causa dos sintomas. A causa pode ser então ratificada através da reintrodução de alimentos. Fatores dietéticos, como consumo deficiente de antioxidantes, podem afetar o risco de desenvolvimento de asma, o que pode ser corroborado pela diminuição do risco dessa doença com a ingestão de alimentos ricos em vitamina A e vitamina C (COCCO *et al.*, 2007).

Patelis, *et al* (2014), em um desenho de coorte, mostrou que a prevalência de hipersensibilidade alimentar manteve-se inalterada durante o estudo, enquanto a prevalência da sensibilização de IgE a alérgenos alimentares diminuiu durante um período de acompanhamento de nove anos (PATELIS *et al.*, 2014).

Outro estudo de coorte demonstrou que hipersensibilidades não mediadas por IgE representam um papel significativo em pacientes com testes de pele

intradérmico, positivos para alimentos. A história clínica tem papel fundamental para o diagnóstico e depende muito da capacidade dos pacientes de recordarem os sintomas, além da habilidade do médico em discernir as manifestações causadas por hipersensibilidade alimentar daquelas relacionadas a outras condições. Isto não é uma tarefa fácil e tem propiciado muitos erros diagnósticos. Com isso, a anamnese, associada à investigação laboratorial, poderá ser complementada com outros exames para a confirmação e/ou elucidação diagnóstica (COLLIS, LOUGHRAN, DAVIDSON, 2006; COCCO *et al.*, 2007).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alergia e hipersensibilidade alimentar são condições patológicas muito prevalentes e distintas, embora seus conceitos não estejam claramente estabelecidos no meio médico. Considerando que reações alérgicas são aquelas que envolvem processos imunológicos, podendo ser mediadas ou não pela imunoglobulina do tipo IgE, ou mistas, e que hipersensibilidade alimentar é uma reação que se manifesta como resposta alérgica e como reações do tipo I, III e IV, é imperioso amplificar um maior entendimento em relação à diferenciação dessas duas manifestações. Há uma necessidade urgente de sistematizar estudos em relação a esse tema. É prudente a confecção de mais trabalhos com levantamento epidemiológico nacional, uma vez que isto ainda não foi realizado.

Os achados apresentados no trato respiratório e otorrinolaringológico são muito comuns e podem mimetizar outras patologias. Além disso, são capazes de alterar negativamente a qualidade de vida do paciente acometido. Logo, este trabalho torna-se relevante para chamar a atenção das grandes entidades públicas a fim de se assegurar uma saúde individual e coletiva qualificada.

REFERÊNCIAS

ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. Distúrbios de hipersensibilidade. In: _____. **Imunologia celular e molecular**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. cap.18, p.407-423.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. **Guia prático de diagnóstico e tratamento da Alergia às Proteínas do Leite de Vaca mediada pela imunoglobulina E**. São Paulo, v.35, n.6, p.203-233, 2012.

BERARDINO, Federica Di, CESARANI, Antonio. Gluten sensitivity in Meniere's Disease. **The Laryngoscope**, n. 122, p.700–702, 2012.

BRICKS, Lucia Ferro. Reações adversas aos alimentos na infância: intolerância e alergia alimentar: atualização. **Pediatria**, São Paulo, v.16, n.4, p.176-185, 1994.

CASTELLÓ, Mirta Álvarez et al. Algunas consideraciones sobre las reacciones adversas por alimentos. **Rev Cubana Med Gen Integr.**, Cuba, v.20, p. 5-6, sept./dic. 2004.

CERCHIARI, Dafne Patrícia et al. Síndrome da boca ardente: etiologia. **Rev Bras Otorrinolaringol.**, São Paulo, v.72, n.3, p.419-24, may/jun. 2006.

COCCO, Renata Rodrigues et al. Abordagem laboratorial no diagnóstico da alergia alimentar. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 25, n.3, p.258-265, 2007.

COLLINS, M.M. et al. Nasal polyposis: prevalence of positive food and inhalant skin tests. **Otolaryngol Head Neck Surg.**, v.135, n.5, p.680-683, nov. 2006.

CRISTINA, Targa Ferreira; ERNEST, Seidman. Food allergy: a practical update from the gastroenterological viewpoint. **Jornal de pediatria**, Porto Alegre, v.83, n.1, p.7-20, jan./fev. 2007.

DOMINGUES, Erika Cisi et al. Prevalência de alergia em pacientes com distúrbios do equilíbrio corporal. **Arq. Int. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v.13, n.1, p.44-48, fev. 2009

FERREIRA, J.M.S. et al. Alergia alimentar: definições, epidemiologia e imunopatogênese. **Rev Bras Nutr Clin.**, São Paulo, v.27, n.3, p.193-198, 2012.

JUNGYUN, Kim et al. The effects of elimination diet on nutritional status in subjects with atopic dermatitis. **Nutr Res Pract.**, v.7, n.6, p.488–494, nov. 2013.

KING, W.P. Food hypersensitivity in otolaryngology: manifestations, diagnosis, and treatment. **Otolaryngol Clin North Am.**, v.25, n.1, p.163-179, feb.1992.

KUROSAKA, Fumitake et al. Risk factors for wheezing, eczema and rhinoconjunctivitis in the previous 12 months among six-year-old children in Himeji

LACK, Gideon M.D. Food allergy. **New England J Med.**, London, v.359, n.12, p.1252-1260, sep. 2008.

LIU, Tao et al. Rhinosinusitis derived staphylococcal enterotoxin B plays a possible role in pathogenesis of food allergy. **BMC Gastroenterology**, Canada, v.6, n.1, p.1-11, aug. 2006.

MARONE, Silvio Antonio Monteiro. Otite media secretora - qual a importância da alergia? **Arquivos internacionais de otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 3, n. 2, abr./jun. 1999.

PADDACK, A. et al. Food hypersensitivity and otolaryngologic conditions in young children **Food.Otolaryngol Head Neck Surg.**, v.147, n.2, p.215-220, aug. 2012.

PALHETA NETO, Francisco Xavier et al. Tosse crônica na rotina otorrinolaringológica. **Arquivos Int. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v.15, n.2, p.231-240, may/jun. 2011.

PAOLA, Cedeño Gabriel Karly; GABRIELA, Rubial Carvajal; CARMEN, Ruiz Almirón. Patología laboral sensibilizante, respiratoria y cutánea en la industria alimentaria. **Med SegurTrab.**, Madrid, v.60, n.236, p.536-565, jul./set. 2014.

PATELIS, Antonios et al. Natural history of perceived food hypersensitivity and IgE sensitization to food allergens in a cohort of adults. **Journalplosone**, v. 9, n. 1, p.1-7, 2014.

PEREIRA, Ana Carolina da Silva; MOURA, Suelane Medeiros; CONSTANT, Patrícia Beltrão Lessa. Alergia alimentar: sistema imunológico e principais alimentos envolvidos. **Semina: Ciências Biológicas da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 2, p. 189-200, jul./dez. 2008.

ROBERTO, Bezerra. **Considerações sobre doenças alérgicas**. São Paulo, 1973. Disponível em: <<http://www.alergodermatologia.com.br/site/index.php/saibamais/alergia/consideracoes-sobre-doencas-alergicas/>>. Acesso em: 16 abr. 2015.

SALZO, P.S.; LARSSON, C.E. Hipersensibilidade alimentar em cães. **Arq. Bras. Med. Vet. Zootec.**, São Paulo, v. 61, n.3, p.598-605, fev. 2009.

SAMPSON, Hugh. Food allergy—accurately identifying clinical reactivity. **Allergy**, v. 60, n. 79, p.19-24, 2005.

SOLÉ, Dirceu et al. III Consenso Brasileiro sobre Rinites. **Braz J Otorrinolaryngol.**, v. 75, n. 6 p. 1-52, 2012.

SOLÉ, Dirceu et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2007. **Rev. bras. alerg. imunopatol.**, v. 31, n. 2, 2008.

TAN, R.A.; CORREN, J. The relationship of rhinitis and asthma, sinusitis, food allergy, and eczema. **Immunology and allergy clinics of North America.**, v.31, n.3, p.481-491, aug. 2011

YARIKTAS, M. et al. Asymptomatic food hypersensitivity prevalence in patients with eczematous external otitis. **Am J Otolaryngol.**, v.25, n.1, p.1-4, jan./feb. 2004.

WECKX, Luc Loius Maurice et al. Otites médias na infância. **Acta AWHO**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. p.104-109, set./dez. 1992.

CORRELAÇÃO ENTRE O IMC, IACp E VO₂MÁX EM MENINOS ESCOLARES PRÉ PUBERDADE

William Cordeiro de Souza⁷

RESUMO: Objetivo: Analisar a correlação do IMC, IACp com o VO₂máx em meninos no estágio inicial da puberdade. Métodos: A amostra foi composta por (n=16) meninos (estágio 2) com 10 anos de idade, todos pertencentes de uma escola da cidade de Três Barras – SC. Para a identificação do estágio de maturação sexual foi utilizado o método proposto por Tanner (1962); para cálculo do IMC utilizou-se a equação peso/estatura². Na determinação do IACp foi utilizada a equação convalidada para crianças proposta por El Arbaoui et al, (2013): IACp= Circunferência Quadril/ Estatura^{0,8} – 38. E para a mensuração do VO₂máx foi realizada utilizando-se o teste de 20m de Léger et al., (1988). Na análise estatística utilizou-se a estatística descritiva (Média e DP) e a correlação de *Pearson*, com nível de significância de p<0,05. Resultados: Os avaliados apresentaram 36,9 ± 5,3 de peso corporal; 144 ± 6,4 de estatura; 18,55 ± 3,7 de IMC; 72,4 ± 4,3 de circunferência de quadril; 24,59 ± 2,51 de IACp e 44,96 ± 4,21 de VO₂máx. Foram encontradas diferenças significativas entre o IMC e o IACp (r= 0,594; p= 0,01); o mesmo não aconteceu entre o IMC e o VO₂máx (r= -0,319; p= 0,227); e entre o IAC e o VO₂máx (r= -0,227; p= 0,396). Conclusões: O presente estudo verificou que existem correlações e diferenças significativas entre o IMC e o IACp de meninos pré púberes, no entanto não foram encontrados valores significativos nas relações do IMC e com VO₂máx, e nem entre o IACp e com VO₂máx.

PALAVRAS-CHAVE: Adiposidade Corporal, VO₂máx, Maturação, Meninos, Escolares.

ABSTRACT: Objective: To analyze the correlation between BMI, BAIp with VO₂max in boys in the early stages of puberty. Methods: The sample consisted of (n= 16) boys (stage 2) 10 years of age, all belonging to a school in the city of Três Barras - SC. To identify the sexual maturation stage was used the method proposed by Tanner (1962); for BMI calculation used the equation weight/height². In determining the BAIp was used equation for children proposed by El Arbaoui et al, (2013): BAIp= Circumference Hip/Estatura^{0,8}-38. And for the measurement of VO₂max was performed using the 20m Léger test et al., (1988). Statistical analysis was performed using descriptive statistics (Mean and SD) and the Pearson correlation, with a significance level of p <0.05. Results: The results showed 36.9 ± 5.3 body weight; 144 ± 6.4 stature; 18.55 ± 3.7 BMI; 72.4 ± 4.3 of hip circumference; 24.59 ± 2.51 and 44.96 ± 4.21 BAIp of VO₂max. Significant differences were found between BMI and the BAIp (r= 0.594; p= 0.01); the same did not happen between BMI and VO₂max (r= -0.319; p= 0.227); and between the BAIp and VO₂max (r= -0.227; p= 0.396). Conclusions: This study found that there are significant differences and correlations between BMI and the BAIp pre pubescent boys, however were not found significant values in the BMI and relations with VO₂max, or between the BAIp and VO₂max.

KEYWORDS: Body Adiposity, VO₂max, Maturation, Boys, School.

1 INTRODUÇÃO

No período inicial da puberdade em meninos é evidente a elevação da massa corporal, caracterizada pelo acréscimo da massa magra, aumento da estatura e

⁷ Especialista em Fisiologia do Exercício com Ênfase em Treinamento Esportivo. Faculdade São Fidélis (FASFI). Professor de Educação Física do Município de Três Barras – SC. E-mail: professor_williamsouza@hotmail.com

melhora da capacidade glicolítica. Antes do início da puberdade, crianças de ambos os sexos recebem uma grande quantidade de estímulos externos para a realização de atividades físicas, o que pode refletir positivamente nas alterações das características estruturais e funcionais, além do aprimoramento da aptidão cardiorrespiratória (VASCONCELOS et al., 2005).

Hoffmann et al., (2014) Corroboram que nesta fase da vida ocorrem dois fenômenos biológicos relevantes: os estirões de crescimento em estatura e peso, e a maturação sexual do adolescente. A influência da maturação biológica pode ser observada em diversos aspectos, tais como: na composição corporal, no crescimento e no desempenho motor de cada indivíduo.

Vários determinantes influenciam nas alterações corporais, acredita-se que a idade cronológica, índices de crescimento, fatores biomecânicos e fisiológicos e o treinamento possuem grandes parcelas de colaboração, sendo a maturação sexual uma das variáveis que mais ajuda nesse processo (FERRARI et al., 2008).

Aproximadamente seis meses após o pico de crescimento em estatura, ocorre o pico de ganho de massa muscular, diretamente associado à elevação do hormônio testosterona. Esse ganho de massa e o amadurecimento das funções musculares proporcionam um aumento na capacidade metabólica, que por sua vez tende a aumentar o índice de resistência, especialmente se houver estímulos motores adequados (RÉ, 2011).

Com o avanço da idade, principalmente, durante a puberdade, há uma relação inversa entre a espessura do tecido muscular e ósseo e a de gordura, ou seja, um acentuado ganho de massa muscular e óssea, com concomitante diminuição no ganho da massa de gordura (MINATTO et al., 2010).

Basicamente, o processo maturacional apresenta características próprias que influenciam o desenvolvimento orgânico, como, por exemplo, o pico de velocidade de crescimento, desenvolvimento das gônadas e características sexuais secundárias, mudanças na composição corporal, alterações no sistema cardiorrespiratório e a melhoria da capacidade de controle de movimentos físico (SOUZA, et al., 2014). Em face ao exposto, o presente estudo teve como objetivo

analisar a correlação do IMC, IACp com o $VO_{2máx}$ em meninos no estágio inicial da puberdade.

2 MÉTODOS

A amostra foi composta por (n=16) meninos (estágio 2) com 10 anos de idade, todos pertencentes de uma escola da cidade de Três Barras – SC. Os pais ou responsáveis legais dos estudantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecimento (TCLE), autorizando à participação dos seus filhos na pesquisa.

Foram definidos como critérios de inclusão: Adolescentes do gênero masculino, com idade de 10 anos, estar no estágio 2 de puberdade, não apresentar nenhuma lesão física nos últimos 6 meses. Foram excluídos da pesquisa os adolescentes que não compareceram nos dias da realização dos testes, que não se encontravam no estágio 2 de puberdade, e as cujos pais não autorizaram a participação. Sendo também respeitada a vontade dos adolescentes que se recusaram a participar mesmo com a autorização dos pais.

Foi avaliado o peso e a estatura para obtenção de IMC utilizado à seguinte fórmula: $IMC = \text{Peso Corporal} / \text{Estatura}^2$. Na mensuração do peso sugerido por Fernandes Filho (2003) o avaliado deveria se posicionar em pé, de costas para escala da balança, usando o mínimo de roupa possível. A mensuração da estatura foi identificada pelo maior valor entre o vértex e a região plantar obedecendo ao plano de Frankfurt. Para determinação do peso corporal foi utilizada uma balança digital da marca *Techline*, devidamente calibrada, com graduação de 100 gramas e escalas variando de 0 a 180 Kg. A estatura foi verificada através de uma trena flexível marca *Sanny Medical Sparrett*, resolução de 0,1 mm, fixada na parede lisa, com 3 metros e graduação de 0,1cm com o zero coincidindo com o solo.

Para a determinação do IAC, foram coletados os dados de estatura (já mencionado anteriormente) e a circunferência quadril (CQ), que foi verificada através da extensão posterior máxima dos glúteos. E foi Tomada no nível dos pontos trocântéricos direito e esquerdo. Realizada paralelamente ao solo, estando o avaliado com os pés unidos (HEYWARD, 2010). Para essa coleta foi utilizada uma

trena antropométrica da marca Sanny Medical 2 mt modelo SN-4011. Na determinação do IAC foi utilizada a equação convalidada para crianças proposta por El Aarbaoui et al., (2013) conhecida como IACp (Índice de Adiposidade Corporal Pediátrica), que utiliza à seguinte formula: $IACp = \text{Circunferência Quadril}/\text{Estatura}^{0,8} - 38$.

Verificou-se a capacidade aeróbia através do teste de corrida de vai-vém de 20 metros, logo após foi determinado de forma indireta, o consumo máximo de oxigênio segundo Léger et al., (1998).

Para a identificação do estágio de maturação sexual foi utilizado o método proposto por Tanner (1962); a auto-avaliação foi realizada com a apresentação de desenhos e relatada individualmente pelo avaliado. Os estágios maturacionais se dividem entre 1 a 5, sendo que o estágio 1 caracteriza-se como pré-púbere com ausência no desenvolvimento de qualquer característica sexual secundária, o estágio 2, 3 e 4 púberes indicando o desenvolvimento inicial das características sexuais secundárias e estágio 5 quando o processo maturacional está finalizado. Para o presente estudo foi selecionadas os adolescentes que se encontravam no estágio 2.

Na análise estatística utilizou-se a estatística descritiva (Média e DP) e a correlação de *Pearson*, com nível de significância de $p < 0,05$. Os dados foram analisados através do pacote estatístico *BioEstat 5.0*.

3 RESULTADOS

A Tabela 1 abaixo apresenta as variáveis de peso corporal, estatura, IMC, circunferência do quadril, IACp e o $VO_{2máx}$, para caracterização da amostra.

Tabela 1 - Caracterização da amostra.

Variáveis	Média	Desvio Padrão
Peso (kg)	36,9	± 5,3
Estatura (m)	144	± 6,4
IMC (kg/m ²)	18,55	± 3,7
Circunferência do Quadril (cm)	72,4	± 4,3

IACp (CQ/m ^{0,8} – 38)	24,59	± 2,51
VO _{2máx} (ml.kg ¹ .min. ¹)	44,96	± 4,21

Já a tabela 2 abaixo apresenta as correlações entre as variáveis estudadas, onde foram encontradas diferenças significativas entre o IMC e o IACp, onde o mesmo não aconteceu entre o IMC e o VO_{2máx}, e entre o IAC e o VO_{2máx}.

Tabela 2 - Correlações o IMC, IACp e o VO_{2máx}.

Variáveis	r	p
IMC x IACp	0,594	0,01*
IMC x VO _{2máx}	-0,319	0,227
IACp x VO _{2máx}	-0,227	0,396

Nível de Significância - *p<0,05.

4 DISCUSSÃO

O presente estudo com o intuito de analisar a correlação do IMC, IACp com o VO_{2máx} em meninos no estágio inicial da puberdade, verificou que existem correlações significativas entre o IMC e o IACp, o mesmo não aconteceu entre as variáveis do IMC e o VO_{2máx}, e entre o IAC e o VO_{2máx}.

Em estudo realizado por Souza et al., (2013) com o objetivo de correlacionaram o IAC com o IMC, os autores verificaram uma correlação significativa entre o IAC e o IMC, em atletas profissionais de futebol. Os mesmos resultados foram encontrados em estudo realizado por Lópes et al., (2012) que avaliaram indivíduos, caucasianos e verificaram que o IAC e o IMC apresentaram uma forte correlação (r=0,64 p=0,001), e concluíram que o IAC pode ser uma ferramenta fidedigna para medir a adiposidade corporal. Estes achados corroboram com o presente estudo.

Nas correlações entre o IMC e o VO_{2máx}, e entre o IAC e o VO_{2máx}, não foram encontradas diferenças significativas. O mesmo ocorreu em estudo realizado por Ferrari et al., (2008) os autores verificaram que tanto a adiposidade e o VO_{2máx} se mantiveram praticamente estável dos 10 aos 13 anos, não tendo nenhuma diferença significativa entre os anos de idade das crianças.

Corroborando com o presente estudo Freitas et al., (2012) verificaram a influência do IMC nos níveis do $VO_{2máx}$ em escolares de 11 a 14 anos da cidade de Montes Claros – MG, e perceberam que não houve diferenças significativas no $VO_{2máx}$ entre os sujeitos com o IMC normal e aqueles acima do peso, porém perceberam uma influência do IMC nos níveis de $VO_{2máx}$, sendo que essas variáveis se comportam de forma inversamente proporcional.

Contrapondo-se aos resultados encontrados no presente estudo Mikulić, Ružić e Leko (2007) controlando a massa corporal de meninos do mesmo grupo etário, verificaram que a maturação sexual impactou de maneira significativa no $VO_{2máx}$ absoluto e também no relativo.

Segundo Mascarenhas et al., (2006) a potência aeróbica pode aumentar linearmente em ambos os sexos até os 18 anos. Mas a potência aeróbica relativa nos meninos este aumento vai até os 15 anos de idade, tendendo depois a diminuir por causa do ganho do peso corporal. Provavelmente, o que os autores supracitados destacam, é o que pode ter inviabilizado há não relação entre as variáveis estudadas.

Sendo assim, justifica-se que o processo de crescimento físico e maturação biológica nos índices de aptidão física e na composição corporal de crianças e adolescentes ainda não está bem clara na literatura, pois estudos sugerem que estas alterações biológicas podem produzir modificações significativas na aptidão física e na composição corporal, na mesma proporção que é produzida pelo exercício físico (GUEDES, 2011; SOUZA, et al., 2014).

Sugere-se, que mais estudos sejam desenvolvidos relacionando e comparando a formula do IAC nos diferentes grupos maturacionais, pois a mesma foi lançada recentemente, e a literatura ainda é muito escassa, esta teoria ainda precisa de mais estudos que deem suporte científico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo verificou que existem correlações e diferenças significativas entre o IMC e o IACp de meninos pré púberes, no entanto não foram encontrados valores significativos nas relações do IMC e com $VO_{2máx}$, e nem entre o IACp e com $VO_{2máx}$.

REFERÊNCIAS

EL AARBAOUI, T. et al. Does the body adiposity index (BAI) apply to pediatric populations? **Annals of Human Biology**, v. 40, n. 5, p. 451-458, 2013.

FERNANDES FILHO, J. **A prática da avaliação física: Testes, medidas e avaliação física em escolares, atletas e academias de ginástica**. 2ªEd. Rio de Janeiro: Ed.Shape, 2003.

FERRARI, G. L. M. et al. Influência da maturação sexual na aptidão física de escolares do município de Ilhabela - um estudo longitudinal. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 13, n. 3, p. 141-148, 2008.

FREITAS, A. S. et al. Análise das relações entre IMC e $VO_{2máx}$ em escolares de Montes Claros – MG. **Motricidade**, v. 8, n. S2, p. 789, 2012.

GUEDES, D. P. Crescimento e desenvolvimento aplicado à Educação Física e ao Esporte. **Revista Brasileira Educação Física e Esporte**, v. 25, p. 127-40, 2011.

HEYWARD, V. H.; GIBSON, A. L. Advanced fitness assessment and exercise prescription. Champaign, IL: **Human Kinetics**, 2010.

HOFFMANN, J. K. et al. A influência da maturação, estatura e soma de dobras cutâneas na força de membros inferiores em adolescentes praticantes de futsal. **Revista Brasileira de Futsal e Futebol**, v. 6, n. 21, p. 202-210, 2014.

LÉGER, L. A. et al. The multistage 20-meter shuttle run test for aerobic fitness. **Journal of Sports Sciences**, v. 6, p. 93-101, 1988.

LÓPEZ, A. A. et al. Body adiposity index utilization in a Spanish Mediterranean population: comparison. **PloS one**. v. 7, n. 4, p. e35281, 2012.

MASCARENHAS, L. P. G. et al. Comportamento do consumo máximo de oxigênio e da composição corporal durante o processo maturacional em adolescentes do sexo masculino participantes de treinamento de futebol. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 14, n. 1, p. 41-48, 2006.

MIKULIĆ, P.; RUŽIĆ, L.; LEKO, G. Maximal oxygen uptake and maturation in 12-year-old male rowers. **Hrvat Sportskomed Vjesn**, v. 22, p. 10-15, 2007.

MINATTO, G. et al. Idade, maturação sexual, variáveis antropométricas e composição corporal: influências na flexibilidade. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v.12, n. 3, p. 151-158, 2010.

RÉ, A. H. N. Crescimento, maturação e desenvolvimento na infância e adolescência: Implicações para o esporte. **Motricidade**, v.7, n. 3, p. 55-67, 2011.

SOUZA, W. C. et al. Correlação entre o índice de adiposidade corporal (IAC) e índice de massa corporal (IMC) em atletas de futebol. In: III Seminário Integrado de Pesquisa, Ensino e Extensão, 2013, Porto União. **Anais...** Porto União: SIPEX, 2013.

SOUZA, W. C. et al. Associação entre o índice de massa corporal (IMC) e a agilidade em escolares eutróficos pré puberdade. **Saúde Meio Ambiente**, v. 3, n. esp., p. 18-19, 2014.

TANNER, J. M. **Growth at adolescent**. Oxford: Blackwell Scientific, 1962.

VASCONCELOS, I. Q. A. et al. Association between bmi and VO_{2Max} of females in the initial stages of puberty. **Revista da Educação Física/UEM**, v. 16, n. 1, p. 21-25, 2005.