

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LÉIA FORTES SALLES

**A PREVALÊNCIA DE SINAIS IRIDOLÓGICOS NOS
INDIVÍDUOS COM DIABETES MELLITUS**

**SÃO PAULO
2006**

LÉIA FORTES SALLES

**A PREVALÊNCIA DE SINAIS IRIDOLÓGICOS NOS
INDIVÍDUOS COM DIABETES MELLITUS**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo, para obtenção do
título de Mestre.

Área de concentração:
Enfermagem na Saúde do Adulto

Orientadora: Prof^a. Dr^a Maria Júlia Paes da Silva

**SÃO PAULO
2006**

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Salles, Léia Fortes.

A prevalência de sinais iridológicos nos indivíduos com Diabetes mellitus. / Léia Fortes Salles. – São Paulo: L. F. Salles, 2006.

103 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Júlia Paes da Silva

1. Diabetes mellitus (prevenção e controle) 2. Íris (estudo)
3. Enfermagem. I. Título.



AGRADECIMENTOS

“Todos os dias é um vai e vem
A vida se repete nesta estação
Tem gente que chega pra ficar
Tem gente que vai pra nunca mais
Tem gente que vem e quer voltar
Tem gente que vai e quer ficar
Tem gente que veio só **olhar**
Tem gente a sorrir e a chorar...”

(Encontros e despedidas - Milton Nascimento/Fernando Brant)

Á Prof. Dra. **Maria Júlia Paes da Silva**, por orientar-me na execução desta pesquisa e pela coragem de começar uma jornada desconhecida, como quem se importa com os frutos do caminho e não apenas com os resultados.

Aos meus pais, **David Fortes e Fajga Szajndla Fortes**, pelo exemplo vivo de fé, persistência e otimismo. Ela, minha maior fã, não se encontra mais entre nós, mais tenho certeza de que da onde estiver ficará muito feliz com mais esta vitória.

Ao **Cacá**, meu companheiro de jornada, pelo apoio e cumplicidade durante todos estes anos de convivência.

Aos meus filhos, **Daniel e Amanda**, presentes de Deus, pelo muito que têm me ensinado, pela torcida e amor incondicional.

À **Deus** por ter permitido que eu concluísse mais um sonho.

À minha irmã **Clarice Fortes**, pelas palavras de conforto.

Ao **Dr. Celso F. Battello**, incansável defensor da Iridologia, pela colaboração e incentivo.

Ao amigo **Santiago**, sempre disposto a ajudar.

À **Eutália**, pela dedicação no tratamento estatístico dos dados.

Às queridas amigas **Elenice Pires Cherubim e Márcia Ferreira**, que estiveram presentes nos momentos mais difíceis, torcendo e iluminando meu caminho com as suas amizades.

Aos **docentes e funcionários da Escola de Enfermagem** pela colaboração.

Aos **docentes do Cefacs** pela torcida e auxílio.

À **Dra Carlinês**, pelo incentivo e espírito de pesquisadora.

Aos **funcionários do Centro de Saúde Escola "Geraldo de Paula Souza"**,
pela valiosa colaboração.

À Dra. **Eliana**, pela doçura das suas palavras e disposição no auxílio.

Aos **pacientes**, sujeitos desta pesquisa, pelo interesse imediato em cooperar
com estudos em prol da saúde.

E à todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Obrigada a todos!

TENTE OUTRA VEZ

(Raul Seixas, Paulo Coelho, Marcelo Motta)

Veja, não diga que a canção está perdida

tenha fé em Deus, tenha fé na vida.

Tente outra vez.

Beba. Pois a água viva ainda está na fonte,

você tem dois pés para cruzar a ponte.

Nada acabou. Não, não, não.

Tente, levante sua mão sedenta e recomece a andar.

Não pense que a cabeça agüenta se você parar. Não, não, não, não.

Há uma voz que canta, há uma voz que dança.

Uma voz que gira, bailando no ar.

Queira, basta ser sincero e desejar profundo,

você será capaz de sacudir o mundo.

Vai, tente outra vez. E não diga que a vitória está perdida,

se é de batalhas que se vive a vida.

Tente outra vez.

RESUMO

Salles, LF. A prevalência de sinais iridológicos nos indivíduos com Diabetes mellitus [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2006.

Por meio da avaliação da íris de um indivíduo é possível determinar a presença de órgãos mais debilitados e intervir precocemente para evitar o adoecimento. O objetivo deste trabalho foi verificar a prevalência de sinais iridológicos, como o sinal do pâncreas e Cruz de Andréas em indivíduos com Diabetes mellitus, bem como, a associação destes sinais com os três fatores de riscos para a doença reconhecidos mundialmente: obesidade, sedentarismo e hereditariedade. No período de 05 de abril a 03 de Junho 2006, participaram da pesquisa 97 indivíduos com idade superior a 30 anos e portadores de Diabetes mellitus, atendidos no Centro de Saúde-Escola “Geraldo de Paula Souza”, na cidade de São Paulo. Após análise de suas íris, verificou-se que a prevalência ajustada do sinal do pâncreas e da Cruz de Andréas, foram respectivamente, 98% e 89%. Houve associações significativas ($p < 0,001$) entre obesidade, sedentarismo e antecedente familiar para Diabetes com ambos os sinais estudados.

Palavras chave: Diabetes mellitus (prevenção). Iridologia. Enfermagem.

ABSTRACT

Salles, LF. Prevalence of iridologic signs in individuals with Diabetes mellitus [essay]. São Paulo: USP Nursing School; 2006.

By assessing an individual's iris, it is possible to determine if more debilitated organs are present and to early intervene in order to avoid illnesses. The objective of this paper was to check for the prevalence of iridologic signs, such as the pancreas sign and Andreas' crux in individuals with Diabetes mellitus as well as the correlation of those signs with the three globally recognized risk factors to the disease: obesity, sedentarism, and heredity. From April 5th to June 3rd, 2006, 97 individuals above the age of 30 and with Diabetes mellitus receiving care at the Health Center- School "Geraldo de Paula Souza", in São Paulo were enrolled in a research. After iris assessment, it was observed that the adjusted prevalence of pancreas sign and Andréas' crux was 98% and 89%, respectively. Significant correlations ($p < 0.001$) were seen between obesity, sedentarism and family history of diabetes with both signs studied.

Key Words: Diabetes mellitus (prevention). Iridology. Nursing.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Sexo dos indivíduos estudados. São Paulo – 2006.....	56
TABELA 2 - Faixa etária dos pacientes estudados. São Paulo - 2006.....	57
TABELA 3 - IMC dos indivíduos envolvidos no estudo. São Paulo - 2006	58
TABELA 4 - Medidas de Tendência Central das variáveis contínuas do estudo. São Paulo - 2006	60
TABELA 5 - Classificação conforme o Center for Disease Control - American – College of Sports Medicine, quanto a atividade física dos pacientes envolvidos na pesquisa. São Paulo - 2006	61
TABELA 6 - Presença ou não de antecedentes familiares com diabetes nos indivíduos do estudo. São Paulo - 2006	62
TABELA 7 - Presença do sinal do pâncreas (escola americana) na íris dos indivíduos estudados. São Paulo - 2006	64
TABELA 8 - Presença da Cruz de Andréas (Escola alemã) na íris dos indivíduos estudados. São Paulo - 2006	65

- TABELA 9** - Testes não-paramétricos para o sinal do pâncreas e Cruz de Andréas em função do sexo, idade, IMC, atividade física e antecedentes familiares para diabetes. São Paulo – 2006 68
- TABELA 10** - Associação entre o sinal do Pâncreas com as variáveis sexo e antecedente familiar. Modelo Regressão Logística. São Paulo – 2006 70
- TABELA 11** - Associação entre Cruz de Andréas e as variáveis sexo, IMC, atividade física e antecedente familiar. Modelo Regressão Logística. São Paulo - 200671

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1** - IMC dos indivíduos envolvidos no estudo. São Paulo - 2006 59
- GRÁFICO 2** - Classificação conforme o Center for Disease American - College of Medicine, quanto à atividade física dos pacientes envolvidos na pesquisa. São Paulo - 2006 62
- GRÁFICO 3** - Presença ou não de antecedentes familiares com diabetes nos indivíduos do estudo. São Paulo - 2006 63
- GRÁFICO 4** - Presença do sinal do pâncreas (escola americana) na íris dos indivíduos estudados. São Paulo - 2006..... 64
- GRÁFICO 5** - Presença da Cruz de Andréas (Escola alemã) na íris dos indivíduos estudados. São Paulo - 2006 66



SUMÁRIO

“O nosso amor não vai parar de rolar
De fugir e seguir com um rio
Como uma pedra que divide o rio
Me diga coisas bonitas
O nosso amor não vai **olhar** para trás
Desencantar, nem ser tema de livro
A vida inteira eu quis um verso simples
Pra transformar o que eu digo.”

(Mais feliz - Bebel Gilberto / Cazusa/ Dé)

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Lista de tabelas

Lista de gráficos

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 DIABETES MELLITUS.....	20
1.2 IRIDOLOGIAE IRISDIAGNOSE.....	30
1.3 IRIDOLOGIA E ENFERMAGEM	38
1.4 HOLISMO E ENFERMAGEM	40
1.5 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	45
2 OJETIVOS	
2.1 OBJETIVO GERAL	48
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	48
3 CASUÍSTICA E MÉTODO	
3.1 TIPO DE ESTUDO	49
3.2 CAMPO DE ESTUDO	49
3.3 AMOSTRA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	50
3.4 COLETA DOS DADOS	51
3.4.1 Formulários da coleta	51
3.4.2 Operacionalização da coleta	52

3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO	53
3.6 TRATAMENTO DOS DADOS	54
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	56
4.2 PREVALÊNCIA DOS SINAIS IRIDOLÓGICOS	63
4.3 TESTES ESTATÍSTICOS	67
4.4 ASSOCIAÇÕES ENTRE OS SINAIS IRIDOLÓGICOS E AS VARIÁVEIS DE INTERESSE	69
4.4.1 Sinal do pâncreas	69
4.4.2 Cruz de Andréas	70
5 CONCLUSÕES	74
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
7 LIMITAÇÕES DA PESQUISA	78
REFERÊNCIAS	80
ANEXOS	
ANEXO 1 - Mapa condensado da iridologia	89
ANEXO 2 - Cruz de Andréas.....	90
ANEXO 3 - Disposição concêntrica da íris.....	91
ANEXO 4 - Resolução COFEN 197/1997.....	92
ANEXO 5 - Lei nº. 13.717.....	93
ANEXO 6 - Portaria nº. 971.....	95

ANEXO 7 - Aprovação no Exame de Qualificação	97
ANEXO 8 - Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP	98
ANEXO 9 - Autorização da Pesquisa no CSE	99
ANEXO 10 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	100
ANEXO 11 - Ficha clínica.....	102
ANEXO12 - Classificação do Índice de Massa Corpórea segundo a Organização Mundial da Saúde.....	103



INTRODUÇÃO

“Chega de dissimular
Disfarçar e esconder
O que não dá mais pra ocultar
E eu não posso mais calar
Já que o brilho deste **olhar** foi traidor...”

(Explode Coração - Gonzaguinha)

1 INTRODUÇÃO

A visão holística do mundo vem ganhando considerável espaço em todos os setores dos saberes humanos, assim como as terapias complementares, que derivam deste novo paradigma.

A Enfermagem como ciência de vanguarda, não poderia deixar de abraçar estes novos ideais. Surge então, a Enfermagem Holística. Ou melhor, ressurgiu, pois em sua essência a Enfermagem sempre se baseou no holismo para cuidar dos seres humanos.

Este trabalho utiliza a Irisdiagnose, uma das técnicas complementares de cuidado em saúde, para que aliado aos conhecimentos e cuidados de Enfermagem, possamos promover a manutenção da saúde com a prevenção e o diagnóstico precoce do Diabetes mellitus.

Minha área de interesse é a promoção da saúde e prevenção das doenças, além das terapias complementares. Após a graduação em Enfermagem participei de diversos cursos que abordaram algumas dessas terapias, entre elas do-in, reflexologia, quiropraxia e cromoterapia. Em 2002, fiz o Curso de Especialização em Iridologia e Irisdiagnose, oferecido pela Faculdade de Ciências em Saúde de São Paulo, em parceria com o Instituto

Brasileiro de Estudos Homeopáticos (IBEHE) somente para graduados na área da Saúde. Utilizo essas técnicas como complemento no cuidar em Enfermagem.

1.1 DIABETES MELLITUS

O Diabetes mellitus é uma doença crônico degenerativa tão antiga quanto a própria humanidade que decorre da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina em exercer adequadamente as suas funções. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica, frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial⁽¹⁻²⁾.

Esta patologia de ação múltipla é considerada um dos principais problemas de saúde no mundo, devido à sua alta prevalência e elevada taxa de mortalidade e morbidade⁽³⁾.

De distribuição democrática, atinge ricos e pobres nos diferentes lugares do planeta. Porém, é comum nas sociedades urbanas e industrializadas, geralmente sedentárias e de hábitos alimentares inadequados, com consumo exagerado de alimentos ricos em carboidratos e pobre em fibras⁽⁴⁾.

Em 1997 a American Diabetes Association (ADA) atualizou a classificação do diabetes para enfatizar o que se conhecia sobre a etiologia da doença e em

1999, a Organização Mundial da Saúde também estabeleceu parâmetros para a diagnóstico e classificação da doença⁽⁵⁻⁷⁾. Em ambas as classificações dois tipos principais do problema são descritos. No diabetes tipo 1, responsável por 5 - 10% das vítimas, o pâncreas é atingido por doença auto-imune, causando a destruição das células beta das ilhotas pancreáticas, que deixam de secretar insulina, o que eleva a taxa de glicose no sangue. Geralmente se desenvolve em adolescentes e jovens de forma rapidamente progressiva, mas pode ocorrer em adulto⁽⁵⁻⁷⁾. O tratamento principal é o uso de insulina⁽⁵⁻⁷⁾. Sua etiologia maior está na genética, porém estudos mostram que pode ser desencadeada por exposição a alguns tipos de vírus, como Coxsackie B⁽⁵⁾.

O diabetes tipo 2, é responsável por 85 - 90% do problema e caracteriza-se por dois defeitos metabólicos – a resistência à insulina e a baixa secreção do hormônio ⁽⁵⁻⁶⁾. A incidência é maior após os 40 anos. Estes pacientes respondem bem ao tratamento com dieta, exercício físico e hipoglicemiantes orais e, por vezes, necessitam associar insulina^(2,5-7). Tem componente **genético**, mas está atrelada a **obesidade** com conseqüente sobrecarga do pâncreas e ao **sedentarismo**. Outros fatores que explicariam a explosão da doença são a urbanização, a industrialização, e o aumento da expectativa de vida, além das doenças associadas (problemas cardíacos, hipertensão e o aumento do colesterol)⁽⁸⁾. No diabetes tipo 2, a síndrome metabólica está presente em 50% dos pacientes no momento do diagnóstico do Diabetes mellitus⁽²⁾.

Temos ainda, a diminuição da tolerância à glicose do diabetes gestacional, que aparece transitoriamente na última fase da gravidez e pode persistir ou desaparecer depois do parto e normalmente indica predisposição para o problema no futuro⁽⁷⁾.

Atualmente, a classificação recomendada incorpora o conceito de estágios clínicos do Diabetes mellitus, que vai da tolerância da glicose diminuída e glicemia de jejum alterada até o diabetes propriamente dito⁽²⁾.

Os sinais e sintomas do Diabetes mellitus estão associados, diretamente e/ou indiretamente, a insuficiência ou falta da insulina e a maioria das características patológicas pode ser atribuída a um dos três efeitos principais da falta deste hormônio: menor utilização da glicose com o conseqüente aumento das concentrações sanguíneas, metabolismo lipídico anormal com depósito de lipídios nas paredes vasculares e depleção de proteína nos tecidos corporais⁽⁹⁻¹⁰⁾. A glicose acumulada no sangue, gera hiperglicemia. O excesso de glicose sanguínea ultrapassa a capacidade de reabsorção renal, ocasionando a glicosúria. Chegando ao rim, a glicose impede a reabsorção tubular da água, devido ao seu efeito osmótico sobre os túbulos e causa então, poliúria e, conseqüentemente, desidratação e a polidipsia. A aceleração do catabolismo protéico e a diminuição da síntese protéica podem ser sentidas na perda de peso⁽¹⁰⁾. Outros sinais e sintomas da doença são fome exagerada, visão

embaçada, fadiga inexplicável, irritabilidade, infecções repetidas em pele e mucosa, dores nos membros inferiores, adormecimento das mãos e pés e lesões que não cicatrizam⁽¹¹⁻¹²⁾.

O Diabetes mellitus costuma ser uma doença que avança lenta e sorrateiramente. Quando os primeiros sintomas aparecem pode ser tarde demais: infarto, derrame, insuficiência renal, cegueira, paralisia, amputação de pernas ou pés e impotência sexual estão entre os seus efeitos mais devastadores⁽¹³⁾. As complicações tardias e os comprometimentos de órgãos e sistemas levam a uma piora acentuada da qualidade de vida do diabético⁽¹⁴⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, nos países desenvolvidos, pelo menos uma em cada dez mortes de adultos com idade entre 35 a 64 anos pode ser atribuída à diabetes, sendo que em algumas regiões esta relação pode chegar a 1:5⁽¹⁵⁾. Os dados de mortalidade obtidos mediante atestados de óbito subestimam a importância da mortalidade por diabetes⁽⁸⁾.

O Verona Diabetes Study demonstra que as maiores causas específicas de mortalidade no diabetes tipo 2 são doenças gastrintestinais, cirrose, doenças cardiovasculares, principalmente derrames e isquemia cardíaca, embora os números de morte por problemas cardiovasculares em italianos seja muito menor do que em diabéticos americanos⁽¹⁶⁾.

As doenças cardiovasculares são responsáveis por 80% das mortes de diabéticos, uma vez que o excesso de glicose e gordura no sangue causa, respectivamente, lesões nas paredes dos vasos e formações de placas que atrapalham e obstruem a circulação. Pessoas com diabetes apresentam risco maior de doença vascular aterosclerótica, como doenças coronarianas, doença arterial periférica e doença vascular cerebral. O Diabetes mellitus dobra o risco de doenças cardiovasculares em homens e triplica em mulheres^(2,5,11).

A diminuição da circulação também dificulta a cicatrização, que quando acompanhadas de infecção, não raro acabam em úlceras e amputações principalmente dos membros inferiores^(5,11). Estudos mostram que indivíduos com diabetes tipo 2 que desenvolveram úlceras nos membros inferiores tiveram maior morbidade, mortalidade e custos com o tratamento, quando comparados a diabéticos sem esta complicação⁽¹⁷⁾.

As complicações periféricas, geralmente acometem os nervos periféricos, ocasionando, entre outros problemas, perda de sensibilidade, atonia da bexiga, diminuição de reflexos tendinosos e parestesias^(12,15).

O colapso do rim é freqüente devido à toxicidade da glicose para o órgão e também ao excesso de trabalho de filtração do sangue na tentativa de livrar-lhe da glicose^(2,15).

Os vasos que irrigam as retinas podem ser obstruídos e, por vezes, sangrar devido a altas taxas de glicose, trazendo prejuízos que vão da visão desfocada até a cegueira^(11,15). Estudo feito em 1999, afirma que indivíduos negros com diabetes desenvolvem mais retinopatias em comparação com indivíduos brancos, também diabéticos, embora ainda não se conheça a etiologia destas diferenças⁽¹⁸⁾.

Tem sido reconhecida ao longo do tempo, que pacientes com Diabetes mellitus têm alta prevalência de sintomas depressivos quando comparados com a população geral, em parte devida à severidade do tratamento, complicações da doença e dificuldade no controle glicêmico. Porém, um estudo realizado durante 8 anos com homens japoneses demonstra que indivíduos depressivos têm maiores chance de desenvolver diabetes tipo 2⁽¹⁹⁾.

O tratamento do diabetes está centrado na medicação, dieta balanceada, pratica regular de atividades físicas e educação do doente^(14,20). The Diabetes Control and Complication Trial Research Group (DCCT) demonstrou através de pesquisas que as complicações do Diabetes mellitus estão relacionadas com a elevação da glicose no sangue, e que pacientes participantes de grupos educativos e que aprendem a utilizar os resultados da glicemia para ajustes na dose de insulina, manejo na dieta e adequação das atividades físicas têm maior capacidade de controle glicêmico e conseqüentemente, maior qualidade de vida⁽²¹⁾.

Nos primeiros anos da doença cerca de 33% dos pacientes são internados com complicações agudas, como hipoglicemia, hiperglicemia e cetoacidose, problemas que poderiam ser evitados com um controle glicêmico mais adequado e que devido a falta de adesão, e até mesmo ao pouco conhecimento dos pacientes sobre a sua doença, acabam comprometendo o auto cuidado⁽²²⁾.

Segundo as Enfermeiras e professoras do Departamento de Enfermagem da Faculdade Federal do Ceará, é a partir desta rotina necessária que se originam os problemas específicos da clientela portadora da doença, principalmente a de baixo nível sócio-econômico⁽¹⁴⁾. O descuido com o tratamento deve-se em parte a rigorosidade da dieta e dos exercícios, além das desagradáveis picadas várias vezes ao dia.

Os dados apresentados a seguir reforçam a magnitude do problema e a urgência de colocar em prática medidas de prevenção para evitar o surgimento da doença e de suas complicações.

A Organização Mundial da Saúde estima que em 2030 estaremos frente a uma epidemia de diabetes (366 milhões). Hoje existem no mundo cerca de 171 milhões de diabéticos diagnosticados, sendo que 5 milhões só no Brasil⁽²³⁾.

Aqui, no Brasil, 8% da população entre 30-69 anos de idade residentes em áreas metropolitanas apresenta Diabetes mellitus, 90% do tipo 2, associada aos maus hábitos da vida moderna^(20,24), sendo que nas regiões Sul e Sudeste este coeficiente é mais elevado^(8,25). Dados do Ministério da Saúde revelam que 50% dos indivíduos diabéticos brasileiros desconhecem a sua condição, permanecendo por isto sem tratamento, o que explica o fato de muitos diabéticos já apresentarem complicações da doença no momento em que são diagnosticados⁽²⁴⁾.

Segundo a OPAS, na América Latina existem 19 milhões de diabéticos, e a menos que se introduzam ações preventivas de peso, este número poderá chegar a 40 milhões em 2025⁽²⁶⁾.

Mundialmente, os custos diretos para o atendimento ao diabetes variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de diabetes e da complexidade do tratamento disponível⁽²⁷⁾. Segundo o Consenso Brasileiro de Diabetes 2002⁽²⁾, “o diabetes como diagnóstico primário de internação hospitalar aparece como a sexta causa mais freqüente e contribui significativamente (30-50%) para outras causas como cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, colecistopatias, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial”.

Além do custo financeiro, a doença acarreta outros custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida, que afetam doentes e suas famílias. O diabetes representa também carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura⁽²⁷⁾. Mayfield, Deb e Whitecotton afirmam que a incapacidade para o trabalho de indivíduos com Diabetes é significativamente alta em comparação com grupo controle e resulta em perdas de ganhos reais (segundo o estudo, em 1987 foram perdidos 4,7 milhões de dólares devido a esta incapacidade)⁽²⁸⁾.

Por fim, a prevenção do Diabetes mellitus é hoje uma questão de Saúde Pública e deve unir a identificação dos grupos de risco, o diagnóstico e tratamento precoce, visando diminuir os efeitos deletérios da doença.

Medidas de prevenção do diabetes como a adoção de estilo saudável de vida, com dieta balanceada e exercícios físicos regulares, são eficazes em reduzir a morbi-mortalidade destes pacientes, principalmente em razão de se poder evitar as complicações cardiovasculares⁽²⁾.

Segundo Franco, a estratégia de prevenção mais utilizada no Brasil é a tentativa de restaurar a normalidade biológica, principalmente através da modificação dos fatores de riscos como obesidade e sedentarismo; entretanto, afirma, que se fossemos capazes de identificar os indivíduos com maiores

possibilidades de serem afetados, estas estratégias seriam muito mais eficazes⁽⁸⁾.

Na maioria dos estudos realizados por Enfermeiras encontramos preocupação com a prevenção do diabetes, mas não prevenção da doença em si, e sim das complicações que a falta do controle da glicemia pode ocasionar. Grande parte dos estudos feitos por estes profissionais é para caracterizar a população atendida, na tentativa de personalizar o atendimento e fortalecer a adesão ao tratamento, evitando assim, o abandono do mesmo⁽²⁹⁻³²⁾.

Por tudo o que o diagnóstico do Diabetes mellitus representa para o doente e para a sociedade, torna-se imprescindível detectar a predisposição e a doença precocemente, e assim evitar a sua manifestação.

Moraes⁽³³⁾ relata que os indivíduos ao nascer, já apresentam em seu código genético todas as possibilidades de desenvolver doenças para as quais o seu sistema de defesa é falho. Caso o indivíduo reforce essas potencialidades através de fatores desencadeantes, ele desenvolverá a doença prevista em sua marcação genética. A Iridisdiagnose compartilha desta idéia e, por meio do exame da íris, busca determinar a localização e a natureza de possíveis distúrbios no organismo e assim detectar predisposição a determinadas patologia, identificando precocemente grupos de risco.

1.2 IRIDOLOGIA E IRISDIAGNOSE

Iridologia significa o estudo da íris e Írisdiagnose é uma ciência que permite conhecer através da íris aspectos físicos, emocionais e mentais do indivíduo.

O termo mais correto quando usado em consultas nesta área, é Irisdiagnose, que é conhecer através da íris⁽³⁴⁾. Porém, no estudo utilizaremos a palavra Iridologia por ser mais conhecida.

A íris é um **holograma**, parte que representa o todo. Na íris tem-se a representação do organismo, assim como na palma da mão, na planta do pé e no lóbulo da orelha. Quanto mais irregularidades aparecerem no sedoso tecido da íris, tanto menor a vitalidade, menor a resistência e mais longe se estará do bem estar⁽³⁴⁾.

O objetivo da irisdiagnose é detectar precocemente na íris os sinais que sugerem determinadas condições patológicas⁽³⁴⁻³⁵⁾, assim como compreender comportamentos e modo de relação dos indivíduos^(34,36-37).

Ao estudo da íris somam-se a esclerologia - estudo da esclera - e a pupilogia - estudo da pupila⁽³⁴⁾.

A íris é um micro sistema, completamente formado aos 6 anos de idade⁽³⁴⁾ e nela estão contidas as informações sobre a parte física e mental de seus donos⁽³⁸⁾, o que permite ao iridologista realizar uma abordagem profilática e terapêutica, através da pré-diagnose⁽³⁴⁾. Uma vez detectada sinais de comprometimento, estes órgãos devem ser investigados com exames específicos para afastar a possibilidade de certas patologias (pré-diagnose).

O maior trunfo da Irisdiagnose está na prevenção das doenças, uma vez que antes mesmo do indivíduo apresentar sintomatologia, é possível ao iridologista detectar sinais de comprometimentos e utilizar meios para manter a homeostase do organismo, evitando que ele adoença. Deste modo, atua na manutenção da saúde, bem como, na prevenção da doença, que é de extrema importância tanto para o indivíduo, como para a sociedade^(34-35,37,39).

Os princípios que norteiam a Iridologia passam pelo estudo da homeostasia, através da auto-regulação, adaptação e compensação; fenômeno da alergia (hiper e hipoalergia) e Lei de Hering, que diz que a cura deve ocorrer de cima para baixo, de dentro para fora e na ordem inversa ao aparecimento dos sintomas⁽³⁴⁾.

Existem diferentes métodos de estudo da íris, dentre eles os mais utilizados no Brasil são o Método Jensen (escola americana), Método Deck (escola alemã) e o Método Ray Id (escola americana). Existem outras

abordagens como a Diátese de Menetrier (escola francesa) e o cronorischio (escola italiana).

O método Jensen foi elaborado por Bernard Jensen, nutricionista americano. Os pilares do estudo desta escola são os conceitos de constituição geral, constituição parcial e os estágios evolutivos. A *constituição geral* é dada pela densidade das fibras da íris e está relacionada com a resistência, a capacidade de defesa e a recuperação do organismo. A densidade atribuída para a íris vai de 1 a 5, sendo a 1 mais alta e 5 a mais baixa, de forma que indivíduos com íris com a constituição 1 apresentam maior capacidade de reagir frente a estímulos diversos, compensar e se recuperar⁽³⁴⁾. A *constituição parcial* são os órgãos de choque, aqueles que nasceram mais fracos e por serem órgãos de menor resistência, serão os primeiros atingidos frente a estímulos nocivos. Pode-se detectar os órgãos de choque com auxílio do mapa condensado, que mostra a relação topográfica do órgão na íris (ANEXO 1)⁽³⁴⁾. Este órgão aparece com lacunas ou manchas e ao detectá-lo deve-se recorrer a exames específicos para eliminar a possibilidade de patologias, além de repor vitaminas e sais minerais que favoreçam o folheto embrionário que deu origem ao órgão em questão. Esta reposição pode ser feita através de alimentos, oligoelementos ou fitoterápicos.

A escola alemã baseia-se na cor da íris para estudar a biotipologia do indivíduo e as suas diferenças nas funções orgânicas e psíquicas, para assim

estabelecer o tratamento mais adequado, uma vez que dá a conhecer predisposições básicas e padrões de reações^(34,36). Os indivíduos linfáticos têm íris azul, verde ou cinza e apresentam metabolismo lento voltado para assimilação e crescimento. O sistema mais sobrecarregado é o linfático. Indivíduos de íris marrom são chamados de hematogênicos ou sanguíneos e os seus processos fisiopatológicos geralmente são agudos, caminhando para a inflamação e suas fragilidades costumam estar ligada ao cardiovascular. A mistura dos dois grupos anteriores resulta no tipo misto biliar ou hepatobiliar que apresenta dificuldade em eliminar toxinas e os órgãos sobrecarregáveis são o fígado, a vesícula biliar e o sistema urinário. Para cada biotipologia existem tratamentos e orientações mais adequadas^(34,36).

O método Ray Id foi desenvolvido pelo norte-americano Denny Johnson e estuda as áreas mentais e psíquicas do indivíduo^(34,36-37). Existem três padrões básicos de íris: flor, jóia e corrente, e mais um quarto tipo, resultado de combinação flor - jóia, o ponta de lança. Há necessidade de se compreender os padrões para saber onde o indivíduo está desperdiçando energia e o que tem que aprender para viver melhor. As pessoas do tipo *Flor* costumam ser emotivas, deixando-se guiar pelos sentimentos, gostam de música e artes e normalmente são bem criativas. Aprendem melhor pela audição e a lição que precisam aprender é focar mais e ter persistência. Sugere-se que pessoas como padrão *jóia* sejam analíticas e reflexivas e gostem de observar, conhecer

e aprender, têm o dom da palavra e a facilidade na comunicação. A aprendizagem dá-se pelo visual e precisam aprender a relaxar, a se soltar. O tipo *corrente* costuma ser sensitivo e intuitivo, são intermediários entre a flor e a jóia, nem tão emotivos e volúveis quanto a primeira, nem tão rígidos quanto o segundo. Aprendem melhor pela experiência e a lição de vida é o movimento. Sobre pessoas do padrão *ponta de lança* afirma-se tratar de indivíduos pioneiros e inovadores que gostam de desafios e estão sempre envolvidos em muitas coisas ao mesmo tempo. Aprendem melhor pela intuição e pelo toque e precisam aprender a se aquietar e a saber parar⁽³⁴⁻³⁷⁾.

Na literatura científica foram encontrados apenas 25 artigos específicos (com resumo em inglês, Francês, Espanhol ou Português) sobre Iridologia, número insignificante, que demonstra que pouco se conhece sobre o assunto. Deste total, somente 1 era revisão sistemática, 12 pesquisas, 12 editorial, atualização ou histórico. Posicionaram-se contra o método 10 artigos e a favor, 15. Os países que contribuíram com publicações foram Brasil, Rússia, Inglaterra, França, Estados Unidos, Coreia do Sul, Dinamarca, Alemanha, Suíça, Austrália, Nova Zelândia, Ucrânia, China e Romênia⁽³⁹⁾.

A revisão da literatura sobre Iridologia, que foi baseada em apenas quatro artigos⁽⁴⁰⁾, desencoraja o uso deste método. Outros artigos também referem-se ao método de forma negativa, sendo três atualizações⁽⁴¹⁻⁴³⁾, e seis pesquisas mostrando que ele não é eficaz para diagnosticar determinadas patologias,

como câncer, traumas ortopédicos, doenças renais, problemas vesiculares e outras⁽⁴⁴⁻⁴⁹⁾. Contudo, como vimos anteriormente, a Iridologia, não se propõe a fazer diagnósticos, e sim pré-diagnose, revelando apenas os órgãos debilitados e que merecem atenção para não adoecer.

Dentre os quinze artigos a favor, somente seis⁽⁵⁰⁻⁵⁵⁾ são pesquisas e alguns com metodologia questionável. Um estudo mostra que os resultados obtidos pela Iridologia na predisposição de hipertensão foi coerente com a presença de marcadores genéticos para o problema⁽⁵⁴⁾. Os outros artigos são atualizações⁽⁵⁶⁻⁶⁴⁾.

Existe muita controvérsia sobre o assunto, que somente serão diluídas através de estudos rigorosamente científicos feitos por pessoas que estudaram o assunto e que na sua prática diária colecionam dados através de suas observações.

Como no presente estudo, o foco é o pâncreas, acrescentamos que:

- Na Escola americana/Jensen:

No mapa condensado da iridologia (ANEXO1)⁽³⁴⁾, o pâncreas está localizado na íris direita às 7 horas (comparando-se a íris a um relógio). E sinais

que demonstram diminuição da densidade do tecido, como aberturas de fibras, indicam debilidade do órgão.

Ao identificar um órgão de choque podemos afirmar apenas que o órgão tem maior debilidade e predisposição em adoecer. Não dá para prever qual será a doença que o indivíduo tem, teve ou terá. Assim, no caso deste sinal ser o pâncreas, não se pode afirmar se a doença que poderá se desenvolver será pancreatite, tumor ou diabetes. Porém, conforme Robins⁽⁶⁵⁾, de todas as doenças do pâncreas, o Diabetes mellitus é que tem a maior frequência, morbidade e mortalidade.

- Na Escola alemã:

Segundo Batello⁽⁶⁶⁾, a presença da Cruz de Andréas (ANEXO 2), sinal estudado pela Iridologia alemã, indica disfunção endócrina e exócrina no pâncreas e os pacientes que apresentam estes sinais costumam alimentar-se incorretamente e dificilmente aceitam uma mudança alimentar. Normalmente este sinal é encontrado próximo ao colarete^a (região seguinte da pupila).

A Cruz de Andréas pode ser visualizada em ambos os olhos em forma de 4 lacunas (aberturas das fibras) dispostas as 10, 20, 40 e 50 minutos, comparando-se a íris com o relógio. Estas lacunas também significam tecidos menos densos e débeis, predispostos a adoecer. Kramer^a afirma que sinais de

^a Palestra Klaus Kramer. VI Jornada de Iridologia. Valinhos/2003.

abertura de fibras no círculo 3 da disposição concêntrica da íris (ANEXO 3), indicam predisposição a desequilíbrios hormonais.

Ainda, segundo a escola alemã, encontramos maiores predisposições aos problemas pancreáticos na constituição misto biliar por ter uma predisposição especial a problemas hepáticos e biliares, além da função pancreática fraca; nos hematogênicos com ansiedade tetânica por predisposição a erros no metabolismo de glicose sanguínea e, nos indivíduos com variantes pluriglandular ou hormonal nas diferentes cores de íris, por fragilidade do sistema hormonal, sobretudo tiróide, adrenais, pituitárias e pâncreas. Indivíduos da constituição neurolinfática apresentam variações freqüentes da glicemia^b.

A principal característica da constituição ansiedade tetânica são os anéis de tensão, o que corrobora com os resultados apontados na pesquisa sobre a sintomatologia e diagnósticos mais freqüentes dos indivíduos com estes sinais, que indica ser o diabetes um dos diagnósticos mais freqüentes na faixa etária de 61-80 anos de pacientes portadores dos anéis de tensão⁽³⁸⁾.

- Na Esclerologia e Pupilogia

O estudo da esclera e da pupila também podem fornecer dados sobre uma possível lesão pancreática através de vasos na esclera e formato irregular da orla pupilar na área correspondente ao pâncreas na íris⁽³⁴⁾.

^b Alcântara IA, Beringhs L. Apostila do Curso Básico de Iridologia: Iridologia Alemã.

O único estudo encontrado sobre Iridologia e Diabetes mellitus é o de Ruas⁽¹³⁾, médica homeopata e iridologista. Em seu estudo “Diabetes mellitus e Cruz de Andréas” conclui que este sinal está presente em 76% dos portadores da doença, em ambos os sexos, principalmente na faixa etária entre 61 a 70 anos.

1.3 IRIDOLOGIA E ENFERMAGEM

Como a **Írisdiagnose** permite conhecer através da íris aspectos físicos, emocionais e mentais do indivíduo e tem como principal objetivo detectar distúrbios em evolução para precocemente intervir, de modo que tal distúrbio não evolua para a doença, ela pode e deve ser utilizada para que a assistência ao paciente seja completa.

Basicamente, as informações fornecidas pela íris podem ser utilizadas durante todo processo de Enfermagem, facilitando também, a comunicação interpessoal durante a assistência prestada, quer no hospital, quer nos ambulatorios durante o tratamento.

Para o enfermeiro especializado em Iridologia, a observação e análise da íris devem fazer parte do exame clínico e os resultados da sua análise nortear o processo de cuidar da Enfermagem, além de servir de base para o

encaminhamento para outros profissionais, sempre que necessário. As informações obtidas através do exame da íris:

- Direcionam a anamnese e o exame físico.
- Complementam a anamnese e o exame físico.
- Fornecem novas pistas para a elucidação do diagnóstico.
- Revelam outros sinais comprometedores e órgãos doentes, embora o paciente ainda não tenha apresentado sintomatologia.

O enfermeiro que conta com estes conhecimentos tem uma ferramenta a mais para conhecer o paciente/cliente. Com o método Ray Id, por exemplo, a abordagem ao paciente na tentativa de buscar a sua cooperação e adesão ao tratamento é direcionada por características, como comportamentos, percepções e modo de aprendizagem, visualizados na íris. No cuidar em Enfermagem, podemos usar o método Ray-id para:

- Melhorar a interação paciente - enfermeiro - equipe.
- Facilitar a abordagem ao paciente na tentativa de ajudá-lo a enfrentar a situação de doença e internação, além de motivar a sua cooperação e adesão ao tratamento.
- Facilitar o aprendizado das orientações.

1.4 HOLISMO E ENFERMAGEM

A abordagem holística sustenta que as totalidades representam mais do que a soma de suas partes. Totalidades essas que podem ser organismos biológicos, organizações, sociedades ou complexos teóricos científicos.

A abordagem holística também não é algo recente. A psicologia Gestalt (1912), que estuda os processos mentais pelos quais os seres humanos aprendem o mundo e formam o seu conhecimento, tem como premissa principal que o todo é maior que a soma das partes e que o todo não deve ser comparado com agregações aditivas. Em 1926, Jan Christian Snuts salientou em sua obra “Holismo e Evolução”, que ao serem reunidos para constituir uma unidade funcional maior, os componentes individuais de um sistema desenvolvem qualidades que não se encontram em seus componentes isolados. Em 1960, na área da administração, surge a teoria de sistemas que desenvolve princípios unificadores que atravessam verticalmente os universos particulares das diversas ciências, visando a unidade da ciência⁽⁶⁷⁾. Cada vez mais, a visão holística começa a fazer parte de todas as áreas do saber.

Na década de 70, o físico Frijtof Capra, defensor da mudança de paradigma na sua área, começou a lutar também por uma mudança na área da Saúde. Entre 1977 e 1979, lançou-se ao estudo da “medicina do momento” e ficou convencido de que a abordagem biomédica e mecanicista da época se

limitava a uma parcela relativamente pequena dos fatores que influenciavam a saúde, e que suas intervenções ainda que úteis em situações de emergência, pouco efeito tinham sobre a saúde geral. O resultado desta pesquisa foi o conceito de equilíbrio dinâmico como a chave para um novo arcabouço holístico para a saúde, com o objetivo de restaurar o equilíbrio e intensificar o potencial de autocura do organismo⁽⁶⁸⁾.

A Enfermagem, como ciência do cuidar, resgata o holismo inerente à sua história e filosofia. Sá⁽⁶⁹⁾ lembra que as raízes da Enfermagem Holística emergiram das colocações visionárias de Florence Nightingale em seu livro “Notas sobre a Enfermagem”, em 1860, quando descreveu ser o trabalho da Enfermagem direcionado à melhoria das condições de saúde dos pacientes, enfatizando o tocar e a delicadeza como propriedades importantes no processo de cura, aliados à melhoria das condições ambientais, tais como prover ar fresco, luz e calor do sol, paz, quietude e limpeza.

Para Fuerst, Wolff e Weitzel⁽⁷⁰⁾, a Enfermagem oferece serviços de saúde que são orientados no sentido de providenciar cuidados que promovem e mantêm a saúde: previne, detecta e trata as doenças e incapacidades, restaura o nível mais alto possível de saúde. E segundo os mesmos autores, “o enfermeiro busca conhecimentos em muitas disciplinas; tira delas as informações de que precisa para o seu trabalho de cuidar do paciente”.

Em 1970, Marta E. Rogers desenvolveu uma estrutura conceitual para a Enfermagem, baseada na teoria geral dos sistemas e em cinco pressupostos. Um deles afirma que o ser humano é um todo unificado que possui uma integridade individual e manifesta características que são mais do que a soma das partes e diferentes dela. Para Rogers, a Enfermagem é uma ciência humanística e humanitária, voltada para a descrição e explicação do ser humano, num todo sinérgico⁽⁷¹⁾. O cuidar deve ser integral e a prevenção é uma das diversas faces desse processo.

A Teoria da Ciência Humana e do Cuidar Humano, de Jean Watson (1979), tem como um dos seus princípios a satisfação das necessidades humanas e recomenda que o enfermeiro deva ter em mente a estrutura holística-dinâmica para visualizar as necessidades humanas, a fim de que a assistência como fator de cuidado leve a um desenvolvimento mais completo dessas necessidades⁽⁷²⁾.

Em 1994, em trabalho pioneiro, Barbosa⁽⁷³⁾ estuda a utilização de terapias alternativas pelas enfermeiras brasileiras e conclui que as dificuldades são intensas e que torna-se necessário implementar a discussão sobre o ensino e a legitimação da prática das terapias alternativas como atividade de Enfermagem, visto que a Lei nº 7.498/86⁽⁷⁴⁾ sobre o exercício profissional de Enfermagem não faz nenhuma referência à utilização das Terapias Alternativas, não autoriza e nem proíbe sua utilização.

Porém, graças a Resolução COFEN – 197 de 1997 (ANEXO 4) os enfermeiros podem utilizar técnicas alternativas no cuidar, entre elas a Iridologia, desde que cumpridas as exigências de formação básica em tais terapias, de modo a proporcionar o desempenho seguro para si e para o cliente⁽⁷⁵⁾.

Waldow⁽⁷⁶⁾, fazendo uma retrospectiva sobre as modificações que têm ocorrido na Enfermagem, assinala que definitivamente estamos na era da humanização da assistência, tendência esta que se estende sobre toda a área da saúde. E, portanto, o cuidar é visualizado sob nova perspectiva, na qual o ser humano é valorizado em sua totalidade. Segundo a autora, o ser que é cuidado, além de receber as atenções de nível terapêutico, recebe um cuidado além de técnicas e procedimentos. É um cuidado feito de compaixão, com interesse e carinho. Por outro lado, o ser que cuida encontra caminho para a integralização de suas ações.

Analisando essas mudanças paradigmáticas na equipe de Enfermagem, Waldow⁽⁷⁶⁾ reflete que as cuidadoras (referindo-se aos enfermeiros) pouca autonomia conquistaram até hoje no que se refere ao cuidado, por sucumbirem ao poder dominante e às pressões impostas pelo sistema. “Mas talvez hoje, com a crescente aceitação de terapias não-convencionais e apelo a espiritualidade, as cuidadoras se sintam com mais coragem para deixar

extravasar a sensibilidade oprimida, o que facilitará a implementação de uma prática de cuidado integral”.

Dobbro⁽⁷⁷⁾ afirma que a dificuldade na utilização das terapias complementares pelos enfermeiros está na formação deste profissional, como relata em sua tese: “essas terapias envolvem muito tempo de estudos preliminares antes de sua utilização e requerem um conhecimento específico para as quais não fomos preparados. Muitas enfermeiras não tiveram nenhum contato com esse tema durante a graduação, calcada ainda no modelo biomédico da assistência”. Além do mais, continua a autora, “como as experiências em nosso meio são recentes nesta área, não dispomos de grande volume de material publicado”.

As Faculdades de Enfermagem começam abrir espaço nos seus currículos para as terapias complementares, tanto no nível de graduação como de pós-graduação. A Escola de Enfermagem da USP ofereceu cursos de Especialização em Terapias Florais em 1998 e 2000, sendo que do primeiro curso resultou o livro “Florais: uma alternativa saudável”⁽⁷⁸⁾, com a publicação de trabalhos realizados no curso.

Estudo realizado com alunos da graduação de Enfermagem mostra que a maioria (93%) conhece as terapias alternativas, 86,4% recomendam o seu uso, porém somente um terço dos entrevistados as utilizam⁽⁷⁹⁾.

Enfim, embora em um movimento tímido, encontramos colegas enfermeiros que lançam-se em universos desconhecidos e estudam novas formas de terapias que não as tradicionais, para que aliadas aos conhecimentos de Enfermagem anteriormente recebidos, possam ajudar a melhorar o cuidado com os pacientes.

E, uma vez que, enfermeiros como líderes podem influenciar o processo de cuidar, é nosso dever aprofundar os estudos na área holística/ terapias complementares para alcançar melhores resultados na assistência ao paciente.

1.5 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Como especialista em Iridologia e Irisdiagnose acredito no método. Ele se propõe a detectar predisposição a determinadas patologias e assim identificar precocemente grupos de riscos. O problema do Diabetes mellitus existe, é grave e requer solução.

A Iridologia pode representar uma possibilidade e não deve ser descartada. Vimos no passado a controvérsia que algumas técnicas como homeopatia e acupuntura causavam. Sofreram injustas acusações e hoje, após estudos, são especialidades médicas.

A pouca literatura científica existente sobre o assunto também fala a favor de que é necessário estudá-la melhor. Existe respaldo legal para utilizá-la, uma vez que a Resolução COFEN – 197 de 1997 (ANEXO 4) permite aos enfermeiros utilizar técnicas alternativas no cuidar⁽⁷⁵⁾.

A Lei 13.717⁽⁸⁰⁾, de 08 de Janeiro de 2004, da Prefeitura de São Paulo ao dispor sobre a implementação das Terapias Naturais na Secretaria Municipal de Saúde, inclusive a Iridiagnose, reforça a credibilidade no método (ANEXO 5).

Embora não favoreça de imediato a Iridologia, a portaria n° 971⁽⁸¹⁾ de 3 de maio de 2006 do Ministério da Saúde, regulamenta o uso de algumas terapias complementares nas unidades de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o que denuncia um movimento de abertura e aceitação por parte do Governo, o que de alguma forma abre também espaço para este método (ANEXO 6).

Uma das estratégias que a Organização Mundial da Saúde cita no seu documento de 2002 é o desenvolvimento de estudos científicos para o melhor conhecimento da segurança, eficácia e qualidade das terapias complementares⁽⁸²⁾.

E, finalmente, não existem estudos sistematizados sobre a prevalência dos sinais iridológicos no Diabetes mellitus, e é isto que o presente estudo se propõe.

Se pudermos identificar na íris sinais que indicam comprometimento do pâncreas, poderemos adotar medidas de prevenção para evitar o surgimento do diabetes e a instalação de suas seqüelas, o que é de extrema relevância, visto que os problemas que a doença acarreta são extensos e de todas as ordens - físico, psíquico, emocional, social e econômico.



OBJETIVOS

“ Uma tigresa de unhas negras
e **íris** cor de mel
Uma mulher, uma beleza
que me aconteceu
Esfregando sua pele de ouro marrom
do seu corpo contra o meu...”

(Tigresa - Maria Bethânia)

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Estabelecer a prevalência dos seguintes sinais iridológicos em indivíduos portadores de Diabetes mellitus:

- Sinal na área do pâncreas (escola americana);
- Cruz de Andréas (escola alemã).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a amostra investigada em relação às variáveis de interesse - sexo, idade, IMC, atividade física e antecedente familiar.
- Estabelecer a prevalência de ambos os sinais no mesmo indivíduo.
- Verificar associação entre as variáveis de interesse com os sinais iridológicos estudados.

CASUÍSTICA E MÉTODO

“Os sonhos mais lindos, sonhei
De quimeras mil, um castelo ergui
E no seu **olhar** tonto de emoção
Com sofreguidão mil venturas previ
O teu corpo é luz, sedução
Poema divino cheio de esplendor
Teu sorriso prende, enebria, entontece
És fascinação amor.”

(Fascinação - Elis Regina)

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de campo, transversal, com abordagem quantitativa.

3.2 CAMPO DE ESTUDO

Após aprovação no Exame de Qualificação (ANEXO 7) e no Comitê de Ética da Escola de Enfermagem (ANEXO 8) fomos pedir autorização no campo de pesquisa escolhido. Apesar dessas duas autorizações, houve recusa da chefia da Liga de Diabetes do Hospital das Clínicas da FMUSP, atendida por alunos da Medicina e da Enfermagem da USP, com a justificativa de que: "não há muita literatura sobre o assunto e nem embasamento científico, a pesquisa não interessa ao Departamento".

Com grande desapontamento pela arbitrariedade com que o assunto foi conduzido, pois um hospital-escola deve ter espaço para pesquisas inovadoras em todas as áreas, principalmente as que não provocam maleficência e mantém a autonomia do paciente, procuramos outro possível campo, o Centro de Saúde Escola "Geraldo de Paula Souza"; da Faculdade de Saúde Pública da

Universidade de São Paulo que, após análise do projeto pela diretora e pela médica envolvida, autorizaram a pesquisa na instituição (ANEXO 9).

O estudo foi realizado, portanto, no período de 05 de Abril a 03 de Julho de 2006, no Centro de Saúde Escola “Geraldo de Paula Souza” da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, localizado a Avenida Dr. Arnaldo, nº. 925, Cerqueira César, São Paulo.

3.3 AMOSTRA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Participaram do estudo 97 pacientes, devidamente inscritos e atendidos no Centro de Saúde Escola “Geraldo de Paula Souza”. Todos os pacientes tinham o diagnóstico de Diabetes e idade superior a 30 anos, preenchendo, assim, os critérios de inclusão, que foram:

- a. Concordância do indivíduo em participar do estudo, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 10);
- b. Estar inscrito no Centro de Saúde Escola “Geraldo de Paula Souza”;
- c. Adulto com idade superior a 30 anos;
- d. Ter o diagnóstico de Diabetes mellitus.

Consequentemente, o foco do estudo foi o Diabetes mellitus tipo 2.

3.4 COLETA DOS DADOS

3.4.1 Formulários da coleta

Além de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 10), o único formulário utilizado foi a ficha clínica (ANEXO 11), composta de duas partes:

- A primeira com a identificação e caracterização do paciente, contendo dados como nome, data de nascimento, idade e sexo, peso e altura, que foram usados para o cálculo do IMC, e perguntas sobre atividade física e antecedentes familiares para a doença.
- Na segunda parte foi anotada a presença ou não dos sinais estudados, após análises das imagens.

A literatura ressalta que hereditariedade, obesidade e sedentarismo são fatores de risco para o Diabetes e por isso estes dados compõem a ficha clínica.

3.4.2 Operacionalização da coleta

A pesquisa foi realizada às segundas e quartas feiras, dias em que eram feitas as consultas de endocrinologia.

Ao chegar para o atendimento médico, o paciente depositava a ficha na sala da pré-consulta de Enfermagem e após serem atendidos, eram encaminhados para a sala reservada para o estudo, se preenchessem os critérios de inclusão (antes de passarem pela consulta médica). A funcionária anotava em uma folha o peso e a altura e encaminhava juntamente com o paciente.

Após apresentação e esclarecimento sobre a pesquisa, era perguntado ao paciente se gostaria de participar do estudo. Embora não tenhamos tido nenhuma recusa, nas três primeiras abordagens percebemos um certo receio, que foi verbalizado pelo quarto paciente, e que era o medo de perder o seu lugar no atendimento médico, o que nos fez acrescentar à abordagem inicial, a garantia que a ordem de chegada seria mantida e que se fosse sua vez, ele seria chamado na nossa sala. Isso fez com que os pacientes ficassem mais confortáveis nas suas escolhas.

Após aceitação, era preenchido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a parte de identificação da ficha clínica (ANEXO 11). Em seguida, eram realizadas as fotografias das íris.

A captação das imagens das íris D e E foi realizada com o IridoPhoto da Master View, acoplado à uma câmara digital FD Mavica de 2.0 Mega Pixels, da

Sony. As fotos das íris foram gravadas em disquetes individuais. O **IridoPhoto** é um conjunto óptico que possui iluminação própria, utilizando lâmpadas Ultra Brite (luz fria), sendo um par no centro e outro à 45º, para auxiliar e proporcionar uma imagem tridimensional que facilita extremamente a análise de íris escuras.

Em um outro momento, era calculada a idade, o Índice de Massa Corpórea e a sua classificação segundo a OMS.

Após analisar as imagens das íris gravadas nos disquetes, para verificarmos a presença ou não dos sinais iridológicos, os dados eram anotados na ficha clínica do paciente. Todas as fichas, bem como os disquetes com registro das íris, foram avaliadas pelo Dr. Celso Fernandes Battello, Professor do Curso de Especialização em Iridologia, que concordou em ajuizar os resultados.

O sinal Cruz de Andréas, específico para Diabetes mellitus, é positivo quando apareceram 4 aberturas de fibras como mostra o anexo 2 em uma das íris. E, o sinal na área do pâncreas, que indica debilidade do órgão, é positivo quando a íris D apresentou abertura de fibras neste local (às 7 horas, se comparada a íris ao relógio).

3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Para o presente estudo temos que:

- Os sinais iridológicos são as variáveis dependentes.
- Idade, sexo, IMC, atividade física e antecedente familiar são as variáveis independentes.

3.6 TRATAMENTO DOS DADOS

Para o tratamento dos dados realizamos:

- Análise descritiva para o conhecimento da amostra: média, mediana, desvio-padrão, mínimo e máximo para as variáveis quantitativas (idade, peso, altura e IMC).

- Cálculo das freqüências relativas para as variáveis categóricas (idade, sexo, IMC, atividade física, antecedente familiar para diabetes, sinal do pâncreas e Cruz de Andréas).

- Estimativa da prevalência do sinal do pâncreas e da Cruz de Andréas, ajustada por sexo e idade, considerando-se a população de diabéticos atendidos no C.S.E. "Geraldo de Paula Souza", e da prevalência de ambos os sinais no mesmo indivíduo.

- Para as análises inferenciais foram utilizados:

- Testes não-paramétricos (Kruskal-Wallis e Mann-Whitney) para comparar o sinal do pâncreas e a Cruz de Andréas, segundo as categorias das variáveis de interesse.
- Modelos de Regressão Logística para estabelecer a associação entre cada sinal iridológico estudado e as variáveis sexo, idade, IMC, atividade física e antecedente familiar.

Neste estudo, adotou-se alfa igual a 0,05, como valor crítico de significância dos testes, rejeitando-se a hipótese nula quando a probabilidade do erro do tipo I for inferior a 0,05, estabelecendo assim um intervalo de confiança de 95%.

Foram utilizados no estudo os seguintes softwares:

- MSOffice **Word** XP, versão 2003 na elaboração do texto, das tabelas e dos gráficos;
- MSOffice **Excel** XP, versão 2003 no gerenciamento do banco de dados;
- **SPSS** for Windows Release 13, ano 2004 para execução dos cálculos estatísticos.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

“...Quando talvez precisar de mim
Cê sabe que a casa é sempre sua, venha sim
Olhos nos olhos, quero ver o que você diz
Quero ver como suporta me ver tão feliz...”

(Olhos nos olhos - Chico Buarque)

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Após análise dos dados obtivemos a seguinte caracterização sócio-demográfica dos pacientes com diabetes atendidos no Centro de Saúde Escola "Geraldo de Paula Souza":

Em relação ao gênero, 61.9% era do sexo feminino, contra 38,1% do sexo masculino. Na literatura especializada sobre Diabetes mellitus não encontramos referência sobre a prevalência da doença em nenhum dos gêneros. Porém, na caracterização da população das pesquisas consultadas, o sexo feminino aparece sempre com uma maior porcentagem e talvez este achado deva-se ao fato das mulheres procurarem mais os serviços de saúde.

Tabela 1 - Sexo dos indivíduos estudados. São Paulo - 2006

	Nº	%
Feminino	60	61.9
Masculino	37	38.1
TOTAL	97	100,00

Na caracterização dos indivíduos diabéticos no Brasil, encontramos que a faixa etária com maior incidência da doença é entre os 30 e 69 anos⁽⁸⁾. Porém, como na instituição estudada a maior parte dos pacientes diabéticos tinha idade acima de 69 anos, optamos por incluir todos os pacientes com idade superior a 30 anos, uma vez que este fator teoricamente não influenciaria no resultado, já que o olho está formado aos 6 anos de idade.

Como mostra a tabela 2, a maior parte dos pacientes envolvidos no estudo tinha idade entre 50 e 79 anos (73,18%).

Tabela 2 - Faixa etária dos pacientes estudados. São Paulo - 2006

Faixa etária	Nº	%
30 - 39 anos	04	4,12
40 - 49 anos	08	8,25
50 - 59 anos	21	21,65
60 - 69 anos	23	23,71
70 - 79 anos	27	27,84
80 - 89 anos	13	13,40
Acima de 90	01	1,00
TOTAL	97	100,00

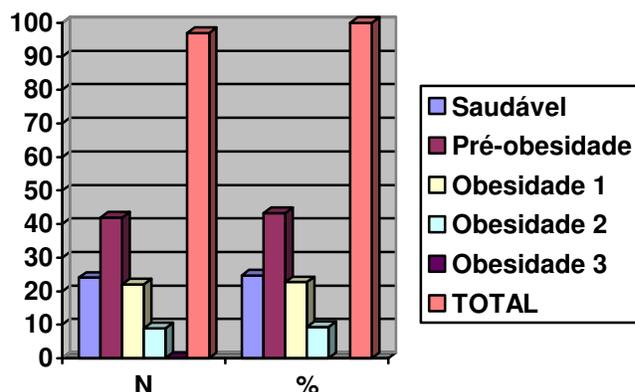
No grupo atendido percebemos que a grande maioria mantém um peso um pouco acima do recomendável, com o Índice de Massa Corpórea (IMC) oscilando entre a pré-obesidade e a obesidade 1, como podemos observar na tabela 3.

A classificação do IMC utilizada foi a da Organização Mundial da Saúde⁽⁸⁵⁾ (ANEXO 12).

Tabela 3 - IMC dos indivíduos envolvidos no estudo. São Paulo - 2006

Classificação do IMC	Nº	%
Saudável	24	24,7
Pré-obesidade	42	43,3
Obesidade 1	22	22,7
Obesidade 2	09	9,3
Obesidade 3	0	0
TOTAL	97	100,00

Gráfico 1 - IMC dos indivíduos envolvidos no estudo. São Paulo - 2006



Relatos da World Health Organization apontam o aumento da obesidade nos últimos 30 anos e estabelecem paralelo com o aumento da prevalência do Diabetes tipo 2⁽⁸³⁾.

Segundo Lotufo⁽⁸⁴⁾, no Brasil, o Índice de Massa Corpórea (IMC) que dá indícios sobre o grau de obesidade, passou de 2.4% na década de 70 para 6.9% na década de 90, e sabidamente o índice do Diabetes também aumentou neste período.

Constatamos no período do estudo, que a orientação nutricional e o controle de peso faziam parte da rotina no atendimento aos indivíduos diabéticos. Esse fato provavelmente contribuiu para que a média do IMC desses pacientes esteja por volta de 28,3 Kg/m², ou seja, na pré-obesidade (Tabela 4).

Tabela 4 - Medidas de Tendência Central das variáveis contínuas do estudo.
São Paulo - 2006

	IDADE	PESO	ALTURA	IMC
Média	65,05	72,69	1,59	28,34
Mediana	67,00	71,00	1,60	27,40
Desvio padrão	13,11	14,84	,087	4,75
Mínimo	35	44,60	1,39	18,70
Máximo	91	128,50	1,86	39,60

A Centers for Disease Control and Prevention relata mais de 2 milhões de mortes por ano que podem ser atribuídas a inatividade física, em função da sua repercussão no incremento de doenças crônicas não-transmissíveis, como diabetes, câncer e distúrbios cardiovasculares. Ressalta ainda que, no conjunto, estas doenças responderam por quase 60% das mortes no ano de 1998 no mundo e que este índice poderá chegar a 73% em 2029, se as tendências atuais forem mantidas⁽⁸⁶⁾.

A recomendação do Centers for Disease Control and Prevention - American College of Sports Medicine é que seja praticado 30 minutos de atividade física, 5 dias na semana e de intensidade moderada, de forma contínua ou acumulativa, para reduzir os riscos destas doenças⁽⁸⁶⁾. E desta

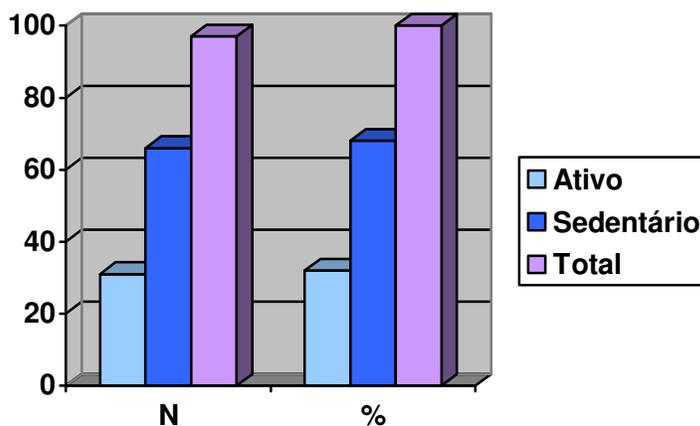
forma, os indivíduos foram classificados em sedentários quando não seguiam as recomendações acima e ativos, quando seguiam.

Quanto à atividade física, 59 indivíduos declararam não ter nenhuma atividade física a mais das que realizam nos serviços domésticos e no trabalho. Dos 38 que declararam alguma atividade física, só 31(32%) puderam ser classificados como ativos, conforme o Center for Disease Control - American College of Sports Medicine, que recomenda que os indivíduos acumulem pelo menos trinta minutos de atividades físicas na maioria dos dias da semana⁽⁸⁶⁾. Assim, conforme mostra a tabela 5, a grande maioria dos indivíduos estudados é classificada como sedentário (68%).

Tabela 5 - Classificação conforme o Center for Disease Control - American - College of Sports Medicine, quanto a atividade física dos pacientes envolvidos na pesquisa. São Paulo - 2006

Classificação quanto à atividade física	Nº	%
Ativo	31	32,0
Sedentário	66	68,0
TOTAL	97	100,00

Gráfico 2 - Classificação conforme o Center for Disease American - College of Medicine, quanto a atividade física dos pacientes envolvidos na pesquisa. São Paulo - 2006

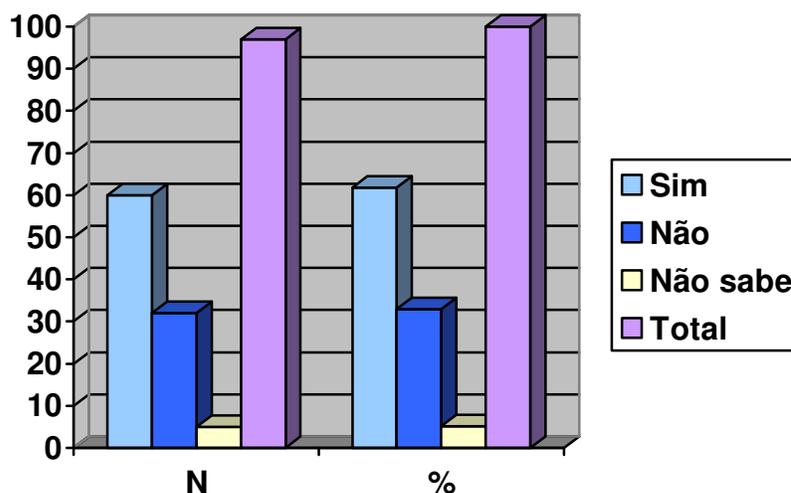


A literatura descreve que a doença sofre influência hereditária^(2,5-7). E também neste estudo, a grande maioria dos indivíduos pesquisados refere pai ou mãe diabéticos, como podemos observar na tabela 6.

Tabela 6 - Presença ou não de antecedentes familiares com diabetes nos indivíduos do estudo. São Paulo – 2006

Antecedentes familiares	Nº	%
Sim	60	61,9
Não	32	33,0
Não sabe	05	5,1
TOTAL	97	100,00

Gráfico 3 - Presença ou não de antecedentes familiares com diabetes nos indivíduos do estudo. São Paulo - 2006



4.2 PREVALÊNCIA DOS SINAIS IRIDOLÓGICOS

Os dados encontrados corroboram com os achados dos iridologistas^(34-37, 66): o sinal do pâncreas (escola americana) e a Cruz de Andréas (escola alemã) apareceram com uma alta frequência nos indivíduos portadores de diabetes envolvidos nesta pesquisa.

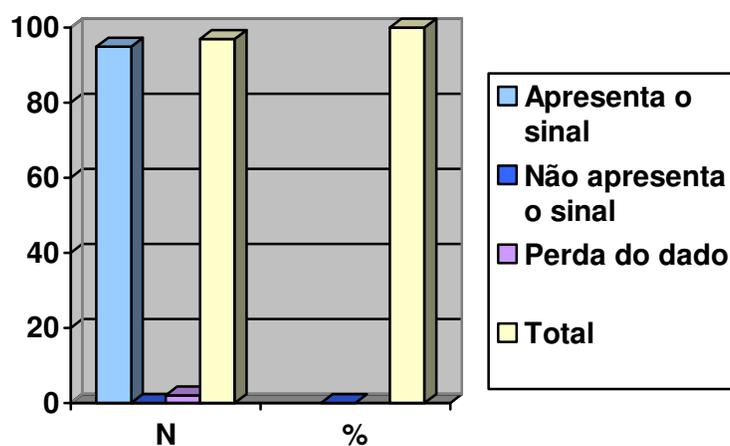
Na tabela 7, podemos perceber que praticamente 100% dos indivíduos diabéticos apresentam o sinal do pâncreas, relatado pelo Dr. Jensen, pai da escola americana. Em 2 pacientes não pudemos chegar a nenhuma conclusão, no primeiro caso devido à presença de um pterígio encobrindo a área do

pâncreas na íris, e em outro caso, devido à dificuldade técnica por falta de nitidez da foto, e conseqüentemente, em ambos houve perda do dado.

Tabela 7 - Presença do sinal do pâncreas (escola americana) na íris dos indivíduos estudados. São Paulo - 2006

Sinal do pâncreas	Nº	%
Presente	95	97.9
Ausente	0	0
Perda do dado	02	2.1
TOTAL	97	100,00

Gráfico 4 - Presença do sinal do pâncreas (escola americana) na íris dos indivíduos estudados. São Paulo – 2006

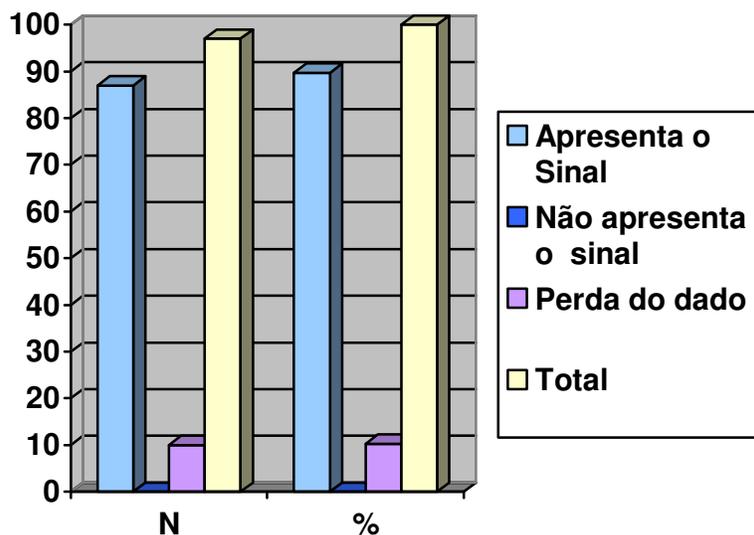


Quanto a Cruz de Andréas, 89,7% dos pacientes com a doença apresentam este sinal. Aqui também tivemos perda de dado; em alguns casos pela presença de pterígio encobrendo uma das 4 imagens, outros por dificuldade do indivíduo em abrir bem os olhos, e também por foto sem foco, o que levou a falta de clareza em um dos 4 pontos necessários para caracterizar a Cruz de Andréas (tabela 8).

Tabela 8 - Presença da Cruz de Andréas (Escola alemã) na íris dos indivíduos estudados. São Paulo - 2006.

Cruz de Andréas	Nº	%
Presente	87	89,7
Ausente	0	0
Perda do dado	10	10,3
TOTAL	97	100,00

Gráfico 5 - Presença da Cruz de Andréas (Escola alemã) na íris dos indivíduos estudados. São Paulo - 2006.



O resultado do único trabalho encontrado sobre Iridologia e Diabetes, que faz paralelo entre a Cruz de Andréas e a doença, é que o sinal está presente em 76% dos pacientes⁽¹³⁾. Há diferenças metodológicas entre os trabalhos, principalmente quanto à ferramenta utilizada para visualizar a íris; no estudo de Ruas, foi utilizada uma lupa de 10 aumentos com uma lanterna, e neste, uma câmara fotográfica digital com lente e luminosidade apropriadas para analisar a profundidade do tecido, além da gravação dos dados para re-análise e confirmação dos achados com outro profissional e especialista na área.

A prevalência, ajustada por sexo e idade, para o sinal do pâncreas é de 98 % e para a Cruz de Andréas de 89 %.

Não encontramos diferença entre o sexo masculino e feminino para o primeiro sinal, permanecendo a prevalência de ambos os sexos em 98 %. Mas, para o sinal de Cruz de Andréas existe diferença, pois no sexo masculino a prevalência foi de 85 % e no sexo feminino de 91%.

É importante lembrar que o sinal do pâncreas positivo assinala a debilidade do órgão e não especifica qual a patologia, porém a Cruz de Andréas é específica para Diabetes⁽⁶⁶⁾.

A prevalência, ajustada por sexo e idade, para ambos os sinais (o sinal do pâncreas e a Cruz de Andréas) no mesmo indivíduo foi de 87,8%, o que nos remete a afirmação de Robbins⁽⁶⁵⁾, de que de todos os problemas do pâncreas (sinal do pâncreas), é sem dúvida o diabetes o mais freqüente (Cruz de Andréas).

4.3 TESTES ESTATÍSTICOS

Para a análise estatística não paramétrica usamos o teste de Mann-Whitney para as variáveis dicotômicas e de Kruskal- Wallis para as variáveis que tinham três ou mais categorias, a fim de avaliar os diferenciais dos sinais iridológicos estudados em função do sexo, idade, IMC, atividade física e antecedentes familiares.

Na maioria das variáveis, os diferenciais mostraram-se significativos ($p < 0,001$). Isto representa que pelo menos duas categorias de cada variável são diferentes entre si, segundo os sinais iridológicos.

Conforme podemos observar na tabela 9, os testes Kruskal-Wallis e Mann-Whitney mostram que ocorre diferença significativa entre as categorias de todas as variáveis, quando se considera a Cruz de Andréas. Para o sinal do pâncreas, apenas o IMC, a atividade física e a antecedência familiar apresentaram diferenças significativas.

Tabela 9 Testes não-paramétricos para o sinal do pâncreas e Cruz de Andréas em função do sexo, idade, IMC, atividade física e antecedentes familiares para diabetes. São Paulo – 2006

Variáveis	Sinal do pâncreas	Cruz de Andréas
Sexo ^a	0,384	< 0,001
Idade ^b	0,105	< 0,001
IMC ^b	<0,001	< 0,001
Atividade física ^b	<0,001	< 0,001
Antecedente familiar ^b	<0,001	< 0,001

^a Teste de Mann-Whitney

^b Teste de kruskal-Wallis

4.4 ASSOCIAÇÕES ENTRE OS SINAIS IRIDOLÓGICOS E AS VARIÁVEIS DE INTERESSE

Através do método da regressão logística pudemos analisar os sinais iridológicos em relação às variáveis do estudo e identificar as associações que são significativas.

Nas tabelas 10 e 11, a seguir, só aparecem as variáveis que foram significativas para o sinal estudado. Assim, por exemplo, podemos observar que a variável idade não teve associação significativa nem com o sinal do pâncreas e nem com a Cruz de Andréas.

Abaixo de cada tabela encontram-se definidas as categorias de referência para cada variável analisada, ou seja, a categoria escolhida para ser comparada com as outras.

4.4.1 Sinal do pâncreas

Observa-se associação significativa e positiva entre sinal do pâncreas e sexo/ antecedentes familiares, conforme mostra a tabela 10.

Tabela 10 - Associação entre o sinal do Pâncreas com as variáveis sexo e antecedente familiar. Modelo Regressão Logística. São Paulo - 2006

	OR	Intervalo de Confiança		p
		Inferior	Superior	
Sexo	1,330	1,152	1,535	< 0,001
Antec.familiar				< 0,001
Antec.familiar(1)	3.411	3,023	3,848	< 0,001

Categorias de referência: sexo (mulher), antecedente familiar (não sabe).

Antecedente familiar (1) - Apresenta pai e/ou mãe com doença.

Segundo esses resultados, para o sinal do pâncreas temos que:

- A chance do sinal do pâncreas entre os homens é cerca de 1,3 vezes a chance das mulheres.

- A chance de sinal do pâncreas em quem tem antecedente familiar (1) para diabetes é cerca de 3,4 vezes a chance de quem não sabe se tem ou não antecedente familiar para a doença.

4.4.2 Cruz de Andréas

Observa-se associação positiva entre Cruz de Andréas e IMC/ antecedentes familiares, e associação negativa entre Cruz de Andréas e sexo/atividade física, ambas estatisticamente significativas.

Tabela 11 - Associação entre Cruz de Andréas e as variáveis sexo, IMC, atividade física e antecedente familiar. Modelo Regressão Logística. São Paulo – 2006

	Intervalo de Confiança			p
	OR	INFERIOR	SUPERIOR	
Sexo	,740	,619	,884	< 0,001
IMC				< 0,001
IMC (1)	5,493	4,432	6,809	< 0,001
IMC (2)	4,868	3,847	6,159	< 0,001
Ativ. Física (1)	,817	,684	,976	,026
Antec.familiar				< 0,001
Antec.familiar(1)	2.414	1,746	3,337	< 0,001
Antec.familiar(2)	,386	,280	,533	< 0,001

Categorias de referência: sexo (mulher), IMC (normal), antecedente familiar (não sabe) e atividade física (sedentário).

IMC (1) - pré-obesidade, IMC (2) - Obesidade 1 e 2

Atividade física (1) - Ativo

Antecedente familiar (1) - Apresenta pai e/ou mãe com a doença, Antecedente familiar (2) - não apresenta

Segundo os resultados apresentados na tabela 11, temos que:

- A chance de Cruz de Andréas em homens é cerca de 0,74 vezes a das mulheres, ou seja, ocorre mais Cruz de Andréas em mulher.

- A chance de Cruz de Andréas entre pré-obesos (1) é cerca de 5.5 vezes a chance do indivíduo com IMC normal.
- A chance de Cruz de Andréas entre os obesos (2) é cerca de 4.9 vezes a chance do indivíduo com IMC normal.
- A chance de Cruz de Andréas entre quem pratica atividade física (1) é cerca de 0,81 vez a chance do sedentário, ou seja, ocorre mais Cruz de Andréas em indivíduos sedentários.
- A chance de Cruz de Andréas em quem tem antecedente familiar (1) para diabetes é cerca de 2,4 vezes a chance de quem não sabe.
- A chance de Cruz de Andréas em quem não tem antecedente familiar (2) para diabetes é cerca de 0,4 vezes a chance de quem não sabe.

Voltamos a lembrar que este sinal é específico para Diabetes, enquanto o sinal do pâncreas aponta somente uma debilidade do órgão. Logo, faz sentido que ocorra associações significativas das variáveis IMC, atividade física e antecedente familiar com a Cruz de Andréas, uma vez que sabemos que a obesidade, sedentarismo e a hereditariedade influenciam a ocorrência do Diabetes.

Os resultados da prevalência dos sinais do pâncreas e da Cruz de Andréas em indivíduos portadores de Diabetes Mellitus apontados por este estudo, no mínimo, instiga a necessidade de melhor conhecimento do método da Iridologia.

No caso específico da patologia diabetes, o estudo sugere que os pacientes com esta patologia apresentam estes sinais. Como a íris já está completamente formada aos 6 anos de idade, a presença destes sinais poderá ajudar na identificação do grupo de risco e prevenção da doença e de suas complicações.



CONCLUSÕES

“Ah! Que esse cara tem me consumido
A mim e a tudo que eu quis
Com seus **olhinhos** infantis
Como os **olhos** de um bandido...”

(Esse cara - Caetano Veloso)

5 CONCLUSÕES

Na caracterização da amostra estudada, temos que a maioria era do sexo feminino (61,9%), com idade média de 65 anos, com IMC entre pré-obesidade e obesidade I (66%), sedentários(68%) e com antecedentes familiares para diabete(61,9%).

Os sinais iridológicos que os iridologistas afirmam observar nos indivíduos diabéticos foram comprovados neste estudo. A prevalência, ajustada para sexo e idade, do sinal do pâncreas foi 98% e da Cruz de Andréas 89% na íris dos indivíduos portadores de Diabetes Mellitus. E, para o mesmo indivíduo, a prevalência de ambos os sinais foi de 87,8%.

O sinal do pâncreas que indica debilidade do órgão pâncreas tem associações significativas com o sexo e a antecedência familiar ($p < 0,001$).

O sinal da Cruz de Andréas, que é específico para apontar Diabetes mellitus, apresentou associações significativas com sexo, IMC, atividade física e antecedência familiar, que a literatura clássica aponta como fatores de risco para a doença.

É um dado extremamente interessante e “esperançoso” para a área preventiva, quando lembramos que a íris está totalmente formada por volta dos 6 anos de idade.

Se realmente estes sinais da íris se comportarem como “marcadores biológicos”, teremos mais facilidade em encontrar grupos de riscos para

diabetes e, enfim, poder realmente realizar a prevenção da doença e não das suas seqüelas, como acontece atualmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Ela é meu amor, só me vê a mim
A mim que vivi para encontrar
Na luz do seu **olhar**
A paz que sonhei...”

(Ela é Carioca - Tom Jobim)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vale ressaltar que a reação dos pacientes mediante a explicação do estudo e do método foram positivas. Não houve uma única recusa em participar.

O que mais chamou a atenção foi a abertura destes pacientes para o novo, para algo que pudesse representar uma esperança a favor da saúde. Frases como *“Se é para o bem das pessoas...”* *“Se pode significar a prevenção, por que não”* foram ouvidas inúmeras vezes. Pacientes que sentem o drama da doença no seu dia-a-dia estão interessados em algo que possa ajudar a prevenir a doença para que seus semelhantes não padeçam do mesmo mal. Isso é tocante!

A partir deste estudo, quando entristecer e tiver vontade de abandonar a luta pela dificuldade que é trabalhar com terapias complementares e prevenção em um país onde a medicina é altamente curativa, lembrarei que os pacientes estão esperando “pacientemente” por métodos que aliviem a sua dor.

Mesmo sendo um método antigo, em nosso meio a Iridologia é algo relativamente novo, principalmente por carecer de estudos mais profundos. O que temos são relatos de observações clínicas, que embora de grande valor, não satisfazem o mundo acadêmico ao qual estamos inseridos.

O método é promissor, pois representa uma ferramenta a mais na identificação de grupos de risco para diversas doenças, e conseqüentemente, um começo da implantação de uma medicina preventiva que ainda não pudemos realizar devido a uma série de obstáculos, principalmente pela dificuldade em localizar os grupos de riscos, uma vez que exames com genes são caros.

A Irisdiagnose, embora desconhecida, é fácil, barata e rápida de aplicar. Por tudo isso vale investir em pesquisas.

Este estudo é o primeiro trabalho de pós-graduação na área de Iridologia da América Latina. Sua única pretensão é chamar a atenção para esta ferramenta e “quicá” inspirar novos trabalhos.



LIMITAÇÕES DA PESQUISA

“O seu **olhar** agora
O seu **olhar** nasceu
O seu **olhar** me olha
O seu **olhar** é seu
O seu **olha**, o seu **olhar** melhora
Melhora o meu.”

(O seu olhar - Paulo Tatit e Arnaldo Antunes)

7 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

- A pouca literatura sobre o assunto, o que dificulta a comparação dos resultados de quem pesquisa. Um dos motivos desta limitação é a dificuldade de entrar em centros renomados para realizar pesquisas devido ao preconceito.

- O desconhecimento e o preconceito de alguns profissionais da área da saúde sobre as terapias complementares e neste caso da irisdagnose, principalmente entre os médicos, é grande. Essa resistência atrasa pesquisas que visam esclarecer os pontos fortes e as fraquezas de tais métodos e apontar como elas podem ser utilizadas para que, juntamente com a medicina tradicional, possamos melhorar a assistência prestada aos pacientes. Entendemos e aceitamos o “cuidado” e a atenção que se deve ter com o novo; nos entristece o preconceito.

- Não pudemos realizar uma pesquisa com grupo controle como gostaríamos, pois a ausência da doença não significa que a pessoa não possa ter o sinal e a predisposição para o problema. Caso insistíssemos em realizar este tipo de estudo, os resultados não seriam conclusivos uma vez que o indivíduo pode não ter o diagnóstico de diabetes, mas pode ter o sinal, que mostra apenas predisposição e necessidade de realizar os devidos cuidados preventivos, para não desenvolver a doença. O mais correto seria fazer um estudo com grupo controle comparando os marcadores genéticos com a íris, e esperamos poder

encontrar colaboração entre os profissionais que têm acesso aos testes genéticos, para avançar nesse estudo.



REFERÊNCIAS

“Daquilo que eu sei
Nem tudo foi proibido
Nem tudo me foi possível
Nem tudo foi concebido
Não fechei os **olhos**
Não tapei os ouvidos
Cheirei, toquei, provei
Ah! Eu usei todos os
sentidos...”

(Daquilo que eu sei - Ivan Lins)

REFERÊNCIAS

1. Salgado JM. Faça do alimento o seu medicamento. 7ª ed. São Paulo: Madras; 2003. p.75-9.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso Brasileiro sobre Diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2003. p.72.
3. Chacra AR. O uso de inibidores de aldose: redutores no tratamento e prevenção de neuropatia. *Terapêutica Diabetes* 1994; 2(1): 1-4.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares no Brasil - SUS. Dados epidemiológicos e assistência médica. Brasília; 1993.
5. Gregory R. Avanços terapêuticos do diabetes tipos 1 e 2. *Rev Med UPDATE* 2003; (3):8-14.
6. World Health Organization (WHO). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Geneva;1999.
7. American Diabetes Association. Guide to diagnosis and classification of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. *Diabetes Care* 1997; 20(1):8-15.
8. Franco LJ. Epidemiologia do Diabetes Mellitus. In: Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hugitec; 1998. cap. 8, 123-37.
9. Guyton AC. Fisiologia y fisiopatologia básicas. México: Interamericana; 1972. cap. 52, p.522-29.

10. Guyton AC, Hall JE. Fisiologia humana e mecanismos das doenças. 6^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p.555-64.
11. Joslin Diabetes Center. Will diabetes to away [On line]. Disponível em: http://joslin.org//511_572.asp . [Acesso em 13 jul 2005].
12. Kahn CR, Weir GC. Joslin's diabetes mellitus. 13th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 1994.
13. Ruas EB. Diabetes mellitus e a Cruz de Andréas [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo; Centro de Ensino Superior de Homeopatia; 2003.
14. Damasceno MMC, Araújo TL, Fernandes AFC. Transtornos vitais no fim do século XX: diabetes mellitus, distúrbios cardiovasculares, câncer, AIDS, tuberculose e hanseníase. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisas e Cultura; 1999. p.11-30.
15. World Health Organization (WHO). Diabetes mellitus [online]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs138/en> . [Acesso em 13 jul. 2005].
16. Marco R, Locatelli F, Zoppini G, Verlato G, Bonora E, Muggeo M. Cause-specific mortality in type 2 diabetes. The Verona Diabetes Study. Diabetes Care. 1999;22(5):756-71.
17. Ramsey SD, Newton K, Blough D, McCulloch DK, Sandhu N, Reiber GE, et al. Incidence, outcomes, and cost of foot ulcers in patients with diabetes. Diabetes Care. 1999;22(3):382-7.
18. Harris EL, Sherman SH, Georgopoulos A. Black-white differences in risk developing retinopathy among individuals with type 2 diabetes. Diabetes Care. 1999;22(5):779-83.

19. Kawakami N, Takatsuka N, Shimizu H, Ishibashi H. Depressive symptoms and occurrence of type 2 diabetes among Japanese men. *Diabetes Care*. 1999; 22(7):1071-6.
20. Escott-Stump S. *Nutrição relacionada ao diagnóstico e tratamento*. Trad. de Ana Maria Cardoso e Beatriz Maria Romano. 4ª ed. São Paulo: Manole; 1999. p.355-63.
21. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. Adverse events and their association with treatment regimens in the diabetes control and complications trial. *Diabetes Care*. 1995;18(11):1415-27.
22. Clement S. Diabetes self-management education. *Diabetes Care* 1995; 18(8):1204-14.
23. World Health Organization (WHO). Prevalence of diabetes worldwide [online]. Disponível em: http://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en [Acesso em 13 jul. 2005].
24. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Diabetes mellitus: o que é, quais os tipos, conseqüências, tratamento e dicas [online]. Rio de Janeiro; 2004. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br>. [Acesso em out. 2004].
25. Malerbi DAC. Estudo de prevalência do diabetes mellitus no Brasil [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1991.
26. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Prevenção e controle de enfermidades [online]. Genebra; 2001. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. [Acesso em 9 out. 2004].
27. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Brasília; 2004. p. 13-4.

28. Mayfield JA, Deb P, Whitecotton L. Work disability and diabetes. *Diabetes Care* 1999;22(7):1105-9.
29. Teixeira CRS. A atenção em diabetes mellitus no serviço de medicina preventiva-Sempre; um estudo de caso [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
30. Rossi VEC. Perfil de pessoas com diabetes mellitus cadastradas no Programa de Assistência ao Diabético de Passos - MG [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.
31. Souza TT, Santini, L, Wada AS, Vasco CF, Kimura M. Qualidade de vida da pessoa diabética. *Rev Esc Enferm USP*. 1997;31(1):150-64.
32. Grossi SAA. Prevenção de úlceras nos membros inferiores em pacientes com Diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP*. 1998;32(4):377-85.
33. Moraes O. A homeopatia sem segredos. 4^a ed. Rio de Janeiro: Record; 1995.
34. Batello CF. Iridologia e irisdiagnose: o que os olhos podem revelar. São Paulo: Ground; 1999.
35. Valverde R, Augusto Á. Iridologia e florais de Bach. 3^a ed. São Paulo: Ground; 1994.
36. Beringhs L. Vida saudável pela Iridologia. São Paulo: Probe; 1997.
37. Johnson D. O olho revela. São Paulo: Ground; 1992.
38. Salles LF. Epidemiologia dos anéis de tensão [monografia]. São Paulo (SP): Instituto Brasileiro de Estudos Homeopáticos - IBEHE; 2003.

39. Salles LF, Silva MJP. Iridologia: revisão sistemática. Rev Esc Enferm USP. No prelo 2006.
40. Ernst E. Iridology: a systematic review. Forsch Komplementarmed. 1999; 6(1):7- 9.
41. Metge F. Analytical comment on the article: "Iridology: not useful and potentially harmful." E. Ernst. J Fr Ophtalmol 2000;23(10):1069.
42. Ernest E. Iridology: not useful and potentially harmful. J Arch Ophthalmol 2000;118(1):120-121.
43. Norn M. Analysis of iris: history and future. Dan Medicinhist Arbog 2003; 103-17.
44. MunstedtK, El-Safadi S, Bruck F. Can iridology detect susceptibility to cancer? A prospective case-controlled study. J Altern Complement Med. 2005;11(3):515-9.
45. Worrall R, Cannon W, Eastwood M, Steinberg D. Iridology: diagnostic validity in orthopedic trauma. Sci Rev Altern Med. 2002;6(2):63-7.
46. Simon A, Worthen DM, Mitas JA. An evaluation of iridology. JAMA. 1979; 242(13):1395-9.
47. Knipschild P. Looking for gall bladder disease in the patient's iris. BMJ 1988; 5297(6663):1578-81.
48. Buchanan TJ, Sutherland CJ, Strettle RJ, Terrell TJ, Pewsey A . An investigation of the relationship between anatomical features in the iris and systemic disease, with reference to iridology. Complement Ther Med. 1996;4(2):98-102.

49. El-Safadi S, Tinneberg HR, von Georgi R, Münstedt K, Brück F. Does dark field microscopy according to Enderlein allow for cancer diagnosis? A prospective study. *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd*. 2005;12(3):148-51.
50. Zaikova MV, Krasnoperova MA, Shklyakov EK, Edlinskii IB, Liaskin MI. Diagnostic possibilities of iridodiagnostics in general clinical practice. *Oftalmol Zh*. 1989;(1):39-41.
51. Demea S. Correlation between iridology and general pathology. *Oftalmologia*. 2002;55(4):64-9.
52. Zubareva TV, Gadakhian KA. The use of iridology in prophylactic examinations. *Oftalmol Zh*. 1989;(4):233-5.
53. Um JY, Yang GB, Lee GM, Cho JJ, Choo JW, Hwang WJ. Novel approach of molecular genetic understanding of iridology: relationship between iris constitution and angiotensin converting enzyme gene polymorphism. *Am J Chin Med*. 2005; 33(3):501-5.
54. Um JY, Hwang CY, Hwang WJ, Kang SD, Do KR, Cho JJ, et al. Association between iris constitution and apolipoprotein E gene polymorphism in hypertensives. *J Altern Complement Med*. 2004;10(6):1101-5.
55. Salles LF, Silva MJP. A incidência dos anéis de tensão na íris de pessoas que vivem em São Paulo. *Nursing* 2004;81(8):86-90. [edição brasileira].
56. Pejouan D. Apport de l'Iridoscopie en pratique courante. *Cahiers Bioth*. 1995; 137:43-4.
57. Pokanevych W. Iridology in Ukraine. *Lik Sprava* 1998;(3):152-6.
58. Vader L. Alternative methods of ophthalmic treatment in Rússia. *Insight* 1994; 9(1)10-3.

59. He JF, Ye HN, Ye MY. The automatic iris map overlap technology in computer- aided iridiagnosis. Zhongguo Yi liào, Qi Xie Za Zhi 2002;26(6)395-7.
60. Battello CF Iridologia. O que é? Rev. Homeopatia (São Paulo).1987; (175):18.
61. Piesse JW. Íris diagnosis. Aust Farm Physician 1980;9(5):309-18.
62. Reganin EC. A iridologia como instrumento facilitador no processo de enfermagem. Nursing. 1999;12(2):8. [edição brasileira].
63. Wollensak J. Color and form changes in the íris. Klin Monatsbl Augenheilkd 1999;214(5):266-9.
64. Salles LF. A íris revelando a sua saúde. Nursing 2004;71(7):12-3.[edição Brasileira].
65. Robbins SL. Patologia estrutural e funcional. Rio de Janeiro: Interamericana; 1975. cap. 23, p. 953-71.
66. Battello C. Iridologia total. São Paulo: Ground; 1996.
67. Chiavenato I. Teoria geral da administração. 5ª ed. Rio de Janeiro: Campus; 1999.
68. Capra F. Sabedoria incomum. São Paulo: Cultrix; 1995.
69. Sá AC. Aplicação do toque terapêutico em mulheres portadoras de câncer de mama sob tratamento quimioterápico [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.

70. Fuerst EV, Wolff LV, Weitzel MH. Fundamentos de enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1977.
71. Falco SM, Lobo ML. Martha Rogers In: George JB. Teorias de enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. cap. 14, p.190-204.
72. Talento B. Jean Watson. In: George JB. Teorias de enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. cap. 16, p. 254 - 63.
73. Barbosa MA. A utilização de terapias alternativas por enfermeiros brasileiros [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1994.
74. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Lei COFEN -7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da Enfermagem. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREn-SP). Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos, auxiliares. São Paulo; 2001. p. 36 - 41.
75. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN-197/1997. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ ou qualificação do profissional de Enfermagem. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREn-SP). Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos, auxiliares. São Paulo; 2001. p. 159 - 60.
76. Waldow VR. O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 37-8.
77. Dobbro ERL. A música como terapia complementar no cuidado de mulheres com fibromialgia [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.
78. Silva MJP, Gimenes OMPV, organizadores. Florais: uma alternativa saudável. São Paulo: Gente; 1999.

79. Trovo MM, Silva MJP. Terapias alternativas/complementares: a visão de graduandos de Enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2002; 36(1):80-1.
80. São Paulo (Cidade). Lei n. 13.717, de 08 de Janeiro de 2004. Dispõe sobre a implantação das terapias naturais na Secretaria Municipal de Saúde [online]. São Paulo; 2004. Disponível em: http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/pesqnumero.asp?t=L&n=13717&a=&s=&var=0. [Acesso em 10 ago. 2005].
81. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 971, de 03 de maio de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 4 maio 2006. Seção 1, p. 20.
82. Barros, F.B., Adams J. A pesquisa sobre as terapias alternativas e complementares e enfermagem no Brasil. Rev Lat Am Enferm. 2005;13(3):453- 4.
83. Klein S et al. Clinical implications of obesity with specific focus on cardiovascular disease. Circulation 2004; 110: 2957-67.
84. Lotufo PA. Increasing obesity in Brasil: predicting a new peak of cardiovascular mortality. Med J Rev Paul Med. 2000;118(6):161-2.
85. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global. WHO- NUT-NCD 98.1. Genebra, 1997.
86. Centers Disease of Prevention and Control. Promoting physical activity: a best buy in public health. Atlanta, 2000.



ANEXOS

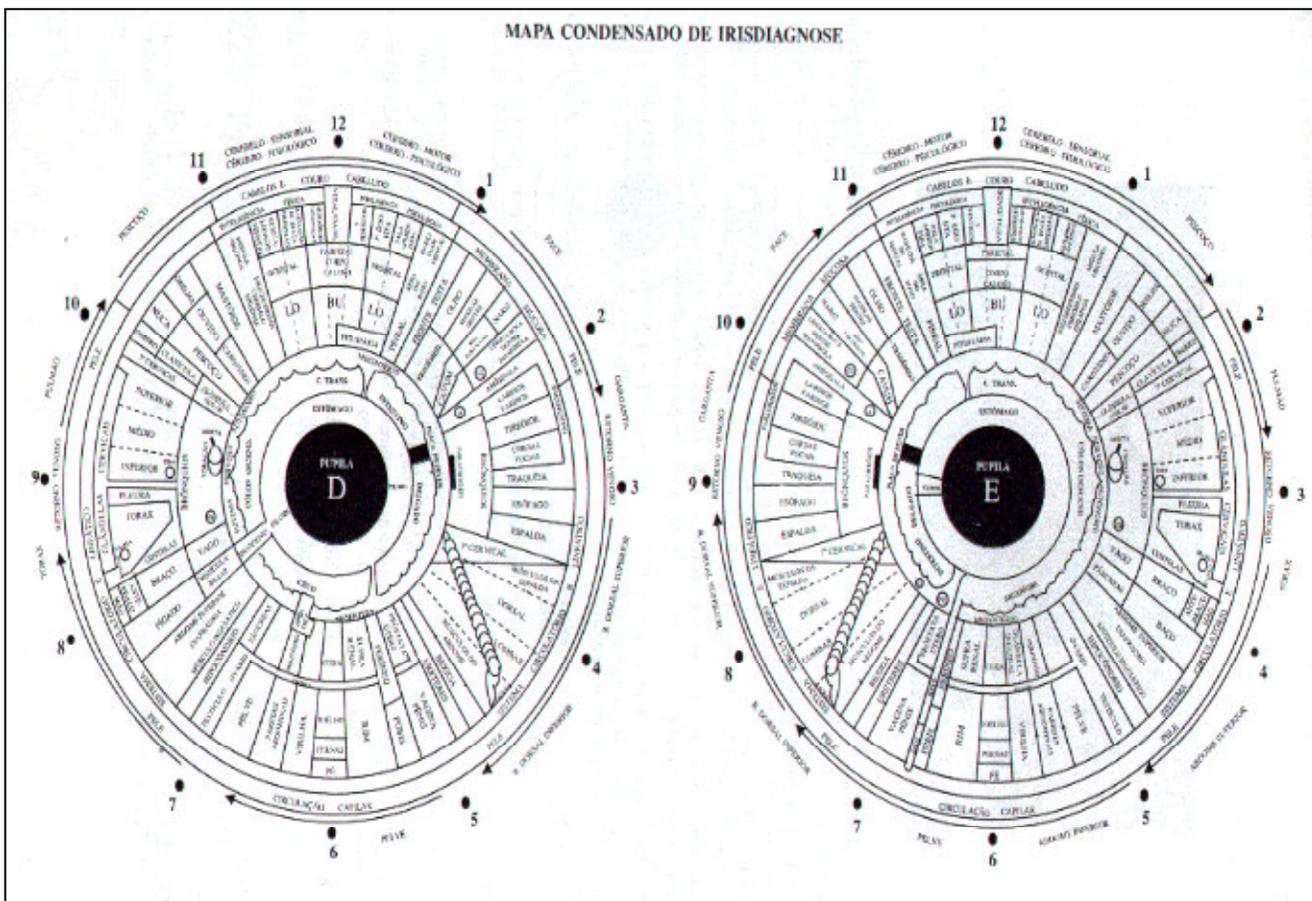
“Foi assim como ver o mar
A primeira vez
que meus olhos
Se viram no seu olhar

Não tive a intenção
De me apaixonar
Mera distração e já era
Momento de se gostar..”

(Todo Azul do mar - Flávio Venturini/Ronaldo Bastos)

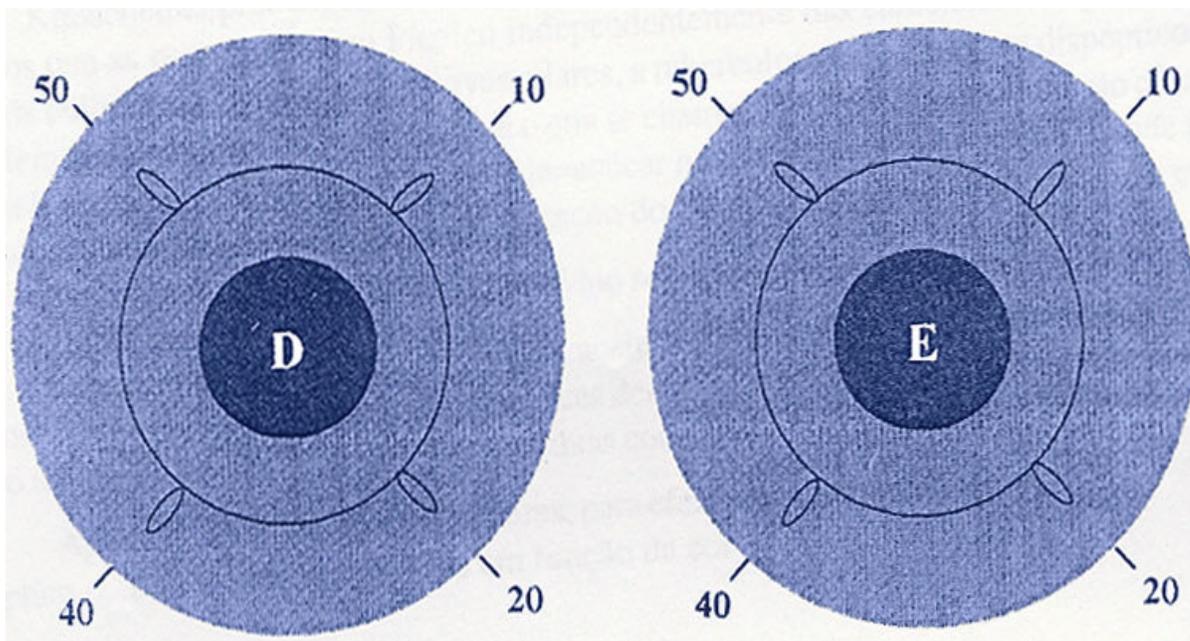
ANEXOS

Anexo 1 - Mapa condensado da Iridologia



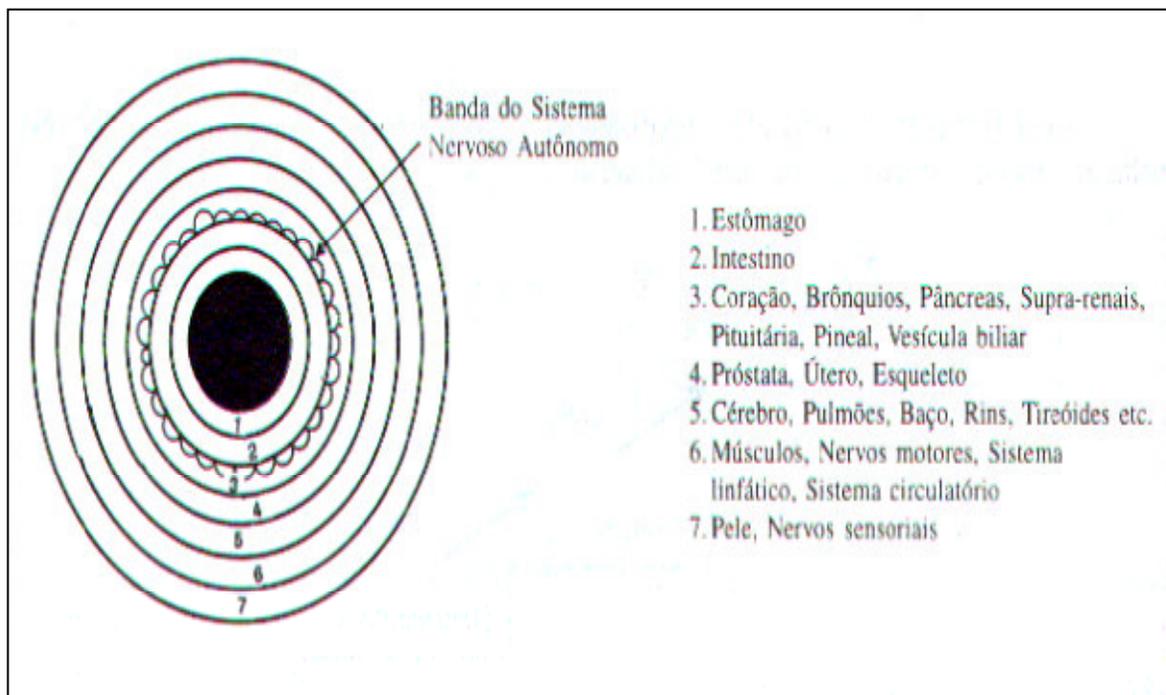
Fonte: Celso Battello. Iridologia e irisdagnose: o que os olhos podem revelar. Ed. Ground; 1999. p.68 ⁽³⁴⁾.

Anexo 2 - Cruz de Andrés



Fonte: Celso Battello, Iridiologia total. Ed. Ground; 1996. p. 52⁽⁶⁶⁾.

Anexo 3 - Disposição concêntrica da íris



Fonte: Celso Battello. Iridologia e Irisdiagnose: o que os olhos podem revelar. Ed. Ground; 1999. p.66 ⁽⁶⁰⁾.

Anexo 4 - Resolução COFEN 197 /1997



Regulamentações | Decretos | Decisões | **Resoluções** | Projetos de Lei | Pareceres Técnicos e Jurídicos

**RESOLUÇÃO COFEN-197/1997**

Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem.

O Conselho Federal de Enfermagem, no uso de sua competência estipulada no artigo 8º, inciso IV da Lei n.º 5.905, de 12 de julho de 1973, combinado com o artigo 16, incisos IV e XIII do Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução-COFEN 52/79; CONSIDERANDO o que estabelece a Constituição Federal no seu artigo 1º incisos I e II, artigo 3º, incisos II e XIII; CONSIDERANDO o Parecer Normativo do COFEN n.º 004/95, aprovado na 239ª Reunião Ordinária, realizada em 18.07.95, onde dispõe que as terapias alternativas (Acupuntura, Iridologia, Fitoterapia, Reflexologia, Quiropraxia, Massoterapia, dentre outras), são práticas oriundas, em sua maioria, de culturas orientais, onde são exercidas ou executadas por práticos treinados assistematicamente e repassados de geração em geração não estando vinculados a qualquer categoria profissional; e, CONSIDERANDO deliberação do Plenário, em sua 254ª Reunião Ordinária, bem como o que consta do PAD-COFEN-247/91;

Resolve:

Art. 1º - Estabelecer e reconhecer as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem.

Art. 2º - Para receber a titulação prevista no artigo anterior, o profissional de Enfermagem deverá ter concluído e sido aprovado em curso reconhecido por instituição de ensino ou entidade congênere, com uma carga horária mínima de 360 horas.

Art. 3º - A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 19 de março de 1997.

Dulce Dirclair Huf Bais
COREN-MS nº 10.244
Primeira-secretária

Gilberto Linhares Teixeira
COREN-RJ nº 2.380
Presidente

Anexo 5 - Lei nº 13.717

LEI Nº 13717

LEI Nº 13.717, DE 8 DE JANEIRO DE 2004

(Projeto de Lei nº 140/01, do Vereador Celso Jatene - PTB)

Dispõe sobre a implantação das Terapias Naturais na Secretaria Municipal de Saúde, e dá outras providências.

MARTA SUPLICY, Prefeita do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 27 de novembro de 2003, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º - Fica o Poder Executivo Municipal incumbido da implantação das Terapias Naturais para o atendimento da população do Município de São Paulo.

§ 1º - Entende-se como Terapias Naturais todas as práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças que utilizem basicamente recursos naturais.

§ 2º - Dentre as Terapias Naturais destacam-se modalidades, tais como: massoterapia, fitoterapia, terapia floral, acupuntura, hidroterapia, cromoterapia, aromaterapia, geoterapia, quiropraxia, ginástica terapêutica, iridiologia e terapias de respiração.

Art. 2º - Para o exercício da função, os profissionais habilitados a exercer as terapias naturais citadas no artigo 1º deverão estar inscritos nos respectivos órgãos de classe existentes no Município, Estado ou País.

Art. 3º - O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data de sua publicação.

Art. 4º - As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 5º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 8 de janeiro de 2004, 450º da fundação de São Paulo.

MARTA SUPPLY, PREFEITA

LUIZ TARCISIO TEIXEIRA FERREIRA, Secretário dos Negócios Jurídicos

LUÍS CARLOS FERNANDES AFONSO, Secretário de Finanças e Desenvolvimento
Econômico

GONZALO VECINA NETO, Secretário Municipal da Saúde

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 8 de janeiro de 2004.

RUI GOETHE DA COSTA FALCÃO, Secretário do Governo Municipal

Anexo 6 - Portaria nº 971

PORTARIA Nº971 DE 3 DE MAIO DE 2006.

Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso da atribuição que lhe confere o art. 87, parágrafo único, inciso II, da Constituição Federal, e

Considerando o disposto no inciso II do art. 198 da Constituição Federal, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do SUS;

Considerando o parágrafo único do art. 3º da Lei nº 8.080/90, que diz respeito às ações destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social, como fatores determinantes e condicionantes da saúde;

Considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem estimulando o uso da Medicina Tradicional/Medicina Complementar/Alternativa nos sistemas de saúde de forma integrada às técnicas da medicina ocidental modernas e que em seu documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” preconiza o desenvolvimento de políticas observando os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso;

Considerando que o Ministério da Saúde entende que as Práticas Integrativas e Complementares compreendem o universo de abordagens denominado pela OMS de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa - MT/MCA;

Considerando que a Acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde, inserida na Medicina Tradicional Chinesa (MTC), sistema médico complexo, que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos, e que a MTC também dispõe de práticas corporais complementares que se constituem em ações de promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças;

Considerando que a Homeopatia é um sistema médico complexo de abordagem integral e dinâmica do processo saúde-doença, com ações no campo da prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde;

Considerando que a Fitoterapia é um recurso terapêutico caracterizado pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas e que tal abordagem incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social;

Considerando que o Termalismo Social/Crenoterapia constituem uma abordagem reconhecida de indicação e uso de águas minerais de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde e que nosso País dispõe de recursos naturais e humanos ideais ao seu desenvolvimento no Sistema Único de Saúde (SUS); e

Considerando que a melhoria dos serviços, o aumento da resolutividade e o incremento de diferentes abordagens configuram, assim, prioridade do Ministério da Saúde, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS e, por conseguinte, aumentando o acesso,

R E S O L V E:

Art. 1º—Aprovar, na forma do Anexo a esta Portaria, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. Esta Política, de caráter nacional, recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, da implantação e implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares.

Art. 2º—Definir que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema da Política ora aprovada, devam promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades, na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art. 3º—Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

Anexo 7 - Aprovação no Exame de Qualificação



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

HOMOLOGADO pela CPG

Sessão realizada em 24/10

Adriana
Profª Drª Cibele Andruccioli de Mattos Pi
Presidente
Comissão de Pós-Graduação da EEU

*13/10
10
100
Eliseth*

ATA DO EXAME DE QUALIFICAÇÃO DE MESTRADO DA SENHORA LÉIA FORTES SALLES, ALUNA DO CURSO DE MESTRADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NA SAÚDE DO ADULTO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, COM PROJETO INTITULADO "SINAIS PRÉ-CLÍNICOS DO DIABETES MELLITUS DETECTADOS ATRAVÉS DA ÍRIS".

Aos seis dias do mês de outubro de dois mil e cinco, com início às 9:10 horas, realizou-se na sala 319, 3º andar, o Exame de Qualificação da aluna **Léia Fortes Salles**, na presença da Comissão Examinadora designada pela Comissão de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, constituída pela Profª Drª Maria Julia Paes da Silva, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Profª Drª Sonia Aurora Alves Grossi, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Profª Drª Eliseth Ribeiro Leão, Departamento Divisão de Pesquisas do Hospital Samaritano.

Profª Drª Maria Julia Paes da Silva (Presidente/Orientadora)

Ass. *[assinatura]* aprovado reprovado

Profª Drª Sonia Aurora Alves Grossi

Ass. *[assinatura]* aprovado reprovado

Profª Drª Eliseth Ribeiro Leão

Ass. *[assinatura]* aprovado reprovado

No relatório da comissão examinadora deverão ser apreciados os seguintes itens: relevância e contribuição do estudo, projeto de pesquisa (etapas) e desempenho do aluno na arguição.

A Comissão Examinadora *concordou que a temática é inovadora e muito pouco explorada, o que justifica o estudo. A banca propôs uma reformulação metodológica para um estudo de prevalência. A candidata aceitou a proposta da Banca e respondeu as questões formuladas com precisão.*

Frente ao exposto a aluna foi considerada *APROVADA*. A seguir, para conhecimento geral foi procedida a leitura deste termo, tendo sido a sessão encerrada às 10:30 horas.

Anexo 8 - Aprovação no Comitê de Ética da EEUSP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Fone.: 3066-7548 - Fax.: 280-8213
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 02 de fevereiro de 2006.

Ilm.ª Sr.ª
Leia Fortes Salles

Ref.: Processo nº 500/2005/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "A PREVALÊNCIA DE SINAIS IRIDOLÓGICOS NOS INDIVÍDUOS COM DIABETES MELLITUS", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,


Prof.ª Dr.ª Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Anexo 9 - Autorização da pesquisa no CSE "Geraldo de Paula Souza"



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE SAÚDE ESCOLA "GERALDO DE PAULA SOUZA"
Av. Dr. Arnaldo, 925 – CEP: 01246-904 – Cerqueira César – São Paulo
Tel/fax: 3066-7721 (Administração) – Telefones: 3066-7100 (Diretoria)

AUTORIZAÇÃO

Autorizamos a Sra. Leia Fortes Salles a coletar dados para a Pesquisa do Projeto "A prevalência de sinais iridológicos nos indivíduos com Diabetes mellitus", neste Centro de Saúde Escola "Geraldo de Paula Souza" da Faculdade de Saúde Pública – USP.

São Paulo, 05 de abril de 2006.


Prof. Dra. Ana Cristina d'A. Tanaka
Diretora CSE "Geraldo de Paula Souza"

Anexo 10 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Prezado colaborador:**

Eu, Leia Fortes Salles, estou desenvolvendo a dissertação do mestrado intitulada “A prevalência de sinais iridológicos em indivíduos com Diabetes mellitus”, sob a orientação da Dr^a. Maria Júlia Paes da Silva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

O objetivo do estudo é relacionar alguns sinais da íris com Diabetes mellitus.

Para realizar o estudo necessito de sua valorosa contribuição, composta de uma entrevista e fotografia de ambos os olhos. A pesquisa não oferece risco, nem ônus.

Sua identidade será preservada, e os dados obtidos serão utilizados somente para compor as estatísticas da pesquisa e posterior publicação de resultados.

O Sr (S^{ra}.) terá acesso às informações sobre a pesquisa, bem como, total liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar da pesquisa. Sua recusa não alterará o atendimento que lhe está sendo prestado.

Identificação do sujeito da pesquisa:

Nome: _____
 Data de Nascimento: _____ Idade _____ Sexo: () F () M
 Endereço: _____ Telefone: _____

Consentimento pós – esclarecimento

Declaro que, após convenientemente esclarecido(a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa.

 (Nome legível e por extenso do paciente/ representante legal)

 (Assinatura do paciente/ representante legal)

 (Documento de identificação do paciente/ representante legal)

 (Pesquisador)

_____ de _____ de 2006.

Qualquer dúvida, entrar em contato com:

- Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP- 3066-7548. E-mail edipesq@usp.br

- Léia Fortes Salles (aluna e pesquisadora da Escola de Enfermagem da USP) - 3865-8434. E-mail leia.salles@usp.br

Anexo 11 - Ficha clínica

Ficha clínica

Nome.....

Data de nascimento..... Idade..... Sexo: M () F ()

Peso..... .Altura..... IMC..... Classificação: () Saudável

() Pré-obesidade () Obesidade I () Obesidade II () Obesidade III

Atividade física: () Sedentário () Ativo

Antecedentes familiares para diabetes: () Sim () Não. Parente.....

Sinais iridológicos:

Presença de sinal no pâncreas: Sim () Não ()

Presença da Cruz de Andréas: Sim () Não ()

Observações:

.....

.....

.....

.....

Anexo 12 - Classificação do Índice de Massa Corpórea (IMC) segundo a Organização Mundial da Saúde⁽⁸⁴⁾.

IMC Kg/m²	Classificação
≤ 18	Baixo peso
18- 24	Saudável
25-29	Pré-obesidade
30-34	Obesidade I
35-39	Obesidade II
≥ 40	Obesidade II