

REVISTA

60

Novembro
Dezembro
2005

COREN SP



Saúde no limite
Enfoque preventivo cria novos
parâmetros para saúde

Gripe aviária: uma nova epidemia?





Mais um ano se finda

Em 2005 o COREN-SP buscou novos meios para fortalecer a comunicação com todos os profissionais da enfermagem. O empenho em expandir esse contato tem gerado excelentes frutos, com muito conhecimento para a tríade sociedade, profissional e Conselho. Um grande passo nesse sentido foi a criação do Portal COREN-SP, no mês de outubro, tornando possível um diálogo mais rápido e eficiente. Acreditamos que uma maior interação só contribuirá para o crescimento da profissão.

A Revista COREN-SP, nesse sentido, abordou temas valiosos com os quais pudemos observar o vasto campo de atuação da enfermagem. Discutimos o papel da enfermagem na assistência a pacientes na terceira idade, na primeira edição do ano, passando por muitas outras áreas, como o esporte e a dificuldade em lidar com o sofrimento e morte do paciente.

Nesta edição, escolhemos trabalhar um tema próprio da nossa profissão: a Prevenção. Por diferentes caminhos, vimos que buscar meios de promover a

saúde é mais do que uma prioridade para a saúde pública. A matéria “Hipertensão: uma grande vilã da saúde pública” mostra como muitas mortes por doenças crônicas poderiam ser evitadas com hábitos de vida mais saudáveis.

Na seção Iniciativa mostramos um trabalho bem-sucedido, com a participação de uma equipe de enfermagem, na promoção da saúde.

A matéria de capa fala em detalhes da evolução de práticas preventivas na saúde, que chega a alterar parâmetros da saúde abrindo para uma nova definição, os pré-doentes. Vale a pena entender esse novo conceito!

Nossa luta tem sido cuidar da qualidade da profissão de enfermagem e, conseqüentemente, da saúde em geral.

Feliz Natal a todos e que 2006 seja um próspero ano.

Ruth Miranda

ÍNDICE

ciência e tecnologia
Vida no computador 01

mercado de trabalho
Estado de emergência 02

entrevista
Metodologia ampla qualidade e
humanização 04
Maria Rosa Ceccato Colombini

prevenção
Hipertensão 06

capa
Saúde no limite 08

COREN
8º CBCENF - Congresso
Brasileiro dos Conselhos de
enfermagem 14

iniciativa
Revisão contínua da saúde 20

internacional
Uma nova epidemia? 22

interior
Sol de verão 24

Heródoto Barbeiro 17

Notas 18

Eventos 19

Últimas notícias/cartas 25

Vida no computador

Biologia e informática se unem no estudo dos genomas

Por João Marinho

Olhando para trás, tudo parece muito rápido. Entre fazer os primeiros questionamentos sobre a natureza química do material genético e o anúncio de que os aspectos essenciais do genoma humano haviam sido decifrados, não levamos um século.

De lá para cá, a velocidade das descobertas apenas aumentou, novos genomas foram seqüenciados – e boa parte disso se deve à *bioinformática*, uma ciência recente, mas com muito a oferecer.

Terceira via

No artigo “Bioinformática, genes e inovação”, o autor Carlos Vogt recomenda a definição encontrada na Universidade de Wageningen, na Holanda: “bioinformática é uma nova disciplina científica com raízes nas ciências da computação, na estatística e na biologia molecular que se desenvolveu para enfrentar os resultados das iniciativas de seqüenciamento de genes”.

Na bioinformática, computadores e softwares específicos tornam-se aliados no seqüenciamento de genes e no desvendamento das funções do genoma. Espera-se do profissional da área a capacidade de entender os problemas biológicos essenciais e de prover soluções informatizadas para tratá-los (veja quadro “Formação mista”).

“Atualmente, também se pesquisa a correlação entre a estrutura dos novos genes descobertos com sua função. Essas análises permitem que se cogitem estratégias para o diagnóstico e o tratamento de doenças”, explica **Fernando Lopes Alberto**, doutor em Clínica Médica pela Unicamp e assessor médico da área de Biologia Molecular do Fleury – Centro de Medicina Diagnóstica, em São Paulo.

Futuro promissor

Por enquanto, a bioinformática tem uma penetração tímida na saúde, com algumas iniciativas isoladas na área diagnóstica, mas isso deve mudar nos próximos anos.

Para o Dr. Fernando Alberto, a área é atrativa tanto para biólogos (ou seja, pessoas com alguma formação em biologia, como os profissionais de saúde)



Números

- Desde a concepção até o anúncio de que seus aspectos essenciais estavam decifrados, o Projeto Genoma Humano levou **13 anos**;
- Em maio de 2004, segundo o pesquisador em bioinformática Dr. Eliseu Binneck, havia **190 genomas completos publicados e outros 900 sendo seqüenciados**;
- Bancos de dados públicos contendo seqüências de nucleotídeos, aminoácidos ou estruturas protéicas e com acesso online são uma das principais ferramentas da bioinformática. O *GenBank*, o *European Bioinformatics Institute (EBI)*, o *DNA Data Bank of Japan (DDBJ)* e o *Protein Data Bank (PDB)* estão entre os principais. São elencados, entretanto, um total **719 bancos de dados biológicos na relação anual de 2005 da revista *Nucleic Acids Research***;
- No Brasil, há cerca de **300 profissionais trabalhando diretamente com bioinformática**.

Formação mista

O bioinformata, além de uma sólida formação em biologia e genética e familiaridade com DNA, RNA e proteínas, precisa ter:

- familiaridade com computadores;
- bons conhecimentos em sistemas operacionais Unix e derivados (como o Linux), pois são os mais usados na área;
- noções de programação. O PERL é a linguagem mais utilizada;
- noções de gerenciamento de bancos de dados. O mysql é o mais utilizado;
- conhecimentos em softwares específicos da área, como os que fazem alinhamentos e agrupamento de seqüências.

que tenham afinidade com ciências da computação quanto para cientistas e engenheiros de computação com formação básica em biologia e genética.

No Brasil, não há curso específico de formação em bioinformática, mas há empresas e institutos de pesquisa, como a Embrapa e o Instituto Ludwig, e pós-graduação, como as oferecidas pela USP e pela UFMG.

Para o profissional de enfermagem, a área é inexplorada, mas pode ser um campo fértil no futuro. “O enfermeiro é um profissional que também apresenta formação em bioquímica e em genética. Portanto, poderia atuar como os demais biólogos”, acredita Alberto.

Para saber mais

www.comciencia.br/reportagens/bioinformatica/bio01.shtml

www.biotechnologia.com.br/revista/bio29/bioinf.pdf

www.biotechnologia.com.br/revista/bio32/omicas_32.pdf

Estado de emergência

Tuberculose continua a infectar milhares de pessoas

Por Daniela Sartorato

Ao contrário do que muitos pensam, a doença ainda representa uma ameaça para a saúde pública. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada com o *Mycobacterium tuberculosis* (bacilo de Koch)

Depois de uma grande diminuição dos casos de tuberculose no mundo com surgimento de medicamentos específicos, na década de 40, a doença volta a causar enorme impacto para o sistema de saúde devido, principalmente, a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no mundo e as condições de vida precárias nos países mais pobres. Além disso, o ao índice de abandono do tratamento é responsável pelo aparecimento de cepas mais resistentes aos remédios. Todos esses fatores contribuem para que o paciente fique mais vulnerável à doença.

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), **cerca de dois bilhões de pessoas estão infectadas pelo bacilo**. Por isso, em 1993, decretou Estado de Emergência para tentar conter esse retrocesso, mas as metas de controle propostas exigem um esforço por parte de todas as autoridades e dos profissionais de saúde.

Reflexo no Brasil

Segundo um relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em 2005, o Brasil está em 15º entre os 22 países com 80% do total de casos. O relatório mostra aspectos socioeconômicos para o entendimento dos fatores do alto índice no país e, entre os principais, está a pobreza. **A condição de vida é grande responsável à medida que muitos vivem de maneira precária em aglomerados urbanos e com pouco acesso ao sistema de saúde.** A Região Sudeste tem a maior incidência, 46% dos casos, sendo que São Paulo e Rio de Janeiro apresentam as maiores taxas da doença. Mas, graças a programas de controle, houve uma melhora desse quadro em todo o país. A doença foi colocada como uma prioridade do Ministério da Saúde com o Programa Nacional de Controle da Tuberculose seguindo metas globais.

Estratégia mundial para promover o controle

Em 1998, a OMS adotou uma série de metas internacionais visando sensibilizar e capacitar um trabalho conjunto entre os países mais afetados a fim de brevar o avanço da doença. A intenção é detectar 70% dos casos de tuberculose e curar 85% deles. O que significaria em relação aos índices de mortalidade? Reduzir por volta de 25 milhões de mortes e prevenir 50 milhões de casos até 2020. Para isso, metas de ação foram concentradas em cinco elementos (DOTS) que vão da detecção ao tratamento. São eles:

- Vontade política com a participação das autoridades e profissionais de saúde
- Acesso aos exames com uma boa rede de laboratórios e profissionais qualificados para a realização da busca por pacientes infectados, conhecida como “busca ativa”.
- Sistema de informações sobre a doença com registros e normas atualizados
- Garantia da distribuição dos medicamentos
- Tratamento supervisionado pelos profissionais de saúde

O envolvimento das autoridades com esses cinco elementos tem ajudado a reduzir a incidência da tuberculose. A implantação do sistema de busca ativa, por exemplo, passou a ser o principal meio de detectar precocemente os casos. “O Serviço de Saúde interroga pessoas com suspeita de ter a doença, principalmente em instituições fechadas”, diz a Dra. Vera Maria Neder Galesi, Coordenadora da Divisão de Controle da Tuberculose do Estado de São Paulo (CVE-SES/SP). Durante essa “caça” à Tuberculose, os profissionais procuram pacientes com tosse há mais de três semanas recorrentes, principal sintoma, e encaminham para o exame de escarro (baciloscopia), e se necessário, a radiografia do tórax. Se a doença for diagnosticada, o paciente deve iniciar rapidamente um tratamento, supervisionado por profissionais da saúde, cuja duração é de seis meses. “Toda vez que se confirma um caso, você precisa notificar corretamente ao Sistema de Vigilância Epidemiológica os dados do paciente”, diz a enfermeira Maria Cecília Vieira Santos, do CVE-SES/SP.

Profissional de saúde em ação

Para seguir todos esses cuidados e metas, o profissional da saúde precisa conhecer bem a doença com que está lidando. Segundo a Dra. Galesi, com a medicação correta o paciente

É preciso conhecer a doença para combatê-la

Tuberculose (TB): É uma doença infecciosa causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis* e ocorre principalmente nos pulmões, mas pode atingir outras partes do corpo como rins, ossos, meninges, intestino e gânglios.

Principais sintomas: Acesso de tosse durante mais de 15 dias, febre, suor noturno, falta de apetite, adinamia, perda de peso e dor no tórax.

Transmissão: Somente via aérea com a eliminação de bacilos em gotículas expelidas na tosse ou espirro. Apenas o paciente com tuberculose pulmonar e bacilífero (elimina bacilos no ar) transmite. Um doente, se não tratado, pode infectar de 10 a 15 pessoas por ano.

Principais sintomas: Tosse durante mais de 15 dias, febre, suor noturno, falta de apetite, adinamia, perda de peso e dor no tórax.

Prevenção:

- A vacina BCG, aplicada no primeiro mês de vida, evita formas mais graves da tuberculose, como a miliar e nas meninges, no recém-nascido.
- Realizar exame de escarro com a menor suspeita da doença
- O doente precisa ser medicado rapidamente para impedir o avanço da doença e prevenir a transmissão para outras pessoas. O tratamento deve ser feito, rigorosamente, durante os seis meses



deixa de transmitir o bacilo em cerca de 15 dias. “Como prevenção, é fundamental detectar rápido a doença, assim o paciente começa o tratamento e, em pouco tempo, deixa de transmitir o bacilo”, diz Santos.

“Quanto maior número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de equipes com profissionais capacitados desenvolvendo as ações de controle da tuberculose, mais abrangente poderá ser a procura de sintomáticos respiratórios nos serviços de saúde e nas comunidades, mais rápido o início do tratamento, mais adequada a supervisão direta do tratamento, garantindo a cura do doente e conseqüentemente mais rápida a interrupção da transmissão”
(Manual Técnico para Controle da Tuberculose)

“Normalmente qualquer profissional da saúde pode lidar com a tuberculose, como qualquer doença, mas ele precisa conhecer a doença. Por isso, nós fazemos os treinamentos”, diz Santos. Os Postos de Saúde e Unidades Básicas de Saúde devem centralizar todos os casos no país por ser uma doença controlada. Portanto, todos os remédios distribuídos são distribuídos pela rede pública. “O tratamento que nós temos é gratuito e com quase 100%

de cura, feito corretamente[...]. O paciente tem que ter um vínculo com o setor público”, afirma Santos.

Segundo a enfermeira Fátima Mitie Satake, chefe da Unidade de Moléstia Infecciosa e Parasitária do Hospital das Clínicas da USP, **a enfermagem entra principalmente como orientadora e na verificação do tratamento. A supervisão da tomada de remédio, essencial no programa recomendado pela OMS, é feita na maioria das vezes por profissionais de enfermagem.** “É uma maneira [tratamento supervisionado] de ver o paciente tomar o remédio e criar um vínculo para ele não abandonar o tratamento”, diz Santos.

Durante os cursos de graduação, algumas disciplinas devem abordar a assistência ao paciente com tuberculose. Algumas escolas de enfermagem oferecem um estudo mais detalhado em matérias como “Enfermagem em Doenças Transmissíveis” e “Enfermagem na Saúde Coletiva”. Nas instituições de saúde, os profissionais que trabalham com a doença devem receber um treinamento específico de acordo com as orientações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

Alguns dos cuidados realizados pelo profissional de saúde durante o acompanhamento:

- Avaliar periodicamente a evolução da doença e a utilização correta dos medicamentos;
- Criar um vínculo de confiança com o paciente;
- Esclarecer para o paciente e familiares a natureza da doença, a duração do tratamento, a importância do uso correto da medicação e as graves conseqüências do abandono do tratamento;
- Orientação quanto a todos os exames.

Metodologia amplia qualidade e humanização

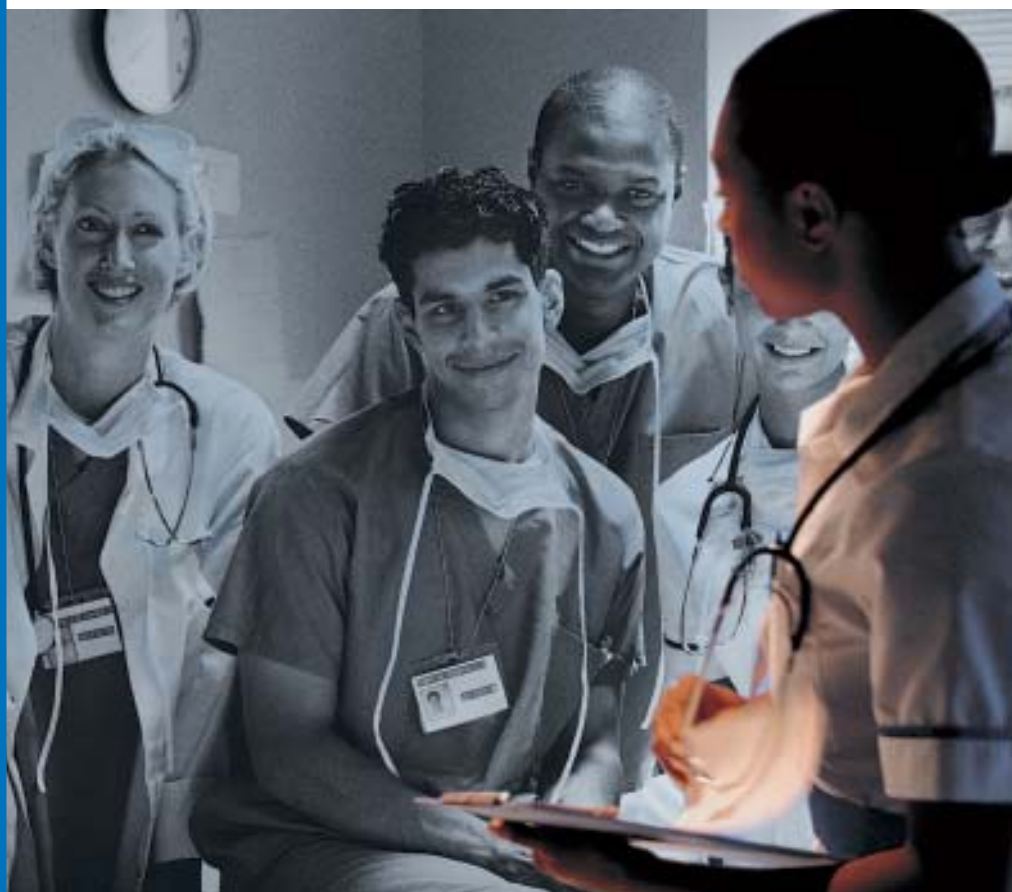
Por Daniela Sartorato

A Gestão de Saúde aliada à enfermagem para uma participação maior e multidisciplinar dos profissionais, buscando um atendimento mais humano e minimizando situações de risco



Maria Rosa Ceccato Colombrini

Enfermeira Diretora do Serviço de Enfermagem Médico Cirúrgica II (SEMC II) do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)



Há 17 anos no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, a enfermeira Maria Rosa Ceccato Colombrini, diretora do Serviço de Enfermagem Médico-Cirúrgica II (SEMC II), atua de forma a alcançar excelência do cuidado por meio do compromisso profissional, da competência técnica, de um modelo assistencial definido, enfim, de uma combinação de conhecimentos envolvendo diversos atores da assistência de enfermagem. Em 1992, foi uma das responsáveis pela implantação da Unidade Leito Dia em Aids. “Este foi um grande desafio para encarar o ‘novo’ e abraçar a proposta do Ministério da Saúde de abrir uma unidade alternativa de assistência diante do aumento do número de casos de Aids”, diz. A experiência na área de infectologia a impulsionou na elaboração de dois livros: “Enfermagem em Infectologia: Cuidado com o Paciente Internado” e “Leito Dia em Aids: Uma Experiência Multiprofissional”. Além disso, é uma das autoras de “Ventilação Mecânica Básica para a Enfermagem”. Graduada e mestre em enfermagem pela Unicamp e com MBA em Gestão de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas, Colombrini procura colocar em prática a experiência em gestão e enfermagem para potencializar resultados para a profissão com o Serviço de Enfermagem Médico-Cirúrgica II.

Como se desenvolve o trabalho do Serviço de Enfermagem Médico-Cirúrgica II?

O trabalho tem se desenvolvido a partir das necessidades técnicas, administrativas e assistenciais apontadas pelos profissionais de enfermagem e do serviço médico-cirúrgico e as metas são traçadas em conjunto. Quando adotamos essa metodologia de participação fizemos um retorno aos profissionais das ações que dependiam da enfermagem e discriminamos aquelas que teriam que ser trabalhadas junto a outros órgãos da Universidade. Isto favoreceu a compreensão da amplitude de nossas ações e as relações organizacionais necessárias para se obter resultados. Nossas estratégias têm sido seminários, reuniões, grupos de estudo, oficinas que permitam reflexões, amadurecimento profissional, formação de equipe e busca contínua do conhecimento, bem como a realização de dois Encontros Anuais na linha de gestão de projetos. Os projetos são coordenados pelos enfermeiros supervisores e assistenciais, pois acreditamos que o enfermeiro deva exercer um papel de coordenador do cuidado com sua equipe e ser um diferencial para a Instituição. Valorizamos e incentivamos os trabalhos individuais mas sempre colocamos um olhar na construção coletiva da assistência de enfermagem.

Existe algum protocolo no Serviço de Enfermagem?

Sim. Os protocolos de enfermagem objetivam ser uma referência de consulta para as equipes não devendo ser estantes, e sim, algo 'vivo'. Eles estão sendo revisados pela Seção de Enfermagem em Educação Continuada (SEEC) do HC.

3) Qual o objetivo das oficinas de humanização que serão realizadas a partir de novembro no Serviço?

Nossos objetivos são disponibilizar ao profissional de enfermagem um

momento de reflexão sobre o tema, permitir um contato dos profissionais dos diversos plantões e unidades de trabalho, retornar com a tabulação dos dados do levantamento sobre a visão de nosso profissional da qualidade de assistência que prestamos e nosso papel para obter qualidade e humanização nas relações entre profissionais e usuários do sistema. Sabe-se que o objetivo de um trabalho sobre este tema não é alcançado em curto prazo, pois requer uma conscientização cotidiana dos profissionais de saúde para uma construção coletiva de serviços que atendam as dimensões técnicas, humanas e éticas.

Qual a importância de uma formação profissional mais humanizada nos dias de hoje?

Em um mundo globalizado onde a tecnologia ocupa um espaço crescente na vida de todos e a qualidade tem sido avaliada pelos recursos tecnológicos, há, em contrapartida, um sistema de saúde organizado com as necessidades de assistência excedendo em muito os recursos financeiros disponíveis, sendo imperativo observarmos essa realidade sob uma ótica mais humana. Assim, uma grade curricular com uma gama de disciplinas com conteúdos técnicos atende prontamente à lógica do mercado, mas é fundamental compor com outras disciplinas como sociologia, antropologia para favorecer a formação do profissional no espaço acadêmico com o foco no sujeito de nossas ações e não no processo de doença.

Poderia falar da importância dos programas de prevenção para promover a saúde do profissional e do paciente?

Em nosso país a prevenção não é devidamente valorizada. As exigências do mercado colocam, frequentemente, o profissional de saúde frente a situações de desgaste de si mesmo

para cuidar do outro. A prevenção e a promoção da saúde do trabalhador têm sido foco de tentativas de ações e programas de governo que trazem um enfoque em questões como isonomia salarial, de contratos e regimes de trabalho, bem como aspectos relacionados à ergonomia. Sob esta perspectiva há a necessidade de investimentos em equipamentos e no quantitativo e qualitativo dos profissionais. Há programas de prevenção relativos a riscos biológicos como vacinação, controle sorológico, com clara relação de custo e benefício. Tais programas são fundamentais para a saúde ocupacional, mas ainda não atendem a necessidade do profissional, sendo fundamental expandir esta discussão. A prevenção e promoção da saúde dos pacientes podem ser relativas à própria condição sócio-econômica. Nas instituições deve haver ações que visem redução de risco (de infecção, de erro de medicação, de queda, etc), pois isto tem impacto na integridade física e emocional do paciente e família favorecendo a recuperação e retorno à vida cotidiana.

Como um bom programa de gerenciamento na instituição de saúde contribui para melhorar a assistência?

As instituições de saúde precisam cada vez mais aplicar, adequar e aprimorar as ferramentas gerenciais já utilizadas em outras áreas de serviços, considerando as especificidades da saúde. Acredito em um programa de gerenciamento discutido amplamente e referendado pelos profissionais, oportunizando uma participação criativa e construtiva com ações planejadas, implementadas, controladas, com avaliação de resultados permitindo que o profissional seja um ator na transformação da assistência, comprometendo-se, envolvendo-se e integrando-se nos contratos de ações que favoreçam a qualidade do cuidado.

Hipertensão

Uma grande vilã para a saúde pública

Por Daniela Sartorato

Para cuidar do hipertenso, ou seja, do paciente é importante uma equipe multidisciplinar que conscientize sobre a importância da continuidade do tratamento, que inclui hábitos de vida mais saudáveis

O estudo “Prevenindo Doenças Crônicas: Um investimento vital”, lançado pela OMS (Organização Mundial da Saúde), em 2005, chamou atenção das autoridades mundiais para a gravidade de doenças crônicas na saúde pública, que deve ser responsável por 35 milhões de mortes em 2005. De acordo com esse relatório, cuidar dos fatores de risco com práticas preventivas é um remédio eficaz para melhorar esse quadro.

Doença crônica silenciosa

Ao mesmo tempo em que as descobertas científicas aumentaram bastante a expectativa de vida do homem nos últimos anos, algumas mudanças no hábito de vida das pessoas têm levado ao aparecimento de doenças conhecidas como “doenças da modernidade”. Fatores como maior estresse, alto consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, alimentação mais calórica,

sedentarismo, por exemplo, estão entre os fatores que mais contribuem para os altos índices de casos de uma das doenças crônicas que mais fazem vítimas fatais ou afastam, definitivamente, a possibilidade da qualidade de vida do ser humano quando atinge a velhice: a hipertensão.

Segundo o OMS, ela está entre as 10 causas de mortalidade no mundo, sendo responsável por pelo menos 7,1 milhões de mortes anualmente. Também é a maior responsável pelos altos índices de ocorrências, urgências e emergências que lotam as UTI's e os Pronto Socorros, no mundo.

“A hipertensão é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares, e o que mais requer atenção hospitalar”, diz a Enfermeira Prof. Dra. Ângela M. G. Perin, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP)”. Não tendo sintomas definidos, a hipertensão age silenciosamente em cerca 35% de brasileiros acima de 40 anos, segundo estimativas do Ministério da Saúde.

Conhecida como “doença democrática”, pois qualquer pessoa está sujeita a tê-la, o único modo de detectá-la é por meio da aferição de pressão feita periodicamente, e o maior instrumento, é o desenvolvimento do hábito de, anualmente, recorrer ao exame preventivo de Saúde (os chamados exames periódicos ou check-up de saúde). Algumas campanhas de Saúde Pública são feitas anualmente para orientar a população sobre o que é hipertensão e quais os procedimentos para controlá-la, já que não existe cura. Porém, torna-se importante ressaltar que estas Campanhas não garantem a prevenção e o diagnóstico prévio da doença,

Algumas regras básicas a serem observadas e efetivamente desenvolvidas

1. Treinamento e capacitação de sua equipe para as ações necessárias à detecção da hipertensão, à percepção de sinais e sintomas pertinentes e à busca-ativa de pacientes ou clientes não identificados anteriormente como portadores do risco em questão;

2. Desenvolver trabalho em conjunto com a equipe médica, no sentido de garantir, em todos os casos identificados, a conduta terapêutica pertinente;

3. Cadastro rigoroso de todos os pacientes/clientes identificados como portadores da patologia e/ou portadores de fatores de risco importantes, como obesidade, tabagismo, alcoolismo, estresse, sedentarismo ou fatores congênitos/hereditários;

4. Monitoramento rigoroso de todos os casos identificados, com estabelecimento de condutas importantes, como verificação dos níveis pressóricos em determinados períodos de tempo (que deve variar para mais ou menos, de acordo com o quadro identificado e os fatores de riscos ou agravos presentes);

5. Registro deste monitoramento através da anotação dos níveis pressóricos em impressos apropriados que constituirão gráficos lineares de variação destes níveis pressóricos;

6. Todos os pacientes/clientes identificados devem ser incluídos em programa de monitoramento controlado, estabelecendo-se condutas de identificação de fugas ou irregularidade na terapêutica ou controles estabelecidos pelo Enfermeiro e pela equipe médica;

7. Busca-ativa rigorosa e imediata de todos os casos de fuga ou negligência terapêutica, através dos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem e ACS's do PSF;

8. Programas de orientação familiar, buscando envolver a família no tratamento do mal, desenvolvendo nesta, importante aliado e vigia da conduta tera-

pêutica indicada;

9. Estabelecer mecanismos de Referência e Contra-Referência regional, ou seja, estabelecer canais de comunicação e contatos com Hospitais e Clínicas da região, visando identificar casos de evasão, não detecção ou de agravamento terapêutico;

10. Formação de grupos terapêuticos, objetivando a conscientização e educação em saúde necessárias;

11. Estabelecer monitoramento rigoroso de retornos e uso de medicamentos específicos, ou seja, se o paciente/cliente receber 30 cps. de Metildopa 500 mg. para tomar 01 cp ao dia, deverá receber 30 cps. E dentro de, 30 dias, retornar para nova aquisição do medicamento. Se isso não ocorrer, desenvolver busca-ativa imediata;

12. Estabelecer Protocolos Técnicos e Científicos específicos, determinando condutas terapêuticas de repetição, revisionais e periódicas, com realização de exames pertinentes ao controle terapêutico, como a aferição dos níveis dislipidêmicos, entre outros necessários à cada caso individual;

Ou seja, temos a necessidade de que um verdadeiro e efetivo trabalho de equipe e de ações de Saúde Pública sejam de fato desenvolvidos, e a Enfermagem, através do Enfermeiro, assume importante e fundamental papel sanitário e social.

Um trabalho que irá reduzir a demanda do Posto de Saúde, da ocupação de leitos hospitalares, da ocupação de leitos de UTI's, da redução de danos à Saúde; da redução da incapacitação profissional; uma significativa melhoria da qualidade de vida.

Dimensões aceitáveis da bolsa de borracha para braços de diferentes tamanhos (medidas em cm)

Circunferência do braço	Denominação do manguito	Largura do manguito	Comprimento da bolsa
6	Recém-nascido	3	6
6-15	Criança	5	15
16-21	Infantil	8	21
22-26	Adulto pequeno	10	24
27-34	Adulto	13	30
35-44	Adulto grande	16	38
45-52	Coxa	20	42

sendo fundamental e praticamente insubstituível, o exame anual de Saúde. A falta de orientação da população e mesmo dos profissionais da saúde, como ocorre no Brasil, agrava muito o problema.

Aferição correta dos níveis pressóricos

Apesar de muitos profissionais considerarem um procedimento simples, estudos mostram que na maioria das vezes a aferição não é feita corretamente, prejudicando a detecção precoce da doença ou expondo pacientes normotensos a tratamentos desnecessários. A responsabilidade do profissional de saúde no controle da pressão pode ajudar o paciente a prevenir problemas graves como infarto, angina, acidentes vasculares hemorrágicos ou isquêmicos (AVCH – AVCI); danos irreparáveis dos rins, entre outros, que podem levar às seqüelas irreversíveis, à limitação da capacidade física, ao comprometimento da qualidade de vida ou à morte. “É um procedimento simples de ser realizado, sem dúvida. É o mais realizado por profissionais da saúde. Mas nós já fizemos vários estudos mostrando que esse procedimento ainda é feito de maneira inadequada”, diz Pierin.

Um estudo realizado por profissionais da Escola de Enfermagem da USP na dissertação “O conhecimento de profissionais da área de saúde sobre medida de pressão arterial”, em 2000, avaliou o conhecimento teórico e prático do procedimento de medição de pressão com 110 auxiliares de enfermagem, 44 médicos e 25 enfermeiros e verificou um resultado insatisfatório, com um conhecimento da prática, entre esses profissionais, inferior a 56%. “A aferição da pressão arterial deve ser obrigatoriamente realizada em toda avaliação clínica dos pacientes por médicos de todas as especialidades e pelos demais profissionais da saúde devidamente treinados”, diz a enfermeira Prof. Dra. Eugenia Velludo Veiga, da EEUSP de Ribeirão Preto.

Muitos profissionais da saúde, no entanto, não obedecem as recomendações elaboradas pela Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial com a IV Diretrizes Brasileiras para o Tratamento e Controle da Hipertensão Arterial.

Durante a realização deste importante procedimento, além dos cuidados com o paciente, é essencial que o profissional verifique se o equipamento está devidamente calibrado. “O método mais utilizado é o indireto, com técnica auscultatória, com

esfigmomanômetro aneróide ou de coluna de mercúrio e estetoscópio. O esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ainda é o equipamento mais adequado, apesar das restrições quanto ao risco de toxicidade e contaminação ambiental”, diz Veiga.

A crítica ao aparelho aneróide por alguns estudos é que se desregula mais facilmente, exigindo uma manutenção constante.

Além desses, existem os aparelhos eletrônicos utilizados principalmente quando há suspeita de erros nos valores devido à tensão do paciente durante uma consulta, fenômeno conhecido como “jaleco branco”.

Os especialistas da área, no entanto, chamam a atenção para um ponto importante: verificar sempre a validação dos equipamentos. Também se faz importante que o paciente ou cliente, no ato da aferição dos níveis pressóricos, necessita de repouso prévio, por um mínimo de 15 minutos, e deve-se adotar um padrão uniforme na verificação, em relação à postura do paciente, ou seja, em posição horizontal (leito) ou sentado. A assistência ao paciente hipertenso começa com a correta medição da pressão e assessoria ao paciente, visando aconselhar métodos preventivos.

“Acredito que elaborar programas de detecção precoce de valores de pressão arterial, bem como a detecção de fatores de risco junto ao paciente, têm objetivos específicos que muito poderiam contribuir para a educação à saúde, prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida”, diz Veiga.

A pressão arterial varia de acordo com vários fatores, entre eles:

Não modificáveis: Idade e Hereditariedade

Dessa forma, o aumento da expectativa de vida contribuiu para mais casos da doença, pois pesquisas indicam que 50% dos idosos são hipertensos.

Modificáveis: Sedentarismo, Obesidade, Diabetes, Tabagismo, Consumo de bebidas alcoólicas, Colesterol elevado, Ingestão excessiva de sal. Ações preventivas agem diretamente para a qualidade de vida e, conseqüentemente, para o controle da hipertensão.

A OMS estima que 55% dos homens e 62% das mulheres estão acima do peso, ou seja, com mais risco para doenças como hipertensão.



Saúde no limite

Enfoque preventivo
transforma conceitos e cria
novas categorias de
intervenção. Qual o papel
da enfermagem nessa
nova era?

Por João Marinho

Está lá, de uma forma que nos parece óbvia, na definição da Organização Mundial da Saúde de 1978: “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Parece óbvio – mas não é. Nos últimos anos, a ciência tem promovido verdadeiras revoluções nos conceitos de saúde e bem-estar e muitas vezes tornou mais tênues os limites entre eles e a doença.

Boa parte das mudanças deve ser creditada à medicina preventiva que, ao longo do século 20, ganhou cada vez mais espaço e influenciou todas as demais disciplinas – e a enfermagem não ficou imune.

Da cura à prevenção

É claro que a idéia de prevenção estava inscrita nos cuidados médicos desde o início. Na Grécia antiga, Hipócrates (c. 460-380) já observava, nos escritos “Regime” e “Regime nas doenças agudas”, como o estilo de vida de um paciente influía sobre seu estado de saúde.

Ao longo do tempo, entretanto, o enfoque da medicina, assim como o da enfermagem, foi progressivamente caracterizado pela abordagem curativa, ou seja, o tratamento das doenças após sua manifestação, visando, em última instância, à cura.

Foi apenas no início do século 20, impulsionado pelo desenvolvimento científico acelerado, que o enfoque preventivo começou a ganhar mais relevância. Dorothy Porter, no livro “Health, civilization and the State: a history of public health from ancient to modern times” (Routledge, 1999), situa a emergência da medicina preventiva nos Estados Unidos, onde evoluiu um modelo de saúde pública menos burocratizado que nos Estados de Bem-Estar da Europa.

Conseqüentemente, durante todo o século, a medicina “trabalhou sob dois paradigmas distintos: o paradigma da medicina individual (ou curativa) e o paradigma da medicina social (ou preventiva)”, diz o cardiologista Dr. Roberto Luiz D’Avila no artigo “A medicina e a sociedade: crises paradigmáticas”.

Alvo público

A maior preocupação da medicina preventiva é evitar

que os males surjam. Três conseqüências imediatas dessa abordagem são: a) a promoção de hábitos e procedimentos que promovam a manutenção da saúde; b) a identificação das condições e hábitos que põem em risco esse estado; c) a determinação do ponto em que o estado de saúde começa a se degenerar, visando a intervir para barrar o processo e/ou diagnosticar precocemente a doença.

Fica claro que as intervenções da medicina preventiva são prioritariamente coletivas, já que hábitos, comportamentos e condições disponíveis para o paciente têm um dado social inegável – e seu impacto só pode ser avaliado tendo como referência uma população, numa óptica probabilística que engloba análise epidemiológica e métodos típicos da saúde pública.

A abordagem individual, por sua vez, “vai depender de cada caso e de suas características, que devem ser abordados levando em conta as evidências acumuladas para o paciente em questão”, explica o cardiologista **Dr. Carlos Alberto Machado**, coordenador da Liga de Hipertensão Arterial do Núcleo de Gestão Assistencial 8 – Belém, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

O resultado é tudo que lemos em publicações científicas e jornalísticas: praticar atividades físicas, evitar ou reduzir a obesidade, evitar o tabagismo, reduzir o consumo de bebidas alcoólicas, atenuar os níveis de estresse, manter padrões de sono e repouso, cultivar hábitos de lazer, imunização, adotar uma dieta equi-

Colesterol:

Os níveis considerados normais iam até 250 mg/dL até alguns anos. Atualmente, considera-se ideal menos que 200 mg/dL;

Pressão arterial:

Os norte-americanos atualmente fixam como normal menos de 120/80 mmHg. Quem tem acima disso e vai até 139/89 é pré-hipertenso. Brasileiros e europeus consideram hipertensos limitrofes apenas quem está entre 130/90 e 139/99. O consenso consistia em considerar hipertensas as pessoas com pressão arterial 140/90 mmHg.

Glicemia:

Antes, quem tinha 140 mg/dL em jejum era considerado diabético. Hoje, o diagnóstico é dado com 126 mg/dL. Quem tem entre 100 mg/dL (antes, 110 mg/dL) e 126 mg/dL está numa faixa de risco e é considerado pré-diabético.

Cintura

A circunferência pode indicar aumento de risco cardiovascular. Até hoje, os limites normais são 102 cm para o homem e 88 cm para a mulher, mas há uma proposta da Federação Internacional de Diabetes para reduzir esses limites para 94 cm e 80 cm, respectivamente.

(Fontes: Drs. Carlos A. Machado, Ricardo Meirelles)

Estatísticas cruéis

(Fontes: OMS, Dra. Josiane Lima)

Até antes de 2020, as principais doenças não-transmissíveis, geralmente de natureza crônica, responderão por 73% de todas as disfunções registradas e por 60% da morbidade mundial.

Estima-se que, das 58 milhões de mortes que ocorrerão em 2005 no mundo, 35 milhões serão por doenças crônicas.

librada, etc. – e intervir para que essas recomendações não fiquem no vazio.

O impacto sobre todas as demais ciências da saúde era óbvio. A título de exemplo, basta citar que também a enfermagem vem se deslocando do enfoque meramente curativo. Nas últimas edições da **Revista do COREN-SP**, por exemplo, temos visto o impacto de conceitos como qualidade de vida e hábitos saudáveis em campos tradicionais de trabalho dos enfermeiros, na relação com os pacientes e até na exploração de campos novos, como os da saúde ambiental e da enfermagem no esporte.

Impacto profundo

A importância da prevenção cresce à medida que se verifica que as principais doenças não-transmissíveis, geralmente crônicas e de alguma forma relacionadas aos hábitos da vida moderna, representam cerca de 60% de todas as disfunções registradas e respondem por 47% da morbidade mundial, segundo a OMS.

O impacto financeiro não é nada desprezível. Segundo a enfermeira **Dra. Josiane Lima de Gusmão**, chefe do Laboratório de Hipertensão do Hospital das Clínicas (SP), “em 1998, de acordo com dados do Ministério da Saúde, houve 1,15 milhão de internações por doenças cardiovasculares, com um custo, na época, de US\$ 400 milhões”. A diabetes é outra importante vilã. Estima-se que, em 2030, ela responderá por 10% das despesas de saúde do planeta.

Pré-doentes: uma nova categoria?

Há, entretanto, outro elemento primordial para a prevenção: **a definição de parâmetros que indiquem a degeneração do estado de saúde para possibilitar diagnósticos precoces e permitir intervenções mais efetivas que impeçam a plena instalação da doença**, ou, nos casos em que isso já ocorreu, evitar os agravamentos (veja quadro “Três prevenções”). Logo, é importante que esses parâmetros sejam os mais seguros possíveis, o que tem levado à necessidade de que se tornem mais rigorosos, com a conseqüente diminuição dos valores de normalidade.

Novamente, a diabetes é um bom exemplo. “Há alguns anos, considerava-se diabético quem tivesse glicemia de jejum superior a 140 mg/dL. Hoje, o nível para diagnóstico é de 126 mg/dL”, diz o **Dr. Ricardo Martins da Rocha Meirelles**, diretor do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, no Rio. “Mais recentemente, mudaram os níveis para definição de intolerância à glicose, antes entre 110 e 126 mg/dL; agora, iniciam-se em 100 mg/dL”, continua Meirelles, que cita ainda mudanças nos parâmetros do colesterol e, possivelmente, até no limite de circunferência de cintura indicativo de aumento de risco cardiovascular. Conseqüentemente, muitas pessoas que antes não eram consideradas doentes passam a sê-lo.

Segundo a **Dra. Lourdes Sangiuliano**, especialista em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde do



Três prevenções

Conforme esclarecem as Dras. Josiane Lima e Lourdes Sangiuliano, há três diferentes níveis de prevenção:

Primária

a “prevenção verdadeira”, que precede a doença ou disfunção e se aplica às pessoas física e emocionalmente saudáveis;

Secundária

que focaliza os indivíduos que vivenciam problemas de saúde ou doenças e se encontram em risco de desenvolver complicações ou agravamento das condições. Procura evitar ou retardar as conseqüências da doença avançada;

Terciária

Que ocorre quando um defeito ou incapacidade é permanente e irreversível, e abrange a minimização dos efeitos da doença ou incapacidade.

De onde surgiu o termo “pré-doente”?

Não é uma palavra exatamente nova (em inglês, grafa-se *pre-sick* ou *pre-ill*). O dicionário online Double-Tongued Word Wrester (www.doubletongued.org) registra que o termo *pre-sick* aparece pelo menos desde 1985, tendo sido usado no artigo “Low Blood Sugar”, de Clement G. Martin.

Hospital Israelita Albert Einstein e mestre em Enfermagem e Saúde do Adulto, todos os parâmetros em uso “baseiam-se em evidências científicas. Quando ocorrem alterações em grande parte da população, de modo significativo, com implicâncias na saúde, esses parâmetros são alterados”. Claro que o desenvolvimento tecnológico, que traz à luz testes mais precisos, também incentiva as reduções.

Isso, entretanto, não impede que surjam polêmicas. É o que tem acontecido com a pressão arterial. “A grande discussão aconteceu com a publicação, em 2003, das Diretrizes Americanas sobre Hipertensão Arterial, na qual se passava a considerar parâmetro normal o abaixo de 120/80 mmHg e, entre 120-139/80-89 mmHg, o de *pré-hipertensos*. As IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, de 2002, consideram ótimo < 120 e < 80 mmHg; normal, < 130 e < 85 mmHg; e limítrofe, de 130-139 e 90-99 – que eram também as orientações das Diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia”, conta o Dr. Machado.

A nova medida dos norte-americanos evidenciou também a introdução oficial de um novo conceito, o de *pré-doente* (no caso, *pré-hipertenso*): pessoa hoje saudável, mas com características que a colocam numa faixa de potenciais portadores de um futuro problema de saúde. Outros termos, como *pré-diabético* – pessoa cuja glicemia está entre 100 e 126 mg/dL – também têm sido usados correntemente.

Não é incomum que os *pré-doentes*, uma vez identificados, sejam submetidos a tratamento, inclusive com a

administração de medicamentos. Recentemente, um estudo publicado na Associação Americana de Diabetes concluiu que, de um total 1.429 *pré-diabéticos* de nove países, apenas 32% dos que foram submetidos a medicação tradicional para controle da doença chegaram a desenvolvê-la. Dos que se abstiveram, esse percentual chegou a 42%.

O outro lado

De fato, o argumento da prevenção, junto ao do alerta, é o maior aliado do conceito de *pré-doente*. “Todo fumante poderia se considerar um *pré-doente*, devido aos aumentos imensos de risco de desenvolver doenças pulmonares e/ou cardiovasculares. Assim, parar de fumar seria o mais sensato”, exemplifica o **Dr. Walter Minicucci**, coordenador dos departamentos da Sociedade Brasileira de Diabetes.

Há, porém, um outro lado: **ser classificado como *pré-doente* pode ter implicações emocionais e financeiras difíceis, até mesmo aumentando o risco de aparecimento da própria doença potencial ou de outros males.** Foi o que houve com pacientes norte-americanos que se desgastaram emocionalmente com a alteração no que é atualmente visto como padrão normal de pressão naquele país, criando uma situação propícia para o aparecimento da própria hipertensão, conforme descreve a jornalista Paula Neiva em reportagem veiculada pela revista *Veja*. “Essa abordagem de ‘*pré-doença*’ ou ‘*pré-doente*’ é algo extremamente perigoso, com conotação negativa e que deveria ser evitado”, opina a Dra. Josiane Lima.

Quando a prevenção cai no exagero

Nos EUA, o uso da ritalina, substância utilizada para tratar déficit de atenção com hiperatividade e depressão, cresceu cerca de 300% em menos de 5 anos;

Na década de 90, também nos EUA, a descoberta da relação entre uma alteração nos genes BRCA1 e BRCA2 e o câncer de mama levou muitas mulheres a se submeterem ao teste genético e a intervenções cirúrgicas radicais. Em 2002, uma outra pesquisa não descartou essa relação, mas sugeriu que seu peso não era tão grande quanto se imaginava.

José Eduardo de Siqueira, professor de clínica médica e bioética na Universidade Estadual de Londrina, diz que “vivemos, no momento, uma obsessão que alguns autores denominam ‘genomania’, decorrente de um crescente conhecimento sobre genes que podem ‘causar’ doenças”. Siqueira alerta para o fato de que “não há uma relação de causalidade obrigatória entre detecção do gene e ocorrência da doença”.

Fique de olho!

(Fontes: artigo “A pergunta ética é: o que vamos fazer do ser humano”, revista *Veja*, Dra. Leny Mroch)

Para ficar atualizado sobre novos parâmetros, uma boa alternativa é “sempre consultar as sociedades específicas, como a Sociedade Brasileira de Hipertensão, Cardiologia, Clínica Médica, dentre outras [...] e, acima de tudo, sempre buscar novos estudos, com ajuda de sites como Pubmed, Scielo, etc.” (Dra. Josiane Lima)

A psicanalista **Leny Magalhães Mrech** vai além. Mrech, que atua ao lado do também psicanalista Jorge Forbes no Instituto da Psicanálise Lacaniana (IPL), põe em xeque o que chama de “neurose da prevenção” – uma obsessão da sociedade contemporânea em prevenir e controlar tudo, resultando em verdadeiros exageros. “A prevenção em um caso de um sintoma desencadeado é uma coisa, mas precaver-se para uma doença futura, imaginária, faz com que os parâmetros da medicina tenham que ser ampliados de uma tal forma que a própria doença e a saúde se apresentem confundidas”, diz a Dra. Mrech, que vê nisso a mão do mercado da saúde.

Mais controversa é a abordagem preventiva que envolve a genética. A médica Fátima Oliveira problematiza a emergência de um novo ramo, a medicina preditiva, ou *medicina preventiva* genética: “a medicina preditiva, embora tenha o diagnóstico genético como o setor mais visível de suas ações, engloba a ‘terapia genética’ de células somáticas e germinais, a clonagem, a utilização de embriões para pesquisas e resvala, inexoravelmente, em muitas de suas intervenções, às escâncaras ou com sutileza, para propósitos eugênicos”, diz ela no artigo “Medicina preditiva: temores e alertas”.

Enfermagem preventiva

Mas, afinal, qual o papel da enfermagem em tudo isso? Para a **Dra. Lourdes Sangiuliano**, ao contrário da medicina preventiva, “a ‘enfermagem preventiva’

não existe como conceito. O que existe na formação do enfermeiro é uma forte tendência à orientação do autocuidado, visando sempre à pronta recuperação, mas todo cuidado tem implicitamente um conteúdo preventivo que precisa ser explorado e transformado em uma ação que favoreça uma melhor qualidade de vida”. Já para a Dra. Josiane Lima, a inexistência do conceito “enfermagem preventiva” se encontra na própria natureza das práticas da área: “embora tenha sua origem no cuidado curativo, a enfermagem tem a prevenção como foco primordial de atuação [...]. Não há como pensar em prevenção sem associar promoção à saúde e bem-estar e sem imaginar essas atividades atreladas ao cuidado de enfermagem”.

De todo modo, concorda-se que é na abordagem multidisciplinar que a atuação do enfermeiro fará toda a diferença:

“Nas doenças crônicas, especialmente, a integração multiprofissional é imprescindível para evitar suas complicações, e as informações necessárias serão prestadas pelos diversos profissionais envolvidos, que incluem médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e outros”, diz o Dr. Ricardo Meirelles.

Manter-se atualizado é obrigatório. “Sugiro que sempre sejam consideradas as diretrizes brasileiras quando for necessário estabelecer ou conhecer algum parâmetro de normalidade e anormalidade”, diz a Dra. Josiane, que, no entanto, faz uma importante ressalva: “A visão crítica deve estar sempre acima de todas as informações”.

Entrevistados

Carlos Alberto Machado, cardiologista, coordenador da Liga de Hipertensão Arterial do Núcleo de Gestão Assistencial 8, Belém (NGA-8) / Secretária de Estado da Saúde de São Paulo, diretor do Fundo de Aperfeiçoamento e Pesquisa em Cardiologia da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC-FUNCOR) / 2004-2005.

Josiane Lima de Gusmão, chefe do Laboratório de Hipertensão do Hospital das Clínicas (SP), docente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Faculdade de Enfermagem, mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto pela USP, doutoranda em Enfermagem pela USP.

Leny Magalhães Mrech, psicanalista, membro do Instituto da Psicanálise Lacaniana, professora livre-docente da Faculdade de Educação da USP, coordenadora do Núcleo de Pesquisa de Psicanálise e Educação da Faculdade de Educação da USP e do Instituto da Psicanálise Lacaniana.

Lourdes A. Sangiuliano, especialista em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde do Hospital Israelita Albert Einstein, mestre em Enfermagem na modalidade Saúde do Adulto.

Ricardo Martins da Rocha Meirelles, diretor do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (Rio de Janeiro), sócio-titulado da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, professor associado de Endocrinologia da PUC-Rio.

Walter J. Minicucci, médico endocrinologista, coordenador dos departamentos da Sociedade Brasileira de Diabetes, professor da disciplina de Endocrinologia e Metabolismo na Unicamp, mestre em Clínica Médica pela Unicamp.

Fontes escritas consultadas

AZENÉDO, Eliane S. “Ética e genética”. Portal Médico CRM-BA. Disponível na Web:

www.cremeb.cfm.br/revista/bio7v8/Artbaetica.doc

GIL, Maria Estelita. “O papel do psicólogo sobre a ética da Bioética”. Portal Médico CRM-BA. Disponível na Web:

www.cremeb.cfm.br/revista/bio7v8/Artbaetica.doc

HOBSON, Katherine. “If you get a ‘predisease’”. USNews.com (02/05/2005). Disponível na Web:

www.usnews.com/usnews/health/articles/050502/2sick.html

KENNEDY, Ron. “Nutritional medicine”. The Doctors’ Medical Library. Disponível na Web: www.medical-library.net/specalities/food.html?specialities_nutritional_medicine.html

LEITE, Eliana P.B. “A clínica na confluência”. Estados Gerais da Psicanálise. Disponível na Web:

www.estadosgerais.org/resenhas/leite-a_clinica.shtml

MRECH, Leny M. “A prevenção na Saúde e na Educação: o admirável mundo novo da sociedade contemporânea”. Jorge Forbes Clínica e Pesquisa em Psicanálise. Disponível na Web:

www.jorgeforbes.com.br/bv/contenuto.asp?c=226&=77

NEIRA, Paula. “Entre a saúde e a doença”. Veja On-line (04/05/2005). Disponível na Web:

http://veja.abril.com.br/040505/jo_046.html?para=assinantes

NOVIDADES CONTRA O DIABETES ENTUSIASMAM OS MÉDICOS. Zucco website. Disponível na Web:

www.zucco.com.br/diabetes/diabetes.htm

OLIVEIRA, Fátima. “Medicina preditiva: temores e alertas”. Portal Médico CRM-BA. Disponível na Web:

www.cremeb.cfm.br/revista/bio7v8/Artbaetica.doc

OMS. “Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud”. 57ª. Asamblea Mundial de la Salud (22/03/2004). Disponível na Web: www.who.int/yb/ebwha/yd/FILES/MWAS7/AS7_017-sp.pdf

PRE-SICK. In: BARRETT, Grant. Double-Tongued Word Wrester: a growing dictionary of old and new words from the fringes of English. Disponível na Web: www.doubletongued.org/index.php/dictionary/pre_sick

SIQUEIRA, José E. “A pergunta ética é: o que vamos fazer do ser humano?”. Portal Médico CRM-BA. Disponível na Web:

www.cremeb.cfm.br/revista/bio7v8/Artbaetica.doc

TUNA, Roberto. “Epidemia silenciosa”. Discovery Magazine. São Paulo, n. 7, p. 64-61, fev. 2005.

WAUGHAN, Patrick. “Health, civilization and the Stobe: a history of public health from ancient to modern times” (resenha do livro de Dorothy Porter). Disponível na Web:

<http://www.hqibdoc.uho.br/buletin/2000/numero%20478/9/books.pdf>



8º CBCENF – Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem

A cidade de Maceió sediou entre os dias 24 e 28 de outubro a oitava edição do CBCENF, Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem, evento organizado pelo Conselho Federal de Enfermagem, que reúne profissionais e acadêmicos de todo o país.

Por Mônica Farias

O eixo temático central do 8º CBCENF, **Para além da ciência, a docilidade como instrumento da enfermagem verdadeira**, buscou, segundo a presidente da comissão científica do evento e conselheira do COREN-SP, Dra. Rita de Cássia Chamma, “contemplar os anseios presentes no âmago dos congressistas, caminhando por uma vertente que cresce na consciência profissional”.

Ênfase na segurança e saúde do trabalhador da saúde

O enfermeiro Cláudio Miola, do Hospital Emílio Ribas, em São Paulo, ministrou o curso **Normas de biossegurança**. Miola abordou o conjunto de ações voltadas para a prevenção, redução ou mesmo eliminação de riscos de acidentes ocupacionais dos profissionais de enfermagem e outros trabalhadores da saúde envolvidos diretamente na assistência ou em contato com materiais utilizados na assistência e que possam conter material biológico dos pacientes. O curso sobre normas de biossegurança mostrou aos participantes este conjunto de procedimentos considerados seguros e adequados à manutenção da saúde em atividades que oferecem riscos de doenças ocupacionais



Talk-show discutiu o Ato Médico

Um dos principais temas discutido durante as atividades do 8º CBCENF foi o Ato Médico. Numa sessão em formato de talk show, que propôs um bate-papo informal e informativo entre seus participantes e o público, foi apresentado aos presentes um retrospecto de todos os fatos envolvendo o trâmite do PLS 25 no Senado, desde fevereiro de 2002, quando foi apresentado por seu autor, o ex-senador Geraldo Althoff (PSDB-SC).

Formação do enfermeiro na berlinda

No último dia dos trabalhos do 8º CBCENF, esteve em debate entre os participantes a formação do profissional enfermeiro e seus reflexos no mercado de trabalho. O coordenador da sessão, enfermeiro Cláudio Alves Porto, do COREN-SP, destacou a participação ativa dos acadêmicos participantes do evento no debate.

Durante a discussão, que contou com a presença de enfermeiros especialistas em ensino, os participantes manifestaram satisfação com a preocupação que o sistema COFEN/CORENs tem expressado acerca da discussão sobre o processo pedagógico que, segundo os docentes presentes, está sendo tratado de forma

puramente mercantilista. Cláudio Porto destaca como principal ponto de obsolência em grande parte das grades curriculares o foco exclusivamente assistencialista. “A formação ignora os dois outros pilares para o desenvolvimento da profissão: o ensino e a pesquisa. Não ensinam o futuro profissional a ensinar e não os ensina a pesquisar”.

“Missão cumprida”

Certeza de dever realizado e missão cumprida. Assim a presidente do COFEN, enfermeira Carmem de Almeida da Silva, resumiu o sentimento de todos os envolvidos na organização do 8º CBCENF. “Os auditórios estiveram com sua capacidade máxima em praticamente todas as sessões, por vezes excedendo o limite”, comemora.

Em sua 8ª edição, o CBCENF tem se caracterizado como um evento com forte presença de acadêmicos de enfermagem de todo o país e que, neste ano, superaram as expectativas dos organizadores em participação nas sessões de temas livres e pôsteres, enviando trabalhos e assumindo a relatoria durante a passagem dos avaliadores. “É um público jovem, mas muito exigente, comprometido com a profissão, obrigando o evento a sempre manter a temática e os debates em um nível elevado de qualidade”, avalia a presidente do COFEN.

Presidente do COREN-SP destaca participação do Estado

“A enfermagem paulista está de parabéns!”. Assim resumiu a presidente do COREN-SP, Ruth Miranda, sua avaliação sobre a participação dos profissionais e acadêmicos de enfermagem de São Paulo durante os trabalhos do 8º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem – CBCENF

Ruth Miranda afirma sentir-se feliz e honrada em ter constatado a presença de tantos profissionais do estado presentes na programação científica, tanto nas conferências, palestras e mesas, como também na apresentação de experiências em trabalhos em pôster e nas sessões de comunicação coordenada. “É uma experiência muito rica estarmos todos nós, profissionais do estado de São Paulo, participando desta celebração nacional de enfermagem que é o CBCENF”, acredita a presidente do COREN-SP. “Viemos todos, durante a programação científica, doar um pouco de nós. Mas viemos, igualmente, receber a informação, o conhecimento e a experiência baseada nas mais diversas realidades de nosso país. Todos temos a ganhar muito”.

Diretoria 2005-2008

Nova diretoria toma posse em outubro e define novas ações de comunicação.



Francinete de Lima Oliveira, Magdália Pereira de Sousa, Maria Antonia de Andrade Dias, Akiko Kanazawa, Sérgio Luz, Ruth Miranda de Camargo Leifert, Vanderli de Oliveira Dutra, Aldaiza Carvalho dos Reis, Anézia Fernandes, Guiomar Jerônimo de Carvalho, Wilson Florêncio Ribeiro, Terezinha Aparecida dos Santos Menegueço e Sônia Regina Delestro de Matos

A nova diretoria do COREN-SP tomou posse no dia 18 de outubro. A nova diretoria aprovou também as novas estratégias de comunicação para o triênio, tendo como foco principal, o profissional de enfermagem. “Todos os nossos esforços continuarão direcionados para a qualidade da assistência e para o exercício pleno da profissão” afirma a presidente eleita. Veja abaixo o novo quadro:

Diretoria

Ruth Miranda de Camargo Leifert

presidente

Sérgio Luz

Vice-presidente

Maria Antonia de Andrade Dias

Primeira-secretária

Vanderli de Oliveira Dutra

Segunda-secretária

Akiko Kanazawa

Primeira-tesoureira

Aldaiza Carvalho dos Reis

Segunda-tesoureira

Conselheiros efetivos

Anézia Fernandes

Magdália Pereira de Sousa

Sônia Regina Delestro de Matos

Terezinha Aparecida dos Santos Menegueço

Comissão de Tomada de Contas

Francinete de Lima Oliveira

Presidente CTC

Wilson Florêncio Ribeiro

Guiomar Jerônimo de Carvalho

Membros do CTC

Quem cuida do cuidador

O título desafia. Porque o cotidiano dos profissionais que se dedicam ao cuidar é tão tenso e, habitualmente, sobrecarregado?

Eles lidam com o sofrimento, a morte e muitas vezes com a carência social, que gera fome, desemprego, desestruturação familiar, promiscuidade e violência. O profissional de saúde em geral, e o enfermeiro em particular, oferece assistência a pacientes com todos os tipos de problemas, físicos e psicológicos. Além de trabalhar com instituições públicas ou privadas que nem sempre são providas dos recursos necessários para um bom atendimento. São muitos os desafios no trabalho e também na vida pessoal do profissional que podem gerar um alto grau de estresse e mesmo frustração. Portanto, como oferecer uma assistência humanizada aos clientes e ter um bom relacionamento com os companheiros de trabalho? Ser sempre solícito, Inúmeros são os trabalhos que abordam as conseqüências do estresse profissional e propõem ações e programas de atenção aos que adoecem. Mas poucos falam sobre a possibilidade de a própria equipe de saúde buscar atitudes capazes de fortalecê-la no exercício das tarefas. O livro “Quem cuida do cuidador”, de Eugenio Paes Campos, é original na medida em que aborda, a partir de uma experiência, o cotidiano de uma equipe de saúde formada por assistente social, enfermeiros, médicos, nutricionista, psicólogos e professor de educação física de um programa de atendimento a hipertensos. O autor mostra a dinâmica e funcionamento dessa equipe, cujos profissionais passaram de “cuidadores” dos

pacientes a também dos próprios membros da equipe. Revela como é importante o compartilhamento dos diversos saberes e decisões, ou seja, a interdisciplinaridade entre os profissionais. Destaca a integralidade do processo de cuidar.

Com base na descrição da estrutura do programa e da dinâmica adotada pela equipe de saúde e depoimentos dos integrantes, o livro atende a um anseio dos profissionais, “cuidadores”: encontrar métodos capazes de promover a própria saúde física e mental. O profes-



sional deve se tornar mais um a ser cuidado. Com sustentação teórica à metodologia proposta, não trabalha somente com o conceito do suporte social, já largamente utilizado, mas acrescenta também as idéias de Winnicott, pediatra e psicanalista inglês que formulou uma teoria psicodinâmica do desenvolvimento humano, sobretudo aquelas relacionadas ao conceito de holding e a sua continuidade na vida adulta. Winnicott diz que o bebê necessita de um ambiente acolhedor, capaz de lhe oferecer cuidados afetuosos e empáticos, para estruturar o núcleo da sua personalidade. É essa dinâmica que propiciará ao bebê sentir-se acolhido e se-

guro, tornando-se um adulto autoconfiante.

No decorrer da vida, o ser humano continua, segundo Winnicott, a necessitar, sobretudo em momentos de crises, de um ambiente semelhante ao holding que por meio de relações afetuosas, cuidados mútuos e comunicação empática e transparente lhe dê o sentimento de apoio e proteção capaz de restituir sua auto-estima e autoconfiança.

Assim, uma equipe de saúde pode cuidar de si mesma desde que experimente, no seu interior, uma dinâmica de relacionamento semelhante àquela vivenciada nos primórdios do desenvolvimento humano. A marca desse trabalho é sua abertura para a interdisciplinaridade do “cuidado”, envolvendo psicólogos, nutricionistas, médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e assistentes sociais num processo participativo de saúde e de educação. O livro tem como proposta o tema “desafio de aplicar sua teoria e metodologia às situações concretas do cotidiano das equipes cuidadoras”.

Este trabalho tem ainda o mérito de poder ser lido por qualquer pessoa, mesmo que não seja um profissional de saúde, dada a clareza de linguagem e a possibilidade de se fazer ligações com diversas situações de vida. As reflexões parecem válidas e relevantes se considerarmos o mundo em que vivemos hoje, onde muitas vezes a competição e os interesses individuais predominam em relação aos vínculos afetivos, a preocupação com o próximo e a comunicação empática, franca e transparente.

Por Adriana Nunes Alves, enfermeira e professora do curso de enfermagem da Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO)

“Quem Cuida do Cuidador”

Informações:
Editora Vozes (11) 3105-7144 ou
www.editoravozes.com.br

Contaminação



Heródoto Barbeiro

Livros

Ministério do Silêncio

Lucas Figueiredo
 Informações: Editora Record
 tel: (21) 2516- 2581

Por um fio

Drauzio Varella
 Informações: Companhia das Letras
 tel: (11) 3707- 3501

Enfermagem Comunitária

Emília Emi Kawamoto
 Informações: Editora EPU
 tel: (11) 3168- 6077

Filmes

O Aviador (EUA, 2005)

Drama, 110 min.

Machuca (Espanha, Chile, 2004)

Drama, 120 min.

Maria Cheia de Graça (EUA, Colômbia, 2004)

Drama, 101 min.

Sideways — Entre umas e outras (EUA, 2004)

Comédia, 123 min.

Exposições

Museu Prudente de Moraes

Local: Rua Santo Antônio, 641 - Piracicaba
 Data: acervo permanente sobre a história da cidade e do ex-presidente Prudente de Moraes
 Informações: (19) 3422-3069

Museu Histórico e Pedagógico “Índia Vanuïre”

Local: Rua Coroados, 521 – Tupã
 Data: acervo permanente com 24 mil itens, a maioria representando nações indígenas brasileiras.
 Informações: (14) 3491-2202

Os enfermeiros sabem muito bem do perigo da contaminação em hospitais e outros locais destinados à recuperação de doentes. É por isso que, no passado, os doentes que poderiam contaminar as pessoas chegavam a ser até discriminados. No século passado os portadores do mal de Hansen, então chamados de leprosos, viviam na periferia das cidades, e só podiam se aproximar das áreas habitadas montados em cavalos, dos quais nunca podiam descer. Era o medo da contaminação, que tem outros episódios dolorosos, mas que graças ao avanço da medicina foram deixados de lado. Contudo há outro tipo de contaminação que continua deixando muita gente com a pulga atrás da orelha.

O tumulto político vivido recentemente no Brasil inicialmente provocou temores que pudesse ocorrer uma contaminação na economia e todo o esforço dos brasileiros fosse por água abaixo. O governo foi um dos que usaram e abusaram desse medo para calar os que lhe faziam crítica. Era só fazer alguma declaração mais contundente e lá vinha a advertência que estavam querendo desestabilizar a economia. O tufão político se abateu nas praias da Câmara e foi logo chamado pelos especialistas de Roberto Jefferson. Voou farofa para todo lado. As acusações derrubaram ministros, cassaram mandatos, parlamentares renunciaram, e a crise foi bater nas portas do Palácio do Planalto, e a economia continuou voando em céu de brigadeiro e navegando em um mar azul. O que aconteceu?

As explicações foram inúmeras, mas nada explicava o crescimento das exportações, o recorde da bolsa, a queda pronunciada do dólar, o aumento dos investimentos estrangeiros no Brasil e a tranquilidade demonstrada por empresas e empresários. Os cientistas políticos decretaram que houve um descolamento da economia da política, e o país andava bem ainda que o mundo político se envolvesse em uma geléia geral e o governo patinava como um Land Rover em um mar de lama. Nunca tinha sido assim no passado. O que mudou no país? A privatização foi a grande responsável pelo fenômeno. Em outros tempos os serviços públicos e de empresas estatais teriam parado e os trabalhadores entrado em greve por este ou aquele motivo. Agora está tudo nas mãos da iniciativa privada e a única greve registrada foi a dos Correios, que continua sendo uma empresa estatal.

Não se trata aqui de avaliar positivamente ou negativamente o processo de privatizações que se intensificou no governo Fernando Henrique Cardoso e prossegue mais lentamente no governo Lula. É apenas uma constatação. A iniciativa privada se rege por regras diferentes do poder público, o objetivo maior é gerar resultado, sem o quê os empregados são demitidos, os gestores execrados e os acionistas mal remunerados. Nada de política, o que vale é compra, venda, produção, competitividade, enfim, os alvos do mundo corporativo. Essas mudanças vividas na economia do Brasil do Século XXI foram responsáveis por uma nova situação e a impressão que se tem é que cada vez mais a economia vai andar com suas próprias pernas, não importa se o presidente do Banco Central vai ser processado, o irmão do ministro da fazenda é suspeito de alguma malandragem, ou se treze ou dezesseis deputados podem ser cassados. O que importa é o trabalho, a busca de oportunidade, a crença que com ou sem crise é preciso produzir, gerar emprego e renda e distribuir a riqueza. Não importa quem foi flagrado com a boca na botija, o que interessa é que é preciso avançar.

Nada como uma boa vacina para prevenir uma pessoa de doença contagiosa. A impressão que se tem é que a economia brasileira está vacinada dessas crises políticas e nem mais uma febrezinha acontece. Sinal de amadurecimento? Provavelmente sim, o corpo econômico está imune ao vírus politicus, e qualquer mal estar, cujos sintomas são bolsa caindo, dólar subindo, são próprios do paciente e não fruto de contaminação.

Anuidade 2006

No início deste mês os profissionais começaram a receber a anuidade de 2006 do COREN-SP pelo correio. Os boletos foram emitidos com as seguintes datas para pagamento:

- até 31 de janeiro de 2006 (com 10% de desconto),
- até 28 de fevereiro de 2006 (com 5% de desconto),
- até 31 de março de 2006, sem desconto.

O parcelamento ou emissão de 2ª via do boleto, deverão ser solicitados através do portal do COREN-SP (www.corensp.org.br). Para isso o profissional deverá acessar no link “o profissional” a opção “2ª via de boleto”. Digite seu nome completo no campo à direita do monitor. Aparecerá a tela constando sua situação. Clique em “visualizar boletos”.

Prêmio Nobel 2005

Os cientistas australianos Berry J. Marshall e J. Robin Warren receberam o Prêmio Nobel de Medicina desse ano pela descoberta da bactéria *Helicobacter pylori*, em 1982, e sua conexão com a gastrite e a úlcera péptica. Os testes epidemiológicos realizados por eles em seres humanos constataram que essa bactéria está ligada a mais de 90% dos casos de úlcera duodenais e de 80% das úlceras gástricas. Antes o estresse e o estilo de vida eram tidos como os principais males causadores.

Plugado no COREN-SP



O Portal do COREN-SP chegou como um presente de final de ano para todos da profissão. Com mais informações e navegação facilitada, é possível acessar informações importantes para o exercício da profissão, bem como, dados estatísticos sobre o Conselho e profissionais. O portal permitirá, ainda, que o profissional acesse, através de senha pessoal, dados sobre o seu cadastro, permitindo emissão de documentos, 2ª via de boletos etc.

Por ele, também é possível acessar todas as edições da Revista do COREN-SP. Vale a pena conferir www.corensp.org.br

Estudo do Mapa Genético pode possibilitar tratamento personalizado

Pesquisadores de diversos países mapearam o genoma completo de 269 pessoas com a intenção de identificar quais variações genéticas podem estar ligadas às doenças mais comuns. A diferença genética de apenas 0,1% entre os homens é responsável pelas diversas mudanças, o que inclui o desenvolvimento de doenças.

As principais variações genéticas entre as pessoas se dão em única letra do DNA chamada de SNP (single-nucleotide polymorphism ou polimorfismo de nucleotídeo simples). Estima-se que existam 10 milhões dessa letra. Divulgado pela Revista Nature, pretende utilizar o mapeamento tratamentos para doenças como diabetes, câncer, pressão alta, mal de Alzheimer, entre outras que podem ter causas hereditárias, ao comparar as variações genéticas de pessoas doentes com outras saudáveis. O estudo conhecido como “HapMap” demorou quase três anos para ficar pronto e contou com uma equipe de 200 cientistas.



Pós-Graduação (Lato Sensu) em Enfermagem

Gerenciamento em Enfermagem
Enfermagem do Trabalho
Geriatria e Gerontologia
Auditoria em Enfermagem
Enfermagem em Centro Cirúrgico
Enfermagem de Saúde Pública
Enfermagem Neonatológica



Ligue 33 UNIBAN | www.uniban.br



Inscrições abertas a partir de 1 de dezembro.

Consulte as regulamentações no site www.uniban.br



CBES
Centro de Excelência em
Pós-Graduação na Saúde
FACULDADE CBES



PÓS-GRADUAÇÃO

MARÇO 2006

● **ENFERMAGEM DO TRABALHO**

Locais: São Paulo - Curitiba - Porto Alegre

● **ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO**

Locais: São Paulo - Curitiba - Porto Alegre

● **CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

Locais: Curitiba

● **FORMAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM ACUPUNTURA**

Locais: São Paulo - Curitiba - Porto Alegre - Belém

● **DOCÊNCIA EM SAÚDE**

Locais: São Paulo - Curitiba - Porto Alegre

Fazendo sua inscrição
até **29/12/2005**
fique isento da
taxa de matrícula!

Definitivamente
sua melhor opção
em Pós-Graduação
na **Enfermagem!**

UM ANÚNCIO É MUITO POUCO PARA QUE
VOCÊ CONHEÇA AS QUALIDADES DO CBES.
POR ISSO, CRIAMOS UM DVD COM
TODAS AS INFORMAÇÕES.

Criamos um DVD muito especial, demonstrando em detalhes como o CBES - Centro de Excelência em Pós-Graduação na Saúde - concretiza ensino de qualidade. Você conhecerá, assim, toda a concepção de ensino, todos os cursos, laboratórios, clínicas e bibliotecas que o CBES tem a oferecer. Além disso, você assistirá aos depoimentos de nossos mestres e doutores.

Entre em contato conosco e receba seu DVD gratuitamente.

0800-6430046



VISITE NOSSO SITE
OU ENTRE EM CONTATO
CONOSCO PELA
CENTRAL DE ATENDIMENTO

www.cbesaude.com.br

Revisão Continuada de Saúde

Programa visa promover saúde e qualidade de vida do paciente



Enfermeiros investigam o estilo de vida e condição de saúde do paciente para fazer um acompanhamento preventivo

Para trabalhar com a promoção de saúde, no atual contexto, é preciso ter muita consciência sobre a importância da intervenção interdisciplinar, como a Revista COREN-SP tem destacado nas matérias. A fim de otimizar a assistência a partir das necessidades dos clientes, em um atendimento integral e individualizado, os enfermeiros do Centro de Medicina Preventiva da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein elaboraram uma consulta de enfermagem como somatória ao programa de Re-

visão Continuada de Saúde, denominado anteriormente como check-up. O intuito do trabalho é favorecer a sensibilização do cliente para os cuidados com a saúde.

A abordagem interdisciplinar, organizada por meio de protocolos e guidelines, é baseada em evidências científicas, com o trabalho conjunto de profissionais médicos clínicos e especialistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, nutricionistas, psicólogas e enfermeiros, amparados por exames diagnósticos. **É um atendimento especializado, focado na promoção da saúde e modificação de estilo de vida, visando qualidade de vida.**

Atualmente, a consulta de enfermagem, motivacional, investiga o estilo de vida e bem-estar direcionando o paciente para a promoção da saúde com qualidade de vida. Durante

a entrevista e a avaliação do cliente, os profissionais do grupo levantam temas como percepção de saúde, prevenção (auto-exames, vacinas), lazer, sexualidade, hábitos nocivos, sono e repouso, estresse e ansiedade.

Resultados na promoção da saúde

Com a implantação da consulta, surgiu a oportunidade de orientação para o auto - cuidado, sensibilização, encorajamento e participação do cliente nas mudanças de seu estilo de vida.

A interação na consulta de enfermagem agrega valor ao programa, pois são definidas juntamente com o cliente as metas acessíveis e quais serão os passos para o sucesso do programa e na busca pela saúde. Após o atendimento, é produzido o laudo da enfermagem e o levantamento de riscos cardiovasculares pelo escore de Framingham (escore utilizado para o levantamento dos riscos do paciente sofrer de doenças cardiovasculares nos próximos 10 anos, validado pela American Heart Association).

A meta é manter um acompanhamento periódico para que o cliente possa aderir às mudanças e tratamento propostos, principalmente àqueles com

risco intermediário e alto para doenças cardiovasculares (clientes elegíveis).

Segundo HORTA (1970), o enfermeiro é capaz de prestar um conjunto de cuidados e medidas que visem atender às necessidades básicas do ser humano, por meio do fazer, orientar e encaminhar. Isto com instrumentos básicos da observação, comunicação, aplicação de métodos e princípios científicos, planejamento, avaliação, criatividade e utilização de recursos da comunidade.

Com essa iniciativa, segundo os profissionais da equipe, comprovou-se que a teoria, prática e métodos de assistência compõem a ciência de uma profissão. A “arte” está na forma do uso do conhecimento em interações humanas, fazendo refletir atitudes, comportamento e valores.

Equipe de enfermagem da Revisão Continuada de Saúde: Silvia de Barros Ferraz, Lourdes Aparecida Sanguiliano e Priscila Vieira Pacheco.

**Programa de
Pós-Graduação
da FASM
Muito mais
pelo seu valor
profissional**



Inscrições para o
Processo Seletivo
01/12/05 a 27/01/06

Campus Itaquera
6525.0058
www.fasmit.edu.br

Pós-graduação Lato Sensu Educação e Formação em Saúde • Enfermagem Neonatológica • Enfermagem no Controle da Dor • Enfermagem Obstétrica • Enfermagem Pediátrica • Gerenciamento de Unidades e Serviços de Enfermagem • Gestão Econômico-financeira de Empresas • Gestão de Qualidade • Saúde Coletiva • Saúde da Família

Residência Multiprofissional em Saúde da Família


FASM
Faculdade Santa Marcelina

Uma nova epidemia?

Gripe aviária avança e traz risco de uma crise mundial

Por João Marinho



As pandemias

No século 20, foram três as pandemias de gripe que devastaram o mundo: a *espanhola* (1918), que matou 40 milhões de pessoas e foi causada pelo H1N1; a *asiática* (1957), com mais de 1 milhão de vítimas e provocada pelo H2N2; e a *de Hong Kong* (1968), causada pelo H3N2 e que tirou a vida de outro milhão de pessoas.

Já há alguns anos, cientistas têm alertado para o advento de uma nova supergripe, uma vez que as pandemias ocorrem de tempos em tempos. “Há um vírus com capacidade de causar doença grave em humanos, mas ainda não consegue ser transmitido de pessoa para pessoa. Desde 2003, esse vírus, que foi detectado pela primeira vez em 1997, em Hong Kong, vem aparecendo no Sudeste asiático. A cada inverno, o número de casos aumenta, e o de países acometidos também. A probabilidade de surgir daí uma variante bem adaptada a humanos é grande”, diz o Dr. Luis Jacintho Silva, citando um outro agente patogênico.

Até agora, foram pouco mais de 120 pessoas infectadas desde 2004, no Vietnã, Camboja, Tailândia e Indonésia. Um número modesto, se levarmos em conta a população mundial e os milhões de aves mortas ou sacrificadas por causa da mesma doença – mas a gripe aviária, mais conhecida como “gripe do frango”, tem posto o mundo em alerta mesmo assim. Afinal, que doença é essa?

Um mal compartilhado

Nossa conhecida gripe, causada por cepas do vírus *Influenza*, não é exclusividade humana. “Vírus *Influenza* causam doenças tanto em aves quanto em outros mamíferos, como suínos, leões marinhos, baleias e cavalos”, explica a **Dra. Nancy Bellei**, infectologista do GROG – Grupo Regional de Observação da Gripe.

Nas aves, subsistem inúmeros tipos e subtipos de *Influenza*, que eventualmente resultam em epidemias entre elas. Segundo a Dra. Bellei, o primeiro surto descrito com elevada mortalidade data de 1959 – e, de lá para cá, já ocorreram outros em diferentes países.

Diferentemente do que acontece nos humanos, a gripe nas aves é uma enfermidade prioritariamente gastrointes-

tinal que pode evoluir, sobretudo nas aves domésticas, como a galinha, para um quadro disseminado, caracterizado por diarreia, hemorragia e infecção intestinal e insuficiência renal, levando à morte. As aves silvestres e migratórias costumam ser mais resistentes e normalmente não morrem da doença.

O H5N1, entretanto, cepa do vírus que tem dizimado as aves e preocupa as autoridades, tem se mostrado mais patogênico. Além de também causar um quadro pulmonar difuso, tem matado os pássaros migratórios e silvestres de forma incomum.

Vítimas humanas

Até antes do H5N1, a transmissão dos *Influenza* que atingem as aves para os seres humanos era raríssima. É aí que reside a novidade dessa cepa e toda a preocupação, sem contar que ela causa doença grave também nas pessoas – uma severa pneumonia, que pode levar à morte de três a cinco dias.

A maior ameaça, entretanto, não é o H5N1 em si. “O risco não advém desse vírus [...], mas da possibilidade, grande, de que sofra uma adaptação, seja através de combinação

com vírus *Influenza* humanos, seja através de mutações sucessivas, surgindo daí um vírus com capacidade de causar doença grave em humanos e ser transmitido de pessoa a pessoa. Esse é o ‘caminho’ usual da pandemias de gripe”, explica o infectologista **Dr. Luiz Jacintho da Silva**, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Até o momento, o H5N1 matou mais da metade das pessoas que o contraíram – e, como organismo humano nunca entrou em contato com ele, a falta de resistência imunológica pode levar a uma perda enorme de vidas. No início de novembro, Lee Jong-Wook, diretor-geral da OMS, declarou que a mutação do H5N1 pode ocorrer em breve e que o início de uma pandemia “é uma questão de tempo”.

Como se prevenir?

Por enquanto, não há muito que a população possa fazer. Estocar remédios e se automedicar não é recomendável. Como não se sabe como ou se a gripe realmente vai confirmar as previsões mais sombrias, as drogas podem perder a validade – e os antivirais mais potentes são muitos caros. Alguns nem estão disponíveis no Brasil.

Além disso, “há algumas drogas antivirais de valor relativo, pois devem ser utilizadas muito precocemente, dentro de 48 horas do início dos sintomas. Podem também ser utilizadas como profilaxia, mas o uso indiscriminado pode resultar em resistência”, alerta o Dr. Silva.

A saída é confiar nas autoridades. Cerca de 60% dos países vinculados à OMS declararam ter um plano de emergência contra uma possível pandemia – e, embora, na maior parte dos casos, o plano não passe do papel, esse não tem sido o caso do Brasil.

Recentemente, o Ministério da Saúde adquiriu um lote de nove milhões de kits do antiviral Tamiflu, um dos mais potentes contra os *Influenza* que afetam humanos. O governo também promete fortalecer o já existente sistema de vigilância do *Influenza*, além de já ter liberado R\$ 3,1 bilhões de dólares para melhorar a capacidade de produção de vacinas e entregar uma fábrica dessas substâncias ao Instituto Butantan até no final de 2006.

Entretanto, o grande problema é que, segundo o Dr. Luis Jacintho Silva, “ainda não dispomos do vírus que causará a pandemia. No momento, há um vírus circulando em aves e causando alguns casos humanos, mas esse não será o vírus pandêmico: o provável é que o vírus pandêmico derive desse”, o que significa que a solução definitiva, digamos assim, não sairá agora.

Apesar dos prognósticos que podem soar assustadores, vale lembrar uma coisa: por enquanto, os especialistas dizem que não há motivo para pânico. A população tem, isso sim, de se manter informada e cobrar medidas das autoridades. “Até porque a pandemia não ocorre do dia para a noite. Ela se desenvolve progressivamente, permitindo que seja detectada a tempo”, finaliza o Dr. Silva.

Para saber mais:

www.grog.saude.sp.gov.br



Por que H5N1?

O *Influenza* é classificado em subtipos, que se baseiam em duas diferentes proteínas: a H e a N. Existem 16 subtipos H e nove subtipos N. São eles que dão nome às cepas do vírus.

Nas asas da doença

- Cerca de 15 países na Europa e na Ásia já tiveram aves infectadas pelo H5N1, desde que o vírus foi identificado em 1996;

- Mais da metade dos mais de 120 casos registrados em humanos resultou em morte. A transmissão ocorre pelo contato com as fezes de animais doentes ou materiais contaminados por elas;

- Segundo a OMS, estima-se que ao menos 7,4 milhões de pessoas podem morrer por conta de uma pandemia de gripe aviária.

- Em 1997, segundo a Dra. Nancy Bellei, ocorreram 18 casos de humanos infectados na China; seis pessoas morreram. Em 2003, o H5N1, que parecia estar controlado, reaparece com força na Coreia e outros países do Sudeste asiático. No Vietnã, surgem as primeiras vítimas humanas do novo surto em 2004.

- Além dos frangos e galinhas, outras aves têm sido acometidas pelo H5N1: patos, gansos e aves migratórias que normalmente tinham mais resistência. “Ele mudou Quanto mais tipos de espécies ele acomete, mais difícil é o controle”, explica a Dra. Bellei.

- Um dos países mais bem preparados para uma futura crise é o Canadá, onde uma pandemia de supergripe já está em pauta desde 1988.

- Duas pesquisas publicadas nas revistas *Nature* e *Science* atestam que o H5N1 tem semelhanças com o vírus H1N1, da gripe espanhola. Isso pode fornecer meios de lutar contra ele.

(Fontes: OMS, Folha de S. Paulo, revista IstoÉ, Dra. Nancy Bellei)

Sol de verão: perigo próximo

Temporada de verão chega e é preciso redobrar cuidados como sol

Por Grazielle Marronato

21 de dezembro é a data oficial do início do verão. É dada a largada da temporada mais quente e, para muitos, mais alegre. É época de férias. Hora de botar biquíni, sandálias de dedo e partir para praia. Em meio a toda esta agitação os banhistas só esquecem do mais importante: proteção.

Durante os meses de dezembro, janeiro e fevereiro, o número de atendimentos em hospitais e pronto-socorros do litoral sobe significativamente. Segundo o secretário da Saúde de Caraguatatuba, Pedro Norberto dos Santos, os hospitais da cidade registram um aumento de cerca de 40% nos atendimentos de casos de urgência e emergência. Sendo que a maioria dos atendimentos são decorrentes à exposição excessiva ao sol.

A técnica de enfermagem, Solenir Cabrera Fagundes, do Praia Grande Hospital, enfatiza que as pessoas vão a praia e esquecem da proteção, só percebem o erro após a exposição demasiada ao sol. Com isso, no verão, o número de casos de queimaduras de 2º grau, com formação de bolhas ou vesículas, é alarmante. O hábito do uso do bloqueador solar, apesar de bastante divulgado, ainda não foi incorporado pelos brasileiros, que se aventuram a usar bronzeadores caseiros à base de ingredientes duvidosos. Esses maus hábitos podem ocasionar, não só queimaduras, como também problemas de fotoenvelhecimento e cânceres de pele em pessoas com maior pré-disposição. São necessários exames mais específicos para detectar a doença, contudo, o aparecimento de manchas irregulares que podem ser indícios de câncer.

Segundo a enfermeira Andrea Perchak, do Hospital Ana Rosa, há três passos a serem seguidos em casos de queimaduras que chegam ao hospital onde ela atua. O primeiro é o resfriamento que é feito com soro fisiológico ou gaze vaselinada, aplicados diretamente sobre o ferimento. A equipe de enfermagem fica encarregada de avaliar a área afetada, para dimensionar o percentual de pele sensibilizada. Logo depois é feita a reposição volêmica (de líquido), a qual só é receitada pelo médico.

Outros fatores avaliados são: a espessura (superficial, parcial ou total) e o tipo (1º grau – vermelhidão, 2º - com formação de bolhas, ou 3º grau – com perda de parte da epiderme). Em crianças, casos com 20% do corpo coberto por queimaduras já são considerados graves. A terceira providência é manter o paciente em observação e finalmente avaliar se o procedimento irá envolver oxigenação (com máscara ou intubação) e acesso venoso para a reposição volêmica. Tudo “depende do grau da



Abaixo seguem algumas dicas

- Tomar sol entre 8h e 10h da manhã ou após às 16h
- Tomar muita água
- Repassar o protetor solar de 3 em 3 horas ou a cada vez que sair do mar
- Usar bonés e óculos escuros
- E tomar muito cuidado com a ingestão de alimentos na praia

Parece chato seguir todos estes procedimentos? Até os profissionais da enfermagem admitem, que, à primeira vista, sim. Mas, um verão sem queimaduras com certeza é muito mais divertido.

queimadura”, como salienta a enfermeira Andrea.

O pronto-socorro também recebe casos de indigestão, vômito e diarreia, causados por ingestão de comida exposta ao calor, sem as condições mínimas de higiene. De acordo com Solenir, as pessoas deveriam ser mais cuidadosas. “O pessoal não respeita”, diz. Ela alerta que se deve verificar melhor a procedência daquilo que comem e isso inclui todas as guloseimas tipicamente praianas: camarão, pastel, peixe-porquinho e até o inofensivo milho, que muitas vezes é cozido em água do mar. Mas, quem mais sofre com o calor são as crianças. Por ter a pele mais sensível, elas são as maiores prejudicadas com o sol a pino entre 10h e 16h. É neste horário que os raios-ultravioleta são mais intensos. Por irresponsabilidade, muitos pais não respeitam esses horários e expõem seus filhos à ação nociva do sol. “Bonés e protetores solares não são 100% eficazes para crianças pequenas”, afirma Solenir, “tem criança que chega aqui [ao pronto-socorro] até com queimadura de retina”.

Alerta

Para conscientizar a população sobre os perigos da exposição demasiada ao sol as prefeituras da baixada santista vão realizar este ano uma campanha em rádio e televisão, além de distribuir folhetos informativos. No ano passado, o governador Geraldo Alckmin liberou uma verba de R\$ 1 milhão para a saúde destinada à Operação Verão 2005 no Litoral Norte que, além de beneficiar as quatro cidades da região, também incluiu São José dos Campos, Jacareí, Igaratá e Paraibuna, que estão na rota do verão. As Santas Casas de Caraguatatuba, São Sebastião e Ubatuba, por exemplo, receberam R\$ 120 mil cada uma. A Santa Casa de Ilhabela recebeu R\$ 60 mil. O dinheiro foi destinado à compra de mais medicamentos e aumento da equipe de médicos e profissionais de enfermagem. O governo ainda não anunciou a verba para 2006.

O trabalho de alerta sobre os males que o sol pode causar é de responsabilidade das prefeituras e tem se demonstrado ineficiente em algumas cidades. A técnica de enfermagem Solenir diz que o volume de pacientes com queimaduras é tão grande que prejudica a atuação na enfermagem na prevenção e também na prestação da assistência para outros pacientes.

ÚLTIMAS NOTÍCIAS

.....

Cerca de 260 mil mortes anuais, no Brasil, podem ser evitadas com dieta equilibrada

O Ministério da Saúde divulga o primeiro “Guia Alimentar para a População Brasileira” com as primeiras diretrizes alimentares oficiais do Brasil. O estudo permite visualizar dados sobre a dieta da população e fornece informações e dicas para a utilização dos alimentos nas dietas dos brasileiros. Segundo o Guia, 260 mil mortes anuais poderiam ser evitadas com mudanças na educação alimentar.

Recessos e feriados de 2006

Janeiro	Julho
25 - Aniversário da Cidade de São Paulo	12 - Fundação dos COREN'S
Fevereiro	Setembro
27 e 28 – Recesso de Carnaval	07 - Independência
Março	Outubro
01 - Quarta-feira de Cinzas	12 - N. S. Aparecida
Abril	Novembro
13 - Recesso	02 - Fimados
14 - Paixão	03 – Recesso
21 - Tiradentes	15 - Proclamação da República
Mai	Dezembro
01 - Dia do Trabalho	21 a 31 - Recesso de Natal e Ano Novo
Junho	
15 - Corpus Christi	
16 – Recesso	



Expediente do COREN-SP

Presidente

Ruth Miranda

Vice Presidente

Sérgio Luz

Primeira-secretária

Maria Antonia de Andrade Dias

Segunda-secretária

Vanderli de Oliveira Dutra

Primeira-tesoureira

Akiko Kanazawa

Segunda-tesoureira

Aldafza Carvalho dos Reis

Presidente da Comissão de Tomada de Contas (CTC)

Francinete de Lima Oliveira

Membros da CTC

Guiomar Jerônimo de Carvalho

Wilson Florêncio Ribeiro

Conselheiros efetivos

Anézia Fernandes, Magdália Pereira

de Sousa, Sônia Regina

Delestro Matos, Terezinha

Aparecida dos Santos

Meneguço

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

Rua Dona Veridiana, 298 - Higienópolis - São Paulo - SP - CEP 01238-010

Fone: (11) 3225-6300 - www.corensp.org.br



Cartas

A Última fronteira

Gostaria de parabenizar toda a equipe que elaborou a última edição da Revista COREN-SP (Edição 59), pois trouxe temas fundamentais para todos os profissionais da área da saúde, principalmente para nós da enfermagem. Gostaria de frisar a grande contribuição da revista do COREN-SP ao longo dos anos, pois me emocionei com várias matérias e foi importante na decisão de escolher essa maravilhosa profissão.

Thiago Puliesi Estorce, São Paulo

Gostaria de parabenizá-los pelo trabalho com as revistas, cada vez mais bem formuladas.

João Bastista de Melo, Taboão da Serra

Gostaria de parabenizá-los pelas matérias apresentadas.

Sandra Mari Santana Araújo, Caraguatatuba

Novo site

Parabéns pelo novo layout do site. Ficou mais fácil de navegar e mais bonito. Sugiro que haja um link com o site da ABESE ou que as Sociedades de Especialistas tenham espaço para divulgar suas atividades.

Marcia Fernandes de Castro Negrão, São Paulo

A mudança esta facilitando a navegação, espero que em breve possamos ter mais conteúdos ligados à pesquisa, reportagens de assuntos a saúde e até mesmo livros on-line. Estamos evoluindo. Parabéns!

Ademar Raimundo de Oliveira, São Bernardo do Campo

Matérias sobre a saúde

Minha sugestão para os próximos temas seria em relação aos distúrbios relacionados ao trabalho noturno, como quais os danos que nos causa e as doenças mais frequentes.

Marcos Antonio da Silva, Bragança Paulista

Agrademos a participação de todos em nossa seção de cartas.

Adão Rodrigues da Silva

Ademar Raimundo de Oliveira

Adilson Bispo dos Santos

Benedito Pires de Jesus

Dalila Soares

Edmilson Santoma

Lore C. Marx

Lucinéia Antunes Ferreira do Amaral

Luíz Matos

Roselei Giane Ribeiro Benjamin Verrochio

Publicação: Demais Editoração e Publicação Ltda

Fone: (11) 5042-3428 - comunica@artein.com.br

Redação e revisão: João Marinho, Mônica Farias, Grazielle Noronha e

Daniela Sartorato

Projeto Gráfico: Arte in Comunicação e Marketing

Publicação oficial bimestral do COREN-SP • Reg. Nº 24.929 • 4º registro • 260 mil exemplares • distribuição gratuita dirigida

**Você melhor
em qualquer
hospital.**

PÓS-GRADUAÇÃO UNICSUL



NA PRÁTICA, VOCÊ MELHOR.

Cursos *Lato Sensu*

- Administração dos Serviços de Saúde*
- Administração Hospitalar*
- Auditoria dos Serviços de Saúde*
- Controle de Infecção Hospitalar*
- Enfermagem Cardiovascular Clínica e Intervencionista**
- Enfermagem do Trabalho*
- Enfermagem em Emergências e Cuidados Intensivos
- Enfermagem em Geriatria e Gerontologia
- Enfermagem em Neonatologia
- Enfermagem em Oncologia
- Enfermagem Obstétrica
- Gerontologia Social*
- Gestão e Auditoria dos Serviços de Enfermagem*
- Multidisciplinar em Saúde Mental
- Saúde Coletiva e Saúde da Família*
- Saúde Pública*
- Vigilância em Saúde: um enfoque epidemiológico e sanitário
- Vigilância Sanitária*

*Convênio com INES - Instituto Nacional de Educação em Saúde

**Convênio com Hospital Bandeirantes

CURSOS LATO SENSU EM OUTRAS ÁREAS • 0800 770 6789 • www.unicsul.br/pos



UNICSUL
universidade cruzeiro do sul