



Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar

4ª edição revisada e atualizada

Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar



Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO
Avenida Augusto Severo, 84 – Glória
CEP 20021-040
Rio de Janeiro - RJ – Brasil
Tel.: +55 21 2105-0000
Disque-ANS: 0800 701 9656
<http://www.ans.gov.br>

4ª Edição Revisada e Atualizada

Diretoria Colegiada da ANS

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES

Diretoria de Fiscalização – DIFIS

Diretoria de Gestão – DIGES

Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Gerente Geral da Gerência Geral de Regulação Assistencial – GGRAS/DIPRO
Martha Regina de Oliveira

Gerente da Gerência de Monitoramento Assistencial – GMOA/DIPRO
Michelle Mello de Souza Rangel

Gerente da Gerência de Assistência à Saúde – GEAS/DIPRO
Karla Santa Cruz Coelho

Elaboração técnica:

Adriana Cavalcanti, Alfredo José Monteiro Scaff, Aluisio Gomes da Silva Junior, Alzira de Oliveira Jorge, Amanda Balbi Lourenço, Ana Paula Silva Cavalcante, Andréia Ribeiro Abib, Bruna Alessandra Vale Delocco, Brunno Vieira Teixeira de Carvalho, Carina Brahim, Carla Almeida Alves, Cláudia Soares Zouain, Cristiane Branco Vidal Bustamante dos Santos, Danielle Conte Alves, Fábio de Freitas Guedes Junqueira, Jacqueline Alves Torres, José Felipe Riani Costa, Jorge Luís da Cunha Carvalho, Jorge Luiz Pinho, José Douglas Oliveira Nascimento, Karla Santa Cruz Coelho, Kátia Audi Curci, Kylza Aquino Estrella, Luciana Massad Fonseca, Maria Sophia Fukayama, Martha Regina de Oliveira, Melina Tejo Canedo, Michelle Mello de Souza Rangel, Natália Alencar Braga, Renata Fernandes Cachapuz, Renato Veras, Rochele Alberto Martins Santos, Ricardo Camacho Campello, Ricardo Heber Pinto Lima; Simone Fabiano Mendes, Tzung Su Yun Costa, Vânia Cardoso.

Projeto gráfico:

Gerência de Comunicação Social – GCOMS/DICOL

Fotografia (capa):

Getty Image

Apoio Bibliotecário:

Iara Vidal Pereira de Souza – CODOB/DIGES

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).

Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 4. ed. rev. e atual.

– Rio de Janeiro : ANS, 2011.

244 p.

1. Promoção da Saúde. 2. Prevenção de Doenças. 3. Saúde Suplementar. I. Título.

CDD – 613

Catálogo na fonte – Biblioteca ANS - Coordenação de Documentação e Biblioteca (CODOB)

Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar



COLABORAÇÃO

Associação Brasileira de Odontologia – ABO
Sônia Groisman

Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
Luís Alberto Hetem
Marco Antônio Brasil
Rogério Aguiar
Sílvia Regina de Freitas

Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva – ABRASBU
Helenita Corrêa Ely

Conselho Federal de Educação Física – Confef
Carlos Alberto Eilert
Carlos Alexandre Fett
Erik Salum de Godoy
Estélio Henrique Martin Dantas
Jorge Steinhilber
Kátia Pedreira Dias
Luciene Ferreira Azevedo
Luísa Ribeiro de Meirelles
Marcelo Gomes da Costa
Markus Vinicius Nahas
Paulo de Tarso Veras Farinatti
Sílvia Bacellar
Sílvia A Fonseca
Vicente Lima
Walfrido José Amaral

Conselho Federal de Enfermagem – Cofen
Carmen Lúcia Lupi Monteiro Garcia
Isabel Cristina Kowal Olm Cunha
Maria de Jesus Harada

Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa
Ana Claudia de A. Hein Rodrigues
Ana Claudia Miguel Ferigotti
Ana Luzia dos Santos Vieira
Charleston Teixeira Palmeira
Claudia Regina C. Taccolini
Daniele Andrade Cunha
Denise Terçarior
Isabela de Almeida Poli
Leila Coelho Nagib
Lia Maria Brasil de Souza
Luciana Ulhôa Guedes
Maria Aurea Caldas Souto
Maria Carla Pinto Gonçalves
Maria do Carmo Coimbra de Almeida
Maria Teresa P. Cavalheiro
Marilea Fontana
Marlene Canarim Danesi
Sandra Maria Vieira Tristão de Almeida
Sílvia Maria Ramos

Conselho Federal de Odontologia – CFO
Benício Paiva Mesquita

Conselho Regional de Fonoaudiologia RJ – CRFa1
Nise Mary Cardoso

Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD
Marília de Brito Gomes

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG
Aline Saraiva da Silva Correia
Ana Cristina Canêdo Speranza
Bernardo Hermont Loures Valle
Emlucy Martins Paiva Paradelo
Luiz Eduardo D'Almeida Machado Sampaio
Maria Angélica dos Santos Sanchez
Rodrigo Bernardo Serafim
Sílvia Regina Mendes Pereira
Tarso Lameri Sant'Anna Mosci

Sociedade Brasileira de Urologia – SBU
Carlos Alberto Bezerra
Fábio Lorenzetti
José Carlos de Almeida
Miguel Zerati Filho
Miriam Dambros



ABRASBU

SBD

Sumário

Lista de abreviaturas e siglas	11
Apresentação	13
Introdução	15
I. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças	17
1. Antecedentes e conceituação	17
2. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças como estratégia para a mudança do modelo de atenção à saúde no setor suplementar	18
3. Importância da avaliação dos programas de promoção e prevenção	20
4. <i>Links</i> importantes sobre promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças	22
Referências	23
II. Parâmetros técnicos para a implementação de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar	25
Roteiro para o planejamento dos programas	26
III. Fatores de risco e proteção para doenças	29
1. Fatores de proteção: alimentação saudável, atividade física e saúde	30
1.1. Promoção da alimentação saudável	32
1.2. Atividade física	33
1.3. Estratégia global para alimentação saudável, atividade física e saúde	37
2. Fatores de risco	38
2.1. Sobrepeso e obesidade	38
2.2. Inatividade física	42
2.3. Tabagismo	46
2.3.1. Exemplo de programa de prevenção, tratamento e controle do tabagismo	48

2.4. Consumo de álcool	52
2.5. <i>Links</i> de interesse	54
Referências	54
IV. Áreas de atenção à saúde	59
1. Saúde da criança	61
1.1. Introdução	61
1.2. Exemplos de programas de atenção integral à saúde da criança	62
1.2.1. Programa de promoção do nascimento saudável	64
1.2.2. Programa de acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e imunização	66
1.2.3. Programa de promoção do aleitamento materno e alimentação saudável: atenção aos distúrbios nutricionais e anemias carenciais	67
1.2.4. Abordagem das doenças respiratórias e infecciosas	69
1.3. Dados para monitoramento de programas	70
1.4. <i>Links</i> de interesse	72
2. Saúde do adolescente e jovem	73
2.1. Introdução	73
2.2. Principais estratégias de ação	73
2.2.1. Desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação dos agravos à saúde do adolescente através dos seguintes eixos	73
2.2.2. Crescimento e desenvolvimento	74
2.2.3. Alimentação saudável e atividade física	74
2.2.4. Saúde reprodutiva e sexualidade	76
2.3. Dados para monitoramento de programas	76
2.4. <i>Links</i> de interesse	76
3. Saúde do adulto	77
3.1. Doenças crônicas não transmissíveis	77
3.1.1. Introdução	77

3.1.2. Doenças cardiovasculares	78
3.1.3. Diabetes mellitus	79
3.1.4. Hipertensão arterial sistêmica	84
3.1.5. Neoplasias	90
3.2. Saúde do trabalhador	99
3.3. Exemplo de programa de prevenção e controle de fatores de risco, doenças cardiovasculares e diabetes mellitus	104
3.4. <i>Links</i> de interesse	112
4. Saúde do idoso	112
4.1. Introdução	112
4.2. Características da população idosa	113
4.3. Rastreamento de idosos de risco	115
4.4. Avaliação global da pessoa idosa	115
4.5. Manutenção da capacidade funcional	118
4.6. Imunização	119
4.7. Síndromes geriátricas	121
4.7.1. Iatrogenia/polifarmácia	121
4.7.2. Incontinência urinária	124
4.7.3. Insuficiência cerebral	129
4.7.4. Instabilidade postural/quedas	141
4.7.5. Imobilidade	142
4.8. Outros aspectos para prevenção	144
4.9. Exemplos de programas	146
4.9.1. Promoção da saúde do idoso	146
4.9.2. Programa de prevenção de danos causados pela demência	148
4.10. <i>Links</i> de interesse	149
5. Saúde da mulher	150
5.1 Introdução	150

5.2 Exemplos de programas de atenção integral à saúde da mulher	152
5.2.1. Programa de promoção da saúde sexual e reprodutiva	152
5.2.1.1. Planejamento familiar	153
5.2.1.2. Atenção obstétrica	159
5.2.2. Prevenção das doenças crônicas e degenerativas comuns em mulheres e promoção do climatério saudável	165
5.3 <i>Links</i> de interesse	172
6. Saúde do homem	173
6.1. Introdução	173
6.2. Saúde urológica da criança e adolescente	173
6.2.1. Acompanhamento urológico da criança	174
6.2.2. Acompanhamento urológico do adolescente	176
6.2.3. Prevenção e promoção de saúde do homem adulto	177
6.2.4. Acompanhamento do paciente uro-geriátrico	183
6.3. <i>Links</i> de interesse	184
7. Saúde mental	184
7.1. Introdução	184
7.2. A atenção à saúde mental na saúde suplementar	186
7.3. Promoção da saúde mental e prevenção de transtornos mentais	186
7.3.1. Transtornos mentais graves e persistentes	187
7.3.2. Transtornos psiquiátricos decorrentes do uso de álcool e outras drogas	189
7.3.3. Uso/dependência ao tabaco	192
7.3.4. Transtornos depressivos, ansiosos e alimentares	193
7.3.5. Saúde mental de crianças e adolescentes	195
7.3.6. Saúde mental de idosos	200
7.4. Dados para monitoramento de programas	202
7.5. <i>Links</i> de interesse	202

8. Saúde bucal	203
8.1. Introdução	203
8.2. Principais agravos em saúde bucal	204
8.2.1. Cárie dentária	204
8.2.2. Doença periodontal	205
8.2.3. Câncer de boca	205
8.2.4. Má oclusão	206
8.2.5 Edentulismo	206
8.3. Diretrizes para a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças bucais	207
8.4. Promoção da saúde e prevenção de doenças bucais nos ciclos de vida: orientações específicas	209
8.4.1. Lactentes (0 a 24 meses)	209
8.4.2. Crianças (2 a 9 anos)	210
8.4.3. Adolescentes (10 a 19 anos)	210
8.4.4. Adultos (20 a 59 anos)	211
8.4.5. Idosos (60 anos ou mais)	212
8.4.6. Gestantes	212
8.5. Exemplo de programa de promoção da saúde bucal	213
8.6. <i>Links</i> de interesse	215
Referências	216
V. Critérios de análise do formulário de cadastramento dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças cadastrados na ANS	231
1. Regularidade do envio dos sistemas	231
2. Pré-requisitos mínimos	231
3. Detalhamento do plano de ação	232
4. Indicadores para monitoramento	232
VI. Glossário	233
VII. <i>Links</i> informativos sobre saúde	243

Lista de abreviaturas e siglas

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CA	Circunferência Abdominal
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DA	Doença de Alzheimer
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECM	Exame Clínico das Mamas
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HPV	Papilomavírus Humano
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
Inca	Instituto Nacional do Câncer
IU	Incontinência Urinária
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCMSO	Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PSA	Antígeno Prostático Específico
SIP	Sistema de Informações de Produtos
Sipat	Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho
SESMT	Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
TMB	Taxa Metabólica Basal
UV	Radiação Ultravioleta

Tem-se tornado mais frequente o debate sobre o envelhecimento populacional e o aumento na prevalência de doenças crônicas e suas implicações para a sustentabilidade do setor de saúde suplementar.

É salutar que esta nova realidade faça parte da agenda de todos os agentes do setor. Mas o que podemos fazer para enfrentar essa situação? Como aproveitar o momento de bônus populacional que vivemos?

Um problema complexo como este, infelizmente, não se resolve com uma simples e única solução. Ele exige um conjunto de abordagens estruturadas de forma coordenada, consequente e congruente e cuja somatória resulte em avanço positivo ao desafio que se avizinha.

E é isso que a ANS vem buscando. Discutir o tema, pautá-lo como prioritário na Agenda Regulatória e traçar estratégias de ação.

Com certeza uma das tarefas mais importantes a serem desenvolvidas e qualificadas é o estímulo a programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

Nesse tema todos os envolvidos saem ganhando: o sistema de saúde, os beneficiários, as operadoras de planos privados de assistência a saúde e prestadores de serviços de saúde.

Vivemos um momento importante de mudança de paradigma: o objetivo do sistema de saúde deve ser promover a saúde e, não somente, tratar doenças.

Assim, espero que esse manual seja um instrumento importante de consulta de orientação na formulação dos programas para promoção de saúde e prevenção de doenças e contribua para a construção desta nova forma de se organizar a saúde no sistema suplementar brasileiro.

Mauricio Ceschin

Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANS tem buscado estimular as operadoras de planos de saúde a repensarem a organização do sistema de saúde com vistas a contribuir para mudanças que possibilitem sair do modelo hegemonicamente centrado na doença, em procedimentos e baseado na demanda espontânea, para um Modelo de Atenção Integral à Saúde, no qual haja incorporação progressiva de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças.

A fim de promover mudanças na direção de um novo modelo de atenção à saúde, a ANS formulou políticas de regulação indutoras, como o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar e o Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. Nessa nova perspectiva regulatória, pretende-se uma mudança no papel dos atores da saúde suplementar, na qual as operadoras de planos privados de saúde tornem-se gestoras de saúde; os prestadores de serviços, produtores de cuidado; os beneficiários, usuários com consciência sanitária e autonomia; e a ANS, órgão regulador cada vez mais qualificado e eficiente para regular um setor que objetiva produzir saúde.

Ações de promoção e proteção da saúde são fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais, sendo uma estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde, por meio da construção de políticas públicas saudáveis, que proporcionem melhorias no modo de viver.

A primeira iniciativa da ANS no sentido de estimular que as operadoras de planos de assistência à saúde implantassem ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças para seus beneficiários foi a publicação da Resolução Normativa RN nº 94 em 23 de março de 2005, uma ação conjunta entre a DIOPE (Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras) e DIPRO (Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos). Essa RN estabeleceu os critérios para a prorrogação dos prazos para a integralização da cobertura com ativos garantidores das provisões de risco, definidas na Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 77, de 17 de julho de 2001, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde que realizassem programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças para seus beneficiários.

Em 2009, a ANS lança uma nova estratégia de estímulo ao desenvolvimento de Programas de Promoção da Saúde e Prevenção e Controle de Riscos e Doenças, por meio da Instrução Normativa (IN) conjunta nº 01 DIPRO/DIOPE (ANS,

2008). Em agosto de 2011, a publicação das RN 264 e 265 e suas respectivas Instruções Normativas definem modelagens de programas para promoção de saúde e prevenção de risco e doenças na saúde suplementar e dispõem sobre formas de incentivos à participação de operadoras e beneficiários. Introduzem a possibilidade de bonificação e premiações aos beneficiários na adesão aos programas validados pela ANS.

Essas iniciativas desenvolvidas pela ANS têm levado as operadoras à discussão do tema, à organização de seminários, à capacitação de equipe multidisciplinar, à apropriação de conceitos epidemiológicos, à adoção de protocolos clínicos e ao planejamento dos programas.

Tendo em vista o perfil de morbimortalidade da população; a transição demográfica, epidemiológica e nutricional; o aumento dos custos na assistência à saúde e os potenciais impactos das ações de promoção e prevenção, torna-se de extrema relevância o desenvolvimento desses programas no setor suplementar. Nesse sentido, a ANS convida as operadoras de planos de saúde, os prestadores de serviço e os beneficiários a uma reflexão acerca do modelo que rege o nosso atual sistema de saúde, em busca de alternativas em prol de um atendimento integral e de qualidade.

1. Antecedentes e conceituação

Os primeiros conceitos de promoção da saúde foram definidos pelos autores Winslow, em 1920, e Sigerist, em 1946. Este definiu como as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação e a reabilitação. Posteriormente, Leavell e Clark, em 1965, delinearam o modelo da história natural das doenças, que apresenta três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. As medidas para a promoção da saúde, em nível de prevenção primário, não são voltadas para determinada doença, mas destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar gerais (BUSS, 2003).

Tendo em vista que o conceito de Leavell e Clark possui enfoque centrado no indivíduo, com certa projeção para a família ou grupos, verificou-se sua inadequação para as doenças crônicas não-transmissíveis, pois a prevenção de tais doenças envolve medidas não só voltadas para os indivíduos e famílias, como também para o ambiente e os estilos de vida (BUSS, 2003).

O movimento de promoção da saúde surgiu no Canadá, em 1974, por meio da divulgação do documento “A new perspective on the health of Canadians”, também conhecido como Informe Lalonde. A realização desse estudo teve como pano de fundo os custos crescentes da assistência à saúde e o questionamento do modelo centrado no médico no manejo das doenças crônicas, visto que os resultados apresentados eram pouco significativos (BUSS, 2003).

Por meio do Informe Lalonde, identificou-se que a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida estavam relacionados às principais causas de morbimortalidade no Canadá; no entanto, a maior parte dos gastos diretos com saúde concentrava-se na organização da assistência. Foram propostas, portanto, cinco estratégias para abordar os problemas do campo da saúde: promoção da saúde, regulação, eficiência da assistência médica, pesquisa e fixação de objetivos. Esse Informe favoreceu a realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, em Alma-Ata, com grande repercussão em quase todos os sistemas de saúde do mundo (BUSS, 2003).

Em 1986, ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que originou a Carta de Ottawa. De acordo com esse documento, “promoção da saúde é o nome dado ao pro-

cesso de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social (...) Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Cresce, portanto, a aceitação de que os aspectos sócio-culturais, econômicos e ecológicos investem-se de uma importância tão grande para a saúde quanto os aspectos biológicos, e que saúde e doença decorrem das condições de vida como um todo. Temas como a deterioração do meio ambiente, os modos de vida, as diferenças culturais entre as nações e as classes sociais, e a educação para a saúde passam a estar mais e mais presentes nos debates sobre as formas de se promover a saúde (FARINATTI; FERREIRA, 2006).

Posteriormente, foram realizadas outras conferências internacionais sobre Promoção da Saúde, as quais reafirmaram os preceitos estabelecidos na I Conferência e agregaram novas questões e estratégias de ação voltadas para áreas prioritárias, a fim de gerar políticas públicas saudáveis.

Dessa forma, o significado do termo Promoção da Saúde foi mudando ao longo do tempo e, atualmente, associa-se a valores como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Além disso, está relacionado à ideia de “responsabilização múltipla”, uma vez que envolve as ações do Estado (políticas públicas saudáveis), dos indivíduos e coletividades (desenvolvimento de habilidades pessoais e coletivas), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e das parcerias intersetoriais (BUSS, 2003), na definição de prioridades, planejamento e implementação de estratégias para promover saúde. Vale ressaltar que termos como *empowerment*, autocuidado e capacitação (ou autocapacitação) vêm sendo cada vez mais utilizados, uma vez que a promoção da saúde envolve o desenvolvimento de habilidades individuais, comunitárias e institucionais, a fim de permitir a tomada de decisões favoráveis e a participação efetiva no planejamento e execução de iniciativas, visando à qualidade de vida e à saúde (FARINATTI; FERREIRA, 2006).

As ações preventivas, por sua vez, definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Para tanto, baseiam-se no conhecimento epidemiológico de doenças e de outros agravos específicos (CZERESNIA, 2003). A prevenção orienta-se às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades, sendo o foco a doença e os mecanismos para atacá-la (BUSS, 2003).

2. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças como estratégia para a mudança do modelo de atenção à saúde no setor suplementar

A Lei nº 9.961/00, que cria a ANS e dá outras providências, estabelece, em seu artigo 4º, que uma das competências da Agência é “fixar as normas para a constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de pla-

nos de saúde, incluindo os conteúdos e modelos assistenciais” (BRASIL, 2000).

A definição de modelo assistencial consiste na organização das ações para intervenção no processo saúde/doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos para enfrentar os problemas de saúde existentes em uma coletividade. Podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção; e ainda há modelos em que seus serviços simplesmente atendam às demandas, sempre aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua demanda (PAIM, 1999).

Na Saúde Suplementar, o modelo de atenção hegemônico caracteriza-se pelo enfoque biologicista da saúde/doença/cuidado, desconsiderando seus determinantes sociais, com ações desarticuladas, desintegradas, pouco cuidadoras, centradas na assistência médico-hospitalar especializada e com incorporação acrítica de novas tecnologias, constituindo-se em um modelo caro e pouco eficiente.

Soma-se a isso o fato de os planos de saúde poderem ter cobertura segmentada em ambulatorial ou hospitalar (com ou sem obstetrícia), além de planos exclusivamente odontológicos, comprometendo significativamente a integralidade da atenção. Por outro lado, as práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças ainda são utilizadas de forma acessória ou desconsideradas, com pouquíssimo ou nenhum impacto sobre a saúde dos beneficiários.

Tendo em vista o aumento crescente dos custos em saúde, determinado pelo envelhecimento da estrutura etária da população; pelas transformações nas estruturas de morbimortalidade, com elevação da importância das doenças crônicas não transmissíveis frente às doenças infecto-contagiosas; e pelas mudanças tecnológicas, que levam à incorporação de mais capital e recursos humanos (MÉDICI, 1995); as operadoras buscam a redução dos gastos com assistência à saúde de alto custo.

Vale ressaltar que a incorporação de tecnologias no setor saúde, diferente dos outros setores da economia, implica em aumento de custos por não ser substitutiva, uma vez que não desloca as anteriores. Provocam, consequentemente, a necessidade de incorporação de novos profissionais e técnicos especializados agregando mais custos. Além disso, a prescrição e o consumo de novos exames e medicamentos ocorre de forma acrítica, com poucas vantagens para a saúde do paciente. (SILVA JUNIOR, 2006:49).

O padrão de desenvolvimento científico, tecnológico e a organização da atenção à saúde sob a lógica de mercado, direcionada para a cura de doenças e centrada na prática médica realizada constituíram formas de produção e consumo de serviços de saúde que tiveram como consequências a elevação de custos, o baixo impacto na saúde da população, a grande especialização e o aumento das barreiras de acesso. Dessa forma, a Promoção da Saúde apresenta críticas ao modelo biomédico e proposições para a reorientação dos modelos de atenção à saúde, buscando intervir sobre os determinantes da saúde e basear suas ações de acordo com as premissas da intersetorialidade (PASCHE; HENNINGTON, 2006). Não podemos nos esquecer que os programas

devem procurar, na medida do possível, articular os recursos assistenciais das redes credenciadas, coordenando e integrando as ações para obtenção dos resultados esperados. (SILVA JUNIOR et al., 2005)

O desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças tem como objetivo a mudança do modelo assistencial vigente no sistema de saúde e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde, visto que grande parte das doenças que acomete a população é passível de prevenção. Cabe destacar que a necessidade de racionalização dos custos por parte das operadoras é importante na medida em que seja complementar à política do MS empreendida para todo o país.

Todo esse esforço tem sido realizado no sentido de implementar modelos de atenção baseados na produção do cuidado, assim respondendo à necessidade da integralidade da atenção à saúde. Nessa direção, o setor suplementar deve se tornar um ambiente de produção de ações de saúde nos territórios da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos, com o estabelecimento de vínculo entre profissional de saúde e beneficiários e, principalmente, responsabilização das operadoras pela gestão da saúde de seus beneficiários.

3. Importância da avaliação dos programas de promoção e prevenção

Segundo Navarro (1992), “um programa é um conjunto de atividades dirigidas para atingir certos objetivos, com dados recursos e dentro de um período de tempo específico”. Além disso, “a avaliação de programa envolve dois tipos de atividades: a produção de informações, referentes ao andamento dos programas e seus produtos, e o estabelecimento de um juízo de valor a respeito do mesmo”.

Avaliar significa realizar um julgamento sobre uma intervenção com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997:31) sendo considerada uma importante ferramenta para verificar a eficácia das ações estabelecidas e subsidiar o processo de planejamento.

A OMS (2000) conceitua a avaliação como “Processo de determinação, sistemática e objetiva, da relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos. É um processo organizacional para implementação de atividades e para colaborar no planejamento, programação e tomada de decisão”.

Instituído o programa, este precisa ser oferecido e acessível à população-alvo, além de ter adequada qualidade. Com isso, é necessário que a população aceite o programa e o utilize. Essa utilização resultará em uma dada cobertura da intervenção que, uma vez alcançada, produzirá um impacto (resultado populacional) sobre um comportamento ou sobre a saúde.

Para que essas etapas sejam devidamente avaliadas, torna-se imprescindível a escolha de indicadores, o que dependerá das características do próprio programa ou intervenção (BRASIL, 2007).

Donabedian identifica três tipos de indicadores de avaliação: estrutura, processo e resultado. Indicadores de estrutura dizem respeito à área física,

tecnologia apropriada, recursos humanos, medicamentos, acesso a normas de avaliação e manejo de pacientes, entre outros; e identificam as condições sob as quais o cuidado à saúde é oferecido aos usuários (DONABEDIAN, 1984 apud BRASIL, 2007).

Os indicadores de processo indicam o que é realmente oferecido aos usuários no âmbito do cuidado, apontando o que os profissionais fazem, em termos de coleta de história, exame físico, exames complementares, tratamento e acompanhamento. Geralmente, esses indicadores são comparados a padrões previamente estabelecidos, como *guidelines*, protocolos e consensos. Enquanto isso, os indicadores de resultado indicam o quanto o usuário do serviço teve seu problema resolvido após certo período de tempo. A satisfação do paciente e do profissional também são dimensões do resultado.

Os indicadores de processo são tão importantes quanto os de impacto, tendo em vista que determinar como um programa atua e também os resultados na população são de suma relevância. Aliás, as avaliações de impacto não dispensam a coleta de indicadores de processo (oferta, utilização e cobertura) (BRASIL, 2007).

O indicador específico a ser utilizado na avaliação depende das características do próprio programa. A população a que o programa se dirige gera indicadores de cobertura. A natureza do programa, os instrumentos, equipamentos e recursos humanos utilizados, o método de veiculação para a população-alvo, entre outros, fornecem elementos para a formulação de indicadores de oferta. Os registros sobre a implementação do programa são úteis para a construção de indicadores de utilização e oferta. Os objetivos do programa, por sua vez, permitem construir indicadores de impacto (BRASIL, 2007).

Furtado (2006) estabelece os sete passos a serem dados na condução de um processo avaliativo:

1. Identificar os grupos de interesse: incluem a equipe do programa ou serviço, indivíduos, instituições parceiras etc.
2. Definir os propósitos da avaliação: é importante definir as principais motivações que levaram ao desenvolvimento da avaliação.
3. Descrever o programa: os aspectos centrais do programa devem ser descritos, assim como os problemas enfrentados, a população-alvo, as atividades executadas etc.
4. Definir as questões da avaliação: devem ser definidas as perguntas que merecem atenção no processo avaliativo, considerando a pertinência, a capacidade de levantar informações importantes, os recursos e o tempo.
5. Coleta e análise dos dados: uma vez definidas as questões da avaliação, deve-se decidir quais informações são necessárias para respondê-las, além de como e onde essas informações serão obtidas.

5.1. Sistema de Informação

O sistema de informação utilizado pela operadora poderá ter diversas funcionalidades, que serão de suma importância para o monitoramento e acompanhamento das atividades programadas e dos beneficiários inscritos,

podendo, por exemplo:

- Controlar a entrada e a saída de inscritos.
- Identificar a frequência de participação dos inscritos nas atividades do programa.
- Emitir sinais de alerta para a busca ativa de beneficiários faltosos.
- Monitorar os resultados obtidos pelos beneficiários inscritos no decorrer do programa.

A operadora poderá utilizar como sistema de informação: *software* operacional, utilizado para registro de informações assistenciais e administrativas de toda a população para acompanhamento dos beneficiários inscritos no programa; planilha eletrônica, para tabulação dos dados do programa em meio digital, em arquivos do tipo planilhas do Microsoft Excel, Open Office ou compatíveis ou; *software* especificamente desenvolvido, ou módulo do *software* operacional, para o registro e acompanhamento das informações relativas aos Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças.

6. Comunicação dos resultados: é resultante de todo o processo desenvolvido. O relatório deve conter os propósitos da avaliação, as perguntas definidas, os indicadores estabelecidos e a análise dos dados.

7. Utilização dos resultados: as informações devem ser úteis e críveis, de tal forma que os resultados sejam reconhecidos como subsídios para a tomada de decisões.

Nesse sentido, é de extrema relevância estimular a incorporação da avaliação e do monitoramento dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças como prática permanente realizada pelas operadoras de planos de saúde. Tal iniciativa tem por objetivo viabilizar a tomada de decisões e a definição de estratégias de intervenção, bem como caminhar no sentido de qualificar a atenção à saúde no setor suplementar.

4. Links importantes sobre promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças

Associação Brasileira de Alimentação e Nutrição

<http://www.asbran.org.br/>

Agência Nacional de Saúde Suplementar

http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil_operadoras/promocao_prevencao.asp

Associação Brasileira de Promoção da Saúde

<http://www.abps.org.br/>

Biblioteca Virtual em Saúde

<http://saudepublica.bvs.br/html/pt/topic.html>

Canadian Task Force on Preventive Health Care

<http://www.ctfphc.org/>

Carta de Ottawa

<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>

Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CelaFisics)

www.CelaFisics.org.br/

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

<http://www.cdc.gov>

Conferências Internacionais de Promoção da Saúde

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>

Ministério da Saúde

<http://portal.saude.gov.br/saude/>

Ministério da Saúde – Alimentação e Nutrição

<http://nutricao.saude.gov.br/>

Organização Pan-Americana de Saúde

<http://www.opas.org.br/>

Política Nacional de Promoção da Saúde

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_saude_nv.pdf

Public Health Agency of Canada

http://www.phac-aspc.gc.ca/new_e.html

U.S. Preventive Services Task Force

<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>

World Health Organization (WHO)

<http://www.who.int/en/>

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Instrução Normativa Conjunta nº 1 de 30 de dezembro de 2008 da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE e da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO. Dispõe sobre o cadastramento, monitoramento e os investimentos em programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2008. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=1752&tid_original=0>. Acesso em: 16 jul. 2009.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>>. Acesso em: 16 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmen**. Brasília, DF, 2007.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. 1., 1986, Ottawa. **Carta de Ottawa**. Ottawa, 1986.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**-Rio de Janeiro: EDITORA FIOCRUZ, 1997. p. 29-47.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 39-53.

FARINATTI, P. T. V.; FERREIRA, M. S. **Saúde, promoção da saúde e educação física: conceitos, princípios e aplicações**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2006.

FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 715-739.

MÉDICI, A. C. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Org.). **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília, DF: IPEA, 1995.

NAVARRO, J. C. **Evaluación de programas de salud y toma de decisiones**. Washington, DC: OPAS/OMS, 1992. (Material de apoio para la capacitación en gerencia de programas de salud materno infantil y planificación familiar, 3).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial da saúde**. Genebra, 2000.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, N. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 489-503.

PASCHE, D. F.; HENNINGTON, E. A. O Sistema Único de Saúde e a promoção da saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 19-40.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

II. Parâmetros técnicos para a implementação de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar

A implementação de estratégias e Programas para Promoção da Saúde e Prevenção e Controle de Riscos e Doenças é prática no setor suplementar de saúde brasileiro, ainda que, na maioria dos casos, seja realizada de forma fragmentada e desarticulada, não só por iniciativa das operadoras de planos privados de saúde, mas também por seus prestadores de serviço.

A ANS considera como um Programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doença o conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas que objetivam a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações.

Além disso, um programa deve garantir o acompanhamento específico de sua clientela, bem como a avaliação e o monitoramento por meio de indicadores de saúde. Entende-se por indicadores de saúde, parâmetros utilizados, aceitos universalmente, com o objetivo de direcionar o planejamento das ações programáticas, avaliar e monitorar o estado de saúde da população coberta pelo programa em um período definido.

Para a elaboração e a implementação de programas dessa natureza, que se proponham efetivos, é fundamental, como ponto de partida para a tomada de decisão dos temas priorizados, a realização de um diagnóstico do perfil demográfico e epidemiológico da carteira, que pode ser feito por meio de questionários de perfil de saúde e doença, com identificação de fatores de risco.

Outras alternativas podem ser utilizadas como forma de quantificar a população-alvo do programa, como: estabelecimento de uma faixa etária; gênero; presença de agravos ou fatores de risco; pessoas em fases ou situações da vida que requeiram atenção especial ou, ainda, estabelecer, dentro da sua população, uma projeção de risco ou morbidade de acordo com as estimativas de prevalência conhecidas previamente na população geral.

Torna-se relevante frisar a importância da participação das operadoras nesse processo de construção dos parâmetros e da divulgação de exemplos de programas e atividades.

Antes de iniciar o Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, é de suma relevância planejar sua estrutura, com a determinação da população-alvo, das formas de identificação dessa população e das metas de cobertura. Além disso, o sistema de informação participa como um componente fundamental de qualquer programa, por permitir o acompanhamento e o monitoramento das ações desenvolvidas.

Nesse sentido, o roteiro a seguir apresenta os parâmetros e critérios técnicos gerais para o planejamento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, que podem ser utilizados pelas operadoras de planos de saúde que desenvolvem ou pretendem desenvolver programas voltados para quaisquer Áreas de Atenção à Saúde. As ações e estratégias específicas de cada Área de Atenção encontram-se dispostas nos demais capítulos desse Manual Técnico.

Roteiro para o planejamento dos programas

1. Identificar a carteira de beneficiários (dados demográficos e epidemiológicos).
 2. Identificar, a partir dessa análise prévia da identificação da carteira, quais programas devem ser implantados.
 3. Elaborar a JUSTIFICATIVA PARA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA, ou seja, as motivações que levaram à adoção da estratégia.
 4. Estabelecer os OBJETIVOS do programa, ou seja, o que se pretende obter com a adoção da estratégia.
 5. Definir a POPULAÇÃO-ALVO, que significa o número de pessoas que se pretende alcançar com a atividade programada. A definição da população-alvo pode ocorrer de diversas formas, de acordo com os objetivos estabelecidos pelo programa, conforme os exemplos a seguir:
 - Toda a população de beneficiários da operadora, para o caso em que a operadora realize um programa de prevenção, tratamento e controle de fatores de risco e doenças cardiovasculares, voltado para indivíduos doentes e não doentes, com ou sem fatores de risco.
 - Definição de faixa etária específica e/ou grupos e situações especiais para a realização das atividades de prevenção, tratamento e controle, caso a operadora realize programa voltado para indivíduos doentes e não doentes, com ou sem fatores de risco.
 - Definição por tipo de plano, sexo e faixa etária específica.
- 5.1. Formas de identificação da população-alvo:
- Realização de exame físico e exames complementares.
 - Questionário sobre o perfil de saúde/doença e dos fatores de risco.
 - Faixa etária.

- Grupos e situações especiais (gestantes, nutrízes, adolescentes, indivíduos com doenças cardiovasculares etc.).
- Perfil de utilização de internação, consultas e exames.

6. Definir a COBERTURA DO PROGRAMA, ou seja, o número de indivíduos que participam de cada programa em relação à população-alvo. A cobertura deve ser definida de acordo com a população-alvo estabelecida pela operadora, sendo importante definir metas progressivas, periodicamente. Destaca-se que, para a efetividade das ações e obtenção de resultados positivos na saúde dos beneficiários, recomenda-se que os programas alcancem o maior número possível de beneficiários.

7. Estabelecer a FORMA DE CAPTAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO PROGRAMA: especificar como é feito o contato com a população-alvo para alocação nos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Exemplos: diagnóstico epidemiológico; frequência de utilização; exames periódicos de saúde; demanda espontânea, e outros.

8. Estabelecer o LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA: especificar município e/ou bairros e se o programa será desenvolvido em unidade da rede própria ou conveniada.

9. Definir quais ATIVIDADES serão DESENVOLVIDAS/PREVISTAS: informar se realizarão consultas; exames; palestras; grupos operativos, de autoajuda, terapêuticos, e outros; atividades multidisciplinares (atividades físicas e lúdicas), entre outros. Em etapa posterior – referente ao monitoramento dos resultados enviados semestralmente – deverão ser informados: periodicidade da realização das atividades, número e frequência de beneficiários que participam de cada atividade e de mais de uma atividade.

10. Realizar CAPACITAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS

- Os profissionais de saúde que farão parte da equipe do Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Controle de Doenças deverão, obrigatoriamente, receber capacitação específica para uso da tecnologia de cuidado adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas aos beneficiários e seu meio social. É fundamental que a equipe composta para atuação no programa possua formação específica na área, seja capacitada para cuidar de população-alvo em sua integralidade, considerando, no contexto do cuidado, não só as questões biológicas, como também as epidemiológicas.
- É de suma relevância a vigilância à saúde por equipe de saúde multidisciplinar, entendida como a postura ativa que os profissionais de saúde devem assumir, desencadeando ações estratégicas específicas para prevenir doenças e minimizar os danos com o adequado acompanhamento de saúde, programando a captação dos usuários e realização de busca ativa daqueles sem o acompanhamento programado.

11. Definir a PREVISÃO DE TEMPO DE PERMANÊNCIA DO BENEFICIÁRIO NO PROGRAMA: especificar o tempo previsto de permanência do beneficiário no programa.

12. Estabelecer a PERIODICIDADE DE REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES: especificar para cada tipo de atividade.

13. Propor as METAS de cobertura previstas para o programa e os resultados esperados.

14. Definir como será realizada a AVALIAÇÃO do programa.

- A avaliação em saúde tem como objetivo subsidiar a tomada de decisões, por meio da identificação dos problemas e da reorientação de ações e serviços desenvolvidos; avaliar a incorporação de novas práticas assistenciais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas.
- A avaliação deve ser realizada por meio de indicadores capazes de mensurar a efetividade (o resultado esperado está sendo alcançado?) e a eficiência (a ação proposta é melhor nos resultados que outras possibilidades? Os recursos utilizados estão otimizados para o melhor resultado?) dos processos de trabalho em saúde e os resultados obtidos com a implementação das ações. Destaca-se a utilização de medidas que levem em conta a satisfação dos pacientes com os serviços. A avaliação, contudo, não deve ser considerada um fim em si mesma, mas um processo disparador de um movimento de transformação na direção da qualidade desejada. O processo avaliativo gera conhecimentos sobre os problemas, sobre os diversos atores envolvidos nos programas e sobre as realidades que queremos transformar. É importante lembrar que os sistemas que já fornecem informações regulares para a ANS (SIP, SIB, DIOPS e as guias da TISS) são fontes importantes de dados que podem ser aproveitados para o planejamento e avaliação dos programas.
- A operadora deverá especificar o tipo de sistema de informação existente para armazenamento e consolidação dos dados (formulários, *softwares* etc...) e os indicadores de estrutura, processo e resultado utilizados. Os capítulos relacionados a cada Área de Atenção à Saúde trazem exemplos de dados e indicadores que podem ser utilizados pelas operadoras. Deve-se, ainda, especificar a cobertura alcançada (em relação à meta); a periodicidade da avaliação e os resultados encontrados.

15. Discriminar as REFERÊNCIAS utilizadas na elaboração do projeto.

III. Fatores de risco e proteção para doenças

O termo risco refere-se ao grau de probabilidade da ocorrência de um determinado evento (PEREIRA, 1995). Do ponto de vista epidemiológico, o termo é utilizado para definir a probabilidade de que indivíduos saudáveis, mas expostos a determinados fatores, adquiram certa doença. Os fatores que se associam ao aumento do risco de se contrair uma doença são chamados fatores de risco. Contrariamente, há fatores que conferem ao organismo a capacidade de se proteger contra a aquisição de determinada doença, sendo chamados fatores de proteção (Inca, 2007).

É importante ressaltar que o mesmo fator pode ser de risco para várias doenças (por exemplo, o tabagismo, que é fator de risco de diversos cânceres e de doenças cardiovasculares e respiratórias). Além disso, vários fatores de risco podem estar envolvidos na gênese de uma mesma doença, constituindo-se em agentes causais múltiplos. O estudo de fatores de risco, isolados ou combinados, tem permitido estabelecer relações de causa/efeito entre eles e determinadas doenças. Os fatores de risco podem ser encontrados no ambiente físico, serem herdados ou representarem hábitos ou costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural (Inca, 2007).

Fatores de risco comuns e modificáveis estão na base das principais doenças crônicas. Esses fatores de risco explicam a grande maioria dos óbitos causados por doenças crônicas em todas as idades, em ambos os sexos, em todas as partes do mundo. Eles incluem: obesidade, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo (OMS, 2005).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), a cada ano, pelo menos

- 4,9 milhões de pessoas morrem em decorrência do consumo de tabaco;
- 2,6 milhões de pessoas morrem como consequência de estarem acima do peso ou serem obesas;
- 4,4 milhões de pessoas morrem em decorrência de níveis totais de colesterol elevados;
- 7,1 milhões de pessoas morrem por causa de pressão sanguínea elevada.

As DCNT como as cardiovasculares, o câncer, o diabetes, a cirrose hepática, as pulmonares obstrutivas crônicas e os transtornos mentais constituem-se em importantes problemas de saúde pública, cujos fatores de risco podem ser classificados em três grupos: os de caráter hereditário; os ambientais e socioeconômicos e os comportamentais. Dentre os três grupos de fatores de risco, é de suma relevância a atuação sobre os comportamentais, ou seja, sedentarismo, dieta, fumo e álcool, uma vez que são preveníveis (BRASIL, 2001a). Recentemente, esta problemática vem tendo ênfase nos documentos da OMS e das Nações Unidas conclamando todos os países à enfrentá-la de maneira intensiva e articulada. (WHO, 2011; UN, 2011).

Pequenas mudanças nos fatores de risco em indivíduos que estão sob risco moderado podem ter um enorme impacto em termos de morte e incapacidade. Por meio da prevenção de doenças em grandes populações, pequenas reduções na pressão arterial e no nível de colesterol sanguíneo poderiam alcançar a redução de custos na saúde. Caso esses fatores de risco fossem eliminados por meio de mudanças no estilo de vida, pelo menos 80% de todas as doenças do coração, dos derrames e dos diabetes do tipo 2 poderiam ser evitados. Além disso, mais de 40% dos cânceres poderiam ser prevenidos (OMS, 2005).

As DCNT são o resultado de “estilos de vida” não-saudáveis. Acredita-se que os indivíduos desenvolvem uma DCNT em consequência de um “estilo de vida” desregrado; no entanto, a responsabilidade individual só pode ter efeito total em situações nas quais os indivíduos tenham acesso igual a uma vida saudável, e recebam apoio para tomar decisões saudáveis (OMS, 2005). É imprescindível levar em consideração a influência da globalização, da industrialização e da mídia na mudança dos padrões de consumo, assim como o fato de a mulher ter ingressado no mercado de trabalho.

Nesse sentido, torna-se importante sensibilizar as operadoras de planos de saúde, os prestadores de serviço e os beneficiários para a importância da promoção da alimentação saudável, da atividade física e da redução de fumo e álcool, como fatores predominantes de proteção à saúde e como temas imprescindíveis a serem abordados nos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, independentemente da área de atenção à saúde para a qual a operadora direcione os seus programas.

1. Fatores de proteção: alimentação saudável, atividade física e saúde

A abordagem relacionada à adoção de uma alimentação saudável e à prática de atividade física torna-se imprescindível, tendo em vista que as evidências científicas demonstram que fatores ligados à alimentação e à inatividade física estão envolvidos com o desenvolvimento de diversas doenças.

O consumo elevado de gorduras saturadas e colesterol dietético aumenta o risco de doença coronariana, isquemia e outras doenças cardiovasculares. O alto consumo de gorduras totais e saturadas também está associado ao aumento no risco de alguns tipos de câncer, como os de intestino, reto, mama, endométrio e próstata (WORLD CANCER RESEARCH FUND; AMERICAN

INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH apud BRASIL, 2004).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o consumo insuficiente de frutas e hortaliças (consumo per capita diário inferior a 400 gramas ou, aproximadamente, cinco porções diárias de frutas e hortaliças) é responsável por 2,7 milhões de mortes e por 31% das doenças isquêmicas do coração, 11% das doenças cerebrovasculares e 19% dos cânceres gastrointestinais ocorridos em todo o mundo, anualmente. Ainda segundo a OMS, as dislipidemias, causadas majoritariamente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal, determinam anualmente 4,4 milhões de mortes, sendo responsáveis por 18% das doenças cerebrovasculares e 56% das doenças isquêmicas do coração.

As estimativas globais da OMS indicam, ainda, que a inatividade física é responsável por quase dois milhões de mortes, por 22% dos casos de doença isquêmica do coração e por 10% a 16% dos casos de diabetes e de cânceres de mama, cólon e reto (WHO, 2002).

Conhecer a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção na população brasileira é fundamental para o planejamento e a avaliação de políticas públicas de saúde. Dessa forma, o Ministério da Saúde implantou a pesquisa Vigitel (Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas) em 2006, realizada em 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, para fins de monitoramento dos principais fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis.

Em 2009, foram publicados os primeiros resultados específicos sobre a população beneficiária de planos de saúde, o que viabilizará o conhecimento dos fatores de risco e proteção para as DCNT nesse grupo populacional.

A pesquisa “Vigitel Brasil 2008” identificou que a frequência de adultos que consomem frutas, verduras e legumes em cinco ou mais dias da semana foi de 36,5% entre as mulheres e de 25,7% entre os homens. A maior frequência de consumo foi identificada em Florianópolis (41,6%) e o menor em Belém (19,5%) (BRASIL, 2009a). Entre os indivíduos que possuem planos de saúde, a frequência de consumo de frutas, verduras e legumes em cinco ou mais dias da semana variou entre 19,8% em Belém e 48,0% em Florianópolis, tendo sido de 42,0% entre as mulheres e de 29,4% entre os homens (BRASIL, 2009b).

O consumo de carnes com excesso de gordura (carne vermelha gordurosa ou frango com pele sem a remoção da gordura visível desses alimentos), por sua vez, foi mais frequente em homens (44,0%) do que em mulheres (25,1%). No que se refere às cidades estudadas, a frequência de consumo variou entre 25,4% em Salvador e 48,8% em Campo Grande (BRASIL, 2009a). A frequência de consumo entre os beneficiários de planos de saúde também foi bem mais frequente em homens (41,2%) do que em mulheres (22,5%), e variou entre 17,7% em Salvador e 47,4% em Cuiabá (BRASIL, 2009b).

No que se refere à prática de atividade física, a pesquisa demonstrou que a frequência de adultos que praticam atividade física suficiente no lazer variou entre 12,1% em São Paulo e 21,5% em Palmas. Em todas as cidades, mais homens do que mulheres praticam atividade física suficiente no lazer. No conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas, a frequência da atividade física suficiente no lazer foi de 16,4%, sendo maior no sexo masculino

(20,6%) do que no sexo feminino (12,8%) (BRASIL, 2009a).

Os resultados do ‘Vigitel Saúde Suplementar 2008’ mostram que a frequência de adultos beneficiários de planos de saúde que praticam atividade física suficiente no tempo livre variou entre 11,9% em Maceió e 31,3% em Boa Vista, tendo sido mais frequente no sexo masculino (20,0%) do que no sexo feminino (13,4%). Entre os homens, a frequência foi maior na faixa etária entre 18 e 24 anos (31,2%) e, entre as mulheres, não houve diferença entre as faixas etárias (BRASIL, 2009b).

Vale ressaltar que a pesquisa em questão considerou como adulto ativo no tempo livre, aquele que pratica atividades de intensidade leve ou moderada, como caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo voleibol, entre outros, por pelo menos 30 minutos diários em 5 ou mais dias da semana; ou atividades de intensidade vigorosa, como corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol, tênis, entre outros, por pelo menos 20 minutos diários em 3 ou mais dias da semana.

1.1. Promoção da alimentação saudável

A promoção de práticas alimentares saudáveis está inserida no contexto da adoção de estilos de vida saudáveis, sendo importante para a promoção da saúde. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) integra a Política Nacional de Saúde no Brasil e tem como diretrizes, entre outras, a promoção de práticas alimentares saudáveis, a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição e o monitoramento da situação alimentar e nutricional (BRASIL, 2003c).

De acordo com o Ministério da Saúde, devem ser adotadas as seguintes recomendações no que diz respeito à promoção da alimentação saudável (BRASIL, 2006a):

- **SAL** - Restringir a 5 gramas de cloreto de sódio (1 colher de chá) por dia. Reduzir sal e temperos prontos na cozinha, evitar comidas industrializadas e lanches rápidos. Consumir sal iodado.
- **AÇÚCAR** - Limitar a ingestão de açúcar simples; refrigerantes e sucos artificiais, doces e guloseimas em geral.
- **GORDURA** - Reduzir o consumo de carnes gordurosas, embutidos, leite e derivados integrais / Preferir óleos vegetais como soja, canola, girassol, oliva (1 colher de sopa por dia) / Retirar a gordura aparente de carnes, pele de frango e couro de peixe antes do preparo.
- **FIBRAS** – O consumo de alimentos ricos em fibras pode reduzir o risco de desenvolvimento de várias doenças, como diverticulite, câncer de cólon e hiperlipidemias. As principais fontes de fibras são os alimentos vegetais como grãos, tubérculos, raízes, frutas, legumes, verduras e leguminosas.

- PEIXE - Incentivar o consumo.
- ÁLCOOL - Evitar a ingestão excessiva de álcool / Homens: no máximo 2 doses de bebida alcoólica por dia / Mulheres: no máximo 1 dose de bebida alcoólica por dia (1 dose corresponde a 1 lata de cerveja/350ml OU a 1 cálice de vinho tinto/150ml OU a 1 dose de bebida destilada/40ml).

Pressupõe-se que nenhum alimento específico ou grupo deles isoladamente seja suficiente para fornecer todos os nutrientes necessários a uma boa nutrição. Segundo os princípios da alimentação saudável, todos os grupos de alimentos devem compor os hábitos alimentares; portanto, uma alimentação adequada deve fornecer água, carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, fibras e minerais (BRASIL, 2006b).

1.2. Atividade física

Com o avanço da tecnologia, os indivíduos passaram a adotar modos de vida mais sedentários, tornando-se mais inativos fisicamente. Estudos epidemiológicos demonstram expressiva associação entre estilo de vida ativo, menor possibilidade de morte e melhor qualidade de vida. A atividade física e o exercício previnem efetivamente a ocorrência de eventos cardíacos, reduzem a incidência de acidente vascular cerebral, hipertensão, diabetes mellitus do tipo 2, cânceres de cólon e mama, fraturas osteoporóticas, doença vesicular, obesidade, depressão e ansiedade, além de retardarem a mortalidade (ACSM, 2007).

Por definição, atividade física é qualquer movimento corporalmente produzido pela musculatura esquelética que resulte em gasto energético (CASPERSEN et al, 1985). Trata-se de um comportamento humano caracterizado por determinantes de ordem biológica e cultural, igualmente significativos nas escolhas e nos benefícios derivados desse comportamento (NAHAS, 2006). Por sua vez, o exercício físico é um tipo de atividade física, definido como o movimento corporal planejado, estruturado e repetitivo realizado com o intuito de melhorar ou manter um ou mais componentes da aptidão física. (ACSM, 2007).

Considerando a alta prevalência do sedentarismo aliada ao significativo risco referente às doenças crônico-degenerativas, o aumento da atividade física de uma população influencia na qualidade da saúde da coletividade, minimizando custos com tratamentos, inclusive hospitalares, o que reflete seus consideráveis benefícios sociais (CARVALHO et al, 1996).

Pesquisas têm comprovado que os indivíduos fisicamente aptos e/ou treinados tendem a apresentar menor incidência da maioria das doenças crônico-degenerativas, consequência dos benefícios fisiológicos e psicológicos decorrentes da prática regular da atividade física (CARVALHO et al, 1996). Além disso, vários estudos mostram que indivíduos que passam de um estilo de vida sedentário para um comportamento fisicamente ativo, ou que deixam de ser fisicamente inaptos para serem fisicamente aptos, experimentam taxas mais baixas de doença e mortalidade prematura, em comparação com aqueles que continuam sendo sedentários ou inaptos (ACSM, 2007).

No que concerne à prática de atividade física, estudo de Haskell et al (2007) demonstrou que indivíduos saudáveis entre 18 e 65 anos devem realizar, pelo menos, 30 minutos diários de atividade física de intensidade moderada em

cinco ou mais dias da semana, pelo menos 20 minutos diários de atividade física de intensidade vigorosa em três dias da semana, com o objetivo de prevenir ou manter a saúde.

Quanto ao controle de peso, a prática de atividade física é um fator determinante para o gasto de energia e do equilíbrio energético. Alguns estudos mostram que a prática regular de atividade física aliada à dieta hipocalórica pode promover maior redução no peso corporal do que apenas a restrição alimentar de forma isolada, além de aumentar a perda de gordura, preservar a massa magra e diminuir o depósito de gordura visceral (MATSUDO, 1999 apud BRASIL, 2006c). Embora Trombetta et al, 2003, não tenham observado maior redução no peso corporal no grupo de mulheres obesas submetidas ao exercício físico associado à dieta hipocalórica, esse grupo preservou a perda de massa magra quando comparado ao grupo submetido somente à dieta hipocalórica. Esse estudo claramente enfatiza que o exercício físico é benéfico para manter a massa magra em mulheres obesas submetidas à dieta hipocalórica.

A recomendação de prática de atividade física deve considerar os interesses individuais, as necessidades de saúde e estado clínico do indivíduo ou da população-alvo. Os benefícios de saúde advindos da prática regular de atividade física serão diretamente influenciados pela quantidade e intensidade com que é praticada.

Vários documentos e estudos citam os benefícios da atividade física para a saúde. Esses benefícios incluem (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2006c):

- Conhecimento, percepção, limites e potencialidades do seu próprio corpo;
- Aumento da capacidade intelectual;
- Melhoria da capacidade cardiovascular e respiratória;
- Aumento do metabolismo em repouso;
- Redução dos fatores de risco para doença das artérias coronárias;
- Redução da gordura corporal e ajuste da 'regulação cerebral' do peso corporal para níveis mais baixos;
- Diminuição da massa gorda e manutenção ou aumento da massa muscular;
- Redução no risco de desenvolver diabetes, hipertensão, câncer de cólon e de mama;
- Diminuição de incidentes mortais provocados por doença cardiovascular;
- Prevenção da osteoporose / Ossos e articulações mais saudáveis;
- Aumento da força muscular;

- Aumento da resistência de tendões e ligamentos;
- Melhoria do sistema imunológico;
- Melhoria do processo inflamatório crônico das DCNT;
- Correlações favoráveis com redução do tabagismo e do consumo de álcool e drogas;
- Melhoria do nível de saúde mental, com diminuição da depressão, ansiedade e alívio do estresse;
- Aumento do bem-estar e da autoestima.

A seguir estão listados alguns benefícios da atividade física para os grupos específicos:

Crianças e adolescentes

- Ajuda a criança/o adolescente a adotar um estilo de vida ativo na idade adulta;
- Auxilia a proteção da saúde óssea na idade adulta;
- Reduz os sintomas de ansiedade;
- Reduz o estresse;
- Aumenta a autoestima;
- Melhora o desempenho acadêmico;
- Ajuda no tratamento da asma (caso da natação);
- Ajuda a melhorar a função pulmonar em crianças com fibrose cística;
- Ajuda a controlar a pressão arterial entre crianças e adolescentes hipertensos.

Adultos

- Melhora o perfil lipídico, a pressão arterial em hipertensos, a tolerância à glicose e a ação da insulina;
- Aumenta a longevidade (tempo de vida);
- Reduz o risco de desenvolver doenças cardiovasculares, DM e câncer;
- Auxilia o controle do peso corporal;

- Auxilia o desenvolvimento e a manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis;
- Ajuda a reduzir os sintomas da depressão e ansiedade;
- Aumenta a autoestima;
- Reduz o risco de mortes por doenças cardíacas;
- Reduz o risco de acidente vascular cerebral;
- Ajuda a reduzir os custos com menos hospitalizações, visitas médicas e medicamentos.

Pessoas idosas

- Reduz as quedas e possíveis lesões;
- Ajuda no tratamento de dores nas costas;
- Auxilia o tratamento da osteoporose;
- Auxilia o tratamento da osteoartrite;
- Auxilia o tratamento da claudicação;
- Auxilia o tratamento de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC);
- Auxilia o tratamento de demências;
- Auxilia a prevenção e o tratamento da constipação;
- Melhora a qualidade do sono;
- Contribui para o controle do colesterol;
- Ajuda no tratamento da hipertensão;
- Ajuda a reduzir os sintomas da depressão e ansiedade.
- Melhora o funcionamento corporal e a preservação da independência de idosos.

Informações específicas a respeito da abordagem da alimentação saudável e da prática de atividade física nos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças podem ser encontradas nos capítulos relacionados às Áreas de Atenção à Saúde.

1.3. Estratégia global para alimentação saudável, atividade física e saúde

A OMS e seus membros associados, no contexto da promoção da alimentação saudável, aprovaram, em sua 57ª. Assembléia Mundial de Saúde, a Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde com os seguintes objetivos principais (OMS, 2004):

- Reduzir os fatores de risco de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) por meio da ação em promoção da saúde e medidas preventivas;
- Aumentar a atenção e o conhecimento sobre alimentação saudável e atividade física;
- Fomentar o desenvolvimento, o fortalecimento e a implementação de políticas e planos de ação em nível mundial, nacional e comunitário que sejam sustentáveis, incluindo a sociedade civil, o setor privado e a mídia;
- Monitorar dados científicos e fortalecer os recursos humanos necessários para qualificar e manter a saúde.

As recomendações específicas sobre alimentação, presentes no documento da Estratégia Global são (OMS, 2004):

- Manter o equilíbrio energético e o peso saudável;
- Limitar a ingestão energética procedente de gorduras; substituir as gorduras saturadas por insaturadas e eliminar as gorduras trans (hidrogenadas);
- Aumentar o consumo de frutas, legumes, verduras, cereais integrais e leguminosas (feijões);
- Limitar a ingestão de açúcar livre;
- Limitar a ingestão de sal (sódio) de qualquer procedência e consumir sal iodado.

Para a concretização do plano, a OMS sugere a elaboração de planos e políticas nacionais. Nesse contexto, inúmeros programas foram criados, como estratégias mundiais para a melhoria dos fatores de risco cardiovasculares na população, que recomendam o uso de verduras, legumes e frutas diariamente na população. Como uma das ações estratégicas originadas, foi criada o Programa “Cinco ao Dia”, em diversas partes do mundo, a fim de contribuir para a prevenção de doenças crônicas associadas à alimentação (OMS/OPAS, 2004).

O Programa “Cinco ao Dia” ressalta que o risco de adoecimento por DCNT diminui com o consumo de, no mínimo, cinco porções diárias (cerca de 500g no total) de frutas ou verduras ou legumes, combinados de forma variada, e que a proteção é maior quanto maior for o consumo desses alimentos.

Uma (1) porção de 100g de frutas ou verduras ou legumes equivale a:

- 1 porção de fruta = 1 unidade de banana ou maçã ou laranja
- 1 porção de legumes cozidos = 4 colheres de sopa

No que se refere à atividade física, a Estratégia Global da OMS recomenda que os indivíduos adotem níveis adequados de atividade física durante toda a vida. Nesse contexto, recomenda-se pelo menos 30 minutos de atividade física, regular, intensa ou moderada, na maioria dos dias da semana, senão em todos, a fim de prevenir as doenças cardiovasculares e o DM, além de melhorar o estado funcional nas diferentes fases da vida, principalmente nas fases adulta e idosa (OMS, 2004).

Torna-se imprescindível ressaltar que a proposta da Estratégia Global pressupõe que, para modificar os padrões de alimentação e de atividade física da população, são necessárias estratégias eficazes acompanhadas de um processo contínuo de monitoramento e avaliação das ações planejadas.

2. Fatores de risco

2.1. Sobrepeso e obesidade

A prevalência de sobrepeso e obesidade é considerada um importante problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. Em 2002, estimativas da OMS apontavam para a existência de mais de um bilhão de adultos com excesso de peso, sendo 300 milhões considerados obesos. Atualmente, estima-se que mais de 115 milhões de pessoas sofram de problemas relacionados com a obesidade nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2004).

Estima-se que os custos diretos da obesidade contribuíram com 6,8% (ou US\$ 70 bilhões) e o sedentarismo, com US\$ 24 bilhões do total dos custos na assistência à saúde, respectivamente, nos EUA em 1995 (WHO, 2002). Embora os custos diretos em outros países industrializados sejam menores, eles consomem uma grande proporção do orçamento nacional da saúde. Os custos intangíveis dessa doença envolvem dias perdidos de trabalho, mortalidade prematura e baixa qualidade de vida.

A América Latina, inclusive o Brasil, nos últimos 20 anos, apresentou uma rápida transição epidemiológica e nutricional marcada pelo aumento da prevalência da obesidade nos diversos estratos da população nas diversas classes econômicas e praticamente em todas as faixas etárias (MONTEIRO et al, 2000). É importante ressaltar que, com o processo de transição epidemiológica, a obesidade na população brasileira está se tornando mais frequente do que a desnutrição infantil (BRASIL, 2003c).

A pesquisa “Vigitel Brasil 2008”, que avaliou os fatores de risco e proteção para DCNT nas capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, mostrou que a maior frequência de adultos com excesso de peso foi encontrada em Porto Alegre (49,0%) e a menor em Teresina (36,6%). A frequência média do excesso de peso foi de 43,3%, sendo maior entre homens (47,3%) do que entre mulheres (39,5%). Em ambos os sexos, a frequência aumentou com a idade, declinando apenas a partir dos 65 anos. No que se refere à obesidade, a frequência de adultos obesos variou entre 9,5% em São Luis e 15,9% em Porto Alegre. No

conjunto da população adulta das cidades estudadas, a frequência de adultos obesos foi de 13%, sendo 12,4% entre homens e 13,6% entre mulheres. Entre os homens, a frequência da obesidade aumenta mais de três vezes entre 18-24 e 45-54 anos, declinando nas faixas etárias subsequentes, enquanto nas mulheres, a frequência da obesidade aumenta mais de seis vezes entre 18-24 e 55-64 anos e declina apenas a partir dos 65 anos. Comparando a frequência de obesidade de acordo com o estrato de escolaridade, a frequência de obesos no sexo masculino é semelhante (em torno de 12-13%). Entre as mulheres, observou-se que a relação entre frequência de obesidade e escolaridade é fortemente inversa, pois 18% das mulheres são obesas no estrato de menor escolaridade e 8,5% são obesas no estrato de maior escolaridade (BRASIL, 2009a).

Os resultados do “Vigitel Saúde Suplementar 2008” indicaram que a maior frequência de adultos beneficiários de planos de saúde com excesso de peso foi encontrada em Rio Branco (60,3%) e a menor em Maceió (32,9%). A frequência de excesso de peso no conjunto de beneficiários foi maior em homens (52,5%) do que em mulheres (41,7%). A frequência de obesidade entre beneficiários de planos de saúde, por sua vez, variou entre 8,1% em Palmas e 28,8% em Rio Branco. Entre homens e mulheres, as frequências encontradas foram de 14,7% e 13,5%, respectivamente, com aumento da frequência nas faixas etárias até 54 anos em ambos os sexos (BRASIL, 2009b). Relatório da OMS(2011) aponta que na população brasileira estima-se que 51,7% apresenta sobrepeso, 18,8 % obesidade e 42,8% de colesterol aumentado.

A obesidade é uma doença crônica que envolve fatores sociais, comportamentais, ambientais, culturais, psicológicos, metabólicos e genéticos. Caracteriza-se pelo acúmulo de gordura corporal resultante do excesso de consumo de calorias e/ou inatividade física (WHO, 1995; BRASIL, 2004). O balanço energético positivo é o determinante mais imediato do acúmulo excessivo de gordura e acontece quando a quantidade de energia consumida é maior do que a quantidade de energia gasta na realização das funções vitais e de atividades em geral. Os fatores que levam um indivíduo ao balanço energético positivo variam de pessoa para pessoa (BRASIL, 2006b).

Embora os fatores genéticos colaborem para a ocorrência da obesidade, estima-se que somente pequena parcela dos casos na atualidade sejam atribuídos a esses fatores (WHO, 1998 apud BRASIL, 2006b). Acredita-se que fatores genéticos estejam relacionados à eficiência no aproveitamento, armazenamento e mobilização dos nutrientes ingeridos; ao gasto energético, em especial à Taxa Metabólica Basal (TMB); ao controle do apetite e ao comportamento alimentar (FRANCISCHI et al, 2000; SICHIERI, 1998 apud BRASIL, 2006b).

Algumas desordens endócrinas também podem levar à obesidade, como por exemplo o hipotireoidismo e problemas no hipotálamo, mas essas causas representam menos de 1% dos casos de excesso de peso (FRANCISCHI et al, 2000 apud BRASIL, 2006b).

O sobrepeso e a obesidade também estão associados a distúrbios psicológicos, incluindo depressão, distúrbios alimentares, imagem corporal distorcida e baixa autoestima. As prevalências de ansiedade e depressão são de três a quatro vezes mais altas entre indivíduos obesos. Além disso, indivíduos obesos também sofrem discriminação social (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY; DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES apud BRASIL, 2004).

A despeito dos fatores genéticos, das desordens endócrinas e dos distúrbios

psicológicos, cabe destacar a importância dos fatores ambientais e do estilo de vida, tais como hábitos alimentares inadequados e sedentarismo, na determinação do balanço energético positivo, favorecendo o surgimento da obesidade.

O aumento da industrialização e da urbanização está associado a mudanças nutricionais e comportamentais, ou seja, os indivíduos passaram a adotar uma alimentação com alta densidade calórica, rica em gordura saturada, sódio e em açúcares simples, pobre em fibras e micronutrientes e, além disso, são mais sedentários.

O diagnóstico de obesidade em adultos é feito a partir do IMC, que é obtido a partir da divisão do peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros (kg/m^2). Valores entre 25,0 e 29,9 kg/m^2 caracterizam sobrepeso. A obesidade é definida como um IMC igual ou superior a 30,0 kg/m^2 , podendo ser subdividida em termos de severidade. Dessa forma, IMC entre 30-34,9 kg/m^2 denomina-se obesidade I, entre 35-39,9 kg/m^2 denomina-se obesidade II e maior que 40 kg/m^2 denomina-se obesidade III (WHO, 1998; BRASIL, 2006b).

Classificação do índice de massa corporal (IMC)

Classificação	IMC (kg/m^2)
Baixo Peso	< 18,5
Peso Adequado	18,5 - 24,9
Sobrepeso	> 25,0
Pré-obeso	25,0 - 29,9
Obesidade Grau I	30,0 - 34,9
Obesidade Grau II	35,0 - 39,9
Obesidade Grau III	> 40,0

Fonte WHO, 2002

Entre as limitações do uso do IMC está o fato de que esse indicador pode superestimar a gordura em pessoas muito musculosas e subestimar a gordura corporal de pessoas que perderam massa muscular, como no caso de idosos. Nesse caso, conforme preconizado pelo MS, considera-se como ponto de corte para sobrepeso em idosos (> 60 anos) o IMC maior que 27 kg/m^2 (BRASIL, 2004 apud BRASIL, 2006b).

O diagnóstico de sobrepeso pode ser associado à avaliação de outros indicadores, como a Circunferência Abdominal (CA) ou de Cintura. A CA deve ser um dado antropométrico utilizado como referência para risco cardiovascular a ser registrado na história clínica de cada paciente. É uma medida relacionada à gordura intra-abdominal, ou seja, demonstra obesidades centrais, sendo utilizada para verificar a presença de risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. O aumento do risco é verificado em homens com CA > 102 cm e em mulheres com CA > 88 cm (BRASIL, 2006a).

Outra maneira de diagnosticar o sobrepeso e a obesidade é a realização da avaliação da composição corporal. Dentre os diversos métodos para efetuar tal avaliação, os métodos duplamente indiretos que utilizam as dobras cutâneas e os que utilizam a bioimpedância elétrica têm se demonstrado viáveis (FERNANDES, 2003, MARINS; GIACHINNI, 2003).

Classificação de riscos à saúde em função do percentual de gordura segundo Lohman

Homens	Fator	Mulheres
< 5%	Risco de doenças e desordens associadas à desnutrição	< 8%
6-14%	Abaixo da média	9-22%
15%	Média	23%
16-24%	Acima da média	24-31%
> 25%	Risco de doenças e desordens associadas à obesidade	>32%

A obesidade é um dos fatores de risco mais importantes para outras doenças não transmissíveis, principalmente para as cardiovasculares e o DM. Observou-se que o diabetes mellitus e a hipertensão ocorrem 2,9 vezes mais frequentemente em indivíduos obesos do que naqueles com peso adequado e, além disso, alguns autores consideram que um indivíduo obeso tem 1,5 vezes mais propensão a apresentar níveis sanguíneos elevados de triglicerídeos e colesterol (WAITZBERG, 2000 apud BRASIL, 2006b).

O excesso de peso é também um fator de risco para outros problemas de saúde, tendo relação com o desenvolvimento de litíase biliar, de osteoartrite e de alguns tipos de câncer, como o de cólon, de reto, de próstata, de mama, de ovário e de endométrio (FEDERACIÓN LATIIONAMERICANA DE SOCIEDADES OBESIDAD, 1998; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995 apud BRASIL, 2006b). Além disso, a obesidade é um fator de risco para apnéia do sono, refluxo esofagofaríngeo e hérnia de hiato (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995 apud BRASIL, 2006b).

A redução de peso reduz o risco cardiovascular e a incidência de DM. O tratamento da obesidade a curto e médio prazo reduz os níveis de glicemia, pressão arterial e melhora o perfil lipídico (BRASIL, 2006a).

Os padrões comportamentais mais observados em indivíduos obesos a serem abordados são:

- Comer grandes porções de alimentos;
- Preferir alimentos de alta densidade calórica, ricos em gordura saturada, açúcares simples e sódio;
- Ingerir pouca quantidade de alimentos ricos em fibras;
- “Beliscar” alimentos a toda hora;
- Ingerir grandes quantidades de doces;
- Ingerir alimentos compulsivamente ou comer exaustivamente em situações de estresse emocional;
- Manter-se em absoluta inatividade física.

O tratamento inicial do indivíduo obeso ou pré-obeso visa promover perdas de 5 a 10% do peso inicial em até seis meses de tratamento, com manutenção do novo peso em longo prazo. Espera-se uma perda média de peso de 0,5 a 1 kg/semana (BRASIL, 2006a).

Além da alimentação e da atividade física, programas voltados ao controle e à redução da obesidade devem envolver uma abordagem comportamental, enfocando questões como: motivação, condições para adesão e manutenção do tratamento; apoio familiar; tentativas anteriores, insucessos e obstáculos para as mudanças no estilo de vida.

O estado nutricional tem uma dimensão biológica referente à relação entre o consumo alimentar e a utilização do alimento, sendo influenciado pelo estado de saúde, mas também tem uma dimensão psicossocial referente às condições de vida, trabalho e renda, acesso a bens e serviços básicos, estrutura e relações intrafamiliares, fatores psicológicos e culturais. Portanto, o estado nutricional traduz um processo dinâmico de relações entre fatores de ordem biológica, psíquica e social (BURLANDY, 2004 apud BRASIL, 2006b).

No que tange às mudanças nos hábitos de vida, a responsabilidade do profissional de saúde não deve se traduzir em um processo de normatização nem de culpabilização dos indivíduos (GARCIA, 1992; RITO, 2004 apud BRASIL, 2006b). Dessa forma, o profissional de saúde deve objetivar a integralidade do ser humano durante a intervenção e abordar questões sociais, psicológicas, genéticas, clínicas e alimentares implicadas no sobrepeso e na obesidade, tanto em indivíduos quanto em coletividades (BURLANDY, 2004 apud BRASIL, 2006b).

2.2. Inatividade física

A inatividade física é responsável por quase dois milhões de mortes, por 22% dos casos de doença isquêmica do coração e por 10% a 16% dos casos de diabetes e de cânceres de mama, cólon e reto (WHO, 2002).

A inatividade física não representa apenas um risco de desenvolvimento de doenças crônicas, mas também acarreta um custo econômico para o indivíduo, para a família e para a sociedade. Segundo dados do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), só nos Estados Unidos, em 2000, o sedentarismo foi responsável pelo gasto de 76 bilhões de dólares com custos médicos, mostrando assim que seu combate merece prioridade na agenda de saúde pública (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION apud BRASIL, 2004).

Há uma tendência crescente de que as pessoas se tornem mais inativas fisicamente, tendo em vista que os avanços tecnológicos produzem ocupações, profissões e modos de vida mais sedentários. Além disso, atividades de recreação ou lúdicas mais ativas vêm sendo substituídas por atividades de lazer mais sedentárias, como assistir TV ou usar computadores e jogos eletrônicos (BRASIL, 2006c).

A pesquisa “Vigitel Brasil 2008” atribui a condição de (completa) inatividade física aos indivíduos que informam que: 1) não praticaram qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses; 2) não realizavam esforços físicos intensos no trabalho (não andavam muito, não carregavam peso e não faziam outras atividades equivalentes em termos de esforço físico); 3) não se deslocavam para o trabalho a pé ou de bicicleta; e 4) não eram responsáveis

pela limpeza pesada de suas casas. Nesses termos, a frequência de adultos na condição de completa inatividade física foi elevada em todas as cidades estudadas, variando entre 18,7% em Palmas e 32,3% em Natal, tendo sido mais frequente em homens (29,5%) do que em mulheres (23,5%) (BRASIL, 2009a).

Ainda segundo a pesquisa Vigitel, a frequência de inatividade física entre adultos beneficiários de planos de saúde foi elevada em todas as cidades estudadas, variando entre 19,3% em Palmas e 44,0% em Aracaju. Observou-se que a frequência foi semelhante em homens (31,7%) e mulheres (27,9%), tendo sido maior nas faixas etárias de 65 anos ou mais de idade (53,8% para homens e 57,3% para mulheres) (BRASIL, 2009b).

No que se refere às recomendações para prática de atividade física em adultos e idosos, em 1995, foram publicadas recomendações para adultos pelo Centro de Controle de Prevenção de Doenças Americano (CDC) e o ACSM, os quais deviam acumular 30 minutos ou mais de atividade física de intensidade moderada na maioria ou em todos os dias da semana. Em 2007, essas recomendações foram atualizadas e publicadas pelo American College of Sports Medicine (ACSM) em conjunto com a American Heart Association (AHA), e encontram-se dispostas nos quadros a seguir (ACSM, 2007; HASKELL et al, 2007; NELSON et al, 2007):

Recomendações da ACSM e AHA para adultos saudáveis com menos de 65 anos

Realizar 30 minutos de atividade física moderada 5 dias por semana

OU

Realizar 20 min de exercícios vigorosos 3 dias por semana

E

Realizar 8 a 10 exercícios de treinamento de força, com 8 a 12 repetições para cada exercício, duas vezes por semana

Recomendações da ACSM e AHA para adultos saudáveis com 65 anos ou mais (ou adultos com idade entre 50 a 64 anos portadores de condições crônicas, como artrite)

Realizar 30 minutos de atividade física moderada 5 dias por semana

OU

Realizar 20 min de exercícios vigorosos 3 dias por semana

E

Realizar 8 a 10 exercícios de treinamento de força, com 10 a 15 repetições para cada exercício, duas a três vezes por semana

E

Se o indivíduo estiver sob risco de queda, realizar exercícios de equilíbrio

E

Ter um plano de atividade física

O Quadro a seguir exemplifica os tipos de atividades leve, moderada e vigorosa que podem ser realizados para o alcance das metas relacionadas à prática de atividade física.

Exemplos de atividades leve, moderada e vigorosa

Leve	Moderada	Vigorosa
Caminhada Caminhada em torno da casa, escritório ou loja.	Caminhada Caminhada a um ritmo muito vigoroso.	Caminhada Caminhada muito, muito vigorosa Caminhada/em montanha ritmo moderado com subida com bagagem leve (4,5 kg) Caminhada/em montanha íngreme e bagagem 4,5-19 kg Corridas
Atividades cotidianas e Laborais (ocupacionais) Sentado – utilizando o computador para trabalho e utilizando objetos leves. Em pé executando trabalho leve como fazer uma cama, lavar pratos, passar roupas e preparar comida. Vender em balcão.	Limpeza Pesada Lavar janelas, carro, limpar garagem. Varrer chão ou carpete, aspirar pó, passar pano no chão. Carpintaria geral. Carregar e cortar madeira. Cerrar com serra elétrica, caminhando e aparando grama	Atividades cotidianas e Laborais (ocupacionais) Pegar areia, carvão etc. com a pá. Carregar material pesado, como tijolos. Trabalho de fazenda, como puxar, juntar feno. Carregar e cortar madeira. Cavar córregos e valas
Lazer e Esportes Artesanato, jogar cartas. Sinuca Velejar em barco a motor. Dardo. Pescar sentado. Tocar a maioria dos instrumentos.	Lazer e Esportes Basquete- Arremessos. Ciclismo no plano-esforço leve. Dançar- dança de salão lento, dança de salão rápido. Pescar dentro do rio andando. Golfe-caminhando. Velejar, <i>Wind surf</i> . Natação recreativa. Tênis de mesa. Voleibol- recreação	Lazer e Esportes Basquete-jogo. Ciclismo no plano- esforço moderado ou vigoroso. Futebol-recreação ou competição. Natação- moderado/vigoroso. Tênis simples. Voleibol-competição ou vôlei de praia

Fonte: Adaptado de HASKELL et al, 2007.

Estratégias de intervenção com objetivo de aumentar a oportunidade de acesso de adultos à prática regular de atividades físicas (equipamentos públicos, orientação, transporte etc) deveriam ser, portanto, estimuladas. A responsabilidade pelo comportamento sedentário não deve ser entendida apenas na esfera individual. Antes, constitui responsabilidade coletiva. É preciso

incrementar as condições do ambiente físico e social para que se favoreça a decisão de ser fisicamente ativo. Imaginar que programas de orientação voltados apenas para os indivíduos, na esperança que incorporem a prática de atividades físicas no seu cotidiano apenas porque lhes foi informado que seria algo importante para a saúde, constitui uma estratégia sem sucesso. As atividades físicas devem ser revestidas de valor, tornam-se hábitos quando os indivíduos sentem-se motivados para elas. A identificação da estrutura motivacional em diferentes grupos da população é um passo importante para diminuir seus níveis de sedentarismo (FARINATTI; FERREIRA, 2006).

Lombalgia e atividade física

Com o avanço da tecnologia, o homem de hoje teve alterado o seu modo de vida, fazendo com que o mesmo sofra adaptações benéficas ou maléficas. Nesse mundo dito moderno, aos poucos os facilitadores tecnológicos encontrados no dia a dia, podem contribuir para o desenvolvimento do sedentarismo. Até mesmo as crianças e os adolescentes estão vivendo sob o domínio desses recursos com o uso de jogos eletrônicos e o acesso à internet entre outros (POZENA; CUNHA, 2009).

A dor lombar também está associada ao sedentarismo, fator preocupante, pois no Brasil ainda não se tem consolidado o hábito da prática de atividade física, sendo esse um fator determinante para se prevenir a lombalgia (TOSCANO; EGYPTO, 2001).

Segundo a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina (AMB; CFM, 2001), a lombalgia é um dos maiores distúrbios dolorosos do ser humano, perdendo apenas para cefaléia. Atualmente, atinge 80 % da população adulta mundial em algum momento de suas vidas, sendo o maior motivo do absenteísmo nos países industrializados, acometendo também 5% das crianças com pelo menos um episódio (GOLDENBERG, 2007).

As dores lombares podem ser classificadas como agudas, subagudas, crônicas, inespecíficas e específicas. A classificação em agudas ou crônicas se dá pelos aspectos evolutivos, podendo ser primárias e secundárias de origem congênitas, neoplásicas, inflamatórias, infecciosas, metabólicas, traumáticas, degenerativas e funcionais. Porém, a forma mais prevalente é a lombalgia mecânica ou inespecífica, chamada outrora de idiopática (AMB; CFM, 2001).

A dor lombar pode se tornar grave, mais que um simples incômodo, e levar as pessoas a procurarem ajuda de um profissional para realizar tratamento que traga alívio, permitindo o retorno à vida saudável (CAILLIET, 2002; COX, 2002).

É importante frisar que a lombalgia pode não ser exclusividade das pessoas sedentárias, pois existe prevalência de lombalgia em praticantes de exercícios/contrarresistência (SANTOS et al, 2004), em capoeiristas (MORAES et al, 2003) e em mulheres praticantes de ginástica (SANTOS; SILVA, 2003), entre outras modalidades de atividade física e esportiva.

A prática de atividades programadas é recomendada para o tratamento e prevenção do surgimento de lombalgia (MÉNDEZ; GOMEZ-CONESA, 2001). O American College Sport Medicine recomenda a prática de exercícios abdominais, de fortalecimento para os músculos paravertebrais, de flexibilidade lombar e *endurance* (ACSM, 2006). Segundo a AMB e o CFM (2001), os exercícios

aeróbicos e o fortalecimento dos músculos paravertebrais são importantes para a reabilitação das lombalgias.

Os estudos de Nachenson (1975) apud Nordin; Frankel (2003) apontam que posições sentadas apresentam maior compressão do que a posição em pé, que estar sentado com a coluna em flexão aumenta ainda mais a compressão intradiscal lombar e que em decúbito dorsal são reduzidas essas magnitudes, sendo dessa forma uma posição indicada para hidratação do disco intervertebral.

Por fim, os mecanismos agressores à coluna vertebral devem ser evitados. Nesse sentido, as posições e atividades onde se tenha aumentada a compressão intradiscal lombar não são indicadas, evitando a solução de continuidade negativa que pode ocorrer em longo prazo, ou seja, com maior compressão há maior desidratação que leva progressivamente à degeneração do disco e possíveis efeitos maléficos, como: hérnia de disco e estenose (WATKINS, 2001).

2.3. Tabagismo

O tabagismo, desde 1993, é considerado uma dependência química decorrente do uso de substâncias psicoativas de acordo com a décima versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da OMS. Entretanto, embora seja uma patologia, constitui-se também como um dos principais fatores de risco para mais de 50 outras doenças, destacando-se as doenças cardiovasculares, as neoplasias e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas (BRASIL, 2003b).

A OMS considera o tabagismo como um grande problema de saúde pública, devendo ser tratado como uma pandemia, responsável por cerca de cinco milhões de mortes (quatro milhões em homens e um milhão em mulheres) por ano em todo o mundo (WHO, 2002 apud BRASIL, 2007).

Evidências científicas mostram que o consumo de tabaco é responsável por 45% das mortes por doença coronariana (infarto do miocárdio), 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema), 25% das mortes por doença cerebrovascular (derrames) e 30% das mortes por câncer. Além disso, 90% dos casos de câncer de pulmão ocorrem em fumantes (WHO, 1996; DOLL, 1994; U.S. SURGEON GENERAL, 1989; ROSEMBERG, 2002 apud BRASIL, 2003b).

Estudos recentes mostram que não-fumantes cronicamente expostos à fumaça do tabaco têm 30% de risco de desenvolver câncer de pulmão e 24% de risco de desenvolver doenças cardiovasculares mais que os não-fumantes não expostos. Nos EUA, estima-se que a exposição à fumaça do tabaco seja responsável por cerca de 3 mil mortes anuais devido ao câncer de pulmão entre os não-fumantes (UNITED STATES ENVIRONMENT PROTECTION, 2003 apud BRASIL, 2006b).

Caso não ocorra uma mudança no perfil de exposição mundial ao tabagismo, a OMS estima que o número de fumantes passará, do ano 2000 a 2030, de 1,2 bilhão para 1,6 bilhão e que o número de mortes anuais atribuíveis ao tabagismo aumentará de 4,9 para 10 milhões, sendo que 70% ocorrerão nos países menos desenvolvidos. Atualmente, o tabaco é um dos principais responsáveis pela carga de doenças no mundo, causando cerca de uma em cada oito mortes. Além das consequências à saúde, o tabagismo provoca enormes custos sociais, econômicos e ambientais. Em países desenvolvidos, os custos

relacionados aos cuidados com as doenças associadas ao tabagismo consomem de 6% a 15% do gasto total com saúde (BRASIL, 2004).

De acordo com os resultados do Relatório “Vigitel Brasil 2006”, a frequência de fumantes na população adulta (maior ou igual a 18 anos) das 27 capitais do Brasil estudadas foi de 16,2%, sendo maior no sexo masculino (20,3%) do que no sexo feminino (12,8%). Em ambos os sexos, a frequência de fumantes aumentou com a idade até os 54 anos de idade, decrescendo a partir de então e alcançando a menor frequência nos indivíduos com 65 anos de idade. Além disso, a maior frequência de adultos que fumam foi observada em Porto Alegre e Rio Branco (21,2%) e a mais baixa em Salvador (9,5%) (BRASIL, 2007). No Relatório “Vigitel de 2007” a frequência de fumantes na população adulta não sofreu alterações, inclusive quanto ao perfil em relação às faixas etárias. Porto Alegre (21,7%) permaneceu com a maior frequência de adultos fumantes, enquanto que Salvador (11,5%) se manteve com a menor frequência (BRASIL, 2009a). Já o Relatório “Vigitel 2008” apresentou uma diminuição da frequência de fumantes adultos de 15,2%, mantendo-se maior no sexo masculino (19,1%) do que no sexo feminino (11,9%). Entre homens, a frequência de fumantes se mostrou relativamente estável até os 54 anos de idade, declinando a seguir. Entre mulheres, a frequência de fumantes aumentou com a idade ao longo das faixas etárias até os 54 anos, declinando nas faixas etárias subsequentes (BRASIL, 2009b).

A recomendação para abandono do tabagismo deve ser universal, tendo em vista que está envolvido com o aumento da incidência de várias doenças. Tanto as intervenções farmacológicas quanto as não farmacológicas, bem como o simples aconselhamento de parar de fumar, possuem benefício comprovado para efetivo abandono do tabagismo. No entanto, é fundamental que o paciente esteja disposto a parar de fumar (BRASIL, 2006a).

No que se refere aos métodos utilizados para cessação de fumar para os quais existem evidências científicas sobre sua eficácia, esses incluem a abordagem cognitivo-comportamental e alguns medicamentos. A abordagem cognitivo-comportamental combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais. Os componentes principais dessa abordagem envolvem: a detecção de situações de risco de recaída; e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Esse tipo de abordagem envolve o estímulo ao autocontrole para que o indivíduo possa tornar-se um agente de mudança de seu próprio comportamento (BRASIL, 2001b).

Dessa forma, o programa deve estar estruturado para:

- Preparar o fumante para soluções de seus problemas;
- Estimular habilidades para resistir às tentações de fumar;
- Preparar para prevenir a recaída;
- Preparar o fumante para lidar com o estresse.

A farmacoterapia, por sua vez, pode ser utilizada como um apoio, em situações bem definidas, para alguns pacientes que desejam parar de fumar, tendo a função de facilitar a abordagem cognitivo-comportamental, que é a base para a cessação de fumar e deve sempre ser utilizada (BRASIL, 2001b).

2.3.1. Exemplo de programa de prevenção, tratamento e controle do tabagismo

População-alvo

- Todos os indivíduos tabagistas, independentemente da faixa etária;
- Indivíduos tabagistas pertencentes a uma determinada faixa etária e/ou grupos e situações especiais;
- Indivíduos tabagistas que possuam doenças que tenham o fumo como importante fator de risco.

Formas de identificação da população-alvo

As possíveis formas de identificação da população-alvo são:

- Questionário sobre o perfil de saúde e doença;
- Faixa etária;
- Grupos e situações especiais (gestantes, nutrízes, adolescentes, indivíduos com doenças cardiovasculares etc.).

Tratamento para cessação de fumar

Oferecer aconselhamento telefônico para deixar de fumar (Disque pare de fumar), sendo considerado reativo quando os beneficiários procuram o serviço, e ativo/reactivo quando as operadoras buscam os indivíduos, conforme as ações listadas a seguir.

Aconselhamento telefônico reativo para deixar de fumar

- Informar sobre tabagismo e seus derivados;
- Relacionar os malefícios à saúde de quem fuma e do tabagismo passivo;
- Esclarecer sobre a dependência da nicotina;
- Informar sobre os benefícios de deixar de fumar;
- Apoiar fumantes que desejem deixar de fumar;
- Informar sobre métodos de parada;
- Relacionar os sintomas da abstinência;
- Orientar como se manter sem fumar;
- Orientar ex-fumantes no sentido de prevenir a recaída;
- Orientar amigos e familiares a ajudarem fumantes a deixar de fumar.

Aconselhamento telefônico ativo/reactivo para deixar de fumar

- Estabelecer fluxo de encaminhamento para fumantes que desejam deixar de fumar;
- Identificar os fumantes beneficiários e entrar em contato por telefone para oferecer apoio para cessação de fumar;
- Acompanhar o fumante em processo de cessação: quatro contatos no primeiro mês (1x/semana), um contato no segundo e no terceiro mês, um contato no sexto mês e um contato no 12º mês.

Variáveis e indicadores para monitoramento e avaliação

- Número de consultas ao Disque pare de fumar (monitoramento mensal);
- Número de beneficiários que pararam de fumar após o tratamento reativo;
- Número de beneficiários que pararam de fumar após o tratamento ativo;
- Proporção de beneficiários que pararam de fumar após contato com o Disque pare de fumar - (Nº de beneficiários que pararam de fumar após contato com o Disque pare de fumar/Nº total de beneficiários que entraram em contato com o Disque-pare de fumar no período de avaliação).

Abordagem mínima presencial /face a face

É uma abordagem que combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, muito utilizada para o tratamento das dependências. Os componentes principais dessa abordagem envolvem: a detecção de situações de risco de recaída; e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.

Essa abordagem possui cinco passos básicos e consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar (PAAPA) o indivíduo que deseja parar de fumar. Pode ser feita por qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina, com duração, no mínimo, de 3 minutos e, no máximo, de 5 minutos, em média, em cada contato. Indicada a todos os fumantes. É considerada uma importante estratégia em termos de saúde pública, e também oferece a vantagem do baixo custo.

- 1ª consulta no momento da abordagem;
- Acompanhamento a partir da data que parou de fumar:
 - » Uma consulta na 1ª semana após parar de fumar;
 - » Uma consulta na 2ª semana após parar de fumar;
 - » Uma consulta 1 mês após parar de fumar;
 - » Uma consulta 3 meses após parar de fumar;
 - » Uma consulta 6 meses após parar de fumar;
 - » Uma consulta 12 meses após parar de fumar.

Variáveis e indicadores para monitoramento e avaliação

- Número de pacientes atendidos na 1ª consulta de avaliação clínica;
- Número de participantes na 1ª sessão;
- Número de participantes na 4ª sessão;
- Número de participantes na 4ª sessão que pararam de fumar;
- Número de beneficiários em consulta na 1ª semana após pararem de fumar;
- Número de beneficiários em consulta na 2ª semana após parar de fumar;
- Número de beneficiários em consulta 1 mês após pararem de fumar;
- Número de beneficiários em consulta 3 meses após pararem de fumar;
- Número de beneficiários em consulta 6 meses após pararem de fumar;
- Número de beneficiários em consulta 12 meses após pararem de fumar;
- Percentual de fumantes que pararam de fumar por meio da abordagem mínima presencial/face a face em: 1 mês; 3 meses; 6 meses; e 12 meses.

Oferecer abordagem intensiva ao fumante individual e/ou em grupo

Abordagem em ambulatório específico para atender aos fumantes que querem deixar de fumar. Pode ser feita individualmente ou em grupo e é indicada para fumantes que foram identificados como motivados, durante as abordagens anteriores, tentaram deixar de fumar, mas não obtiveram sucesso, ou para aqueles que procuraram diretamente os profissionais para esse tipo de apoio. Essa abordagem se diferencia da anterior no que se refere à duração do contato a cada consulta. O ideal é que essa abordagem seja distribuída em quatro sessões estruturadas com periodicidade semanal.

A farmacoterapia pode ser utilizada como um apoio, em situações bem definidas, para alguns pacientes que desejam parar de fumar. Ela tem a função de facilitar a abordagem cognitivo-comportamental, que é a base para a cessação de fumar e deve sempre ser utilizada antes da terapia medicamentosa.

Variáveis e indicadores para monitoramento e avaliação

- Número de participantes que necessitaram de tratamento medicamentoso;
- Número de participantes que pararam de fumar após tratamento medicamentoso;

- Percentual de fumantes que pararam de fumar por meio da abordagem intensiva em:

» 1 mês, 3 meses, 6 meses e 12 meses.

Para mais informações a respeito da farmacoterapia, bem como das atividades desenvolvidas no tratamento e controle do tabagismo, consulte a publicação “Abordagem e Tratamento do Fumante: consenso 2001”, do Instituto Nacional do Câncer (Inca); e a Portaria nº 442, de 13 de agosto de 2004. Disponíveis, respectivamente, em:

http://www.Inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/tratamento_consenso.pdf

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-442.htm>

Ações complementares de divulgação e estímulo para adesão do beneficiário ao programa

- Comemoração de datas pontuais
 - » Dia Mundial sem Tabaco: 31 de maio;
 - » Dia Nacional de Combate ao Fumo: 29 de agosto;
 - » Inserir tabagismo em outras datas comemorativas;
 - » Realizar atividades comemorativas;
 - » Elaborar e distribuir materiais educativos

Material educativo do Programa de Controle do Tabagismo: Anexo II da Portaria SAS/MS nº442/04, disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-442.htm>

Ambientes 100% livres da fumaça do tabaco

Considerando a lei federal nº 9.294/96, que proíbe o fumo em ambientes coletivos fechados; o art. 157 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho - NR nº 09, que dispõe sobre proteção à saúde do trabalhador, e o art. 8º da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, primeiro tratado internacional de saúde pública negociado por 192 países, sob coordenação da Organização Mundial da Saúde (OMS), ratificada pelo Congresso Nacional Brasileiro em novembro de 2005, os ambientes fechados devem ser 100% livres da fumaça do tabaco.

- Elaborar e distribuir material educativo sobre tabagismo passivo e promoção de ambientes livres de fumo para os beneficiários;
- Tornar sede e unidades próprias 100% livres da fumaça do tabaco;
- Estimular que as unidades credenciadas sejam 100% livres da fumaça do tabaco;
- Distribuir materiais sobre tabagismo passivo em eventos organizados/patrocinados e garantir que sejam livres da fumaça do tabaco.

Mais informações:

<http://www.Inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=29agosto2008&mlink=odia.htm>

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9294.htm

Informações sobre tabagismo, com sensibilização sobre os malefícios do tabagismo à saúde e os benefícios de deixar de fumar

- Incluir no site informações sobre tabagismo;
- Incluir informações sobre tabagismo no serviço de atendimento ao cliente via telefone.

Variáveis e indicadores para monitoramento e avaliação

- Número de consultas ao sítio da operadora no link relacionado ao Programa de Prevenção do Tabagismo (monitoramento mensal);
- Número de ligações ao SAC da operadora para buscar informações sobre tabagismo.

2.4. Consumo de álcool

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que têm seu consumo admitido e incentivado pela sociedade. Nas últimas décadas, o seu consumo vem aumentando no mundo todo, sendo que a maior parte deste aumento deve-se aos países em desenvolvimento. Calcula-se que, mundialmente, o álcool esteja relacionado a 3,2% de todas as mortes e 4,0% das Disabilities Adjusted Life Year (DALY), e nos países em desenvolvimento, com baixa mortalidade, dentre eles o Brasil, o álcool é o fator de risco que mais contribui para a carga de doenças, sendo responsável por 6,2% das DALY (BRASIL, 2004).

De acordo com um estudo conduzido pela Universidade de Harvard e instituições colaboradoras sobre a carga global de doenças, o álcool é responsável por cerca de 1,5% de todas as mortes no mundo, bem como 2,5% do total de anos vividos ajustados para incapacidade. Ainda segundo o mesmo estudo, essa carga inclui transtornos físicos (cirrose hepática, miocardiopatia alcoólica etc) e lesões decorrentes de acidentes (industriais e automobilísticos, por exemplo) influenciados pelo uso indevido de álcool (MURRAY E LOPEZ, 1996 apud BRASIL, 2003c).

O consumo excessivo de álcool é um importante fator de risco para morbimortalidade no nosso país, além de ser um fator de risco para acidente vascular cerebral, fibrilação atrial e insuficiência cardíaca, doenças neurológicas, transtornos mentais, cirrose, pancreatite e certos tipos de câncer (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006a). A relação entre o uso do álcool, outras drogas e os eventos acidentais ou situações de violência, evidencia o aumento na gravidade das lesões e a diminuição dos anos potenciais de vida da população, expondo as pessoas a comportamentos de risco (BRASIL, 2003c).

O consumo de álcool é medido por doses e a quantidade de etanol contido em cada dose varia entre os países. No Brasil, cada dose de bebida alcoólica contém 14g de etanol. O teor alcoólico das bebidas varia não somente entre os diferentes tipos de bebida, mas também entre bebidas do mesmo tipo (BRASIL,

2006b). O volume de álcool (etanol) em cervejas e vinhos, bebidas fermentadas, varia de 4% a 7% e de 10% a 13%, respectivamente, enquanto as bebidas alcoólicas destiladas, como a aguardente, vodka e uísque, contêm entre 30% e 50% de volume de álcool. Cada grama de etanol contém 7 quilocalorias (kcal) (WORLD CANCER RESEARCH FUND, 1997 apud BRASIL, 2006b).

Para indivíduos que consomem bebidas alcoólicas, preconiza-se a ingestão máxima equivalente a duas doses diárias para homens e uma dose diária para mulheres (1 dose corresponde a 1 lata de cerveja/350ml ou 1 cálice de vinho tinto/150 ml ou 1 dose de bebida destilada/40 ml) (BRASIL, 2006b).

Os dados da pesquisa “Vigitel Brasil 2006” mostram que a frequência de adultos que consumiram, nos últimos três meses, quatro doses (mulheres) ou cinco doses (homens) de bebidas alcoólicas em um único dia, variou entre 12,1% em Curitiba e 22,1% em Salvador. O consumo foi duas vezes mais frequente em homens (16,1%) do que em mulheres (8,1%), assim como nas faixas etárias mais jovens, alcançando cerca de 30% dos homens e de 10% das mulheres entre 18 e 44 anos de idade (BRASIL, 2007). Em 2007, esse consumo representou três vezes mais no sexo masculino (27,2%) um aumento de, aproximadamente, duas vezes em relação ao ano anterior, do que o consumo entre as mulheres (9,3%). Nesse ano, a capital que apresentou a maior frequência de consumo abusivo de álcool foi São Luis (23,1%), enquanto que a menor frequência ficou com São Paulo (13,4%) (BRASIL, 2009a). No Relatório “Vigitel Brasil 2008” a maior frequência de consumo abusivo de álcool voltou a ser a de Salvador (24,9%) e a menor foi registrada em Curitiba (10,7%). Nesse ano, no conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi de 19,0%, mantendo a razão de quase três vezes entre homens (29,0%) e mulheres (10,5%), aumentando em relação ao ano anterior. Nos dois sexos, a frequência foi maior nas faixas etárias mais jovens, entre 18 e 44 anos de idade. A partir dos 45 anos de idade, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas declina progressivamente até chegar a 8,7% dos homens e 1,6% das mulheres com 65 ou mais anos de idade (BRASIL, 2009b).

O uso do álcool é cultural, sendo permitido em quase todas as sociedades do mundo. Informações sobre “saber beber com responsabilidade e as consequências do uso inadequado de álcool” ainda são insuficientes e não contemplam a população de maior risco para o consumo, que são os adolescentes e os adultos jovens (BRASIL, 2003c).

O diagnóstico e tratamento precoces da dependência ao álcool têm papel fundamental no prognóstico desse transtorno, o que se amplia em uma perspectiva global de prevenção e promoção da saúde, e se agrava ao constataremos o despreparo significativo e a desinformação das pessoas que lidam diretamente com o problema, sejam elas usuários, familiares ou profissionais de saúde. Nesse sentido, educar a população é fundamental e as atividades preventivas devem ser orientadas ao fornecimento de informações e discussão dos problemas provocados pelo consumo do álcool, tendo como fundamento uma visão compreensiva do consumo do álcool como fenômeno social, e ao mesmo tempo individual (BRASIL, 2003c). Recentemente o advento da Lei 11705/2008 que inibe o uso de bebidas alcoólicas no trânsito, reforça as ações de controle do etilismo e aumenta a possibilidade de impacto sobre a mortalidade causada por acidentes no trânsito.

2.5. Links de interesse

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
<http://www.abeso.org.br/>

Guia Alimentar para a População Brasileira
http://nutricao.saude.gov.br/documentos/guia_alimentar_conteudo.pdf

Ministério da Saúde – publicações relacionadas à nutrição
<http://nutricao.saude.gov.br/publicacoes.php>

Promoção do Consumo de Frutas, Legumes e Verduras: O Programa “5 ao Dia”
<http://www.5aodia.com.br/upload/cartilha1.pdf>

Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – Celafiscs
<http://www.Celafiscs.org.br/>

Consenso sobre abordagem e tratamento do fumante
<http://www.Inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=parar&link=consenso.htm>

Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer
http://www.Inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=programa_de_tabagismo.pdf

Instituto Nacional do Câncer – Inca – Tabagismo
<http://www.Inca.gov.br/tabagismo/>

Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer
http://www.Inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=programa_de_tabagismo.pdf

Referências

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Diretrizes do ACSM para o teste de esforço e sua prescrição. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

____. Recursos do ACSM para o personal trainer. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ASSEMBLÉIA MUNDIAL DE SAÚDE, 57., 2004, Genebra. Estratégia global para a alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Tradução não oficial realizada pela Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN/MS).

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias. São Paulo: AMB; Brasília, DF: CFM, 2001. (Projeto Diretrizes).

BRASIL. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF, 2003a.

____. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, DF, 2005.

____. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília, DF, 2006a.

____. Obesidade. Brasília, DF, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12).

____. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, DF, 2001.

____. Política nacional de alimentação e nutrição. 2. ed. rev. Brasília, DF, 2003b.

____. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. Brasília, DF, 2006c. (Cadernos de Atenção Básica, n. 14).

____. Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF, 2007.

____. Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF, 2009a.

____. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Vigitel Saúde Suplementar 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Rio de Janeiro: ANS, 2009b. No prelo.

CAILLIET, R. Compreenda sua dor nas costas. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CARVALHO, T. et al. Posição oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 2, n. 4, p. 79-81, 1996.

CASPERSEN, C. J.; POWEL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, v. 100, n. 2, p. 126-131, 1985.

COX, J. M. Dor lombar: mecanismo, diagnóstico e tratamento. 6. ed. São Paulo: Manole, 2002.

FARINATTI, P. T. V.; FERREIRA, M. S. Saúde, promoção da saúde e educação física: conceitos, princípios e aplicações. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2006.

FERNANDES FILHO, J. A prática da avaliação física. 2. ed. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

GOLDENBERG, J. **Coluna: ponto e vírgula**. São Paulo: Atheneu, 2007.

HASKELL, W.L. et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine; Science in Sports & Exercise**, v. 39, n. 8, p. 1423-1434, Aug. 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001**. Rio de Janeiro, 2001.

____. **Fatores de risco**. Rio de Janeiro, [200-?]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=13>. Acesso em: 30 set. 2007.

____. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro, 2004.

____. **Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer: modelo lógico e avaliação**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2003.

MARINS, J. C.; GIANNICHI, R. S. **Avaliação e prescrição de atividade física: guia prático**. Rio de Janeiro: Shape, 1996.

MENDÉZ, F. J.; GÓMEZ-CONESA, A. Postural hygiene program to prevent low back pain. **Spine**, v. 26, n. 11, p. 1280-1286, 2001.

MONTEIRO, C. A. et al. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In:____. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: Hucitec, 2000.

MORAES, E. R. P. et al. A prevalência de lombalgia em capoeiristas do Rio de Janeiro. **Fisioterapia Brasil**, v. 4, p. 311-319, 2003.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 4. ed. rev. e atual. Londrina: Midiograf, 2006.

NELSON, M. E. et al. Physical activity and public health in older adults: updated recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 39, n. 8, p. 1435-1445, Aug. 2007.

NORDIN, M.; FRANKEL, V. H. **Biomecânica básica do sistema musculoesquelético**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital**. Genebra, 2005.

_____. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Promoção e proteção da saúde**. [Genebra], 2004.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

POZENA, R., CUNHA, N. F. S. Projeto Construindo um futuro saudável através da prática de atividade física. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 52-56, 2009.

SANTOS, K. G. L. L. et al. Prevalência de lombalgia em praticantes de exercício contra-resistência. **Revista Fisioterapia Brasil**, v. 5, n. 1, p. 37-44, 2004.

SANTOS, K. G. L. L., SILVA, M. A. G. A. Prevalência de lombalgia em mulheres praticantes de ginástica em academias esportivas. **Revista Fisioterapia Brasil**, v. 4, n. 2, p. 117-125, 2003.

TROMBETTA, I. C. et al. Weight loss improves neurovascular and muscle metaboreflex control in obesity. **American Journal of Physiology Heart and Circulation Physiology**, v. 285, p. H974-H982, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing e managing the global epidemic**. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, 1998.

_____. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO expert committed**. Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).

_____. **World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life**. Geneva, 2002.

Segundo Boff (1999), o cuidado é uma característica essencial do ser humano e pressupõe uma postura de convivência, interação e comunhão. As relações de cuidado devem ocorrer na perspectiva sujeito/sujeito e não na perspectiva sujeito/objeto.

Os profissionais de saúde, que desenvolvem ações de cuidado, devem encarar a saúde como um “processo permanente de busca de equilíbrio dinâmico de todos os fatores que compõem a vida humana” (BOFF, 1999). Devem ainda procurar contribuir para que os indivíduos, de maneira autônoma e utilizando suas próprias ferramentas, possam passar pelas situações que implicam no adoecer da maneira mais saudável possível, buscando ampliar sua qualidade de vida de acordo com a condição de saúde ou doença que apresentem. Os estilos de vida individuais mais saudáveis não devem ser descontextualizados de seus ambientes sociais e portanto, ações voltadas para as comunidades e instituições são também necessárias para que se efetive a melhor qualidade de Vida.

Para tanto, é indispensável a criação de vínculos solidários e articulação funcional entre os diversos atores, fato dificultado diante do atual modelo de atenção praticado na saúde suplementar. Dessa forma, a implementação de programas voltados às Áreas de Atenção à Saúde, com a organização e o monitoramento por meio do estabelecimento de intervenções por linhas de cuidado, por constituírem-se em um novo modo de estruturar a atenção à saúde, no qual o beneficiário se encontra no centro da organização do sistema, podem contribuir para a adoção de uma prática mais cuidadora, integral e, portanto, mais efetiva.

Sendo assim, a proposta de intervenção por meio das linhas de cuidado constitui-se em modelos matriciais de organização da atenção à saúde que visam à integralidade do cuidado e integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna e responsável dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica em todos os níveis da atenção, como também uma visão global das condições de vida (BRASIL, 2006a).

Segundo Cecílio e Merhy (2003), o desenho da linha de cuidado entende a produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e microinstitucionais, em processos extremamente dinâmicos, aos quais está associada a imagem de uma linha de produção voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades.

IV. Áreas de atenção à saúde

A análise da linha de cuidado possibilita, a partir do acompanhamento do usuário na rede de serviços, mapear todos os recursos disponíveis nos diversos segmentos da saúde, avaliar as tecnologias utilizadas para assistir o beneficiário quanto ao tipo, fluxos e mecanismos de regulação, tentativas de negociação de acesso, utilização dos recursos das clínicas especializadas, vigilância à saúde, promoção e ruídos produzidos.

Ao analisar o caminho do usuário em uma determinada linha de cuidado, pode-se verificar se esse fluxo está centrado no campo das necessidades do indivíduo, determinado pelo projeto terapêutico que lhe é indicado, a sua acessibilidade aos serviços, comodidade, segurança no atendimento, seguimento de tratamento, acompanhamento, orientação e promoção ou, ao contrário, se ocorre interrupção ou fragmentação da assistência nesse processo. As linhas de cuidado possibilitam descrever e avaliar a pactuação existente entre os diversos atores da saúde implicados com a organização e o funcionamento dos serviços. O esperado é que ocorra um “caminhar” do usuário na rede de serviços, que seja seguro, tranquilo, sem obstáculos, garantindo a qualidade da assistência (MALTA et al, 2005).

A linha de produção do cuidado não se encerra no momento em que é estabelecido o projeto terapêutico; ela deve continuar, dependendo do modelo de atenção que opera nessa linha, por meio do acompanhamento desse usuário para garantir a integralidade do cuidado (MALTA et al, 2005).

A adoção das linhas de cuidado pressupõe a vinculação das equipes com os beneficiários sob sua responsabilidade, além da capacidade dos gestores de investir na construção desse novo modelo de atenção à saúde. Isso implica na organização de uma rede de serviços com infraestrutura e recursos adequados para prestar desde ações de promoção, prevenção e atenção primária, quanto responder às demandas que exijam serviços de maior complexidade. Para tanto, é necessária a formação de uma equipe devidamente qualificada e multidisciplinar.

As linhas de cuidado comportam dupla dimensão: atenção à saúde e diretriz de gestão. Na dimensão da atenção à saúde significa cuidado integral, contínuo, articulado e oportuno, segundo as necessidades do paciente, até a sua recuperação ou melhoria de sua autonomia no cotidiano. Na diretriz de gestão, significa a organização necessária para viabilizar o cuidado individual, em fluxo ágil em cada nível de atenção e entre eles.

Além disso, como diretriz de gestão, as linhas de cuidado organizam e integram as equipes de saúde, reformulam processos de trabalho, organizam a atenção básica e especializada, as urgências e emergências (ambulatorial e hospitalar), o apoio diagnóstico, as terapias e a assistência farmacêutica, bem como as ações - meio como contratações, desenhos de rede, marcações, autorizações, auditorias e avaliações, de modo a facilitarem o cuidado.

Para organizar a atenção à saúde, as linhas de cuidado podem ser divididas e organizadas por vários critérios, tais como:

- Por fases de vida: da Criança (recém-nato, infantes, pré-escolar, escolar, adolescente), da Mulher (gestante, adulta, menopausa) e do Idoso.
- Por agravos: Doenças respiratórias, Hipertensão, Diabetes, Cânceres, Doença renal, AIDS etc.

- Por especificidades: Saúde Bucal, Mental, do Trabalhador etc.

Por qualquer um dos critérios escolhidos, as linhas do cuidado devem ser desenhadas para superar as fragmentações do corpo biológico, do indivíduo, dos processos de trabalho e das ações curativas e preventivas.

1. Saúde da criança

1.1. Introdução

A Atenção à Saúde da Criança representa um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde das populações. Para que essa área de atenção à saúde se desenvolva de forma mais efetiva e eficiente, além do conhecimento sobre as características relacionadas à morbimortalidade, tais como aspectos biológicos, demográficos e socioeconômicos, é importante salientar o papel que desempenham os serviços e os sistemas de saúde, que incluem as ações desenvolvidas no setor suplementar.

Para promover a melhoria nesse campo da saúde, é necessário desenvolver um conjunto de ações de promoção, prevenção e proteção da criança, considerando os aspectos epidemiológicos, sociais, culturais, ecológicos e psicológicos, visando à formulação e à construção de políticas saudáveis para esse segmento populacional.

Os Programas de Promoção e Prevenção voltados à Saúde da Criança devem deslocar o foco da assistência baseada em patologias para uma modalidade de atenção que contemple a criança no seu processo de crescimento e desenvolvimento e o direito à cidadania. Alguns dos grandes eixos estratégicos são: a redução da mortalidade infantil, a humanização e promoção da qualidade da atenção prestada, a mobilização social e política, bem como o estabelecimento de parcerias e a promoção de vida saudável.

A redução da mortalidade infantil é ainda um grande desafio no país. Apesar da importante queda na última década, decorrente da redução da mortalidade infantil pós-neonatal (28 dias a 1 ano de vida), os índices ainda são elevados. Há uma estagnação da mortalidade infantil neonatal no país (0 a 27 dias de vida) – principal componente da mortalidade infantil desde a década de 1990 – e uma concentração nas regiões e populações mais pobres, refletindo as desigualdades sociais. Essa situação é agravada quando se reconhece que, em sua maioria, essas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis. As causas perinatais, a pneumonia e a diarreia associadas à desnutrição são as principais causas de morte no primeiro ano de vida e merecem atenção e destaque (BRASIL, 2005a).

Portanto, o nascimento saudável, a promoção do crescimento, desenvolvimento e alimentação saudáveis, bem como a prevenção de doenças respiratórias, são ações que não podem deixar de ser realizadas em toda a sua plenitude e em todos os níveis de atenção.

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento de ações de prevenção de agravos combinadas às de assistência são objetivos que, além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial.

1.2. Exemplos de programas de atenção integral à saúde da criança

População-alvo

- Todas as crianças da operadora.
- Definição da fase ou faixa etária específica da infância e/ou grupos e situações especiais:
 - » Mães/pais/responsáveis, crianças e adolescentes na faixa etária de 5 a 19 anos para programas voltados para a alimentação saudável e prevenção da obesidade em crianças e em adolescentes;
 - » Mães e recém-nascidos para programas voltados para o nascimento saudável;
 - » Mães/pais/responsáveis e crianças de 0 a 2 anos para programas voltados para aleitamento materno e crescimento e desenvolvimento saudável;
 - » Crianças de 0 a 6 anos para programas voltados para imunização.

Formas de identificação da população-alvo

As possíveis formas de identificação da população-alvo são:

- Busca ativa (envio de material explicativo para o domicílio do beneficiário, contatos telefônicos etc);
- Realização de exame físico e exames complementares;
- Questionário sobre o perfil de saúde/doença e dos fatores de risco;
- Faixa etária;
- Grupos e situações especiais (recém-nascidos, lactentes, indivíduos portadores de doenças crônicas não transmissíveis etc);
- Perfil de utilização de internação, consultas e exames;
- Demanda espontânea;
- Encaminhamentos por prestadores - divulgar o programa entre os prestadores que compõem a rede da operadora, envolvê-los nas atividades programáticas e orientá-los a encaminhar mulheres e crianças que se enquadram no perfil definido para o programa;
- Identificação das gestantes e puérperas: utilizar o perfil de utilização de consultas, exames e internações para identificar as gestantes e puérperas da carteira e utilizar uma das formas de captação listadas anteriormente.

Ações gerais sugeridas

- Promover o Nascimento Saudável;
- Acompanhar o Crescimento e Desenvolvimento e a Imunização;
- Promover o Aleitamento Materno e Alimentação Saudável: Atenção aos Distúrbios Nutricionais e Anemias Carenciais;
- Abordar as Doenças Respiratórias e Infecciosas.

Ações gerais e complementares para todos os programas

- Realizar visita domiciliar de enfermagem ao recém-nascido na primeira semana;
- Realizar consulta médica;
- Realizar consulta de enfermagem;
- Realizar consulta de nutrição;
- Realizar atividades educativas coletivas para as mães/pais/responsáveis com equipe multiprofissional, com abordagem sobre os fatores de risco e ênfase no desenvolvimento de um estilo de vida saudável;
- Orientar a execução de atividades de vida diária e prevenção de acidentes;
- Orientar a execução de atividades de desenvolvimento psicomotor;
- Sensibilizar sobre o tema do desenvolvimento saudável por meio de palestras ou outras atividades organizadas/patrocinadas pela operadora;
- Realizar atividades físicas coletivas orientadas;
- Elaborar rotina e calendário vacinal;
- Realizar integração com os programas voltados para a prevenção de doenças comuns da infância;
- Realizar exames periódicos;
- Incluir no site da operadora informações sobre fatores de risco e doenças, bem como sobre o Programa de Promoção da Saúde;
- Incluir informações sobre fatores de risco e doenças no serviço de atendimento ao cliente via telefone;

- Elaborar e distribuir material educativo sobre fatores de risco, doenças e o Programa de Promoção da Saúde;
- Realizar comemoração de datas pontuais
 - » Dia Mundial sem Tabaco: 31 de maio
 - » Dia Nacional de Combate ao Fumo: 29 de agosto
 - » Semana Estadual de Combate à Obesidade Infantil - 2ª semana de março;
 - » Dia Mundial de Combate à Asma - 02 de maio
 - » Dia Estadual do Proerd - Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência - 19 de maio
 - » Dia Nacional do Teste do Pezinho - 06 de junho
 - » Dia Mundial da Imunização - 09 de junho
 - » Dia Nacional de Controle da Asma - 21 de junho
 - » Dia de Conscientização do Combate às Drogas na Escola - 26 de junho
 - » Dia Internacional de Combate às Drogas - 26 de junho
 - » Dia Mundial da Amamentação - 1º de agosto
 - » Semana Mundial da Amamentação - 1º a 7 de agosto
 - » Inserir em outras datas comemorativas
 - » Realizar atividades comemorativas
 - » Elaborar e distribuir materiais educativos

A seguir propomos alguns temas prioritários, bem como atividades específicas a serem implementadas conforme as características dos programas. Lembramos que partindo da integralidade como princípio norteador do modelo de assistência à saúde, essas ações podem tanto atravessar como serem atravessadas por programas de diferentes temas prioritários, tais como atenção à saúde do adolescente, atenção à saúde da mulher, entre outros.

1.2.1. Programa de promoção do nascimento saudável

A assistência deverá estar desenhada de forma a compor a rede de atenção integral à saúde da criança, promovendo a qualidade de vida para esses lactentes. A responsabilidade tanto das operadoras de planos de saúde como dos prestadores do cuidado se mantém sobre essa população no provimento da continuidade do cuidado e no desenvolvimento das ações de vigilância à saúde.

Ações para o monitoramento da criança ao nascer

- Aferição do peso;

- Prematuridade;
- Idade gestacional;
- Apgar;
- Idade materna;
- Condições de alta da maternidade (intercorrências, internação em UTI neonatal, uso de antibióticos ou outros medicamentos, icterícia, entre outras).

Orientações básicas

- A importância do Aleitamento Materno;
- O aspecto do umbigo;
- Imunização;
- Realização do “Teste do Pezinho”;
- Realização do “Teste do Olhinho” Triagem Oftalmológica Neonatal;
- Realização do “Teste da Orelhinha” Triagem Auditiva Neonatal
- A importância da Caderneta de Saúde da Criança no acompanhamento do crescimento, ganho de peso e desenvolvimento.

Crianças de risco

As ações de vigilância à saúde devem priorizar as crianças de risco, ou seja, deve ser realizada captação precoce e busca ativa para a manutenção de atenção à saúde da criança, segundo a necessidade de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança menor de 5 anos, como o protocolo da criança com asma, além da avaliação de assistência especial com retornos mais frequentes e outros cuidados que a criança necessite.

Os recém-nascidos de alto risco são aquelas crianças que demandam atenção especializada e atendimento multiprofissional, como: neurologia, oftalmologia, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, dentre outros. As características apresentadas pelas crianças com risco ao nascer são:

- Peso ao nascer (< 2500 g);
- Prematuro (< 37 semanas de gestação);
- Asfixia (Apgar < 7 no 5º minuto de vida);
- Mãe adolescente (< 18 anos);

- Mãe com baixa instrução (< 8 anos);
- Recém-nascido com patologias graves, intercorrências ou internações.

Outras crianças de risco

- Crianças que não realizaram o “teste de pezinho”;
- Menor de 1 ano sem acompanhamento;
- Menor de 6 meses que não mama no peito;
- Criança com ganho de peso insuficiente ou com perda de peso recente sem acompanhamento;
- Egresso hospitalar;
- Criança com atendimento frequente em serviços de urgências;
- Criança com asma sem acompanhamento;
- Criança com vacinas em atraso;
- Criança vítima de violência doméstica;
- Criança com diarreia persistente ou recorrente;
- Criança com anemia ou sinais de hipovitaminose A;
- Criança com sobrepeso/obesidade;
- Mãe/pai/cuidador com problemas psiquiátricos ou portadores de deficiência, impossibilitando o cuidado com a criança;
- Mãe/pai/cuidador em dependência de álcool/drogas.

1.2.2. Programa de acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e imunização

Ações sugeridas

- Avaliar integralmente a criança, sem restringir o atendimento apenas à queixa apresentada (não perder oportunidades para abordagem global da criança);
- Realizar grupos educativos, tendo como participantes as mães ou responsáveis pelas crianças;

- Fornecer orientações sobre imunização;
- Avaliar a Caderneta de Saúde da Criança em todas as oportunidades, verificando: curva de crescimento, avaliação do desenvolvimento e acompanhamento do estado vacinal e realização dos testes de triagem neonatal, inclusive o auditivo;
- Executar as ações de vigilância à saúde da criança, com busca ativa das crianças faltosas às consultas;
- Adotar práticas de acolhimento/escuta de toda criança com resposta qualificada e eficiente;
- Favorecer a continuidade da atenção primária, evitando internações desnecessárias.

1.2.3. Programa de promoção do aleitamento materno e alimentação saudável: atenção aos distúrbios nutricionais e anemias carenciais

Promoção do aleitamento materno

Apesar do consenso de que o Aleitamento Materno é a forma ideal de alimentar a criança pequena, essa prática no Brasil está muito aquém do recomendado pela OMS e pela Política Nacional do MS, que preconiza a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida.

De acordo com a OMS, a amamentação é a situação na qual o lactente recebe leite humano, independentemente de receber outros complementos. Quando exclusiva, o lactente recebe somente leite materno, sem nenhuma complementação sólida ou líquida. A orientação às mães sobre aleitamento materno no período pós-natal aumenta os seus conhecimentos sobre o assunto e, conseqüentemente, a prevalência dessa prática nos seis primeiros meses.

Evidências mostram que, entre crianças nascidas a termo e pré-termo, a amamentação está associada a uma significativa redução dos níveis de pressão arterial, tendo em vista que o consumo de leites artificiais no lugar do leite materno tem sido associado ao aumento dos níveis pressóricos em fases posteriores da vida (WHO, 2002).

O exercício que a criança faz para retirar o leite da mama também é muito importante para o desenvolvimento adequado de sua cavidade oral, propiciando uma melhor conformação do palato duro, o que é fundamental para o alinhamento correto dos dentes e uma boa oclusão dentária. O desmame precoce pode levar à ruptura do desenvolvimento motor/oral adequado, podendo prejudicar as funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala, ocasionar má oclusão dentária, respiração bucal e alteração motora/oral.

As orientações podem ser realizadas por meio de grupos de discussão e palestras educativas, além de orientações individualizadas durante as consultas de pré-natal e puericultura. Uma abordagem adequada de práticas em aleitamento materno deve incluir os itens a seguir.

Orientações básicas

- Amamentação exclusiva até os 6 meses e prevenção do desmame precoce;
- Vantagens do leite humano para a criança;
- Vantagens da amamentação para a mulher;
- Vantagens para a dentição e a fala da criança;
- Intervalo e duração das mamadas;
- Adequada posição e pega na amamentação;
- Causas de diminuição da produção de leite materno;
- Técnicas para aumentar a produção de leite;
- Importância da postura mãe/bebê na amamentação;
- Prevenção das rachaduras de mama;
- Não existência de leite materno fraco;
- Proteção do leite humano contra doenças na criança;
- O uso desnecessário de água ou chá durante a amamentação exclusiva; evitar o uso de chupetas;
- Formas de prevenção de fissuras;
- Presença de ingurgitamento mamário;
- Uso de artefatos que podem prejudicar o aleitamento materno;
- Técnica da ordenha manual do leite humano.

Promoção da alimentação saudável da criança

A alimentação saudável desde o início da vida fetal e ao longo da primeira infância, contemplando a alimentação da gestante, da nutriz, o aleitamento materno e a introdução oportuna da alimentação complementar tem impactos positivos, afetando não somente o crescimento e desenvolvimento da criança, mas também as demais fases do curso da vida. O inverso também ocorre; a alimentação inadequada pode levar ao risco nutricional, como a desnutrição ou excesso de peso, gerando um aumento da suscetibilidade para doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta, como diabetes, obesidade, doenças do coração e hipertensão. (BRASIL, 2006b).

Ações sugeridas

- Promoção, apoio e estímulo ao aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e complementar até dois anos de vida ou mais;
- Valorização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a partir da Caderneta da Criança;
- Orientação da alimentação da criança com base nos 10 passos da alimentação da criança menor de 2 anos;
- Incentivo ao uso de alimentos regionais, especialmente frutas, legumes e verduras;
- Incentivo ao consumo de alimentos fontes de ferro;
- Incentivo à mastigação;
- Orientação sobre o consumo de alimentos fontes de vitamina C junto com alimentos fontes de ferro para aumentar a biodisponibilidade desse micronutriente;
- Orientação sobre as principais fontes de Vitamina A e de Iodo;
- Estímulo ao uso moderado do sal iodado e correto armazenamento do sal no domicílio.

Atenção aos distúrbios nutricionais e anemias carenciais

- Realizar, no pré-natal, ações de prevenção e combate à alimentação inadequada, com orientação para alimentação saudável, incentivo ao aleitamento materno;
- Avaliar o estado nutricional de todas as crianças de 0 a 6 anos;
- Orientar sobre a alimentação da criança até 2 anos de idade ou mais;
- Identificar os fatores de risco nutricionais, como baixo peso ao nascer, prematuridade ou doenças associadas;
- Monitorar e orientar quanto ao sobrepeso infantil e obesidade;
- Realizar programa de educação nutricional para as mães/pais/cuidadores.

1.2.4. Abordagem das doenças respiratórias e infecciosas

- Conhecer o número de crianças do programa que apresentam pneumonias frequentes e/ou são internadas ou utilizam com frequência o serviço de urgência por pneumonia, asma ou diarreia;

- Orientar e tratar as crianças identificadas com asma grave, pneumonias e diarreia, ou com evolução insatisfatória e dúvidas no diagnóstico;
- Acompanhamento por equipe multidisciplinar.

1.3. Dados para monitoramento de programas

Seguem alguns exemplos de variáveis para a construção de indicadores relacionados à saúde da criança:

- Percentual de crianças (por faixa etária) incluídas no programa em relação ao total da carteira;
- Percentual de crianças (por faixa etária) incluídas no programa que frequentaram pelo menos uma atividade programática em relação ao total de crianças inscritas no programa;
- Percentual de crianças (por faixa etária) incluídas no programa que frequentaram todas as atividades programáticas em relação ao total de crianças inscritas no programa;
- Percentual de crianças em aleitamento materno exclusivo no sexto mês de vida em relação ao total de crianças inscritas no programa;
- Percentual de crianças de 6 meses a menos de 2 anos, com 6 meses ou mais em aleitamento materno em relação ao total de crianças inscritas no programa;
- Percentual de crianças de 0 a menos de 6 anos inscritas com a Caderneta de Saúde da Criança em dia em relação ao total de crianças inscritas no programa;
- Percentual de crianças que recorrem às urgências/emergências com queixas mal definidas;
- Percentual de crianças que sofreram acidentes domésticos evitáveis em relação ao total de crianças inscritas no programa;
- Percentual de crianças que sofreram acidentes domésticos evitáveis;
- Taxa de cobertura vacinal, por tipo de vacina;
- Percentual de crianças que realizaram os testes do pezinho, TANU e reflexo vermelho;
- Percentual de crianças vítimas de rubéola congênita;
- Avaliação do desenvolvimento psicomotor, cognitivo, de linguagem e fala;

- Percentual de crianças com Índice de Massa Corporal (IMC) entre sobrepeso;
- Percentual de crianças com Índice de Massa Corporal (IMC) entre sobrepeso que apresentaram Índice de Massa Corporal (IMC) normal no final de três meses;
- Percentual de crianças com Índice de Massa Corporal (IMC) entre sobrepeso que apresentaram Índice de Massa Corporal (IMC) normal no final de seis meses;
- Percentual de com Índice de Massa Corporal (IMC) entre sobrepeso que apresentaram Índice de Massa Corporal (IMC) normal no final de um ano;
- Percentual de crianças com Índice de Massa Corporal (IMC) obesidade;
- Percentual de crianças com Índice de Massa Corporal (IMC) de obesidade que apresentaram Índice de Massa Corporal (IMC) normal no final de três meses;
- Percentual de crianças com Índice de Massa Corporal (IMC) de obesidade que apresentaram Índice de Massa Corporal (IMC) normal no final de seis meses;
- Percentual de crianças com Índice de Massa Corporal (IMC) de obesidade que apresentaram Índice de Massa Corporal (IMC) normal no final de um ano;
- Percentual de beneficiários com dislipidemia;
- Percentual de beneficiários com dislipidemia que apresentaram níveis normais de lipídios no sangue no final de três meses;
- Percentual de beneficiários com dislipidemia que apresentaram níveis normais de lipídios no sangue no final de seis meses;
- Percentual de beneficiários com dislipidemia que apresentaram níveis normais de lipídios no sangue no final de um ano;
- Crianças de 0 a menos de 6 anos inscritas com percentil $\leq 3\%$ para o indicador peso por idade (NCHS, 2000);
- Crianças de 0 a menos de 6 anos inscritas com percentil $\geq 97\%$ para o indicador peso idade (NCHS, 2000);
- Total de nascidos vivos com peso ao nascer $< 2500\text{g}$;

- Nascido vivo prematuro;
- Nascido vivo a termo;
- Nascido morto;
- Total de nascidos vivos com Apgar menor que 7 no quinto minuto;
- Internações em UTI em crianças com menos de 28 dias de vida;
- Internações pediátricas.

1.4. *Links de interesse*

Biblioteca de Saúde da Mulher e da Criança

<http://www.fiocruz.br/bibsmc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=17>

Biblioteca Virtual em Saúde

<http://saudepublica.bvs.br/html/pt/topic.html>

Caderneta de Saúde da Criança

http://nutricao.saude.gov.br/documentos/caderneta_saude_da_crianca.pdf

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24225

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Caderneta%20Menino.pdf>

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Caderneta%20Menina.pdf>

Estatuto da Criança e do Adolescente

<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>

Guia Alimentar para Crianças menores de 2 anos

<http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=43>

http://nutricao.saude.gov.br/documentos/10_passos_final.pdf

Ministério da Saúde – Saúde da Criança

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=151

<http://www.telessaudebrasil.org.br/php/index.php?portal=subportal1>

Ministério da Saúde – Saúde da Criança: nutrição infantil

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cab.pdf>

http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad23.pdf

Vencendo a Desnutrição: abordagem clínica e preventiva

<http://www.desnutricao.org.br/manuais/Clinica.pdf>

2. Saúde do adolescente e jovem

2.1. Introdução

A adolescência é o período de transição entre a infância e a fase adulta (entre 10 e 19 anos), caracterizada por intensas transformações biopsicossociais (BRASIL, 2006c).

A Saúde do Adolescente tem como características as ações e o enfoque preventivo e educativo. Conhecer os conteúdos da Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes é tarefa importante para as equipes de saúde. Para que o programa seja bem-sucedido, as equipes devem interagir com seu público-alvo, respeitar sua cultura e conhecimentos adquiridos, criando condições para o crescimento adequado. A abordagem desses conteúdos aumenta a possibilidade de absorção dos conhecimentos pelos participantes do programa, o que favorece o aperfeiçoamento da sociedade (BRASIL, 2002a).

2.2. Principais estratégias de ação

Os principais temas a serem abordados em Programas de Promoção e Prevenção voltados à Área de Atenção à Saúde do Adolescente são apresentados a seguir:

- Desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação dos agravos;
- Crescimento e desenvolvimento;
- Alimentação saudável e atividade física;
- Saúde reprodutiva e sexualidade.

2.2.1. Desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação dos agravos à saúde do adolescente por meio dos seguintes eixos

- Identificar os principais problemas de saúde da carteira de beneficiários, buscando informações sobre seus determinantes;
- Considerar a diversidade sócio-cultural dos adolescentes, jovens e suas famílias no desenvolvimento das ações;
- Planejar e desenvolver práticas educativas e participativas que permeiem as ações dirigidas aos adolescentes e jovens, no âmbito individual e coletivo;
- Abordar os conceitos ampliados de saúde e da origem multifatorial dos agravos à saúde, aplicando-os em sua prática;
- Estimular a vacinação dos adolescentes de acordo com as normas do MS;
- Fornecer atenção multiprofissional.

2.2.2. Crescimento e desenvolvimento

- Efetuar medidas antropométricas e de avaliação do desenvolvimento puberal;
- Estabelecer o diagnóstico diferencial dos distúrbios de crescimento e desenvolvimento;
- Identificar situações de risco para o crescimento e desenvolvimento (condições clínicas e nutricionais);
- Orientar a respeito da adoção de hábitos de vida saudáveis, como alimentação adequada e prática de atividade física, com especial ênfase no desenvolvimento e melhoria dos programas de Educação Física Escolar;
- Orientar a respeito dos cuidados com a audição (Sons em volume alto – Uso de equipamentos eletrônicos);
- Estimular a comunicação e as relações interpessoais;
- Estabelecer condutas terapêuticas apropriadas para cada caso.

2.2.3. Alimentação saudável e atividade física

Quanto aos adolescentes, a alimentação saudável deve conter nutrientes adequados ao crescimento e às modificações corporais que ocorrem nesse período, no qual o crescimento e o desenvolvimento (maturação sexual) se tornam mais acelerados. No acompanhamento clínico do adolescente, deve-se considerar o diagnóstico antropométrico associado à avaliação do grau de maturação sexual, existindo diferenças de composição corporal entre os sexos e entre os estagiamentos que afetam as necessidades nutricionais, o crescimento e desenvolvimento. O aumento do Índice de Massa Corporal (IMC) em meninos é mais relacionado ao aumento de massa magra do que ao tecido adiposo, diferente das meninas.

Apesar de as morbidades associadas ao sobrepeso e à obesidade serem mais frequentes em adultos, algumas delas, como diabetes tipo 2, hipercolesterolemia, hipertensão arterial e problemas ortopédicos também têm sido observadas em crianças e adolescentes com excesso de peso. Estima-se que adolescentes com excesso de peso tenham 70% de chance de se tornarem adultos com sobrepeso ou obesos (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES apud BRASIL, 2004a).

Para o diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional de adolescentes, utiliza-se como parâmetro a distribuição do IMC segundo idade e sexo, da referência National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). Dessa forma, deve-se calcular IMC, obtido a partir da divisão do peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros (kg/m^2). O valor obtido deve ser comparado com a referência por meio das tabelas de percentil de IMC por idade e sexo. Para o diagnóstico de excesso de peso, o ponto de corte estabe-

lecido para adolescentes é > Percentil 85, correspondendo à classificação de sobrepeso (BRASIL, 2004a apud BRASIL, 2006c).

São apresentadas a seguir as tabelas de percentil de IMC por idade e sexo, para adolescentes com idade maior ou igual a 10 e menor de 20 anos.

Idade	Percentil de IMC por Idade				
	Adolescente Sexo Feminino				
	5	15	50	85	95
10	14,23	15,09	17,00	20,19	23,20
11	14,60	15,53	17,67	21,18	24,59
12	14,98	15,98	18,35	22,17	25,95
13	15,36	16,43	18,95	23,08	27,07
14	15,67	16,79	19,32	23,88	27,97
15	16,01	17,16	19,69	24,29	28,51
16	16,37	17,54	20,09	24,74	29,10
17	16,59	17,81	20,36	25,23	29,72
18	16,71	17,99	20,57	25,56	30,22
19	16,87	18,2	20,80	25,85	30,72

No que tange à atividade física, é importante estimular práticas de lazer, como andar de bicicleta, jogar bola, futebol, dançar, fazer ginástica e nadar, além de práticas rotineiras para aumentar a atividade física, tais como subir e descer escadas, fazer caminhadas curtas no lugar da locomoção por veículo e relacionar a prática de atividades com a sua estrutura motivacional, dentro e fora da escola. Há muitas evidências de que programas calçados em ênfase individual com base apenas na informação ou estímulo às atividades físicas desprovidas de valores intrínsecos (sejam eles lúdicos, estéticos, competitivos, culturais etc) consistem em ações fadadas ao fracasso (FARINATTI FERREIRA, 2006). É preciso incrementar as condições do ambiente físico e social, aumentando, assim, as chances de acesso do adolescente à prática espontânea e orientada de atividades físicas. Em paralelo, devem ser desestimulados os hábitos promotores do sedentarismo, como permanência excessiva em frente à televisão, ao computador e em jogos de videogames.

O envolvimento do adolescente com atividades de lazer ou esportivas pode aumentar as necessidades nutricionais e modificar as práticas alimentares. Os adolescentes devem ser orientados a não substituir as principais refeições, como almoço e jantar, por lanches rápidos, o que é um hábito comum e pode comprometer a satisfação das necessidades nutricionais nessa fase. Também devem ser orientados quanto à mastigação, deglutição, respiração, fala e da relação desses com aspectos da inteligibilidade de fala e comunicação oral.

Cabe destacar que o adolescente deve ser parte ativa das ações de saúde, cabendo à equipe atendê-lo de forma desprovida de autoritarismo e de soluções prontas. Faz parte do acompanhamento resgatar a sua autoestima para

que se possa promover o desenvolvimento de sua autonomia, assim como promover sua participação social ativa em ações comunitárias de seu interesse (protagonismo juvenil), principalmente naquelas relativas à saúde e à nutrição. Os adolescentes têm direito a escolhas, mas é preciso que as opções saudáveis sejam acessíveis no seu cotidiano (BRASIL, 2006c).

2.2.4. Saúde reprodutiva e sexualidade

- Indicar o exame ginecológico oportuno;
- Prevenir comportamentos de risco para as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS);
- Prevenir, diagnosticar precocemente e acompanhar a gravidez na adolescência;
- Orientar e apoiar o exercício da maternidade/ paternidade;
- Orientar os adolescentes sexualmente ativos para a prática saudável de sua sexualidade, contracepção etc;
- Diagnosticar precocemente e tratar os principais problemas ginecológicos: vulvovaginites, dismenorreia e amenorreia secundária;
- Realizar grupos de discussão sobre fatores socioculturais que influenciam o comportamento sexual do adolescente, DST/AIDS, drogas, contracepção etc.

2.3. Dados para monitoramento de programas

Seguem alguns exemplos de variáveis para a construção de indicadores relacionados à saúde do adolescente.

- Adolescentes (10 a 19 anos) participantes em atividades em grupo, com equipe multiprofissional (sexualidade, DST etc);
- Adolescentes grávidas inscritas no programa;
- Adolescentes com sobrepeso / obesidade inscritos no programa

2.4. Links de interesse

Biblioteca Virtual em Saúde - Adolec Brasil

<http://www.adolec.br/html/pt/home.html>

Caderneta de Saúde do Adolescente

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cadeneta_meninos.pdf

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cadeneta_meninas.pdf

Estatuto da Criança e do Adolescente
<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>

Ministério da Saúde – Adolescentes e Jovens
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=241
<http://www.telessaudebrasil.org.br/php/index.php?portal=subportal8>

Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente
<http://www.nesa.uerj.br/>

3. Saúde do adulto

3.1. Doenças crônicas não transmissíveis

3.1.1. Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) as enfermidades cerebrovasculares, cardiovasculares e renovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes mellitus. A OMS também inclui aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, famílias e sociedade, como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, desordens genéticas e patologias oculares e auditivas. Considera-se que todas elas requerem contínua atenção e esforços de um grande conjunto de equipamentos de políticas públicas e pessoas em geral. Nesse manual, restringe-se o escopo das DCNT abordadas, fixando-se no cuidado integral para doenças cardiovasculares, neoplasias, hipertensão arterial e diabetes mellitus, pois se referem a um conjunto de doenças que têm fatores de risco em comum e, portanto, podem ter uma abordagem comum na sua prevenção (OMS, 2005).

A mudança do perfil epidemiológico no país, com predominância das doenças não transmissíveis, é uma consequência da urbanização, de melhorias nos cuidados com a saúde, da mudança nos estilos de vida e da globalização. As DCNT são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de riscos modificáveis, como o tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada, a obesidade, a dislipidemia e o consumo de álcool (MALTA et al, 2006).

Iniciativas importantes de prevenção de DCNT estão sendo implementadas e baseia-se no fortalecimento dos sistemas de vigilância em saúde para o cuidado integral, no fortalecimento das ações de promoção da saúde, no fortalecimento e reorientação dos sistemas de saúde e no monitoramento e na avaliação das atividades planejadas. Reorientar os modelos de atenção à saúde requer a compreensão da situação de saúde de determinado local para se poder atuar na realidade de saúde. Em se tratando das DCNT, elas têm sua especificidade, especialmente no que diz respeito à qualidade de vida das pessoas e de suas famílias. Portanto, nessa perspectiva, há de se destacar o controle integrado, a ação integrada com outros setores e a tomada de decisão baseada em evidências científicas (BRASIL, 2008a).

3.1.2. Doenças cardiovasculares

Houve grandes avanços nos últimos anos no entendimento da fisiopatologia das doenças cardiovasculares e do papel do estilo de vida, especialmente alimentação e atividade física, em sua etiologia e prevenção. Também se aprimorou a capacidade de identificar indivíduos de alto risco e de graduar seu risco cardiovascular para identificar aqueles que se beneficiam de maior ou menor intensidade de ações preventivas. A meta é reduzir a incapacidade e a mortalidade prematuras resultantes de doença cardíaca coronariana e outros eventos ateroscleróticos, prolongando a vida com qualidade. As ações baseiam-se em mudanças de estilo de vida (tabagismo, hábitos nutricionais e atividade física) e em eventuais intervenções farmacológicas (STEIN et al, 2006).

Mais importante do que diagnosticar no indivíduo uma patologia isoladamente é avaliá-lo em termos de seu risco cardiovascular, cerebrovascular e renal global. A prevenção, baseada no conceito de risco cardiovascular global, significa que os esforços para a prevenção de novos eventos cardiovasculares serão orientados, não de maneira independente pelos riscos da elevação de fatores isolados como a pressão arterial ou o colesterol, mas pelo resultado da soma dos riscos imposta pela presença de múltiplos fatores, estimado pelo risco absoluto global de cada indivíduo. Sob o enfoque preventivo, quanto maior o risco, maior o potencial benefício de uma intervenção terapêutica ou preventiva (BRASIL, 2006a).

Para uma prevenção adequada da doença cardiovascular, é necessária uma boa estratificação do risco e real controle dos fatores predisponentes. A presença de nove dos fatores de risco abaixo descritos explica quase 90% do risco atribuível de doença na população ao redor do mundo: história familiar de doença arterial coronariana prematura (familiar de 1º grau, sexo masculino < 55 anos e sexo feminino < 65 anos); homem > 45 anos / mulher > 55 anos; tabagismo; hipercolesterolemia (LDL-c elevado); hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus; obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²); gordura abdominal; sedentarismo; dieta pobre em frutas e vegetais; estresse psicossocial (BRASIL, 2006a).

As ações preventivas e terapêuticas incluem intervenções de baixa intensidade, com aconselhamentos quanto à realização de atividade física, dieta saudável, abandono do tabagismo e manutenção de peso e cintura nas faixas consideradas saudáveis. Intervenções de intensidade moderada iniciam com a intensificação de hábitos de vida saudáveis e avaliação do uso de medidas farmacológicas destinadas à cessação do tabagismo e à utilização de agentes antiplaquetários, especialmente naqueles sob maior risco. Além das intervenções de intensidade moderada, as intervenções de intensidade alta incluem o uso de medicamento e, na ausência de contraindicações, o uso de fármacos para pacientes obesos. O uso da vacinação anual contra influenza, por ser uma medida pontual, de baixo custo e com benefícios não-cardiovasculares adicionais, poderia ser considerado para pacientes com menos de 60 anos, de alto risco ou com doenças cardiovasculares instaladas (DUNCAN et al, 2006).

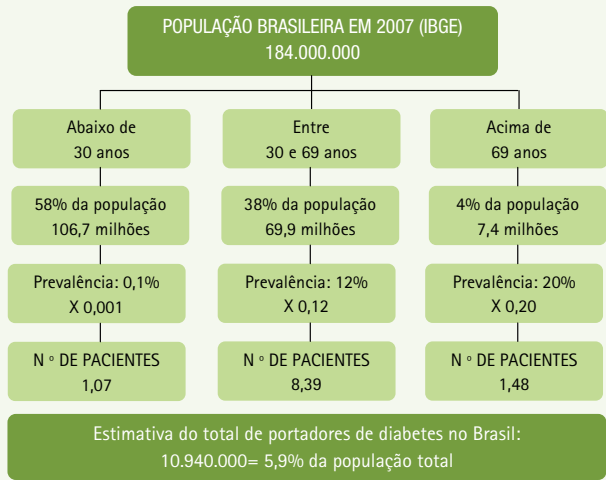
3.1.3. Diabetes mellitus

Estudo multicêntrico sobre prevalência de diabetes mellitus no Brasil, denominado Censo Brasileiro de Diabetes, realizado em nove capitais brasileiras em 1998, mostrou uma prevalência média de 7,6% em indivíduos com mais de 30 anos, variando de 3% na faixa etária de 30 a 39 anos até 17% entre 60 a 69 anos. Estima-se que quase 50% dos indivíduos com diabetes não sabem que têm a doença, considerando o fato de ser assintomática na maior parte dos casos (SCHMIDT, 2006). A prevalência da tolerância diminuída à glicose era igualmente de 8%, variando de 6 a 11% entre as mesmas faixas etárias (MALERBI et al, 1992).

Dados de Ribeirão Preto, utilizando a metodologia do Censo Brasileiro de Diabetes, mostraram uma prevalência de 12,1% de diabetes e 7,7% de tolerância diminuída à glicose na faixa etária de 30 a 69 anos (TORQUATO et al, 2003). Hoje, estima-se que 11% da população com idade igual ou superior a 40 anos sofrem desse agravo, o que representa cerca de 5 milhões e meio de portadores (população estimada pelo IBGE 2005) (BRASIL, 2006d).

Estudos com dados de morbidade autorreferida têm sido amplamente utilizados em inquéritos de saúde. Dados da pesquisa “Vigitel 2008”, analisados para a população geral brasileira, mostram que o número de pessoas que afirmou ter diabetes foi 5,2%, sendo menor entre os homens (4,6%) do que entre as mulheres (5,6%). Em relação à população beneficiária de planos de saúde, a frequência de adultos que referem o diagnóstico médico prévio de diabetes foi de 5,6%, variando 6,1% nas mulheres para 4,9% nos homens. Segundo o Vigitel, o número de diagnósticos aumenta com a idade e diminui com o nível de escolaridade, para ambas as populações (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b). Com base nos dados do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar – PNAD – 2003, a prevalência de diabetes foi estimada, aproximadamente, em 3,0% em homens e 1,0% em mulheres (BARROS et al, 2006).

Pimazoni Netto (2008) sugere a matriz de cálculo abaixo para a estimativa de diabetes na população nacional, estadual e municipal, tomando-se como exemplo a população brasileira de 184 milhões de habitantes, segundo dados do IBGE de dezembro de 2007:



O diabetes mellitus gera grande impacto econômico nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores (BRASIL, 2006d). Importante ressaltar que o diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica respondem por 50% dos casos de doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006a).

As consequências do diabetes mellitus a longo prazo decorrem de alterações micro e macrovasculares que levam a disfunção, dano ou falência de vários órgãos. As complicações crônicas incluem pé diabético, nefropatia, retinopatia e neuropatia. Pessoas com diabetes apresentam risco maior de doença vascular aterosclerótica, como doença coronariana, doença arterial periférica e doença vascular cerebral. O aumento da mortalidade cardiovascular dos pacientes diabéticos está relacionado tanto ao estado diabético quanto à agregação de vários fatores de risco cardiovascular, como obesidade, HAS e dislipidemia (SBD, 2003).

Nesse sentido, a atenção direciona-se aos diferentes níveis preventivos da doença. A prevenção terciária, em que complicações já ocorreram, é a que consome a maior parte dos investimentos. A prevenção secundária é importante para o tratamento adequado do diabético sem complicações. A prevenção primária, por sua vez, tem como finalidade impedir o aparecimento da doença, bem como o surgimento de fatores de risco para o diabetes mellitus tipo 2 (SBD, 2005). Dados de um estudo multicêntrico nacional recente (GOMES et al, 2006) com mais de 2.000 pacientes mostraram que a maioria dos pacientes com diabetes tipo 2 (DM2) não está com controle metabólico e clínico adequados e, como agravante, não tinham uma avaliação sistemática das complicações crônicas da doença.

Tipos de diabetes mellitus

Os tipos de diabetes mais frequentes são o diabetes tipo 1, anteriormente conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o diabetes tipo 2, anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos. Outro tipo de diabetes encontrado com maior frequência e cuja etiologia ainda não está esclarecida é o diabetes gestacional, que, em geral, é um estágio pré-clínico de diabetes, detectado no rastreamento pré-natal (BRASIL, 2006d).

Outros tipos específicos de diabetes menos frequentes podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao diabetes.

Rastreamento do diabetes mellitus tipo 2

Cerca de 50% da população com diabetes não sabe que é portadora da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticada até que se manifestem sinais de complicações. Por isso, testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos que apresentem maior risco da doença. Fatores indicativos de maior risco são listados a seguir (BRASIL, 2006d; SCHMIDT, 2006):

- Idade igual ou maior que 45 anos;
- Sobrepeso (IMC ≥ 25 Kg/m²);
- Obesidade central (cintura abdominal > 102 cm para homens e > 88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas);
- Antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes;
- História de tolerância à glicose diminuída ou de glicemia de jejum alterada;
- História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 Kg;
- Hipertensão arterial ($\geq 140/90$ mmHg em adultos);
- Dislipidemia: hipertrigliceridemia (≥ 250 mg/dL) ou colesterol HDL baixo (≤ 35 mg/dL);
- História de macrossomia;
- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos;
- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida;
- Inatividade física habitual;
- Uso de medicamentos diabetogênicos, como corticosteróides.

Diagnóstico

Os elementos clínicos que levantam a suspeita de diabetes (SCHMIDT, 2006) são:

- Sinais e sintomas clássicos: poliúria, polidipsia, polifagia, perda inexplicada de peso;
- Sinais menos específicos: fadiga, fraqueza e letargia; visão turva (ou melhora temporária da visão para perto); prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite;
- Complicações crônicas/doenças intercorrentes: proteinúria; neuropatia diabética (câimbras, parestesias dos dedos dos pés, dor nos membros inferiores, neuropatia de nervo craniano); retinopatia diabética; doença arteroesclerótica; infecções de repetição.

Exames laboratoriais para o diagnóstico de diabetes

Resumidamente, os testes laboratoriais mais comumente utilizados para suspeita de diabetes ou regulação glicêmica alterada são (BRASIL, 2006d):

- Glicemia de jejum: nível de glicose sanguínea após um jejum de 8 a 12 horas;
- Teste oral de tolerância à glicose (TTG-75g);
- Glicemia casual: tomada sem padronização do tempo desde a última refeição.

Indivíduos que apresentem glicemia de jejum entre 110 e 125 mg/dL (glicemia de jejum alterada) podem requerer avaliação por TTG-75g em 2h, devido à alta probabilidade de terem diabetes. Mesmo quando a glicemia de jejum for normal (< 110 mg/dL), pacientes com alto risco para diabetes ou doença cardiovascular podem merecer avaliação por TTG.

Critérios para o diagnóstico de diabetes

Os critérios laboratoriais para o diagnóstico de diabetes e a interpretação dos resultados do exame de glicemia de jejum e do teste de tolerância à glicose estão descritos na tabela abaixo (SCHMIDT, 2006):

Diabetes Mellitus	glicemia casual ≥ 200 mg/dL na presença de sinais e sintomas clássicos ou glicemia em jejum ≥ 126 mg/dL ou glicemia de duas horas ≥ 200 mg/dL
Tolerância à Glicose Diminuída (TGD)*	glicemia em jejum < 126 mg/dL e glicemia de duas horas ≥ 140 mg/dL
Glicemia de jejum alterada*	100-110 mg/dL e ** glicemia de jejum < 126 mg/dL

*O diagnóstico exige confirmação. **Limite inferior estabelecido em 100 mg/dL pela American Diabetes Association e em 110 mg/dL pela OMS. Alimentação Saudável e Atividade Física

Indivíduos em alto risco (com tolerância à glicose diminuída) podem prevenir, ou ao menos retardar, o aparecimento do diabetes tipo 2.

As mudanças de estilo de vida têm como objetivo a redução de peso, a manutenção do peso perdido, o aumento da ingestão de fibras, a restrição energética moderada, a restrição de gorduras, especialmente as saturadas, e o aumento de atividade física regular. Algumas intervenções farmacológicas também se mostram eficazes. Casos com alto risco de desenvolver diabetes, incluindo mulheres que tiveram diabetes gestacional, devem fazer investigação laboratorial periódica para avaliar sua regulação glicêmica. A caracterização do risco é feita de modo semelhante àquela feita para suspeita de diabetes assintomático (BRASIL, 2006d).

A educação alimentar é um dos pontos fundamentais na prevenção primária e tratamento do DM, não sendo possível um bom controle metabólico sem uma alimentação adequada. O objetivo geral da orientação nutricional é auxiliar o indivíduo a fazer mudanças em seus hábitos alimentares, favorecendo o melhor controle metabólico, enquanto os objetivos específicos são: contribuir para a normalização da glicemia, diminuir os fatores de risco cardiovascular, fornecer calorias suficientes para a obtenção e/ou manutenção do peso corpóreo saudável, prevenir complicações agudas e crônicas do DM e promover a saúde através da nutrição adequada (SBD, 2003).

Monitoramento

O monitoramento dos pacientes portadores de diabetes mellitus e as metas de tratamento básico incluem:

- Controle glicêmico;
- Automonitorização domiciliar da glicemia;
- Hemoglobina glicada (A1C) pelo menos 2 vezes ao ano em pacientes que estão atingindo a meta estabelecida e mais frequentemente (até 4 vezes ao ano) para aqueles com mudanças na terapia ou que não estejam atingindo controle glicêmico ideal;
- Avaliação clínica e laboratorial adicional;
- Orientação alimentar;
- Atividade física;
- Controle da hipertensão arterial;
- Controle da dislipidemia;
- Controle do tabagismo;
- Orientação odontológica;
- Controle das complicações decorrentes da doença: pé diabético, retinopatia diabética, nefropatia diabética, neuropatia diabética.

A perda de 5% a 10% de peso, além de possibilitar o alcance das metas glicêmicas, retarda a progressão, reduz as necessidades insulínicas e permite, em alguns casos, a retirada do tratamento farmacológico (SBD, 2005). A prática de exercício regular melhora o controle glicêmico, reduz fatores de risco cardiovasculares, contribui para a perda de peso e pode prevenir o aparecimento de diabetes em indivíduos de alto risco (BRASIL, 2006d).

Metas de controle glicêmico, metabólico e cardiovascular, e a periodicidade do monitoramento

Parâmetro	Meta	Periodicidade
Plano alimentar	Alimentação saudável 18,5<IMC<25kg/m² ou perda de peso	Verificar e orientar a cada consulta
Atividade física	> 30 min/d ou > 1h/dia (perda/manutenção de peso)	Verificar e orientar a cada consulta
Fumo	Não fumar	Verificar e orientar a cada consulta
Hemoglobina glicada (A1C)	<7%	A cada 3 meses até alcançar controle; depois a cada 6 meses
Glicemia de jejum	90-130 mg/dL	Mensal
Colesterol LDL	<100 mg/dL	Anual
Colesterol HDL	>40 mg/dL	Anual
Triglicerídeos	<150 mg/dL	Anual
Pressão arterial	<130/80 mmHg	A cada consulta
Vacinação	Influenza	Vacinação anual

(BRASIL, 2006d)

Ações sugeridas

- Orientar os beneficiários sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira;
- Orientar os beneficiários sobre a automonitorização (glicosúria e glicemia capilar) e técnica de aplicação de insulina;
- Programar, junto à equipe, estratégias para a educação do beneficiário;
- Orientar sobre a verificação dos níveis da pressão arterial, peso, altura e CA junto aos profissionais de saúde;
- Orientar os beneficiários sobre as complicações do DM;
- Planejar grupos de seguimentos para DM;
- Inserção de outros profissionais, especialmente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, profissionais de educação física, para enfatizar a ação interdisciplinar para a prevenção e tratamento do DM.

3.1.4. Hipertensão arterial sistêmica

Considerando o critério de diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica $\geq 140/90$ mmHg, a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade em que o estudo é conduzido (BRASIL, 2006e). Outros estudos mostram taxas de prevalência em torno de 20%, sem distinção por sexo, mas com evidente tendência de aumento com a idade. Esses índices variam em função da população estudada, mas são semelhantes à prevalência encontrada em outros países da América Latina (PASSOS et al, 2006).

A pesquisa Vigitel mostrou que, em 2008, o número de pessoas que referiram diagnóstico prévio de hipertensão chegou a 23,1%, sendo ligeiramente menor entre os homens (20,3%) do que entre as mulheres (25,5%). Segundo o estudo, a hipertensão se torna mais comum com a idade, alcançando cerca de 6% dos indivíduos entre os 18 e 24 anos e cerca de 60% nas pessoas acima de 65 anos (BRASIL, 2009a).

Dados do Vigitel 2008, analisados para a população beneficiária de planos de saúde, apontam em 23,4% o número de pessoas que refere diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial, variando de 21,2% nos homens a 25,2% nas mulheres. A referência ao diagnóstico de hipertensão arterial aumentou com a idade em ambos os sexos e foi quase o dobro entre indivíduos com menor escolaridade comparados aos indivíduos com maior escolaridade.

Classificação

A medida da pressão arterial é o elemento chave para o estabelecimento do diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. De acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, SBH, SBN, 2007), classificamos os níveis de PA para pessoas com mais de 18 anos conforme tabela 1. A publicação do VII JNC (Joint National Committee) em 2003 forneceu uma nova classificação da hipertensão e introduziu o conceito de pré-hipertensão, em que pacientes com pressão arterial limítrofe, que possuem um maior risco de eventos cardiovasculares que pacientes normotensos (tabela 2).

Tabela 1. Classificação da pressão arterial segundo os valores da pressão arterial sistólica e da pressão diastólica, segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

Classificação da pressão arterial	Pressão arterial sistólica (mmHg)	condição	Pressão arterial diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	e	< 80
Normal	< 130	e	< 85
Limitrofe	130 a 139	ou	85 a 89
Estágio 1	140 a 159	ou	90 a 99
Estágio 2	160 a 179	ou	100 a 109
Estágio 3	≤ 180	ou	≤ 110
Hipertensão sistólica isolada	> 140	e	< 90

Tabela 2. Classificação da pressão arterial segundo os valores da pressão arterial sistólica e da pressão diastólica, segundo o VII Joint National Committee.

Classificação da pressão arterial	Pressão arterial sistólica (mmHg)	condição	Pressão arterial diastólica (mmHg)
Normal	< 120	e	< 80
Pré-hipertensão	120 a 139	ou	80 a 89
Hipertensão estágio 1	140 a 159	ou	90 a 99
Hipertensão estágio 2	≥ 160	ou	≥ 100

Diagnóstico e acompanhamento

A investigação clínico-laboratorial do paciente hipertenso tem por objetivo (BRASIL, 2006e):

- Confirmar a elevação da pressão arterial e firmar o diagnóstico;
- Avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo;
- Identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares e risco cardiovascular global;
- Diagnosticar doenças associadas à HAS;
- Diagnosticar, quando houver, a causa da HAS.

Para atingir tais objetivos, são fundamentais: história clínica, exame físico, avaliação laboratorial inicial do paciente hipertenso. A rotina complementar mínima para pacientes hipertensos é composta pelos seguintes exames (FUCHS, 2006):

- Exame de urina: bioquímica e sedimento;
- Creatinina sérica;
- Potássio sérico;
- Colesterol total;
- Glicemia de jejum;
- Eletrocardiograma de repouso.

Abaixo, segue o esquema de recomendação para seguimento, lembrando que deve ser considerada, antes de qualquer medida, a condição clínica do paciente, conforme as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, SBH, SBN, 2007):

Pressão arterial inicial (mmHg)*		Seguimento
Sistólica	Diastólica	
< 130	< 85	Reavaliar em 1 ano. Estimular mudanças no estilo de vida.
130-139	85-89	Reavaliar em 6 meses* Insistir em mudanças no estilo de vida.
140-159	90-99	Confirmar em 2 meses**. Considerar exames de monitorização (MAPA/MRPA).
160-179	100-109	Confirmar em 1 mês**. Considerar exames de monitorização (MAPA/MRPA).
≥ 180	≥ 110	Intervenção medicamentosa imediata ou reavaliar em 1 semana**.

*Se as pressões sistólica e diastólica forem de estágios diferentes, o seguimento recomendado deve ser definido pelo maior nível de pressão.

**Considerar intervenção de acordo com a situação clínica do paciente.

Medidas de prevenção primária

De acordo com o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (SBC, SBH, SBN, 1998), recomenda-se que medidas preventivas sejam adotadas desde a infância e com ênfase na abordagem familiar de mudanças no estilo de vida. Controle do peso, dieta balanceada e prática de exercícios físicos regulares são medidas simples, que, quando implementadas desde fases precoces da vida, representam benefício potencial sobre o perfil de risco cardiovascular desses indivíduos.

A presença de fatores de risco não-modificáveis, tais como sexo masculino, idade superior a 45 anos para homens e 55 anos para mulheres e hereditariedade de doença coronariana prematura (pacientes com menos de 55 anos para os homens e 65 anos para as mulheres, com parentesco de primeiro grau), implica em maior rigor no controle dos fatores de risco modificáveis.

Modificações no estilo de vida

- Controle do peso: Manter o peso na faixa ideal, aferido pelo índice de massa corporal (peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros), entre 20 kg/m² e 25 kg/m². Esse objetivo deve ser conseguido mediante dieta hipocalórica balanceada, associada ao aumento da atividade física diária e à prática regular de exercícios aeróbios. O uso de anorexígenos não é aconselhável, pelo risco de complicações cardiovasculares. Esses objetivos devem ser permanentes, evitando-se grandes e indesejáveis flutuações do peso.

- Redução da ingestão de sódio: Limitar a ingestão diária de sódio ao máximo de 2,4 g de sódio ou 6 g de cloreto de sódio. Esse total deve incluir o sódio contido nos alimentos naturais e manufaturados.
- Aumento da ingestão de potássio: É recomendável que a ingestão diária de potássio fique entre 2 g e 4 g, contidos em uma dieta rica em frutas e vegetais frescos.
- Redução ou abandono da ingestão de álcool: Abandonar ou limitar o consumo diário de álcool a 30 ml de etanol para os homens (720 ml de cerveja, 240 ml de vinho e 60 ml de bebida destilada) e à metade dessas quantidades para as mulheres.
- Prática de exercícios físicos: Praticar exercícios físicos aeróbios, 30 a 45 minutos por dia, 3 ou mais vezes por semana. Tentar aumentar também a atividade física diária.
- Suplemento de cálcio e magnésio: Manter ingestão adequada de cálcio e magnésio. A suplementação dietética ou farmacológica desses cátions ainda não tem embasamento científico suficiente para ser recomendada como medida preventiva.

Modificação de outros fatores de risco cardiovascular

- Tabagismo:

Eleva agudamente a pressão arterial e favorece o desenvolvimento e as complicações da aterosclerose. Sua interrupção reduz o risco de acidente vascular encefálico, de doença isquêmica do coração e de doença vascular arterial periférica, além de evitar seus outros efeitos deletérios. A exposição ao fumo (tabagismo passivo) também deve ser evitada.

- Dislipidemias:

A hipercolesterolemia é um dos maiores fatores de risco cardiovascular. O nível de colesterol total sérico deve ser mantido abaixo de 200 mg/dL, com LDL-colesterol (colesterol de baixa densidade) abaixo de 130 mg/dL. A dieta fase I da “American Heart Association” (menos de 30% das calorias em gordura, com menos de 10% de gorduras saturadas, menos de 10% de gorduras poliinsaturadas e o restante em gorduras monoinsaturadas, além de menos de 300 mg de colesterol por dia) deve ser indicada como tratamento inicial.

Para os pacientes de maior risco, não-responsivos à dieta fase I, recomenda-se a dieta fase II (menos de 7% de gorduras saturadas e menos de 200 mg de colesterol por dia), considerando-se, também individualmente, o uso de vastatinas. O HDL-colesterol (colesterol de alta densidade) baixo (inferior a 35 mg/dl) pode aumentar em resposta à redução do peso, à prática de exercícios físicos e à suspensão do hábito de fumar. A hipertrigliceridemia (triglicerídeos > 200 mg/dl) deve ser tratada com as medidas dietéticas referidas anteriormente, acrescidas da redução da ingestão de carboidratos simples e de bebidas alcoólicas. Quando necessário, recomenda-se o uso de fibratos.

Seguem as recomendações dietéticas globais para o tratamento da dislipidemia:

- » Preferencial de verduras e legumes, frutas, cereais, grãos e massas.
- » Consumo preferencial de peixe e carnes brancas das aves, preparadas sem pele; uso restrito de carnes vermelhas, com retirada da gordura visível; uso moderado de crustáceos, evitando-se a adição de gorduras saturadas em seu preparo.
- » Evitar o consumo de gema de ovo, leite, manteiga e outros derivados na forma integral, dando preferência a produtos desnatados.
- » Evitar o uso de margarinas sólidas e usar, com parcimônia, margarinas cremosas ou alvarinas.
- » Usar óleos insaturados, tais como soja, canola, oliva, milho, girassol e algodão, com preferência pelos três primeiros; evitar o uso de óleo de coco e dendê.
- » Evitar frituras.

- Intolerância à glicose e diabetes mellitus:

Resistência à insulina e diabetes mellitus são condições frequentemente associadas à hipertensão arterial, favorecendo a ocorrência de doenças cardiovasculares, principalmente coronarianas. Sua prevenção tem como base a redução da ingestão calórica, a prática regular de exercícios físicos aeróbios e a redução da ingestão de açúcares simples.

- Menopausa:

A diminuição da atividade estrogênica após a menopausa aumenta em duas a quatro vezes o risco cardiovascular. A reposição hormonal provavelmente diminui esse risco, exercendo efeito favorável sobre o perfil lipídico (diminuição do LDL-colesterol e aumento do HDL-colesterol), sem efeito significativo sobre a pressão arterial.

- Estresse oxidativo:

Acumulam-se evidências de que o estresse oxidativo é um fator de risco relevante para doença cardiovascular, podendo associar-se com dieta hipercalórica e pobre em frutas e vegetais. A correção desse desvio alimentar pode minimizar esse risco. Todavia, a recomendação para suplementar antioxidantes requer evidências mais consistentes.

- Estresse psicológico:

A redução do estresse psicológico é recomendável para diminuir a sobrecarga de influências neuro-humorais do sistema nervoso central sobre a circulação. Contudo, a eficácia de técnicas terapêuticas de combate ao estresse com vistas à prevenção e ao tratamento da hipertensão arterial ainda não está estabelecida universalmente.

Estratégias para Implementação de Medidas Preventivas

As mudanças no estilo de vida, embora de difícil implementação, devem ser sempre incentivadas. As sugestões apresentadas abaixo são aquelas com possibilidade de êxito em um campo que ainda apresenta inúmeros desafios.

- Ações educacionais dirigidas a:
 - » Profissionais de saúde;
 - » Alunos de escolas profissionalizantes;
 - » Alunos do ensino fundamental I, II e médio;
 - » Pessoal de instituições e empresas;
 - » Comunidade
- Ações de conscientização:
 - » Campanhas de esclarecimentos por meio da mídia;
 - » Campanhas temáticas periódicas, tais como dia municipal, estadual e/ou nacional da hipertensão, semana da hipertensão etc.
- Outras ações:
 - » Incorporação das ações de prevenção, detecção e controle da hipertensão arterial nos programas de atenção primária à saúde, incluindo também crianças e adolescentes.
 - » Implementação de programas de assistência multiprofissional;
 - » Estabelecimento de normas governamentais para reduzir o conteúdo de sódio e gorduras saturadas dos alimentos industrializados;
 - » Maior rigor na rotulagem do conteúdo nutricional dos alimentos;
 - » Monitorizar as ações de prevenção e controle da hipertensão arterial e suas consequências por meio de eficientes indicadores de saúde.

3.1.5. Neoplasias

Neoplasia é um termo genérico utilizado para denominar um grupo de mais de 100 doenças que podem afetar qualquer parte do corpo. Também denominada como tumor e câncer, tem como característica o desenvolvimento rápido e desordenado de células que crescem além de seus limites, acometendo outros órgãos, um processo denominado metástase, que costuma ser a causa principal de morte por neoplasia (WHO, 2007).

Atualmente, as neoplasias, de um modo geral, estão entre as principais causas de morte. No ano de 2005, foram responsáveis por 7,6 milhões de óbitos de um total de 58 milhões em todo o mundo, o correspondente a 13%. Mais de 70% de todas essas mortes ocorreram em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (BRASIL, 2007a). De acordo com estimativas da OMS, o número total de casos de neoplasia em países em desenvolvimento aumentará, aproximadamente, em 73% e, em países desenvolvidos, por volta 29%

nas duas primeiras décadas do século XXI, principalmente devido ao envelhecimento populacional (WHO, 2002). Estima-se por volta de 9 milhões de mortes por neoplasia em 2015 e 11 milhões e quatrocentas mil em 2030.

Entre os principais tipos de neoplasias que atingem as populações humanas estão: pulmão, responsável por 1,3 milhão de mortes por ano; estômago, com aproximadamente, 1 milhão de mortes por ano; fígado e cólon, com 650 mil mortes por ano; e mama, com cerca de 500 mil mortes por ano. Os tipos mais frequentes de neoplasia em homens, em ordem numérica de óbitos globais, são: pulmão, estômago, fígado, colorretal, esôfago e próstata. Já entre mulheres, pode-se relacionar mama, pulmão, estômago, colorretal e cervical (WHO, 2007).

De acordo com as estimativas do Instituto Nacional do Câncer (Inca) para o ano de 2008, a ocorrência de câncer no Brasil foi de, aproximadamente, 466.730 novos casos. Desse total, cerca 231.860 casos novos ocorreram no sexo masculino e 234.870, no sexo feminino. Nesse ano, a neoplasia mais incidente na população brasileira foi o câncer de pele não melanoma com, aproximadamente, 115.000 casos novos. Entre os homens, os tipos mais comuns, excetuando o de pele não melanoma, foram os de próstata e pulmão, estimados em 49.000 e 18.000, respectivamente, enquanto que entre as mulheres, as neoplasias de mama, com 49.000 casos, e colo de útero, com 19.000, representaram as maiores incidências (BRASIL, 2007a).

Fatores de risco

O desenvolvimento da neoplasia pode ocorrer a partir de fatores ou agentes externos e por fatores genéticos herdados. O envelhecimento é considerado um outro fator fundamental para o estabelecimento da doença. A incidência do câncer aumenta de forma importante com o avanço da idade, provavelmente, devido ao acúmulo de risco durante a vida associado com a tendência de que os mecanismos de controle celular tendem a ser menos eficazes com o envelhecimento do indivíduo (WHO, 2007).

Os fatores ambientais são considerados os responsáveis pela maioria das ocorrências de câncer, tendo em vista que as mudanças que o ser humano provoca no meio ambiente e as escolhas de diferentes estilos de vida e de consumo podem aumentar ou diminuir o risco de câncer. O conhecimento científico atual aponta para evidências de que o tipo de alimentação, um estilo de vida sedentário, o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a exposição excessiva ao sol sem proteção, o ambiente ocupacional e comportamentos sexuais de risco podem estar relacionados em maior ou menor grau com o desenvolvimento de determinados tipos de neoplasias (BRASIL, 2007a).

Fatores ambientais, estilos de vida e de consumo, ou seja, os fatores e agentes externos, interagem no organismo provocando alterações dos genes responsáveis pelo crescimento e o desenvolvimento da célula, os chamados fatores genéticos. Os fatores e agentes externos podem ser classificados como (WHO, 2007; BRASIL, 2007a).

- Agentes carcinogênicos físicos: tais como a radiação ultravioleta (UV) e a de ionização;
- Agentes carcinogênicos químicos: como fumo e o asbesto; e
- Agentes carcinogênicos biológicos: como infecções por vírus (vírus da Hepatite B, que está relacionado à gênese do câncer de fígado; e Papilomavírus Humano - HPV, relacionado ao câncer cervical); as bactérias (*helicobacter pylori*, o agente etiológico do câncer gástrico); a contaminação de alimentos por micotoxinas, tais como as aflatoxinas (produtos de fungos do aspergilo) relacionadas ao câncer do fígado, entre outros.

O consumo de tabaco é considerado o fator de risco mais importante para o câncer e está relacionado a vários tipos de neoplasias (WHO, 2007). Considera-se que o fumo esteja ligado à origem de tumores malignos em oito órgãos (boca, laringe, pâncreas, rins e bexiga, além do pulmão, colo de útero e esôfago). Dentre os seis tipos de câncer com maior índice de mortalidade no Brasil, metade (pulmão, colo de útero e esôfago) tem o cigarro como um de seus fatores de risco (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2007a).

Evidências associam de maneira importante os estilo de vida e os fatores alimentares no desenvolvimento de neoplasias. Considera-se que fatores relacionados à alimentação podem contribuir com um terço dos casos de câncer nos países desenvolvidos, o que faz deles o segundo fator de risco prevenível para a doença, depois do tabaco (WHO, 2002). A obesidade pode ser considerada como um fator de risco, além dos hábitos alimentares, no que diz respeito ao baixo consumo de frutas e vegetais e consumo elevado de sal. A falta de atividade física, por sua vez, tem um papel distinto como fator de risco para o câncer. Além disso, o consumo excessivo de álcool é responsável pela ocorrência de diversos tipos de câncer, como o de esôfago, faringe, laringe, fígado e mama, por exemplo (WHO, 2007).

A exposição excessiva ao sol, a exposição ocupacional e o comportamento sexual e reprodutivo inadequado também são importantes fatores de risco de câncer e necessitam de ações específicas para o seu controle (BRASIL, 2005b).

Segundo estimativas da OMS, cerca de 40% dos casos de câncer poderiam ser evitados por meio de medidas preventivas. Uma dieta saudável, atividade física regular e ausência do tabaco, por exemplo, mostram que muito pode ser feito no âmbito da prevenção primária para combater esse problema (BRASIL, 2005b; WHO, 2007).

O controle das neoplasias está relacionado às ações de saúde coletiva que incluem a execução e sistematização de estratégias, baseadas em evidências, para a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento e acompanhamento dos pacientes. Estima-se que o equivalente a um terço dos casos de câncer poderia ser curado com a detecção precoce. Aliás, o tratamento dessas doenças é tão mais eficaz quanto mais precoce é o seu diagnóstico (WHO, 2007).

Diretrizes

Devido à sua relevância no perfil de morbimortalidade da população brasileira, ficou definido que as neoplasias malignas, em especial as de próstata, cólon e reto, colo de útero e mama, devem constar do monitoramento no Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. É importante a abordagem dessas neoplasias, além do câncer de pulmão, no desenvolvimento de Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. As neoplasias de colo de útero e de mama são abordadas na parte desse manual que trata da Área de Atenção à Saúde da Mulher, enquanto as demais são abordadas a seguir.

As diretrizes assumidas pela ANS estão definidas na Política Nacional de Controle e Prevenção de Câncer estabelecido pelo Inca/MS. Assim como as prioridades da política de controle de câncer no Brasil devem ser estabelecidas com base no perfil de morbidade e mortalidade dos diversos estados e municípios do país, que varia amplamente de região para região, as operadoras de planos privados de saúde devem basear suas ações de acordo com o perfil demográfico e de morbimortalidade de sua carteira de beneficiários.

Câncer de pulmão

O câncer de pulmão é, entre todas as neoplasias malignas, o de maior incidência em todo o mundo. Essa taxa vem crescendo por volta de dois por cento ao ano, sendo considerado o mais letal (ZAMBONI, 2002; INCA, 2007a). Atualmente, é a principal causa de morte por neoplasias na população masculina da América do Norte e do continente europeu e a mortalidade por essa doença vem crescendo de forma significativa nos países da Ásia, da América Latina e da África (ZAMBONI, 2002). Trata-se de um evento de alta mortalidade e de baixa sobrevida, uma vez que apenas 13% a 21% dos indivíduos diagnosticados com a doença sobrevivem por até cinco anos nos países desenvolvidos e, entre 7% e 10%, sobrevivem pelo mesmo período nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2007a).

Na penúltima década do século XX, o câncer do pulmão correspondia, aproximadamente, a 16% dos casos de neoplasia em todo o mundo. Nessa época, suas taxas de morbimortalidade cresciam de forma progressiva. No entanto, nos últimos 15 anos, a mortalidade entre os homens se estabilizou, aumentando entre as mulheres. Essa inversão é explicada pela modificação do hábito de fumar, que vem diminuindo entre os homens e aumentando entre as mulheres. Atualmente, estimativas apontam que o câncer do pulmão representa a décima causa mais comum de morte em todo o mundo, responsável por cerca de um milhão de mortes anuais e, no ano de 2020, poderá estar na quinta posição (ZAMBONI, 2002).

No Brasil, o câncer de pulmão foi responsável por 14.715 mortes em 2000, representando o tipo de câncer com o maior número de casos naquele ano (INCA, 2007a). Atualmente, sua incidência corresponde a 19 casos novos para cada 100 mil homens e 10 casos novos para cada 100 mil mulheres. Isso quer dizer que são esperados cerca de 18.000 casos novos em homens e de 9.000 entre as mulheres por ano (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2007a).

Fatores de risco

O tabagismo é considerado o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de câncer de pulmão, uma vez que, dos casos diagnosticados, o correspondente a 90% tem forte associação com o consumo de tabaco e seus derivados (BRASIL, 2007a). Em meados do século passado, foram desenvolvidos os primeiros estudos controlados demonstrando a relação do tabagismo com o ocorrência de câncer do pulmão (ZAMBONI, 2002; INCA, 2007a). Dados da OMS revelam que tal hábito é capaz de aumentar esse risco em 30 vezes em consumidores de longa data e em 30 a 50% em fumantes passivos, e não existe dose ou quantidade segura estabelecida (WHO, 2002).

Entre os homens, o hábito de fumar é considerado o responsável pela maior frequência dos casos existentes e pode chegar a mais de 90% em algumas populações. Já entre as mulheres, o tabaco é responsável por pouco menos de metade dos casos de câncer pulmonar. O tabagismo representa hoje uma pandemia entre mulheres jovens, o que deve resultar, com o passar dos anos, em um incremento significativo na incidência de doenças relacionadas ao consumo do tabaco nesse grupo (ZAMBONI, 2002).

Estima-se que mais de 90% dos tumores do pulmão poderiam ser evitados, simplesmente com o abandono do consumo do tabaco. Essa estratégia reduz o risco do câncer do pulmão. A diminuição do risco depende da quantidade de tabaco consumida e do número de anos de abandono. Entre aqueles que desenvolvem a doença que sofreram grande exposição ao tabaco, ou seja, fumantes de mais de 20 cigarros por dia, por mais de 20 anos e que tragavam profundamente a fumaça, a diminuição do risco é menos significativa (ZAMBONI, 2002).

Alguns agentes químicos relacionados, principalmente, ao ambiente ocupacional são responsáveis pela formação de neoplasias de pulmão, entre eles estão o arsênico, asbesto, berílio, cromo, radônio, níquel, cádmio e cloreto de vinila. Muitos estudos observacionais têm demonstrado que essa doença está também relacionada ao baixo consumo de frutas, verduras e nutrientes, tais como beta-caroteno (WHO, 2002; BRASIL, 2007a).

Outros fatores, como a doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema pulmonar e bronquite crônica), os fatores genéticos e história familiar de câncer de pulmão também podem estar relacionados à doença (INCA, 2007a).

Prevenção

Devido à grande associação do consumo de tabaco com o câncer de pulmão, fica claro que a estratégia mais efetiva de combate à doença é a prevenção primária fundada no combate ao uso de tabaco. Como já foi descrito anteriormente, o sucesso de tal ação permitiria uma redução muito significativa da incidência e da mortalidade da doença.

Câncer de próstata

O câncer de próstata ocupa, atualmente, a segunda posição entre as causas de morte por câncer na população masculina (INCA, 2007b; BRASIL, 2007a). Cerca de dois terços dos casos ocorrem a partir dos 65 anos. Por isso, entre

todos os tipos de câncer, esse é considerado o da terceira idade. A sobrevida média mundial estimada representa 58% dos casos em cinco anos. Nos países desenvolvidos, esse percentual de sobrevida corresponde a 64%, enquanto nos países em desenvolvimento esse valor não passa de 41% (INCA, 2006a; BRASIL, 2007a).

Do número de casos novos diagnosticados no mundo, o câncer de próstata corresponde a 15,3% de todos os casos de neoplasias em países desenvolvidos e a 4,3% dos casos nos países em desenvolvimento (INCA, 2006a).

Esse tipo de neoplasia é o mais frequente entre homens em todo o mundo. A estimativa de câncer de próstata para 2006, no Brasil, girava em torno de 47 mil casos. Esse número corresponde a uma incidência de 51 casos novos para cada 100 mil homens por ano. No ano de 2009, a estimativa girava em torno de 49.530 casos, correspondendo a uma incidência de 52 casos novos para cada 100.000 indivíduos do sexo masculino (BRASIL, 2007a). O adenocarcinoma prostático, nos dias atuais, representa a terceira causa de morte na população masculina brasileira entre todas as outras causas de óbito, atrás apenas das doenças cardiovasculares e das causas externas. Além disso, as taxas de mortalidade por neoplasia de próstata têm apresentado uma evolução ascendente acima das observadas no câncer de pulmão (LEFORT; ALMEIDA, 2004).

O incremento acentuado nas taxas de incidência desse tipo de câncer está sendo influenciado, tanto pelo aumento da expectativa de vida do brasileiro quanto pela evolução dos meios diagnósticos, que levam à descoberta da doença de forma precoce em indivíduos assintomáticos, devido principalmente ao rastreamento sistemático por meio do teste Antígeno Prostático Específico (PSA). Por outro lado, esse método de rastreamento, bem como outros métodos disponíveis, não têm mostrado, até o momento, impacto na redução da mortalidade, mas sim têm induzido um número importante de indicações cirúrgicas precipitadas (INCA, 2007b).

Fatores de risco

A partir da análise dos dados epidemiológicos relativos a todos os tipos de câncer, fica claro que a idade é um fator de risco importante, porém no caso da próstata esse aspecto é mais evidente, quando se considera tanto a incidência quanto a mortalidade, taxas que ganham incrementos exponenciais a partir dos 50 anos de idade. A história familiar de câncer de próstata em parentes diretos, pai ou irmão, antes dos 60 anos de idade, pode aumentar o risco da doença de 3 a 10 vezes em relação à população geral, inclusive apontando, tanto para fatores hereditários quanto para hábitos alimentares ou estilo de vida de risco de certas famílias. Quanto aos hábitos alimentares, não se pode afirmar com certeza a sua interferência sobre a incidência do câncer de próstata, embora alguns estudos tenham apontado a dieta como fator importante na causa desse tipo de câncer (BRASIL, 2007a). O consumo habitual de frutas, verduras, legumes, grãos e cereais integrais, selênio, vitaminas D e E, lico-pênio, ômega-3, bem como uma dieta pobre em gorduras, principalmente as de origem animal, estão relacionados à diminuição do risco desse tipo de câncer. Estudos apontam a obesidade como fator de incremento na incidência e mortalidade para esse tipo de câncer (INCA, 2007b; BRASIL, 2007a).

O câncer de próstata se manifesta clinicamente apenas quando está em estágio avançado. A detecção precoce dessa doença, ou seja, o diagnóstico clínico em fase pré-sintomática ou alteração ao exame físico, pode representar uma sobrevida de cinco anos para 85% dos pacientes. A maneira mais adequada de diagnosticar precocemente o câncer prostático consiste na combinação de toque digital retal e dosagem do PSA, embora seus níveis pouco elevados não indiquem necessariamente câncer de próstata. Esses exames devem ser realizados anualmente, a partir dos 45 anos de vida. A execução de um ou de outro, isoladamente, pode resultar em falha de diagnóstico, correspondendo a uma margem de 30% a 40% no caso do toque retal e de 20% no caso da dosagem do PSA. Esse método como rastreamento e outros disponíveis atualmente, não têm mostrado uma redução da mortalidade, mas sim um aumento de cirurgias indicadas desnecessariamente (BRASIL, 2007a). A grande prevalência desse tipo de câncer e o melhor prognóstico dos casos identificados precocemente justificam a estratégia de rastreamento da doença em indivíduos assintomáticos, embora não haja evidências científicas que a detecção reduza sua mortalidade ou melhore a qualidade de vida dos pacientes (INCA, 2006a).

Prevenção

A estratégia mais adequada para o controle do câncer de próstata deve ser fundamentada em ações educativas. Sendo assim, o Inca tem recomendado sistematicamente que o controle do câncer da próstata se baseie em ações educativas voltadas à população masculina. O que se preconiza é que homens com mais de 50 anos procurem unidades ambulatoriais para que seja feita uma avaliação anualmente. A partir daí, apenas os pacientes que apresentarem alguma alteração suspeita deverão prosseguir em uma investigação mais específica (INCA, 2007b; LEFORT; ALMEIDA, 2004).

Câncer de cólon e reto

O câncer colorretal compreende os tumores que atingem o cólon (intestino grosso) e o reto. Esses tumores atingem da mesma forma ambos os sexos, e quando se restringe ao intestino, ou seja, antes de se disseminar para outros órgãos, pode ser uma doença curável (INCA, 2006a; INCA, 2007c).

Esse tipo de câncer é o segundo mais prevalente em países desenvolvidos, seguido pelo de mama e tem um prognóstico considerado relativamente bom (BRASIL, 2007a). Sua mortalidade é considerada baixa (SASSE, 2007) e uma condição fundamental para o impacto nesse indicador é o tempo de evolução da lesão. A investigação clínica, a partir da suspeita, é crucial para uma intervenção favorável. A remoção após a evidência de pólipos adenomatosos colorretais precursores e de tumores localizados, a partir da investigação endoscópica, tem mostrado efetividade. Além disso, a associação da endoscopia com pesquisa de sangue oculto nas fezes tem sido valorizada como método investigativo para a busca do diagnóstico, porém ainda não podem ser utilizados como métodos de rastreamento populacional (INCA, 2006a; INCA, 2007c).

Esses tumores malignos apresentam, a cada ano, cerca de 945 mil casos novos. Nos últimos seis anos, estima-se que foram diagnosticados aproximadamente cerca de 2,4 milhões de indivíduos com câncer de cólon e reto. (INCA, 2006a; INCA, 2007c).

Nas três últimas décadas, as taxas de incidência de câncer de cólon e reto sofreram um aumento de 76,7% entre homens, passando de 2,44/100.000 para 4,32/100.000; e de 69% entre mulheres, indo de 2,80/100.000 para 4,75/100.000. O número estimado de casos novos em 2003 foi de 9.530 entre os homens e 10.545 em mulheres, o que corresponde a taxas brutas de incidência de 10,96/100.000 e 11,73/100.000 respectivamente (SASSE, 2007). A sobrevida mundial desse tipo de neoplasia, em cinco anos, corresponde a 44% em média (INCA, 2006a; INCA, 2007c).

As estimativas de incidência de câncer no Brasil para 2006, publicadas pelo Inca, apontavam o câncer colorretal como o quinto tumor maligno mais frequente entre homens (com 11.390 casos novos) e o quarto entre as mulheres (com 13.970 casos novos). Esses dados representam uma incidência de 12 casos novos a cada 100 mil homens e 15 para cada 100 mil mulheres. A maior incidência de casos ocorre na faixa etária entre 50 e 70 anos, mas os riscos já aumentam a partir dos 40 anos (INCA, 2006a; INCA, 2007c). Para o ano de 2008, essa estimativa correspondeu a 12.490 casos em homens e de 14.500 em mulheres, representando uma incidência de 13 casos novos para cada 100.000 homens e 15 casos novos para cada 100.000 mulheres (BRASIL, 2007a).

Tem sido observado um aumento das taxas de mortalidade dessa patologia ao longo das últimas décadas. No Brasil, o número de óbitos esperados para o ano de 2003, entre homens e mulheres, era de 3.700 óbitos masculinos e 4.270 óbitos no sexo feminino. Esse quadro representou, naquele ano, taxas brutas de mortalidade de 4,24/100.000 da doença em homens e 4,73/100.000 em mulheres (SASSE, 2007).

Fatores de risco

As causas não estão ainda bem estabelecidas, porém alguns fatores parecem elevar a chance de indivíduos desenvolverem o câncer colorretal. A idade acima de 50 anos e a história familiar desse tipo de câncer são dois dos principais fatores de risco, assim como ocorre, praticamente, em todos os tipos de neoplasias malignas. A história pessoal pregressa de câncer de ovário, endométrio ou mama têm a sua relevância. Dietas com alto conteúdo de gordura, carne e baixo teor de cálcio; obesidade e sedentarismo; constipação intestinal crônica e o consumo de tabaco também são considerados fatores de risco importantes na formação da doença. Outros fatores de risco que podem ser atribuídos à incidência de câncer de cólon e reto são as doenças inflamatórias do cólon como retocolite ulcerativa e Doença de Cronh; algumas condições hereditárias como a Polipose Adenomatosa Familiar e o Câncer Colorretal Hereditário sem Polipose (INCA, 2006a; INCA, 2007c; SASSE, 2007; BRASIL, 2007a).

Um dos principais sinais de suspeita de câncer colorretal consiste no aparecimento de anemia de origem não determinada, com suspeita de perda de sangue crônica, em indivíduos com mais de 50 anos. Outros sinais e sintomas gastrointestinais, tais como desconforto, dor e ou massa abdominal, melena,

constipação, tenesmo, diarreia, náuseas, vômitos, ascite, fraqueza, cansaço persistente, presentes nesse tipo de paciente devem motivar uma investigação mais específica. A melhor estratégia para se chegar ao diagnóstico da doença, nesses casos, é por meio de endoscopia gastrointestinal superior e inferior com biópsia endoscópica para estudo histopatológico (INCA, 2006a; INCA, 2007c; SASSE, 2007).

Prevenção

A execução de ações voltadas à prevenção continua sendo considerada a estratégia de maior impacto no combate às neoplasias malignas. Entre as ações de prevenção do câncer de cólon e reto, como de qualquer tipo de câncer, devem constar aquelas que interfiram na formação do risco de desenvolvimento da doença. Dessa forma, é fundamental que faça parte do cotidiano do profissional de saúde a preocupação e o esforço no sentido de reeducar e sensibilizar a população a respeito da importância de eliminar os fatores e comportamentos de risco e adquirir hábitos de vida saudáveis.

Assim, adotar uma dieta adequada de frutas, vegetais frescos, cereais e peixe, com baixo consumo de carnes vermelhas e processadas e de bebidas alcoólicas, abandonar o hábito de fumar, além da prática de atividade física regular são atitudes importantes que podem diminuir a chance dos indivíduos de contraírem a doença (INCA, 2006a; INCA, 2007c; SASSE, 2007).

Ações sugeridas

- Formar equipes multidisciplinares para a condução dos programas com vistas a cuidar da questão das neoplasias em sua integralidade, considerando além das questões biológicas, as epidemiológicas, os hábitos de vida e os fatores psicológicos;
- Realizar levantamento sobre o perfil epidemiológico dos beneficiários que compõem a carteira e definir, a partir disto, estabelecer objetivos e prioridades na área de oncologia;
- Manter um sistema de informações com a população inscrita nos programas e informações essenciais ao monitoramento e avaliação dos programas desenvolvidos;
- Realizar ações de promoção da saúde, detecção precoce e de atenção oncológica em todos os níveis de atenção;
- Realizar ações educativas abordando questões relacionadas ao tabagismo, alimentação saudável, consumo de álcool, atividade física, fatores hormonais e radiação;
- Grupos de apoio e discussão para os portadores de neoplasias;
- Apoio psicossocial;

- Desenvolver programas específicos permanentes de anti-tabagismo;
- Grupos de apoio e cuidados paliativos para os pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

Dados para monitoramento de programas

- Seguem alguns exemplos de variáveis para a construção de indicadores relacionados às neoplasias:
- Exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes (50 a 69 anos)
- Consulta urológica para homens de 40 a 59
- Número de fumantes inscritos em programas
- Pessoas inscritas que abandonaram o hábito de fumar há ≥ 6 meses

3.2. Saúde do trabalhador

Conceitualmente, as Autogestões, no mercado de saúde suplementar, são entidades que operam serviços de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes. Atualmente, a prestação de assistência à Saúde do Trabalhador tem sido comercializada por um grande número de cooperativas médicas e medicinas de grupo, por meio da oferta de planos coletivos para empresas de pequeno, médio e grande portes.

Dessa forma, é necessário que as operadoras, como gestoras do cuidado, tenham um novo olhar para o grupo de trabalhadores para os quais presta assistência à saúde. Torna-se de extrema importância considerar a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico.

A Atenção à Saúde do Trabalhador vem sendo colocada na pauta política desde a reforma constitucional de 1988, na qual foram definidos os direitos de cidadania, saúde e trabalho, em um momento político de transição democrática, ao confirmar o papel do Estado como responsável por condições dignas de saúde para os trabalhadores e para o povo em geral. Em 1990, o Brasil promulgou a Lei Orgânica de Saúde, nº 8.080, que se constituiu como a referência do SUS e veio, na verdade, não como uma iniciativa governamental, mas como o reflexo das lutas por uma reforma sanitária que tiveram como marcos a VIII Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Além de definir princípios e objetivos do SUS, como a descentralização, a universalidade, a integralidade e a hierarquização dos ser-

viços, a Lei nº 8.080 contempla decisivamente a questão saúde do trabalhador em seu artigo 6º, conceituando-a como (BRASIL, 1990):

“... um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”.

E enumera as ações:

- Assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- Participação, no âmbito de competência do SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- Participação, no âmbito de competência do SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;
- Avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- Informação ao trabalhador, à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente do trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- Participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- Revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração de entidades sindicais;
- Garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

As características básicas do campo de práticas e saberes denominado Saúde do Trabalhador são (BRASIL, 2001a):

- A busca da compreensão das relações entre o trabalho, a saúde e a doença dos trabalhadores, para fins de promoção e proteção – nessa, incluída a prevenção de agravos, além da assistência mediante o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação;

- A ênfase na necessidade de transformações dos processos e ambientes de trabalho, com vistas à sua humanização;
- A abordagem multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, para que a relação saúde/trabalho seja entendida em toda a sua complexidade;
- A participação fundamental dos trabalhadores como sujeitos no planejamento e implementação das ações; e
- A articulação com as questões ambientais, já que os riscos dos processos produtivos também afetam o meio ambiente e a população geral.

As intervenções em Saúde do Trabalhador são pautadas na concepção de que a saúde para o trabalhador não significa apenas a ausência de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, mas também, e, principalmente, a transformação dos processos de trabalho em seus diversos aspectos, na direção de buscar não apenas a eliminação de riscos pontuais que podem ocasionar agravos à saúde, mas também uma outra inserção do trabalhador no processo produtivo que seja potencializadora de saúde e de vida (BRITO; PORTO, 1991; ALVES, 2003).

Com base no enfoque da promoção da saúde, a Saúde do Trabalhador deve eleger como seu objeto de estudos não apenas os riscos e os agravos/efeitos para a saúde, mas também os determinantes de tais riscos e efeitos. Esses determinantes, em Saúde do Trabalhador, traduzem-se no conceito de processo de trabalho, que na verdade torna-se o objeto de estudos e intervenção dessa área de atuação e que é responsável por tais riscos e agravos (ALMEIDA, 2000).

Para o encaminhamento e efetividade de ações de promoção da saúde, é defendida a inserção do trabalhador no processo de discussão das estratégias de ação, visto que os trabalhadores são os maiores interessados nas ações de saúde a serem desenvolvidas. Pode-se citar, ainda, como um outro aspecto comum entre a Saúde do Trabalhador e o enfoque da promoção da saúde, a necessidade e a busca pela interdisciplinaridade, uma vez que o campo da Saúde do Trabalhador é constituído por uma diversidade de saberes, oriundos de diversas áreas do conhecimento, que o constituem como campo interdisciplinar (ALMEIDA, 2000).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador necessita atentar para essas mudanças em curso nos processos de saúde/doença e na atuação da saúde pública em geral, a fim de dar respostas efetivas aos problemas colocados para os trabalhadores, problemas esses de ordem bastante complexa e de difícil resolução mediante unicamente ações curativas e preventivas. Nesse sentido, as ações de saúde devem pautar-se na identificação de riscos, danos, necessidades, condições de vida e de trabalho, que, em última instância, determinam as formas de adoecer e morrer dos grupos populacionais (BRASIL, 2001a).

Em relação aos trabalhadores, há que se considerarem os diversos riscos ambientais e organizacionais aos quais estão expostos, em função de sua inserção nos processos de trabalho. Assim, as ações de saúde do trabalhador devem ser incluídas formalmente na agenda de atenção à saúde do adulto e

do idoso. Dessa forma, amplia-se a assistência já ofertada aos trabalhadores, na medida em que passa a olhá-los como sujeitos a um adoecimento específico que exige estratégias – também específicas – de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2001a).

As Normas Regulamentadoras, relativas à segurança e medicina do trabalho, são de observância obrigatória pelas empresas privadas, públicas e pelos órgãos públicos da administração direta, indireta, Poderes Legislativo e Judiciário que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Elas instituem mecanismos importantes que vão ao encontro das estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças. Como exemplo, podemos citar a obrigatoriedade da manutenção dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), cuja finalidade é promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho.

Entre as competências dos profissionais integrantes dos SESMT estão a aplicação dos conhecimentos de engenharia de segurança e medicina do trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes; promoção da realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto por meio de campanhas, quanto de programas de duração permanente; esclarecimento e conscientização dos empregadores sobre acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção. Os SESMT deverão manter entrosamento permanente com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), valendo-se dela como agente multiplicador e deverão estudar suas observações e solicitações, propondo soluções corretivas e preventivas.

O objetivo da CIPA é a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar permanentemente compatível o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador. Suas atribuições incluem: identificação dos riscos do processo de trabalho, e elaboração do mapa de riscos; elaboração do plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho; participação da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho; divulgação de informações relativas à segurança e saúde no trabalho; avaliação dos impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores; análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e proposição de medidas de solução dos problemas identificados; promoção, anual, da Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – Sipat e de Campanhas de Prevenção da AIDS (BRASIL, 1999).

Além do SESMT e da CIPA, os empregadores necessitam elaborar e implementar os Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA).

O PCMSO objetiva a promoção e preservação da saúde do conjunto dos

seus trabalhadores. Considerará as questões incidentes sobre o indivíduo e a coletividade de trabalhadores, privilegiando o instrumental clínico-epidemiológico na abordagem da relação entre sua saúde e o trabalho. Deverá ter caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, inclusive de natureza subclínica, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde dos trabalhadores. O programa será planejado e implantado com base nos riscos à saúde dos trabalhadores e incluirá, entre outros, a realização obrigatória dos exames médicos (admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional).

O PPRA visa à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, por meio da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, levando em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais. Deverão ser adotadas medidas necessárias suficientes para eliminação, minimização ou controle dos riscos ambientais.

Todas essas instituições e programas são de caráter obrigatório, devem ser criadas e mantidas pelo empregador, entretanto seus objetivos e áreas de atuação - promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças do trabalho - podem perfeitamente atuar em conjunto com os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças dos planos de saúde coletivos, ou individuais dos trabalhadores.

De acordo com a Resolução Consu n.º 15, de 23 de março de 1999, nos contratos de planos coletivos não é obrigatória a cobertura para os procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas consequências, moléstias profissionais, assim como para os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, sendo opcional à contratante, se assim desejar, estabelecer, no contrato com a operadora, cláusula específica para a cobertura desses casos (CONSU, 1999).

Apesar da não obrigatoriedade de cobertura, pelos planos coletivos, dos eventos relacionados com a saúde ocupacional, ações voltadas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças do trabalho contribuem e auxiliam na implantação e funcionamento dos mecanismos obrigatórios, estabelecidos pelas Normas Regulamentadoras citadas acima. Ou seja, a atuação conjunta favorece um objetivo maior e comum: a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Com relação aos planos individuais, a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional, respeitadas as segmentações contratadas, é obrigatória. Sendo assim, a proposição de medidas voltadas para a saúde do trabalhador pode contribuir para a diminuição de custos (redução da sinistralidade), prevenção de doenças do trabalho e promoção da saúde.

3.3. Exemplo de programa de prevenção e controle de doenças cardiovasculares e Diabetes Mellitus

População-alvo

- Todos os indivíduos portadores de doenças cardiovasculares e diabetes mellitus*, independentemente da faixa etária;
- Todos os indivíduos portadores de doenças cardiovasculares, independentemente da faixa etária;
- Indivíduos portadores de doenças cardiovasculares e diabetes mellitus*, pertencentes a uma determinada faixa etária e/ou grupos e situações especiais;
- Indivíduos portadores de doenças cardiovasculares, pertencentes a uma determinada faixa etária;
- Indivíduos portadores de doenças cardiovasculares e diabetes mellitus*, com alta frequência de utilização de consultas, exames e/ou internações;
- Indivíduos portadores de doenças cardiovasculares, com alta frequência de utilização de consultas, exames e/ou internações;

* Diabetes Mellitus é comorbidade frequente na HAS.

Atividades voltadas para indivíduos não doentes com ou sem fatores de risco (obesidade, dislipidemia, inatividade física, tabagismo e consumo excessivo de bebidas alcoólicas):

- Consulta Médica;
- Consulta de Nutrição;
- Atividades educativas coletivas com equipe multiprofissional, com abordagem sobre os fatores de risco;
- Exames periódicos:
 - » Glicemia em jejum;
 - » Colesterol total;
 - » HDL;
 - » Triglicerídeos;
 - » Creatinina;
 - » Ácido Úrico;
 - » Potássio;

- » Pesquisa de elementos anormais e sedimento na urina (EAS);
- » RX PA e perfil;
- » ECG;
- » Teste ergométrico;
- » Monitorização ambulatorial de pressão arterial (MAPA).

Obs: Os exames e a frequência de sua utilização devem ser avaliados de acordo com a estratificação de risco de cada paciente.

Variáveis e indicadores para monitoramento e avaliação

- Percentual de beneficiários com Índice de Massa Corporal (IMC) entre 18,9 e 24,9 kg/m²;
- Percentual de beneficiários com IMC acima de 25,0 kg/m²;
- Percentual de beneficiários inscritos com IMC $\geq$ 25,0 kg/m² que perderam pelo menos 10% de peso em seis meses;
- Percentual de beneficiários com dislipidemia;
- Percentual de beneficiários com dislipidemia que apresentaram níveis normais de lipídios no sangue no final de três meses;
- Percentual de beneficiários com dislipidemia que apresentaram níveis normais de lipídios no sangue no final de seis meses;
- Percentual de beneficiários com dislipidemia que apresentaram níveis normais de lipídios no sangue no final de um ano;
- Percentual de beneficiários que não realizam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana;
- Percentual de beneficiários que não realizavam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana e passaram a realizar no final de três meses;
- Percentual de beneficiários que não realizavam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana e passaram a realizar no final de seis meses;
- Percentual de beneficiários que não realizavam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana e passaram a realizar no final de um ano;
- Percentual de beneficiários fumantes;

- Percentual de beneficiários fumantes que abandonaram o hábito de fumar no final de três meses;
- Percentual de beneficiários fumantes que abandonaram o hábito de fumar no final de seis meses;
- Percentual de beneficiários fumantes que abandonaram o hábito de fumar no final de um ano.

Atividades voltadas para indivíduos portadores de HAS

- Consulta de Clínica Médica;
- Consulta Médica Especializada;
- Consulta de Enfermagem;
- Consulta de Nutrição;
- Atividades educativas coletivas com equipe multiprofissional, com abordagem sobre os fatores de risco e ênfase na mudança do estilo de vida;
- Exames periódicos
 - » Glicemia em jejum ;
 - » Colesterol total;
 - » HDL;
 - » Triglicerídeos;
 - » Creatinina;
 - » Ácido úrico;
 - » Potássio;
 - » Pesquisa de elementos anormais e sedimento na urina (EAS);
 - » RX PA e perfil;
 - » ECG;
 - » Ecocardiograma;
 - » Teste ergométrico;
 - » Monitorização ambulatorial de pressão arterial (MAPA);
 - » Microalbuminúria;
 - » Fundoscopia;
 - » Clearance de creatinina;
 - » Proteinúria 24 horas;
 - » TSH.

- Visita domiciliar;
- Assistência domiciliar.

Obs: Os exames e a frequência de sua utilização devem ser avaliados de acordo com a estratificação de risco de cada paciente.

Variáveis e indicadores para monitoramento e avaliação

- Percentual de beneficiários com Índice de Massa Corporal (IMC) entre 18,9 e 24,9 kg/m²;
- Percentual de beneficiários com IMC acima de 25,0 kg/m²;
- Percentual de beneficiários inscritos com IMC $\geq$ 25,0 kg/m² que perderam pelo menos 10% de peso em seis meses;
- Percentual de beneficiários com dislipidemia;
- Percentual de beneficiários com dislipidemia que apresentaram níveis normais de lipídios no sangue no final de três meses;
- Percentual de beneficiários com dislipidemia que apresentaram níveis normais de lipídios no sangue no final de seis meses;
- Percentual de beneficiários com dislipidemia que apresentaram níveis normais de lipídios no sangue no final de um ano;
- Percentual de beneficiários que não realizam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana;
- Percentual de beneficiários que não realizavam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana e passaram a realizar no final de três meses;
- Percentual de beneficiários que não realizavam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana e passaram a realizar no final de seis meses;
- Percentual de beneficiários que não realizavam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana e passaram a realizar no final de um ano;
- Percentual de beneficiários fumantes;
- Percentual de beneficiários fumantes que abandonaram o hábito de fumar no final de três meses;
- Percentual de beneficiários fumantes que abandonaram o hábito de fumar no final de seis meses;

- Percentual de beneficiários fumantes que abandonaram o hábito de fumar no final de um ano;
- Percentual de beneficiários com glicemia de jejum dentro dos parâmetros de normalidade;
- Percentual de beneficiários hipertensos com a HAS controlada no final de três meses;
- Percentual de beneficiários hipertensos com a HAS controlada no final de seis meses;
- Percentual de beneficiários hipertensos com a HAS controlada no final de um ano;
- Percentual de beneficiários hipertensos que deram entrada no pronto-socorro no final de três meses;
- Percentual de beneficiários hipertensos que deram entrada no pronto-socorro no final de seis meses;
- Percentual de beneficiários hipertensos que deram entrada no pronto-socorro no final de um ano.

Atividades voltadas para indivíduos portadores de DM

- Consulta de Clínica Médica;
- Consulta Médica Especializada;
- Consulta de Enfermagem;
- Consulta de Nutrição;
- Psicoterapia;
- Atividades educativas coletivas com equipe multiprofissional, com abordagem sobre os fatores de risco e ênfase na mudança do estilo de vida;
- Exames periódicos:
 - » Glicemia capilar;
 - » Glicemia em jejum;

¹ Expressa o número de anos que se espera viver um recém-nascido que, ao longo de sua vida, esteja exposto às taxas de mortalidade observadas na população ao momento de seu nascimento.

- » Hemoglobina glicada;
 - » Colesterol total;
 - » HDL;
 - » Triglicerídeos;
 - » Creatinina;
 - » Ácido úrico;
 - » Potássio;
 - » Pesquisa de elementos anormais e sedimento na urina (EAS);
 - » RX PA e perfil;
 - » ECG;
 - » Teste ergométrico;
 - » Monitorização ambulatorial de pressão arterial (MAPA);
 - » Microalbuminúria;
 - » Fundoscopia;
 - » Clearance de creatinina;
 - » Proteinúria 24 horas;
 - » TSH.
- Curativo c/ debridamento em pé diabético;
 - Curativo simples;
 - Visita domiciliar;
 - Assistência domiciliar.

Obs: Os exames e a frequência de sua utilização devem ser avaliados de acordo com a estratificação de risco de cada paciente.

Variáveis e indicadores para monitoramento e avaliação

- Percentual de beneficiários com Índice de Massa Corporal (IMC) entre 18,9 e 24,9 kg/m²;
- Percentual de beneficiários com IMC acima de 25,0 kg/m²;
- Percentual de beneficiários inscritos com IMC $\geq$ 25,0 kg/m² que perderam pelo menos 10% de peso em seis meses;

² Famílias multigeracionais se traduzem em arranjos domiciliares onde o idoso reside com o filho ou filhos e netos.

- Percentual de beneficiários com dislipidemia;
- Percentual de beneficiários com dislipidemia que apresentaram níveis normais de lipídios no sangue no final de três meses;
- Percentual de beneficiários com dislipidemia que apresentaram níveis normais de lipídios no sangue no final de seis meses;
- Percentual de beneficiários com dislipidemia que apresentaram níveis normais de lipídios no sangue no final de um ano;
- Percentual de beneficiários que não realizam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana;
- Percentual de beneficiários que não realizavam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana e passaram a realizar no final de três meses;
- Percentual de beneficiários que não realizavam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana e passaram a realizar no final de seis meses;
- Percentual de beneficiários que não realizavam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana e passaram a realizar no final de um ano;
- Percentual de beneficiários fumantes;
- Percentual de beneficiários fumantes que abandonaram o hábito de fumar no final de três meses;
- Percentual de beneficiários fumantes que abandonaram o hábito de fumar no final de seis meses;
- Percentual de beneficiários fumantes que abandonaram o hábito de fumar no final de um ano;
- Percentual de beneficiários diabéticos com a pressão arterial dentro dos parâmetros da normalidade;
- Percentual de beneficiários diabéticos com a HAS controlada;
- Percentual de beneficiários diabéticos com a glicemia de jejum controlada;
- Percentual de beneficiários diabéticos com a hemoglobina glicada controlada no final de três meses;

- Percentual de beneficiários diabéticos com a hemoglobina glicada controlada no final de seis meses;
- Percentual de beneficiários diabéticos com a hemoglobina glicada controlada no final de um ano;
- Percentual de beneficiários diabéticos que deram entrada no pronto-socorro no final de três meses;
- Percentual de beneficiários diabéticos que deram entrada no pronto-socorro no final de seis meses;
- Percentual de beneficiários diabéticos que deram entrada no pronto-socorro no final de um ano;
- Percentual de beneficiários diabéticos que evoluíram com nefropatia diabética no final de um ano*;
- Percentual de beneficiários diabéticos que evoluíram com retinopatia diabética no final de um ano*.

* A evolução desse parâmetro deve ser considerada para avaliação do programa após 4 anos, porém os dados devem ser registrados para o mapeamento.

Ações complementares de divulgação e estímulo para adesão do beneficiário ao programa

- Comemoração de datas pontuais
 - » Dia Nacional de Combate ao Sedentarismo: 10 de março;
 - » Dia Mundial da Atividade Física: 6 de abril;
 - » Dia Mundial da Saúde: 7 de abril;
 - » Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão: 26 de abril;
 - » Dia Mundial sem Tabaco: 31 de maio;
 - » Dia Nacional de Combate ao Fumo: 29 de agosto;
 - » Dia do Idoso: 27 de setembro;
 - » Dia Mundial do Coração: último domingo de setembro;
 - » Dia Mundial da Alimentação: 10 de outubro;
 - » Dia Mundial de Combate à Obesidade: 11 de outubro;
 - » Dia Mundial e Nacional do Diabetes: 14 de novembro.
- Inserir a prevenção e o controle da obesidade, da hipertensão arterial e do diabetes mellitus em outras datas comemorativas;
- Realização de atividades comemorativas.

3.4. Links de interesse

Ministério da Saúde - Saúde do Trabalhador

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=928

Ministério da Saúde - Legislações sobre Saúde do Trabalhador

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1146

Ministério do Trabalho - Normas Regulamentadoras

http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentaDORAS/Default.asp

4. Saúde do idoso

4.1. Introdução

O envelhecimento da população no Brasil e no mundo é hoje um fenômeno global e uma notícia presente, variando nas características que assume e se consolida. As projeções indicam que, em 2050, a população idosa mundial será de 1,9 bilhão de pessoas, o equivalente à população infantil de 0 a 14 anos de idade (ANDREWS, 2000). O envelhecimento traz consigo marcada transição epidemiológica, com conhecida prevalência das taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006f).

Na Europa, onde estão os países com maior contingente de idosos, o processo de envelhecimento populacional ocorreu de maneira gradual, tendo sido acompanhado pela criação de serviços de saúde, educação e estrutura socioeconômica. Na atualidade, entretanto, ainda que o contingente de idosos seja superior nos países desenvolvidos, os países em desenvolvimento têm um processo de envelhecimento populacional mais acelerado do que o Velho Mundo europeu (KALACHE, 1987).

Diante desse cenário, optou-se por apresentar aqui uma abordagem que valorize a especificidade e as necessidades do idoso para fins de planejamento de saúde. Sem pretender esgotar esta temática, uma vez que já foi tratada anteriormente em outro capítulo, o objetivo desse trabalho é sugerir uma abordagem para o acompanhamento da pessoa idosa.

A Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) define envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”. Dois grandes erros devem ser continuamente evitados: o primeiro é considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças e, o segundo, é tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência (BRASIL, 2006f).

O maior desafio na atenção às pessoas idosas é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam

redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima autonomia e qualidade possíveis. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas.

4.2. Características da população idosa

Em 2004, a esperança de vida ao nascer¹ no Brasil alcançou os 71,7 anos, fazendo com que, entre 1980 e 2004, a expectativa de vida do brasileiro experimentasse um acréscimo de 9,1 anos. O aumento da expectativa de vida não ocorre de maneira semelhante para todos os sexos, pois o aumento para as mulheres é mais significativo do que para os homens, sendo esse o cenário mundial. Em 1980, no Brasil, os homens viviam em média 6,1 anos menos que as mulheres, ao passo que, em 2004, esta diferença eleva-se para 7,6 anos (IBGE, 2000). Essas diferenças fazem com que as mulheres correspondam à maioria dos idosos no Brasil: em 1991, as mulheres correspondiam a 54% da população dos idosos, passando em 2000 para 55,1% (IBGE, 2000).

A maior expectativa de vida para as mulheres está relacionada a uma coleção de fatores, tais como: o menor consumo de álcool e tabaco pelas mulheres, que são relacionados a doenças cardiovasculares e diferentes neoplasias; as diferenças na exposição a risco – acidentes domésticos e de trabalho, acidentes de trânsito, homicídios e suicídios – que são, em conjunto, quatro vezes mais frequentes para homens do que para mulheres nas áreas urbanas brasileiras. Além disso, as mulheres têm, de um modo geral, melhor percepção da doença do que os homens, com uso mais frequente dos serviços de saúde, com detecção precoce e acompanhamento adequado das doenças (VERAS, 2002).

As implicações da feminização da velhice, em termos sociais, são muitas, uma vez que grande parte das mulheres são viúvas, vivem sozinhas, possuem menor grau de instrução e não têm experiência no mercado formal (CAMARANO, 2002). Entre os idosos, mais de três quartos dos homens estão em união conjugal, ao mesmo tempo em que mais da metade das mulheres que ficaram viúvas assim permanecem. Além do fato de as mulheres viverem mais, culturalmente, os homens são incentivados a um novo matrimônio após separação ou viuvez, mas geralmente o fazem com parceiras mais jovens (BERQUÓ, 1999).

A distribuição urbano-rural da população idosa no Brasil insere-se no contexto do processo de crescente urbanização do país, com proporções de idosos em áreas rurais diminuindo progressivamente, de 23,3% em 1991 para 18,6% em 2000. Dentro do contingente de idosos nas cidades, entre os municípios das capitais, Rio de Janeiro e Porto Alegre se destacam com as maiores proporções de idosos, representando, respectivamente, 12,8% e 11,8% da população total desses municípios (IBGE, 2000).

No Brasil e nos países latino-americanos existe uma tendência dos idosos residirem com filhos e adotarem as famílias multigeracionais² (RAMOS, 2003). Todavia, identificou-se que no Brasil esses arranjos multigeracionais, além de prevalentes, estão associados com um nível socioeconômico baixo,

geralmente afetando mulheres viúvas. Idosos com nível socioeconômico mais alto geralmente vivem sozinhos ou apenas com o cônjuge (LEBRÃO, 2005). Pesquisa realizada no município de São Paulo aponta que a maioria dos idosos, 86,8%, vive acompanhada.

Outro aspecto referente ao envelhecimento da população brasileira que merece destaque é a existência de um grande contingente de idosos analfabetos. O censo de 2000 revelou um contingente de 5,1 milhões de idosos analfabetos no Brasil. Em relação ao gênero, os homens são, proporcionalmente, mais alfabetizados do que as mulheres (67,7% contra 62,6%, respectivamente).

Cerca de 60% da população idosa apresenta de três a quatro doenças crônicas, podendo chegar a números mais elevados, característica que retrata complexidade e demanda especialização por parte dos serviços de saúde. Todavia, a presença de doença crônica não define per se a saúde ou não do idoso, uma vez que a maioria dos idosos não apresenta limitações funcionais que impeçam o seu autocuidado. Aqui, a discussão a respeito de saúde está vinculada à preservação da capacidade funcional do indivíduo, ou seja, a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais para uma vida independente e autônoma. Isso fundamentalmente assegura a habilidade do idoso para gerir a própria vida (RAMOS, 2003).

Uma das características da população idosa, fundamental para fins de planejamento de saúde, é a composição heterogênea desse grupo. Estudos demonstram que, para uma população geral de idosos, somente cerca de 20% se beneficia com o acompanhamento contínuo e diferenciado por equipes multidisciplinares, estando os demais 80% com assistência adequada na rede primária (BOULT et al, 1999). Essas características sugerem a necessidade de identificação criteriosa de grupos de idosos em risco de adoecimento, com acompanhamento de perfis mórbidos e funcionais variados, como parte de um modelo assistencial específico para o idoso (LOURENÇO, 2005).

É nesse contexto que a denominada “avaliação funcional” torna-se essencial para o estabelecimento de diagnóstico, prognóstico e julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas (BRASIL, 2006f). A avaliação funcional, proposta pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006), busca verificar, de forma sistematizada, em que nível as doenças ou agravos impedem o indivíduo idoso de desempenhar, de forma autônoma (com capacidade de decidir) e independente (com capacidade de executar), as atividades cotidianas ou atividades de vida diária, convergindo para o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado.

Esse cenário traz para discussão a especificidade do idoso para fins de programas de prevenção. Se por um lado existe a demanda para prevenção clássica, baseada no estudo dos fatores de risco e proteção, a fim de evitar a instalação de quadros mórbidos, por outro deve-se desenvolver uma estratégia que leve o aparecimento da morbidade e das incapacidades para o limiar mais próximo possível do limite biológico da vida (FRIES, 1980). Em um nível, preconiza-se a ação de vacinas e todo um conjunto de abordagens já identificados nas sessões iniciais desse manual para a saúde do adulto.

Complementando, é fundamental apontar para o diagnóstico precoce das doenças, visando a seu acompanhamento mais adequado, a fim de reduzir o ritmo de evolução da doença crônica (LOURENÇO; MOTTA, 1999).

4.3. Rastreamento de idosos de risco

Na construção de um modelo assistencial para o idoso, é essencial considerar a heterogeneidade dessa população. Estudos demonstram que, do ponto de vista funcional e cognitivo, 80% dos idosos são saudáveis, precisando de acompanhamento médico e preventivos que os mantenham autônomos e independentes. Todavia, 10 a 25% dos idosos são portadores de condições clínicas que os identificam como frágeis, necessitando de cuidados intensivos e de custos elevados (LOURENÇO, 2005).

Um modelo de atenção à saúde do idoso deve buscar a identificação de indivíduos com maior risco de adoecimento e de desenvolver incapacidade funcional, para posterior avaliação e estratificação em grupos distintos para acompanhamento. A identificação de idosos de risco pode ser realizada através da presença de síndromes geriátricas específicas ou, ainda, com o uso de questionários desenhados para esse fim (BOULT, 1993; RAICHE, 2005). Questionários de rastreamento são aplicáveis pelo telefone de forma ativa (buscando o idoso de risco em uma população idosa geral) ou, ainda, como critério para triagem na ocasião da procura pelo serviço de saúde (RAICHE, 2005; ESTRELLA, 2008).

4.4. Avaliação global da pessoa idosa

Um dos marcos de diferenciação na assistência à população idosa é, sem dúvida, o aspecto que se refere à sua avaliação de saúde.

A avaliação global do idoso é desenvolvida por uma equipe multiprofissional e almeja quantificar as capacidades e os problemas de saúde, estabelecendo um planejamento terapêutico em longo prazo e o gerenciamento dos recursos necessários. O objetivo específico de uma avaliação multidimensional do idoso, assim como o lugar onde ela é realizada, vai diferenciar o modelo da mesma; todavia, há aspectos que são essenciais: 1) a avaliação funcional como foco da avaliação; 2) o levantamento dos fatores físicos, psicológicos e socioeconômicos que fazem parte da história do sujeito; 3) a noção de que cada um desses aspectos deve ser avaliado por membros da equipe interdisciplinar (KANE, 2004).

A avaliação funcional determina não só o comprometimento funcional dessa população, como também sua necessidade de acompanhamento. Métodos para realizar a avaliação incluem observação direta e questionários sistematizados por meio de escalas. Muito embora as escalas não possuam a sensibilidade e especificidade presentes nos testes laboratoriais, não fornecendo diagnósticos, são instrumentos extremamente úteis na coleta de dados e na definição de estratos de risco (APPLEGATE et al, 1990). Ainda, é essencial que todo o processo de avaliação esteja vinculado ao de acompanhamento, prevenção e cuidado, uma vez que o diagnosticado e recomendado por ocasião da avaliação funcional é a base para o que vem a seguir.

Há instrumentos de avaliação já definidos na literatura das áreas de geriatria e gerontologia, com uso extensivo no Brasil, em etapas de validação diferenciadas (PAIXÃO JR; REICHENHEIM, 2005). Usualmente, utiliza-se a avaliação multifuncional subdividida em estado funcional, saúde mental e funcionamento social do indivíduo idoso, descritas a seguir:

- As atividades de vida diária (autocuidado): aquelas relacionadas a alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro e manter o controle sobre as necessidades fisiológicas. Por exemplo, o uso da escala de Katz, que foi originalmente desenvolvida para estudar os resultados do tratamento e o prognóstico dos idosos e doentes crônicos (KATZ et al, 1963). É uma avaliação do que a pessoa pode executar de fato, avaliando-se seis atividades, nessa ordem: capacidade de tomar banho, vestir-se, realizar transferências, usar o toalete, ser continente e alimentar-se. Cada atividade é pontuada em três categorias: independência, necessidade de assistência limitada ou dependência;
- As atividades instrumentais de vida diária (participação do idoso em seu entorno social), relacionadas à utilização de meios de transporte, manipulação de medicamentos, realização de compras, realização de tarefas domésticas leves e pesadas, utilização do telefone, preparo das refeições e cuidados com as próprias finanças (LAWTON, 1969). LAWTON (1969) é uma escala, por exemplo, que possui oito itens para avaliação, apresentados em forma hierárquica, sendo o primeiro a utilização do telefone, o item de menor complexidade e a capacidade de utilizar dinheiro como o de maior complexidade.
- Avaliação cognitiva – O teste de rastreamento mais utilizado para fins da avaliação cognitiva na avaliação global tem sido o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) de FOLSTEIN et al (1975). Essa ferramenta contém itens que examinam a orientação temporal e espacial, memória de fixação, atenção e cálculo, linguagem, praxias e habilidades construtivas, com escore de zero até trinta.
- Avaliação do humor - A investigação de depressão merece especial atenção pela morbidade que essa patologia agrega, assim como pela dificuldade no diagnóstico dessa síndrome nessa faixa etária. A depressão é frequentemente não reconhecida no segmento idoso, uma vez que sua apresentação é mais heterogênea do que em jovens (BLAZER, 1994). A escala de depressão geriátrica (SHEIKH; YESAVAGE, 1986) serve como um instrumento para o rastreamento de sintomas depressivos na população idosa. Suas vantagens incluem: a pequena variação das respostas, sim/não; ser de simples aplicação; poder ser autoaplicada ou aplicada por um entrevistador treinado; e conter perguntas fáceis de serem entendidas. Entretanto, o diagnóstico final de depressão deve ser dado pelo médico.
- Avaliação do suporte social - O suporte social se refere à assistência objetiva destinada ao idoso e divide-se em: formal, aquele oferecido

pelas instituições governamentais e o suporte informal, destinado pela família. O suporte social é definido como a assistência objetiva fornecida pela rede social, levando em consideração a impressão subjetiva de quem o recebe. O suporte destinado a idosos por seus familiares é mais importante do que em qualquer outra fase da vida, com exceção da infância, onde a família tem um papel fundamental. Para avaliar o suporte social, o profissional pode utilizar questionários e escalas, ou entrevistas semiestruturadas que contemplem informações acerca do tipo de suporte fornecido, quem fornece e como esse é recebido. Três aspectos são destacados: a) Com quem a pessoa pode contar quando precisa de ajuda; b) A periodicidade do contato que mantém com seus parentes mais próximos; c) A convivência com amigos e a periodicidade de contato com eles, sendo também importante avaliar a disponibilidade das pessoas em fornecerem esse suporte.

- Avaliação do cuidador – O cuidador de um idoso dependente deve ser visto como um potencial parceiro da equipe. Na maioria das vezes, porém, ele não escolheu essa tarefa, apenas a assume por conta das circunstâncias impostas. Uma das formas de se avaliar o cuidador é a utilização de escalas que possam aferir os níveis de sobrecarga. A escala de sobrecarga de Zarit (1980) é um instrumento que vem sendo largamente utilizado em todo mundo. Scazufca (2002) propõe uma versão para uso no Brasil que tem sido utilizada em muitos espaços de atenção geriátrica. Além da utilização da escala, uma avaliação subjetiva e bem detalhada com o cuidador fornece ao profissional um panorama geral do idoso em acompanhamento e das reais possibilidades de suporte e de adesão ao tratamento.

A população idosa é particularmente propensa a alterações nutricionais devido a fatores relacionados às modificações fisiológicas e sociais, ocorrência de doenças crônicas, uso de diversas medicações, dificuldades com a alimentação, depressão e alterações da mobilidade com dependência funcional. Nesse sentido, aos cuidados com a alimentação já citados no capítulo referente ao adulto desse manual, somam-se cuidados para o emagrecimento e desnutrição que pode ocorrer em idosos.

Parte integrante da avaliação global do idoso é a busca ativa de sintomas. Deve-se fazer uma ampla avaliação dos antecedentes diagnósticos, com ênfase nas doenças crônicas que se mantêm ativas. Dada sua prevalência, devem ser sempre investigadas sistematicamente, para serem descartadas:

- Doenças cardiovasculares, em especial doença hipertensiva;
- Diabetes e suas complicações;
- Déficits sensoriais (auditivo e visual);
- Afecções osteoarticulares;
- Avaliação do estado nutricional.

Assim, a Avaliação Global deve incluir (BRASIL, 2006f):

- Diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional
- Avaliação da acuidade visual e auditiva
- Diagnóstico sobre problemas relacionados à incontinência urinária
- Avaliação da sexualidade
- Avaliação sobre a situação vacinal
- Avaliação da cognição e da memória
- Avaliação do estado de humor
- Avaliação da mobilidade/ocorrência de quedas
- Avaliação funcional

4.5. Manutenção da capacidade funcional

A manutenção da capacidade funcional, com preservação da independência, autonomia e hábitos de vida é uma questão de qualidade de vida não só para o indivíduo idoso, mas também para a família e a sociedade. O envelhecimento ativo é uma construção que se inicia com hábitos de vida cultivados desde sempre e já discutidos na saúde do adulto deste manual. Ao final, a presença de doença crônica, quando adequadamente acompanhada, não define a saúde ou não do idoso. Aqui, a discussão a respeito de saúde está vinculada à preservação da capacidade funcional do indivíduo, ou seja, a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais para uma vida independente e autônoma (RAMOS, 2003).

Desse modo, o encorajamento a uma prática de promoção de saúde e prevenção é protetor em um sentido amplo, uma vez que preserva a capacidade funcional, permitindo a compressão da morbidade. Vale ressaltar a importância dos centros de convivência destinados ao lazer, ensino, atividades físicas variadas, como uma nova terapêutica com a capacidade de identificação precoce das alterações na saúde que possam tomar lugar. Centros de convivência devem estar ancorados em profissionais especializados nas áreas de geriatria e gerontologia para atingir a seu objetivo maior de manutenção da saúde do idoso.

Todavia, idosos de maior risco de adoecimento, com síndromes geriátricas (discutidas a seguir) e perdas funcionais importantes, demandam também a construção de um atendimento especializado em unidades básicas de saúde, porém que se configure capaz de realizar a avaliação global do idoso, com equipe multiprofissional. Esse atendimento especializado, voltado para o idoso frágil, deve estar integrado no serviço de saúde como um todo, de modo a assegurar que o indivíduo idoso possa estar contemplado com adequado tratamento e reabilitação.

4.6. Imunização

Dentre as ações preventivas, os programas de imunização habitualmente se destacam por sua reconhecida eficácia e vantajosa relação de custo/benefício. Assim como na população pediátrica, a vacinação na terceira idade confirma uma importante tendência na área da saúde: é melhor prevenir do que remediar.

Vacina contra Influenza (gripe)

Sua eficácia na população geriátrica é semelhante à da população geral (grau de proteção de 70-75%). A imunidade induzida pela infecção natural ou pela vacina só é eficaz para a cepa viral que evocou tal resposta ou por cepas antigenicamente semelhantes, reforçando a importância da vigilância epidemiológica das cepas circulantes e, por conseguinte, do caráter anual do programa de vacinação. É importante orientar os pacientes de que outros agentes etiológicos (rinovírus, parainfluenza, adenovírus, vírus sincicial respiratório, coronavírus) também podem ser responsáveis por quadros clínicos “gripais” indistinguíveis dos causados pelo Influenza, evitando que os indivíduos deixem de ser vacinados por julgarem que a vacina falhou no ano anterior. Por antecederem o outono/inverno (meses mais frios), o período março/abril é ideal para a vacinação.

Recomendações

- Indivíduos com alto risco para complicações por influenza: a) ≥ 60 anos b) portadores de doenças crônicas (cardiovasculares, pulmonares, hemoglobinopatias, renais, metabólicas; e c) portadores de imunodeficiência (primária, adquirida ou iatrogênica);
- Indivíduos que mantêm contato constante com pessoas de alto risco de apresentar complicações por influenza, como: profissionais de saúde, cuidadores, e familiares (incluindo crianças);
- Contraindicações: a) hipersensibilidade a qualquer componente da vacina (incluindo timerosal e proteína do ovo), b) avaliação de risco/benefício da vacina em pacientes com doenças neurológicas em atividade ou que apresentem Síndrome de Guillain-Barré, c) a não realização da vacinação em paciente com doenças agudas ou com febre, para evitar a confusão dos efeitos adversos com manifestações da doença atual (KROGER, 2006).

Vacina Anti-Pneumocócica

O *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) pode colonizar o trato respiratório e está frequentemente envolvido em infecções das vias aéreas altas (rino-sinusites, otite média) e baixas (traqueobronquite, pneumonia), constituindo importante causa de hospitalizações e óbitos em pacientes idosos. Atualmente, a vacina utilizada é composta por 23 sorotipos de pneumococo, promovendo cobertura de 88% das cepas identificadas nos

Estados Unidos e com reatividade cruzada contra outras cepas pneumocócicas. A infecção natural não confere imunidade e, portanto, indivíduos que tiveram a doença devem ser vacinados se necessário.

Recomendações

- Indivíduos ≥ 60 anos, com uma ou mais doenças crônicas (doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes, insuficiência cardíaca, cirrose, doenças renais etc.), especialmente se moradores de instituições de longa permanência ou com histórico de infecções e internações recorrentes;
- Indivíduos asplênicos (funcionais ou esplenectomizados) ou que aguardem esplenectomia, sendo nesse último caso recomendada a vacinação com pelo menos 2 semanas de antecedência;
- Imunodeficiências adquiridas (SIDA, leucemia, linfoma), iatrogênicas e transplantados;
- Situações especiais: portadores de fístula líquórica e alcoólatras (KROGER, 2006).

Revacinação

- Imunocompetentes:
 - » ≥ 65 anos (dar a 2ª dose após transcorridos 5 anos ou mais da 1ª dose e nos pacientes que tinham ≤ 65 anos na ocasião da 1ª dose);
 - » adultos com asplenia funcional ou anatômica.
- Imunodeficientes: revacinar após 5 anos;
- Se condição prévia vacinal for desconhecida, uma dose única da vacina deve ser administrada.

Vacina contra Tétano e Difteria (Dt)

Embora a incidência da difteria e do tétano apresente declínio expressivo nas últimas décadas, a população idosa ainda contribui com boa parcela dos casos, especialmente das formas graves e óbitos por essas doenças.

Recomendações

Todos os adultos necessitam completar uma série primária de imunização com a Dt (consiste em 3 doses, sendo o intervalo de 4 semanas entre a 1ª e 2ª dose, e de 6 a 12 meses entre a 2ª e 3ª dose). Todos os adultos devem receber uma dose da Dt aproximadamente 10 anos após completar a série primária (KROGER, 2006).

Outras vacinas

- Vacinação para Hepatite B: deve ser considerada em regiões de alta endemicidade e em pacientes de alto risco (homossexuais do sexo masculino, heterossexuais promíscuos, hemofílicos, pacientes em hemodiálise, profissionais de saúde e indivíduos em contato doméstico com portadores de infecção crônica pelo vírus da hepatite B);
- Vacinação para prevenção do Herpes Zoster e Neuralgia Pós-herpética: estudos preliminares demonstraram eficácia na incidência de herpes zoster e neuralgia pós-herpética em indivíduos idosos soropositivos para o vírus da varicela-zoster que receberam a vacina. Embora ainda não exista uma recomendação específica para a população brasileira, os países que utilizam esta vacina recomendam seu uso a partir dos 60 anos.

4.7. Síndromes geriátricas

Além da HAS, que acomete cerca de 50% a 70% das pessoas idosas, e do DM, já abordados anteriormente no capítulo que trata da saúde do adulto, são também frequentes na população idosa outras manifestações de doenças chamadas de SÍNDROMES GERIÁTRICAS que são um conjunto de sinais e sintomas comumente observados em indivíduos idosos, principalmente nos muito idosos, multifatoriais e com forte impacto negativo na capacidade funcional. A intenção dessa exposição é consonante com o referido anteriormente a respeito da especificidade desse segmento etário, i.e., na assistência ao idoso é fundamental o diagnóstico precoce e acompanhamento adequado destas síndromes prevalentes. As principais SÍNDROMES GERIÁTRICAS são:

- Iatrogenia/Polifarmácia;
- Incontinência urinária;
- Insuficiência cerebral, que abrange a demência, a depressão e o *delirium*;
- Instabilidade/quedas; e
- Imobilidade.

4.7.1. Iatrogenia/Polifarmácia

Iatrogenia

Iatrogenia refere-se aos efeitos adversos ou às complicações causadas pela intervenção médica, seja um medicamento, um exame complementar ou uma terapia de reabilitação. A reação adversa à droga é a iatrogenia mais comum.

Os idosos frequentemente são portadores de múltiplas doenças crônicas, para as quais são prescritas muitas medicações, sendo também tratados por vários médicos especialistas simultaneamente. Essas comorbidades, associadas

ao envelhecimento fisiológico, fazem dos idosos indivíduos particularmente susceptíveis aos efeitos adversos das drogas e interações medicamentosas. As interações medicamentosas, além de mais frequentes nos idosos que nos adultos, são mais graves, podendo ser fatais.

As mudanças fisiológicas que acompanham o envelhecimento afetam a farmacocinética, ou seja, o processo farmacológico de absorção, distribuição, metabolismo e eliminação das drogas. Essas alterações são variáveis e difíceis de prever. Observa-se a redução da secreção de ácido gástrico (hipocloridria), assim como a redução do tempo de esvaziamento gástrico, aumentando a degradação da droga, podendo até determinar a inativação de algumas, como a Levodopa, por exemplo. As alterações intestinais da idade podem levar à redução da absorção de medicações, devido à aceleração no trânsito intestinal, ou o oposto, um aumento da absorção por lentificação do trânsito.

Soma-se, ainda, mudança na composição corporal dos idosos, caracterizada por redução da massa muscular, aumento do tecido adiposo e redução da água corporal. Em idosos frágeis também acontece redução da albumina sérica. Esses aspectos trazem como consequência aumento da meia vida de drogas lipofílicas (exemplo: benzodiazepínicos), redução do volume de distribuição das hidrossolúveis (exemplo: digoxina) e aumento da fração livre das que se ligam à albumina (exemplo: fenitoína). (GORZONI, 2006)

Observa-se a redução da capacidade hepática para inativar substâncias em até 40%, havendo redução da massa e fluxo sanguíneo hepático, além de diminuição da atividade do citocromo P450 (GORZONI, 2006). Portanto, a fase I do metabolismo (oxidação e redução) é reduzida nos idosos. Importantes medicações são afetadas pelo efeito de primeira passagem como propranolol, verapamil e nifedipina.

Outra característica relevante é o declínio da função renal relacionado ao envelhecimento, uma vez que esse aumenta o risco potencial de danos secundários ao uso de medicações. Verifica-se a redução da filtração glomerular em 35% a 50%, redução do número de néfrons, aumento do tecido conectivo intersticial, da hialinização glomerular, espessamento da membrana basal e a redução do fluxo plasmático renal. Somadas, essas alterações do envelhecimento produzem uma redução da excreção renal e aumento do tempo de ação das drogas no organismo (GORZONI, 2006).

Os idosos são menos capazes de regular a temperatura corporal, sendo mais sensíveis a drogas como as fenotiazinas e anticolinérgicos, que alteram a termoregulação. A sensibilidade reduzida dos barorreceptores aumenta o risco de hipotensão postural. O uso de drogas que agem no sistema nervoso central potencializa a instabilidade postural e aumenta o risco de quedas. Idosos em uso de inibidor de recaptção de serotonina apresentam maior risco de hiponatremia por maior susceptibilidade à Síndrome Inapropriada de Secreção do Hormônio Antidiurético (GORZONI, 2006)

Todas estas alterações na farmacocinética e farmacodinâmica aumentam a toxicidade das drogas entre idosos, levando à redução da janela terapêutica, uma vez que a dose terapêutica é muito próxima à dose tóxica.

Polifarmácia

É o termo que descreve o uso de vários medicamentos pelo mesmo paciente, situação que aumenta a ocorrência das reações adversas e interações medicamentosas, podendo haver sinergismo ou antagonismo. Para os idosos, a polifarmácia comumente é a regra, e não a exceção.

Como os estudos clínicos geralmente excluem idosos com comorbidades, a relação custo/benefício do uso de muitas drogas nesse grupo de pacientes não está clara. Os efeitos adversos muitas vezes não são reconhecidos, pois as manifestações são inespecíficas ou mimetizam outras doenças. Então, outra droga é prescrita para tratar esses sintomas, levando à polifarmácia e aumentando o risco de outros eventos adversos.

As interações medicamentosas são comuns na população geriátrica. Os fatores de risco para isso são: polifarmácia, comorbidades, efeitos adversos prévios, demência, maior número de médicos tratando o paciente, o uso simultâneo de drogas que causem hipotensão, sedação ou efeitos anticolinérgicos. O risco de interação medicamentosa aumenta com o número de medicações usadas, ocorrendo em 13% dos pacientes em uso de duas medicações e em 82% dos que usam mais de seis. Quando uma droga é acrescentada durante atendimento de urgência, aumenta o risco potencial de reações adversas e interação medicamentosa.

As drogas cardiovasculares, antibióticos, diuréticos, anticoagulante, hipoglicemiantes, corticoides, opioides, anticolinérgicos, benzodiazepínicos e anti-inflamatório não hormonal são categorias muito comumente implicadas em efeitos colaterais nos idosos, dentre eles, distúrbios eletrolíticos, alterações da função renal, gastrointestinal, hemorragia e anormalidades endócrinas.

Outro fator de risco que merece ser citado é o uso de varfarina. A idade avançada parece ser fator de risco independentemente para hemorragia induzida por anticoagulante (FRANCESCHI, 2008). Algumas variáveis que influenciam o risco de sangramento em idosos incluem o aumento da sensibilidade a varfarina, o uso simultâneo de drogas que interagem com a varfarina ou aumentam o risco de sangramento e comorbidades que aumentam o risco de hemorragia.

A toxicidade anticolinérgica é comum nos idosos que usam com frequência medicações com esses efeitos. As manifestações clínicas associadas aos efeitos centrais são: inquietude, agitação, confusão mental, desorientação, alucinação, tremor, convulsões, sedação e coma. Os efeitos anticolinérgicos periféricos são: taquicardia, hipertensão, midríase, anidrose, ressecamento de mucosas, hipertermia, redução da motilidade do trato gastrointestinal e retenção urinária.

Devido ao conjunto desses fatores (alterações fisiológicas do envelhecimento, polifarmácia e comorbidades associadas), os idosos têm um risco aumentado de apresentarem intervalo QT no eletrocardiograma prolongado. Essa alteração está relacionada a maior risco de arritmias ventriculares e morte súbita cardíaca.

A má adesão terapêutica é mais comum entre os pacientes idosos, pois eles usam maior número de medicações. Entre as causas de tomada incorreta

das drogas prescritas está uma má comunicação entre médico e paciente, declínio cognitivo, síndrome depressiva, déficit sensorial (visual ou auditivo), e condições sociais (custo elevado das medicações, idoso que mora só). Uma explicação cuidadosa pelo médico, considerando a finalidade de cada medicação prescrita, é especialmente importante para uma boa adesão terapêutica. O cuidador e familiares do paciente necessitam ser igualmente esclarecidos quanto ao uso das medicações no mais amplo aspecto: regularidade, efeitos adversos, possíveis interações etc.

Recomendações para evitar a iatrogenia farmacológica:

- Definir a doença, iniciar o tratamento com objetivos definidos e um tempo determinado. Alguns indivíduos usam medicamentos por tempo indeterminado pela falta de orientação correta de quando cessar o uso;
- Iniciar as medicações com doses baixas e aumentar lentamente;
- Usar a menor dose terapêutica possível;
- Usar o menor número de medicamentos possível;
- Facilitar ao máximo a posologia;
- Revisar periodicamente as indicações e a real necessidade do uso das medicações prescritas;
- Evitar usar drogas recém-chegadas ao mercado, pois elas são testadas em indivíduos jovens e saudáveis; os idosos quase sempre são excluídos dos ensaios clínicos;
- Cuidado com as fórmulas de manipulação que costumam conter várias substâncias ativas associadas;
- Atenção às apresentações em gotas e a necessidade de partir medicamentos;
- Verificar a adesão terapêutica antes de adicionar ou mudar medicações;
- Ter alto nível de suspeição para efeitos adversos de drogas.

O uso de listas de medicações seguras e inapropriadas para o idoso pode auxiliar na prática clínica e ser uma abordagem para reduzir o risco de iatrogenia. O critério de Beers foi criado baseado em revisão de literatura médica e consenso de especialistas em geriatria, farmacologia clínica e psicofarmacologia (FICK, 2003; GORZONI, 2008)

4.7.2. Incontinência urinária

Incontinência Urinária (IU) é um sintoma, estabelecido como qualquer perda de urina involuntária. Apesar de não ser considerada como parte nor-

mal do envelhecimento, sua prevalência aumenta com a idade (MINASSIAN, 2003). Atinge 15-30% dos idosos de comunidade e metade daqueles institucionalizados (FANTL, 1996). Apresenta maior frequência em mulheres (2:1) em relação aos homens até a idade dos 80 anos, quando se torna igual em ambos os sexos. Apesar de sua alta prevalência na população idosa, somente metade procura tratamento, sendo, portanto, uma condição subestimada na saúde do indivíduo idoso.

A IU acarreta um alto impacto econômico, social, psicológico e médico nessa população. Sob esse aspecto, a IU pode ser a causa da perda da autoestima, isolamento social, piora do status funcional, dependência de cuidadores, depressão e encaminhamento à instituição de longa permanência. Está bem estabelecida sua relação com dermatite de contato, úlcera de pressão, infecção do trato urinário, quedas e fraturas. O diagnóstico e tratamento precoce da IU assumem uma grande importância, pelo fato de reduzir o impacto negativo que gera nessa população, levando a uma melhor qualidade de vida.

Idade e continência

O envelhecimento normal nunca causa IU. Descrito de outra forma, IU é sempre patológico e merece avaliação. Entretanto, vários aspectos do envelhecimento normal do trato urinário predis põe os idosos ao desenvolvimento da incontinência, merecendo destaque:

- As contrações não inibidas da musculatura detrusora da bexiga se tornam comuns com o envelhecimento;
- A mobilização de líquido pelos rins aumenta nos períodos noturnos em decúbito devido ao aumento do peptídeo natriurético atrial, diminuição de vasopressina e mobilização de edema de membros inferiores, levando ao maior enchimento vesical e necessidade de urinar, provocando noctúria;
- A capacidade vesical diminui com a idade;
- Em homens, a próstata aumenta com a idade, favorecendo sintomas urinários irritativos e obstrutivos;

Fisiopatologia

A bexiga apresenta duas funções principais: ela precisa encher e necessita esvaziar. O enchimento vesical ocorre através do relaxamento da musculatura detrusora da bexiga e a contração dos esfíncteres uretrais. O músculo detrusor é innervado pelo sistema nervoso parassimpático muscarínico, vindo do segundo, terceiro e quarto nervos sacrais. O esfíncter uretral é composto de duas partes: esfíncter interno e externo. O esfíncter interno é innervado pelos receptores alfa do sistema nervoso simpático, oriundos da medula espinhal tóraco-lombar (T11-L2). O esfíncter uretral externo está sob controle voluntário, sendo innervado por nervos somáticos, com a acetilcolina como principal neurotransmissor, agindo em receptores nicotínicos.

A bexiga em período de enchimento mantém os esfíncteres uretrais contraídos, devido à ativação do sistema nervoso simpático e à musculatura detrusora relaxada, devido à inibição do sistema parassimpático. Todo esse controle é regulado em uma região cerebral chamada centro de micção pontina (CMP), presente na porção dorso-lateral da ponte. Quando a bexiga enche de forma importante, o CMP troca o módulo de enchimento para esvaziamento, com a ativação principalmente do sistema nervoso parassimpático. Uma parte importante do controle da micção é a inibição do lobo frontal. O lobo frontal aprende a inibir o CMP, mantendo-o constantemente no módulo de enchimento. A perda da inibição do lobo frontal é a principal razão de IU em pacientes com síndromes demenciais ou com doenças neurodegenerativas.

Tipos de incontinência

A IU pode ser determinada como transitória ou estabelecida.

a) Transitória: causas Reversíveis de IU

O mnemônico DRIIPP (*Delirium*; Restrição de mobilidade; Infecção do trato urinário; Inflamação- vaginite atrófica; Impactação fecal; Poliúria; Polifarmácia) é muito utilizado para detecção de condições reversíveis que podem causar ou contribuir para IU. Discutiremos em detalhe cada um deles separadamente.

- O surgimento da IU durante um quadro de *delirium* geralmente é reversível. Uma vez detectada e corrigida a causa da alteração do estado mental, a continência é estabelecida.
- A infecção do trato urinário (ITU) leva à incontinência urinária quando a urgência é o principal sintoma. Sua prevalência é elevada na população geriátrica, afetando 50% em idosos internados. Uma vez tratada a infecção, cessa a IU.
- Incontinência pode ser exacerbada por atrofia urogenital em mulheres na pós-menopausa. Mais de 40% de mulheres na pós-menopausa queixam-se de sintomas urinários. Pequenas doses de estrogênio intra-vaginal podem melhorar os sintomas clínicos.
- Impactação fecal é uma causa de IU. A distensão do reto, que se localiza posteriormente na bexiga, pode causar sintomas irritativos e/ou obstrutivos no trato urinário. Paciente com fatores de risco para constipação como pacientes acamados, portadores de doenças neurológicas, em uso de medicações anticolinérgicas, devem ser submetidos ao toque retal.
- Condições clínicas que aumentam o volume urinário podem causar IU por sobrecarregar os mecanismos de continência (exemplo: diabetes mellitus descompensado, uso de diuréticos, hipercalcemia, diabetes insipidus, polidipsia).

- Algumas medicações podem, frequentemente, piorar ou ser a causa da IU. Medicações com efeitos anticolinérgicos, que estão presentes nos antipsicóticos (como Olanzapina), antidepressivos (principalmente tricíclicos), anti-histamínicos, medicações antiparkinsonianas, induzem a IU por serem precipitantes de *delirium*, ou por causarem retenção urinária e IU por transbordamento. Medicações com efeito alfa agonista, presentes nos descongestionantes à base de pseudoefedrina, podem aumentar a resistência do esfíncter uretral, retenção urinária e IU.

b) Incontinência urinária estabelecida

Quando nenhum desses fatores reversíveis for identificado, uma investigação posterior é necessária. Existem quatro formas de IU crônica: IU de urgência; IU por transbordamento; IU de esforço e IU mista. Segue uma breve discussão específica.

- Incontinência de urgência:

Também conhecida com hiperatividade do detrusor, é caracterizada por contrações não inibidas do detrusor, sendo a forma mais comum de IU nos idosos, afetando mais de 20% de mulheres incontinentes acima de 65 anos. A causa subjacente dessa condição é a hiperestimulação dos receptores colinérgicos do músculo detrusor da bexiga. Geralmente é idiopática, sem um fator precipitante identificado, porém pode estar associada a lesões do sistema nervoso central, como doença cerebrovascular, síndromes demenciais ou por irritação da bexiga devido à infecção, tumores ou cálculos. Os pacientes frequentemente descrevem necessidade incontrolável de urinar. A noctúria é comum.

O termo hiperatividade do detrusor com deficiência da contratilidade (HDDC) é uma causa frequente de IU no idoso. A bexiga é hiperativa, mas a fraca contratilidade da musculatura do detrusor leva ao esvaziamento incompleto da bexiga e ao aumento do resíduo pós-miccional. Os pacientes queixam de sintomas semelhantes à incontinência de urgência, porém com bexigas hiperdistendidas.

- Incontinência por transbordamento:

A IU por transbordamento ocorre quando a bexiga não é esvaziada por longos períodos, tornando-se tão cheia que simplesmente transborda. Isto ocorre quando existe diminuição da sensibilidade ou da contração da musculatura detrusora - hipoatividade detrusora, ou quando existe uma obstrução do trato de saída da bexiga.

A principal causa de obstrução do trato de saída da bexiga é a Hiperplasia Prostática Benigna (HPB), que vários estudos epidemiológicos mostram aumento significativo em homens com o avançar da idade. Os pacientes geralmente queixam de gotejamento pós-miccional, necessidade incessante de urinar ou esforço para urinar. Câncer de próstata, estreitamentos ureterais são outras causas comuns em homens de IU por transbordamento, enquanto uma cistocele pode causar esse problema em mulheres.

A IU por transbordamento, devido à hipoatividade do detrusor, é

uma causa menos frequente na população idosa, afetando menos de 10% (ELBADAWI, 1998). Pode ser causada por qualquer injúria mecânica dos nervos que inervam a bexiga, como processos compressivos medulares (hérnia discal, envolvimento tumoral) ou por neuropatia autonômica do diabetes, deficiência de vitamina B12, doença de Parkinson, alcoolismo, terapia por vincristina ou *tabes dorsalis*.

Vale a observação que, em homens com HPB e obstrução crônica do trato de saída da bexiga, o músculo detrusor pode ser reestruturado com fibrose, levando à hipoatividade da musculatura do detrusor, mesmo após a intervenção cirúrgica (THOMAS, 2004).

- Incontinência urinária de esforço

É a segunda causa de IU em mulheres idosas, sendo causada pelos seguintes fatores:

» Hipermotilidade uretral devido ao enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico, que é acarretado pelo próprio envelhecimento e pode ser mais prevalente em mulheres com história de partos vaginais (PERSSON, 2000): a uretra proximal e a bexiga “herniam” através do diafragma urogenital em condições de aumento da pressão intra-abdominal. Os pacientes apresentam perda de urina em situações como tossir, espirrar, rir, pegar peso.

» Deficiência esfinteriana intrínseca ou IU de esforço tipo: a) Os pacientes apresentam perdas urinárias em pequenos esforços, como caminhar. Podendo ser relacionada à história prévia de cirurgias ginecológicas ou a própria idade, com diminuição da pressão do esfíncter uretral; b) Instabilidade uretral, sendo uma causa rara de IU em mulheres, pelo qual ocorre um relaxamento paradoxal do esfíncter uretral em um momento que não há contração da musculatura detrusora.

» Dano esfinteriano uretral que ocorre após prostatectomia radical ou ressecção transuretral da bexiga. Causa de IU de esforço em homens.

- Incontinência Urinária Mista

A incontinência mista refere-se à IU em que os sintomas da incontinência de urgência e de esforço estão presentes.

Avaliação do paciente com IU

A história clínica é a principal parte da avaliação de um paciente com IU. Deve-se atentar pelo início da IU (patologia aguda ou crônica), características da IU, gravidade, frequência, grau de comprometimento na qualidade de vida, fatores precipitantes. Importante aplicar nos primeiros dois ou três dias um diário miccional. Nesse, o paciente ou familiar, anota o volume urinário, frequência urinária, quantidade de perdas urinárias, fatores precipitantes para a incontinência, como tossir. A partir dessas anotações, se torna mais fácil quantificar o impacto da IU na vida do paciente, assim como guiar uma terapêutica mais apropriada.

Sempre avaliar a função cognitiva, para descartar *delirium* ou síndrome demencial, história prévia de acidente vascular cerebral, história de síndrome parkinsoniana, sinais de compressão radicular ou neuropatias, assim como avaliar sempre status funcional e as medicações de uso do paciente. Preconizar a realização do toque retal para avaliar a próstata e descartar impatção fecal, assim como o exame ginecológico em mulheres.

Conduta

A IU pode ser aliviada para todos os pacientes, independentemente do tipo de IU, apenas com algumas considerações não farmacológicas, por exemplo:

- Orientar o paciente ou seu cuidador para programar o esvaziamento vesical em tempo específico, inicialmente de duas em duas horas, podendo diminuir os intervalos ou espaçá-los dependendo da frequência urinária;
- Evitar grandes ingestões de líquido após as 18 horas;
- Evitar abuso de cafeína ou álcool.

O tratamento farmacológico se baseia principalmente na IU de urgência em que as medicações anticolinérgicas têm uma boa eficácia. Nos dias atuais, essas medicações apresentam uma seletividade maior para os receptores muscarínicos da bexiga, como os fármacos Tolterodina e Darifenacina, acarretando menos efeitos adversos (boca seca, alterações cognitivas, retenção urinária), que a antiga Oxibutinina.

Os pacientes com IU de esforço, que não melhoram com orientações não farmacológicas, podem se beneficiar de exercícios musculares pélvicos, através de *biofeedback* ou realizados com auxílio de eletroestimulação ou estimulação por campo magnético. Esses exercícios visam fortalecer o esfíncter uretral para diminuir as perdas. As intervenções cirúrgicas são o tratamento mais efetivo para IU de esforço, principalmente a cirurgia de Burch (colposuspensão retropúbica) e o sling pubovaginal.

Os homens que têm HPB e não apresentam retenção podem usar os bloqueadores alfa-adrenérgicos, principalmente os mais seletivos como a Tamsulosida que apresenta menos efeitos adversos (hipotensão postural) que os antigos Doxazosina ou Terazosina. A associação de Finasterida, bloqueador da 5 alfa redutase, pode trazer benefício aditivo a esses pacientes.

Os pacientes com hipoatividade detrusora e IU por transbordamento podem fazer uso de agentes colinérgicos como Betanecol e às vezes em combinação com prostaglandina E2, porém com resultados não muito satisfatórios. Ultimamente, a neuromodulação do nervo sacral com marcapasso tem sido utilizado nesses pacientes com retenção urinária não obstrutiva, com resultados ruins.

4.7.3. Insuficiência cerebral

Um idoso que altera o humor ou a capacidade cognitiva de forma aguda, subaguda ou insidiosa deve ser investigado ativamente em busca de sinais e

sintomas sugestivos de demência, depressão e *delirium*. Esses três problemas podem aparecer de forma isolada ou em conjunto, dificultando mais ainda o seu manejo. A confusão mental crônica é chamada de demência e tem causas reversíveis e irreversíveis. As principais causas de demência não reversíveis são a doença de Alzheimer e a demência vascular. O *delirium* é um estado de confusão mental aguda ou subaguda e a depressão é a principal doença psiquiátrica que acomete os idosos.

Demência

É uma síndrome clínica caracterizada pelo comprometimento progressivo de múltiplas funções cognitivas, incluindo memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento. O comprometimento de tais funções cognitivas é usualmente acompanhado e, às vezes, antecedido por alterações psicológicas, do comportamento e da personalidade. Para o diagnóstico, é essencial que tais déficits causem significativo comprometimento das atividades profissionais, ocupacionais e sociais do indivíduo e representem declínio significativo com relação aos níveis prévios de funcionamento (BRASIL, 2006f).

A idade avançada é o principal fator de risco para demência, sua prevalência é de 1% na faixa etária entre 60 e 64 anos, chegando a dobrar a cada 5 anos após os 65 anos de idade, atingindo cerca de 30 a 50% no grupo acima de 80 anos (JORM, 1987). No Brasil, dentre os diagnósticos etiológicos mais frequentes de demência nos idosos, estão a doença de Alzheimer responsável 54% dos casos, a demência vascular com 9,3% e a doença de Alzheimer associada à demência vascular com 14% (HERRERA et al, 1998).

Etiologia das demências

Dentre os diagnósticos nosológicos, a Doença de Alzheimer (DA) é usualmente a forma mais frequente de demência, sendo responsável por cerca de 50 a 60 % dos casos na Europa e América do Norte, enquanto na China, Japão e Rússia, é, em geral, menos prevalente do que a demência vascular, apontando para uma interrogação na efetividade do acompanhamento da hipertensão arterial e doenças cardiovasculares nesses países. No Brasil, estudos epidemiológicos nas cidades de Catanduva e São Paulo, a Doença de Alzheimer foi responsável pela prevalência de respectivamente 54,1% e 59,8% (BOTTINO, 2004; HERRERA, 2002; FREITAS, 2006). Devido a essa importância, será discutida separadamente.

Outras causas de demências progressivas na população idosa, como a demência vascular, demência por corpos de Lewy e demência frontotemporal, correspondem a aproximadamente 15 a 30% dos casos, enquanto as causas de demência potencialmente reversíveis são menos frequentes: 2 a 5% dos casos. (BLENNOW, 2006). Embora menos prevalentes, as causas reversíveis de demência (exemplo: toxicidade por drogas, alterações metabólicas, distúrbios da tireoide, hematoma subdural, hidrocefalia de pressão normal, hipovitaminose B12, depressão e outras), devem ser sempre investigadas e tratadas antes de se considerar uma causa degenerativa. Abaixo, segue classificação segundo etiologia.

- Demências degenerativas ou primárias:
 - » Doença de Alzheimer;
 - » Degeneração lobar frontotemporal;
 - » Demência semântica,
 - » Demência frontotemporal, afasia não fluente progressiva;
 - » Demência associada à Doença de Parkinson;
 - » Demência por corpúsculos de Lewy;
 - » Paralisia Supranuclear Progressiva.
- Demências não degenerativas:
 - » Demência vascular: Demência vascular isquêmica subcortical (Estado lacunar, Doença de Binswanger, infarto estratégico);
 - » Demência multi-infarto.
- Causas tóxico-metabólicas:
 - » Álcool;
 - » Hipovitaminose B12;
 - » Encefalopatia hepática;
 - » Encefalopatia urêmica;
 - » Hipotireoidismo;
 - » Distúrbios do sódio;
 - » Cálcio e glicose;
 - » Medicações.
- Causas infecciosas
 - » Viral: HIV, síndrome pós-encefalite;
 - » Espiroqueta: neurosífilis, doença de Lyme;
 - » Prion doença de Creutzfeldt-Jakob.
- Causas estruturais cerebrais
 - » Hidrocefalia normobárica, hematoma subdural crônico, neoplasias cerebrais.

As causas de demência potencialmente reversíveis, tais como aquelas secundárias a medicamentos, hipotireoidismo, hipovitaminose B12, depressão, hematomas subdurais, hidrocefalia normobárica e outras, devem ser sempre investigadas e tratadas antes de se considerar uma causa degenerativa.

Doença de Alzheimer

A Doença de Alzheimer é considerada um importante problema de saúde pública em todo o mundo, devido a sua prevalência entre os idosos, associada à mortalidade, incapacidade e altos custos gerados para o sistema de saúde. Até o presente, os fatores de risco bem estabelecidos para a doença são: idade avançada, história familiar positiva, síndrome de Down, baixo nível educacional e gênero feminino. A doença se inicia frequentemente após os 60 anos de idade e evolui de forma gradual, em geral durante um período de 8 a 12 anos, embora exista grande variabilidade na velocidade de progressão (FREITAS, 2006).

Quadro clínico

No quadro de demência leve, na fase inicial (duração em média de 2 a 3 anos), o comprometimento da memória é proeminente, associado à desorientação progressiva no tempo e espaço, alterações de linguagem e dificuldade para a resolução de problemas complexos. Alterações do comportamento podem acontecer (ansiedade, irritabilidade, retraimento etc) e mais raramente, ideias delirantes. O esclarecimento desses sintomas para a família do idoso é de fundamental importância, uma vez que esses ocorrem na rotina do sujeito idoso e provocam situações de constrangimento e inadequação nas relações.

A fase intermediária (duração: 2 a 10 anos), é caracterizada por deterioração da memória mais acentuada e pelo aparecimento de alterações focais como afasia, apraxia, agnosia, alterações visuoespaciais e visoconstrutivas. Os sintomas psicológicos e comportamentais (agitação, agressividade, perambulação, distúrbios do sono e outros), são mais comuns a partir dessa fase. Na fase avançada (duração: 8 a 12 anos), todas as funções cognitivas estão alteradas e há perda total da capacidade para executar atividades de vida diária.

Investigação diagnóstica

Embora o diagnóstico da Doença de Alzheimer seja considerado um diagnóstico de exclusão, uma história clínica, exames físicos detalhados e avaliação cognitiva através de testes específicos permitem alcançar uma precisão de diagnóstico em até 90 % dos casos aproximadamente (FREITAS, 2006). No presente, existe uma grande variedade de testes cognitivos que podem ser empregados para o diagnóstico, sendo o Mini Exame do Estado Mental, Teste do Desenho do Relógio e Teste de Fluência Verbal, exemplos de testes breves que têm sido muito utilizados na prática diária. Nos casos duvidosos ou muito iniciais, avaliações neuropsicológicas mais extensas podem ser necessárias.

Os exames complementares laboratoriais e de neuroimagem possuem papel determinante no diagnóstico diferencial de outras demências. As recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia estão listados no Quadro a seguir.

Quadro 1- Exames complementares que devem ser solicitados para diagnóstico de causas específicas de demência. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia-2005.

Compulsórios:	Opcionais:
Laboratoriais	Exame de LCR
HemogramaCompleto	
Demência de início precoce (< 65 anos)	
Uréia, Creatinina	
T4 livre, TSH	Curso rapidamente progressivo
Albumina,Cálcio	Apresentação e curso atípico
TGO, TGP, Gama GT	Hidrocefalia comunicante
Vitamina B12	Suspeita de doença inflamatória ou infecciosa do SNC
VDRL, Anti HIV (< 60 anos)	

Neuroimagem	Neuroimagem
Tomografia computadorizada de crânio	RM volumetria, RM espectroscopia e subtração, PET: úteis no diagnóstico diferencial e avaliação de progressão SPECT: apenas para suporte diagnóstico
Ressonância Magnética de Crânio	

Eletoencefalograma
Auxiliar na avaliação demência x encefalopatia

Legenda: SPECT – Tomografia por emissão de fóton único, PET- Tomografia por emissão de prótons, RM- Ressonância Magnética

Diagnóstico diferencial

Embora existam mais de 60 causas de demências, algumas são mais prevalentes nos idosos e devem ser descartadas antes de se considerar o diagnóstico de doença de Alzheimer. As demências vasculares compreendem síndromes clínicas distintas associadas à doença cerebrovascular. Elas se caracterizam, usualmente, por início abrupto, declínio em degraus, disfunção executiva, distúrbios da marcha e labilidade emocional, associados às evidências de lesão/ cérebrovascular na neuroimagem. Nos casos típicos, em que há uma correlação temporal entre o evento vascular e o déficit cognitivo, a diferenciação é mais simples. As dificuldades para o diagnóstico ocorrem, entretanto, quando as duas condições (demência vascular e Doença de Alzheimer) coexistem.

As demências frontotemporais são caracterizadas pelo início de transtornos da personalidade e conduta social, além de distúrbios da linguagem e disfunção executiva, que precedem as alterações da memória. Na Demência com Corpúsculos de Lewy, ocorre declínio cognitivo progressivo, associado a alucinações visuais recorrentes, sinais de parkinsonismo, flutuações da cognição, alterações visuoespaciais e disfunção executiva.

Tratamento

No presente, não dispomos de medicamentos capazes de interromper ou modificar o curso natural da doença. Para uma estratégia eficaz de tratamento, é necessária uma abordagem conjunta do paciente, familiares e cuidadores. As metas primárias do tratamento consistem em reduzir o ritmo de progressão da doença, minimização dos seus principais sintomas, redução da dependência funcional e do risco de internação. Para isso, são instituídas medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Após o diagnóstico, os princípios gerais para a abordagem dos pacientes com Doença de Alzheimer consistem em: identificação e tratamento de causas clínicas que podem exacerbar o quadro clínico de demência; suspensão de drogas potencialmente deletérias às funções cognitivas; esclarecimento dos familiares com relação aos objetivos e limitações do tratamento.

O tratamento farmacológico disponível restringe-se ao tratamento sintomático, que pode ser capaz de promover benefícios do ponto de vista cognitivo, comportamental e funcional. Atualmente, os medicamentos aprovados pela Food and Drugs Administration (FDA) para tratamento da Doença de Alzheimer e suas indicações são:

- Inibidores da acetilcolinesterase
 - » Rivastigmina - na fase leve e moderada
 - » Donepezil - para todos os estágios
 - » Galantamina- na fase leve e moderada
- Antagonista do receptor NMDA
 - » Memantina - fase moderada a grave

Embora os anticolinesterásicos sejam bastante úteis para o controle dos sintomas neuropsiquiátricos, o emprego de antipsicóticos (principalmente os atípicos, pela menor incidência de efeitos colaterais) pode ser necessário, principalmente em casos de agitação e psicose. O uso de benzodiazepínicos é desaconselhado na maioria dos casos e, quando indicado, deverá ser limitado a períodos curtos.

Depressão

É um distúrbio da área afetiva e do humor com forte impacto nas atividades de vida, além de ser a doença psiquiátrica que mais comumente leva ao suicídio. Esse último tem uma fundamental importância, pois estima-se que

a maioria das pessoas que se suicidam teve uma consulta com seu médico no mês anterior, e entre um terço e a metade, na semana anterior ao suicídio, por outro motivo que não depressão (MITTY, 2008; FISKE, 2009).

Entre os idosos atendidos em unidades de atenção primária, cerca de 17 a 30% apresenta sintomas depressivos, estatística que pode variar na dependência dos critérios diagnósticos adotados. Já a prevalência de depressão maior, cujos critérios já estão mais bem estabelecidos, é de 1 a 5% nos idosos em geral, mas pode chegar a 43% se considerarmos aqueles institucionalizados. As mulheres são particularmente mais susceptíveis e sua prevalência é duas vezes maior que entre os homens (DOMBROVSKI, 2008; SNOWDON, 2002).

Tendo em vista a estigmatização social, associada aos sintomas causados pela depressão, algumas pessoas idosas julgam ser inútil relatar o problema ao profissional. Concomitante a isso, se os profissionais de saúde não estiverem atentos para a identificação desses sinais e sintomas ou os considere parte normal do processo de envelhecimento, seguramente o diagnóstico passará despercebido (WETHERELL, 2009).

Cerca de 50 a 60% dos casos não são detectados, tornando a depressão subdiagnosticada e subtratada. A depressão pode coexistir com a demência em sua fase inicial. As respostas pouco coerentes na avaliação do estado mental são comuns na depressão. Não obstante, um dos problemas clínicos mais complexos enfrentados pelos profissionais da saúde que tratam idosos é distinguir entre depressão na etapa tardia da vida e o início de uma demência (BRASIL, 2006f).

Fatores de risco (GAZALLE, 2004; CASTRO-COSTA, 2008)

- Antecedentes depressivos prévios;
- Doença incapacitante;
- Doença dolorosa;
- Abandono e/ou maus tratos;
- Internação;
- Morte de cônjuge, familiar ou amigo próximo;
- Uso de medicamentos como os benzodiazepínicos, betabloqueadores, metildopa, reserpina, clonidina, cinarizina, flunarizina, digoxina e esteroides.

Condições que indicam maior risco de suicídio na pessoa idosa

- Sexo masculino;
- Viver só;

- Doença depressiva severa;
- Insônia persistente;
- Inquietação psicomotora importante;
- Doença médica severa, dolorosa ou incapacitante;
- Perda recente do cônjuge;
- Institucionalização ou dependência de cuidados de longa duração;
- Etilismo;
- Sentimentos de culpa excessiva.

Diagnóstico e tratamento

A depressão não é provocada por um só fator. Há um entrecruzamento de vários fatores: psicológicos, biológicos, sociais, culturais, econômicos, familiares, entre outros que fazem com que a depressão se manifeste em determinado sujeito. É necessária uma investigação apurada e uma escuta qualificada da história de vida do sujeito, atual e pregressa, bem como seu contexto familiar e social, para termos uma compreensão dinâmica da situação vivenciada por essa pessoa, que possa subsidiar a construção de um projeto terapêutico adequado (BEYER, 2007).

Sinais e sintomas que sugerem depressão

- Fadiga matutina;
- Lentidão psicomotora;
- Redução da afetividade;
- Intranquilidade ou nervosismo;
- Ansiedade;
- Alteração do ciclo sono/vigília;
- Alteração do apetite (habitualmente anorexia);
- Múltiplas queixas somáticas mal sistematizadas;
- Falta de interesse nas coisas que antes lhe agradavam;
- Perda da capacidade de sentir prazer;

- Distúrbio cognitivo;
- Distúrbios do comportamento e da conduta;
- Etilismo de início recente.

É necessário um acompanhamento sistemático para avaliar melhor o quadro depressivo e sua evolução, conhecendo melhor a história do sujeito, seu contexto, suas necessidades e dificuldades. Esses elementos são essenciais para realização de uma compreensão psicodinâmica, estabelecimento de vínculo, conhecimento das reais necessidades do indivíduo através do planejamento em equipe multidisciplinar, pactuando com o idoso o seu projeto terapêutico (BRASIL, 2006f). Os principais recursos terapêuticos são: atendimento individual - psicoterapia e farmacoterapia; atendimento em grupo; atividades comunitárias; e atendimento à família (FULTON, 2009).

Demência e depressão – Formas de associação e diagnóstico diferencial

Até meados dos anos 80, o foco da atenção da maior parte dos estudos desenvolvidos nessa área estava na diferenciação clínica entre a demência “pura” e a chamada “pseudo-demência depressiva”. A partir de então, diversos estudos passaram a se referir, com mais frequência, aos quadros nos quais coexistem depressão e demência. Tais estudos são importantes tanto do ponto de vista de suas possibilidades terapêuticas como do melhor entendimento dos mecanismos biológicos subjacentes comuns a esses distúrbios (STOPPE; SCALCO, 2006 apud BOTTINO et al, 2006).

Formas de associação de depressão com demência

Tipos de Associação	Forma de Associação
Depressão na demência	Sintomas depressivos são considerados parte integrante da demência tanto como reação psicológica, como consequência direta do distúrbio orgânico cerebral.
Demência com Depressão	Distúrbios coexistem, mas estão menos intimamente relacionados. A depressão sobrepõe-se ao quadro demencial já instalado.
Depressão com deficiências cognitivas	Sintomas cognitivos são parte integrante do quadro clínico da depressão associados a outros sintomas depressivos.
Demência na depressão (pseudo-demência)	Deficiências cognitivas muito pronunciadas, com o quadro clínico de depressão assemelhando-se ao de demência.

Fonte: Lauter e Dame, 1991 apud BOTTINO et al, 2006.

Na prática clínica, a diferenciação entre as possíveis formas de associação, descritas no quadro acima, pode ser bastante difícil. Independentemente da forma de associação, estudos demonstram que, na apresentação clínica, a maioria dos pacientes não desenvolve depressão maior e sim quadros mais leves, transitórios e com maior flutuação de sintomas (ZUBENKO et al, 2003 apud BOTTINO et al, 2006).

Um problema que chama a atenção do clínico é a diferenciação, no idoso cognitivamente prejudicado, entre demência e depressão. Como dito anteriormente, a situação mais frequente é a depressão associada à demência. No entanto, quadros depressivos “puros” com déficits cognitivos graves, que simulam uma demência, podem ocorrer, e são chamados, classicamente, de pseudodemência depressiva. Em geral, é a partir do exame físico cuidadoso e da coleta de dados de história que esse diferencial pode ser feito. Os quadros depressivos geralmente se iniciam com sintomas de humor depressivo, anedonia e alteração de ciclo vigília/sono. É raro que os sintomas cognitivos sejam significativos antes que os sintomas depressivos se tornem evidentes (STOPPE E SCALCO, 2006 apud BOTTINO et al, 2006). O quadro a seguir auxilia nessa diferenciação.

Diagnóstico diferencial entre depressão e demência

	Depressão	Demência
Quanto à História Clínica		
Antecedentes pessoais ou familiares de depressão	Presente	Ausente
Início dos sinais e sintomas	Data precisa de início	Não evidente
Progressão dos sintomas	Rápida	Lenta
Duração dos sintomas	Menor de seis meses	Maior de seis meses
Queixas de perda cognitiva	Enfatizada	Minimizada
Descrição da perda cognitiva	Detalhada	Vaga
Incapacidade	Enfatizada	Não enfatizada
Esforço para executar tarefas	Menor	Maior
Apetite	Transtorno de apetite	Normal
Resposta ao tratamento com antidepressivos	Boa	Ausente
Quanto ao exame clínico		
Perda de memória	Para acontecimentos recente e remoto similares	Maior perda de memória recente
Incidência de respostas do tipo - “não sei”	Habitual	Não habitual
Incidência de respostas do tipo - “quase certo”	Não habitual	Habitual
Quanto aos testes psicológicos		
Se perde nos lugares	Não habitual	Habitual
Rendimento nos diversos testes	Variável	Responde com aproximação
Apraxia, afasia ou agnosia	Ausente	Pode estar presente

Fonte: BRASIL, 2006f.

Delirium

Delirium é uma síndrome caracterizada por confusão mental aguda, distúrbio da atenção, do ciclo sono/vigília e da atividade psicomotora que pode estar anormalmente elevada ou reduzida. Inicia-se aguda ou subagudamente e compromete a consciência, apresentando curso flutuante durante o dia e se manifesta por comprometimento global das funções cognitivas (WACKER, 2005).

Em sua quase totalidade, o *delirium* é secundário a uma doença física como infecções urinárias ou pulmonares e doenças cardiovasculares. Todavia, outras causas comuns são: reação adversa a uma medicação, abstinência a hipnóticos e sedativos, álcool ou outra droga de abuso, internações, anestesia geral, desidratação e privação do sono (SANTOS, 2005).

No idoso, a forma mais comum de apresentação de *delirium* é a hipoativa, com sonolência ou torpor, sendo por isso raramente diagnosticada. Nessas circunstâncias, geralmente os familiares são os primeiros a perceberem as primeiras alterações do estado mental do paciente, acham-no “muito quietinho”, podendo ser confundido com um quadro de depressão. Outra forma de apresentação é o *delirium* hiperativo. Nesse caso o paciente fica muito agitado, podendo ficar agressivo, extremamente confuso e sem conseguir dormir. O tipo hiperativo é por vezes diagnosticado como um “surto psicótico” ou um quadro demencial.

O *delirium* está frequentemente associado ao distúrbio do ciclo sono/vigília, quando alguns pacientes podem se mostrar sonolentos durante o dia e agitados à noite. As alterações de comportamento são comuns, como o aumento da atividade psicomotora, agitação e perambulação. Muitos pacientes ficam inquietos, tentam se levantar inoportunamente do leito, arrancando, quando hospitalizados, equipamentos endovenosos, cateteres e sondas. Extremos da atividade psicomotora podem se alternar no curso de 24 horas num mesmo paciente, como sonolência diurna e inquietude noturna (MAYO, 2000).

Inouye et al (1990) desenvolveram um questionário de avaliação diagnóstica de *delirium*, a partir dos critérios diagnósticos do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), questionário denominado *confusion assessment method* (CAM). Fabbri et al (2001) demonstraram a validade e a confiabilidade da versão em língua portuguesa do CAM, concluindo que esse instrumento afere a presença de *delirium* de forma adequada e que pode ser utilizado de forma confiável na avaliação de pacientes idosos atendidos em serviços de urgência. O diagnóstico de *delirium* requer a presença de quatro características apresentadas na tabela abaixo.

Tabela 1 – Critérios diagnósticos para *delirium*

- A. Distúrbio da consciência: diminuição da percepção do ambiente, com diminuição na capacidade para focalizar, manter ou mudar a atenção.
- B. Uma alteração na cognição: deficiência de memória, desorientação, ou distúrbio de linguagem ou o desenvolvimento de um distúrbio da percepção que não possa ser atribuído a uma demência preexistente, estabelecida ou em evolução.
- C. O distúrbio desenvolve-se em curto espaço de tempo (usualmente horas a dias) e tende a flutuar durante o curso do dia.
- D. Há evidência na história, exame físico ou exames laboratoriais de que o distúrbio seja causado pelas consequências fisiológicas diretas de uma condição clínica geral qualquer.

A ocorrência de *delirium* está associada à maior incidência de complicações clínico-cirúrgicas, maior tempo de permanência hospitalar e pior recuperação funcional. O *delirium* pode afetar de 10 a 15% dos pacientes em todas as idades na admissão hospitalar, quando 5 a 30% desenvolverão *delirium* durante a hospitalização, muitas vezes como consequência de iatrogenia. Todavia, 30 a 50% dos pacientes geriátricos agudos e 60% dos pacientes geriátricos cirúrgicos apresentam *delirium* durante a internação (FICK, 2008).

Elementos predisponentes para o *delirium* são a idade avançada, gravidade da doença física subjacente, quadros demenciais pré-existent e a polifarmacoterapia. Nesta última, particularmente, entre as múltiplas medicações em uso, incluem-se drogas com ação anticolinérgica, anti-histamínica, sedativo-hipnóticos ou narcóticos, que conferem risco duas a três vezes maior para o desenvolvimento do *delirium*.

A fisiopatologia do *delirium* ainda é pouco entendida, mas sabe-se que existe envolvimento das vias neurais dependentes da transmissão dopaminérgica, serotoninérgica, colinérgica e histaminérgica. Alterações metabólicas tais como hiponatremia, hipernatremia, hiperosmolaridade e hipercapnia são igualmente importantes no desencadeamento de *delirium* em idosos (SANTOS, 2005).

Os principais diagnósticos diferenciais para o *delirium* incluem as síndromes demenciais, doenças psiquiátricas e a depressão. A relação entre *delirium* e demência é complexa, ambas síndromes coexistem em muitos pacientes idosos hospitalizados, e a presença de um quadro demencial pré-existente é um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de um quadro de *delirium*. Cerca de 40% dos pacientes com *delirium* na forma hipoativa (quieta, introvertida), são erroneamente diagnosticados como deprimidos (WACKER, 2005).

O *delirium* é uma emergência médica cujo desfecho depende do diagnóstico e tratamentos corretos da(s) causa(s) determinante(s). O prognóstico é variável e dependente de diversos fatores tais como a gravidade e a importância da causa determinante, condições de saúde do indivíduo, idade e estado mental prévio.

A abordagem inicial deve centrar-se no diagnóstico e tratamento do fator causal ou contribuinte. No *delirium* hipoativo, trata-se a causa determinante, mas no *delirium* hiperativo, quando o paciente pode pôr em risco sua própria integridade física, devem ser usadas medicações antipsicóticas. O trabalho de Inouye e colaboradores (2004) demonstrou que a incidência global de *delirium* pode ser reduzida em 40%, abordando preventivamente fatores de risco como deficiências cognitivas, visual e auditiva, privação do sono, imobilidade e a desidratação.

4.7.4. Instabilidade postural / quedas

Um capítulo que merece destaque na avaliação do idoso diz respeito à marcha ou deambulação, uma vez que o envelhecimento em si traz alterações na deambulação. Nesse sentido, a história de queda deve ser profundamente investigada, sendo esse um evento sentinela importante na saúde do idoso. A prevenção da queda é de extrema relevância, sendo válidos todos os esforços para a investigação dos fatores etiológicos relacionados com esta ocorrência, uma vez que origina graves consequências para a vida de rotina do idoso.

A frequência de queda aumenta com a idade, com prevalência maior para mulheres do que para homens na mesma faixa etária. Embora tenha etiologia variada, idosos de 75 a 84 anos com dependência para as atividades de vida diária têm risco 14 vezes maior para queda em relação a indivíduos independentes (PAIXÃO; HECKMAN, 2006).

Alarmante na ocorrência de quedas é a consequência que traz: fraturas, ferimentos importantes e até mesmo óbito. Sendo assim, idosos que caem mais do que duas vezes por semestre devem ser avaliados com a intenção de identificar causas tratáveis para a queda ter ocorrido.

Há inúmeros fatores de risco que devem ser identificados para dar lugar a ações preventivas. Alguns fatores de risco intrínsecos, característicos do processo de envelhecimento, podem ser enumerados: diminuição da visão e da audição; distúrbios proprioceptivos e musculoesqueléticos, sedentarismo, patologias cardiovasculares e neurológicas. A polifarmácia, já citada anteriormente, define um risco de queda per si.

Considerando que 70% das quedas acontecem no domicílio, a avaliação desse ambiente é um aspecto fundamental na estratégia de prevenção de quedas. A prevenção de fatores de risco extrínsecos, como pisos escorregadios, má iluminação, falta de suporte no banheiro e corredores, tapetes soltos, pequenos objetos ou móveis nos lugares de passagem são aspectos essenciais nesse contexto. Atenção especial deve ser dada ao tipo de calçado, sendo proibido o uso de chinelos.

Sendo uma síndrome multifatorial, a boa caracterização da história elucida aspectos da sua etiologia. A história de queda deve ser profundamente investigada perguntando-se sobre o que aconteceu antes, durante e depois da queda. Se houve perda da consciência e se alguém presenciou o acidente.

Existe aqui o efeito de morbidade cinética. A queda provoca a perda de confiança para andar levando à imobilidade com todas as suas consequências. Daí medidas preventivas serem de extrema relevância, sendo válidos todos os esforços para a investigação dos fatores etiológicos relacionados com esta ocorrência, uma vez que origina graves consequências para a vida de rotina do idoso.

4.7.5. Imobilidade

A síndrome de imobilidade (SI) é considerada uma das grandes síndromes geriátricas, resultante da limitação de movimentos e da capacidade funcional, que geram empecilho à mudança postural e à translocação corporal. Na prática do cuidado com o paciente, verifica-se uma incapacidade do mesmo de se deslocar sem auxílio. Levantamentos no Canadá e Austrália mostram que 25% dos idosos da comunidade e 75% dos institucionalizados têm SI (LEDUC, 2006). A taxa de mortalidade entre os pacientes com SI gira em torno de 40%. Nem todo paciente confinado ao leito necessariamente tem síndrome de imobilidade (SI). Podem ser usados critérios maiores (déficit cognitivo moderado a grave e múltiplas contraturas) e critérios menores (úlceras de pressão, disfagia, incontinência dupla e afasia). Para definir SI, devemos ter os critérios maiores associados a pelo menos dois critérios menores (LEDUC, 2006).

Causas da Síndrome de Imobilidade:

- Temporárias: fraturas, cirurgias, internações, doenças agudas, infecções etc.
- Crônicas (vide quadro)

Quadro 2: causas crônicas da síndrome de imobilidade

	Causas de Imobilidade
Doença osteoarticular	Osteoartrose / Sequela de fraturas / Doenças reumáticas / Osteoporose / Deformidade plantar
Doença cardiorrespiratória	DPOC / ICC / Cardiopatia isquêmica
Doenças vasculares	Sequelas de trombose venosa / Insuficiência arterial
Doença muscular	Fibrosite / Polimialgia / Desnutrição proteica-calórica
Doença neurológica	Neuropatia periférica / AVC / Hidrocefalia / Parkinson / Demência / Esclerose lateral amiotrófica / Depressão
Doença dos pés	Calosidade e cravo / Onicogribose / Úlcera plantar
Iatrogenia medicamentosa	Neurolépticos / Ansiolíticos / Hipnóticos / Anti-hipertensivos
Déficit neurosensorial	Cegueira / Surdez
Outras causas	Isolamento social

Fonte: Freitas, 2006

Diversas são as complicações causadas pela SI. Elas estão apresentadas abaixo divididas por sistemas.

Quadro 3: Complicações causadas pela síndrome de imobilidade

Sistema tegumentar	Atrofia da pele Úlcera de decúbito Escoriações Equimose Dermatite Micose
Sistema esquelético	Osteoporose Artrose e anquilose Fraturas
Sistema muscular	Atrofia Encurtamento de tendões Hipertonia Contraturas
Sistema cardiovascular	TVP TEP Isquemia cerebral Hipotensão postural Edema linfático
Sistema urinário	Incontinência ITU Retenção urinária
Sistema digestivo	Desnutrição Fecaloma Disfagia Gastroparesia
Sistema nervoso	Depressão Piora do quadro demencial Inversão ciclo sono-vigília <i>Delirium</i>
Sistema respiratório	Pneumonia Insuficiência respiratória
Sistema endócrino e metabólico	Resposta diminuída a insulina Resposta diminuída da suprarrenal Diminuição da excreção de sódio, potássio e fosfato Retenção hídrica Capacidade aeróbica diminuída Eritropoiese diminuída VO2 máxima diminuída Síntese de vitamina D diminuída

Fonte: FREITAS, 2006.

No cenário dramático da SI, vale ressaltar a importância da prática de mobilização passiva no idoso acamado, constituindo esse acompanhamento verdadeiro elemento de diferenciação para o prognóstico desse paciente em relação ao desenvolvimento da SI. Sob essa ótica, o esforço do cuidado multidisciplinar não deve ser poupado, assim como o esclarecimento da equipe de cuidadores a respeito da relevância desse cuidado.

4.8. Outros aspectos para prevenção

Pela sua importância na prevenção, destacam-se ainda alguns tópicos que não poderiam deixar de ser citados e estarão expostos a seguir.

Osteoporose

Doença assintomática, sistêmica, progressiva, que leva a desordens esqueléticas, caracterizadas por resistência óssea comprometida, predispondo a um aumento do risco de fratura. Esta, na maioria das vezes, constitui-se no primeiro sinal de doença, sendo as mais frequentes as fraturas da coluna lombar, do colo do fêmur e do terço distal do rádio. No Brasil, somente uma em cada três pessoas com osteoporose é diagnosticada e, dessas, somente uma em cada cinco recebe algum tipo de tratamento, com uma taxa anual de aproximadamente 100 mil fraturas de quadril. Cerca de 10 milhões de brasileiros(as) sofrem com osteoporose e 24 milhões de pessoas terão fraturas a cada ano, sendo que 200 mil indivíduos morrerão como consequência direta de suas fraturas. As fraturas de corpos vertebrais e de quadril são as complicações mais graves (BRASIL, 2006f). A mortalidade das pessoas com fratura de quadril é de 10 a 20% em seis meses. Do restante, 50% precisará de algum tipo de auxílio para deambular (caminhar) e 25% necessitarão de assistência domiciliar ou internação em casas geriátricas.

Os fatores de risco para osteoporose são:

Maiores	Menores
fratura anterior causada por pequeno trauma;	doenças que induzam à perda de massa óssea;
sexo feminino;	amenorréia primária ou secundária;
baixa massa óssea;	menarca tardia, nuliparidade;
raça branca ou asiática;	hipogonadismo primário ou secundário;
idade avançada em ambos os sexos;	baixa estatura e peso (IMC <19kg/m²)
história familiar de osteoporose ou fratura do colo do fêmur;	perda importante de peso após os 25 anos;
menopausa precoce (antes dos 40 anos) não tratada;	baixa ingestão de cálcio, alta ingestão de sódio;
uso de corticóides	alta ingestão de proteína animal;
	pouca exposição ao sol, imobilização prolongada, quedas frequentes;
	sedentarismo, tabagismo e alcoolismo;
	medicamentos (como heparina, ciclosporina, hormônios tireoidianos, anticonvulsivantes e lítio);
	alto consumo de xantinas (café, refrigerantes à base de cola, chá preto).

Fonte: BRASIL, 2006f.

Diagnóstico

A densitometria óssea é o exame utilizado para estabelecer o diagnóstico precoce da doença, uma vez que as radiografias convencionais só detectam diminuição da densidade óssea quando a perda é superior a 30%. Os sítios avaliados são a coluna lombar e o fêmur proximal segundo os critérios da OMS. Nas pessoas idosas, devido aos osteofitos e à degeneração vertebral, podem encontrar resultados falsos negativos. Nesses casos, utiliza-se o antebraço para o exame. Deve-se considerar a avaliação de mulheres na pós-menopausa que apresentam um ou mais fatores de risco citados anteriormente e após os 65 anos, independentemente da presença de fatores de risco, tanto para as mulheres quanto para os homens.

A avaliação laboratorial é realizada para verificar os distúrbios secundários do metabolismo mineral. Solicita-se dosagem de TSH, PTH intacto, cortisol urinário livre e eletroforese de proteínas. Para acompanhar a eficácia do tratamento, após três meses de seu início, dosam os biomarcadores ósseos de formação e reabsorção, como a osteocalcina e o C-telopeptídeo, respectivamente. Quando se deseja acompanhar a eficácia do tratamento, pode-se repetir o exame dentro de 24 meses (BRASIL, 2006f).

Prevenção e tratamento

São essenciais, na prevenção e no tratamento da osteoporose, a promoção de uma alimentação saudável. Deve-se ofertar os componentes (oligoelementos) essenciais na síntese óssea como as calorias, o cálcio, a pró-vitamina D, o magnésio, o zinco, o boro, a vitamina K e a vitamina C, diariamente. Simultaneamente às orientações alimentares recomenda-se a prática de atividade física, a exposição solar e a adoção de medidas para a prevenção de quedas. Na osteoporose estabelecida, o tratamento é feito com cálcio, vitamina D, antirreabsorptivos ósseos ou formadores ósseos.

Déficits sensoriais

O envelhecimento acarreta per si um declínio das funções físicas, dentre elas a acuidade visual e a auditiva. No entanto, esse declínio deve ser avaliado em busca do diagnóstico de lesões reversíveis que podem ser confundidas com o envelhecimento normal. Sendo assim, um idoso com queixa de declínio da acuidade visual ou auditiva não deve receber o diagnóstico de “coisas da idade”, até que outras alterações nesses órgãos sejam descartadas.

- **Deficit visual**

O declínio da função visual pode ser o desencadeador de distúrbios de humor, limitações físicas e até mesmo quedas nessa população, daí a importância da avaliação oftalmológica de rotina no grupo acima dos 60 anos (KLEIN, 2003; GUIMARÃES, 2005). No idoso, a diminuição da capacidade visual geralmente se deve a doenças oculares crônicas, que vão diminuindo a visão de maneira progressiva. A diminuição da capacidade visual afeta a capacidade de perceber o contraste dos objetos, detalhes espaciais, adaptação ao escuro. Verifica-se mais brilho, como resultado da catarata e a acomodação para mudanças na distância diminui (KLEIN, 2003). As patologias oculares mais prevalentes na idade avançada são a catarata, glaucoma, erros de refração e degeneração macular (ROMANI, 2005).

- Deficit auditivo

A comunicação verbal é uma das ferramentas mais utilizadas entre os seres humanos para a troca de informações e nas relações sociais. Comunicar é compartilhar ideias e pensamentos por meio da linguagem e, para tanto, entre outros aspectos, é necessária a preservação da audição. A deficiência auditiva entre os idosos ou presbiacusia caracteriza-se pela diminuição da sensibilidade auditiva e redução na inteligibilidade da fala, comprometendo a comunicação verbal. A principal consequência do declínio na capacidade comunicativa do idoso é o isolamento social, com a privação de fontes de informação e comunicação (JERGER, 1994).

A avaliação otorrinolaringológica é necessária para avaliar o déficit auditivo e a indicação ou não de um aparelho de amplificação sonora (prótese auditiva). Esses aparelhos podem minimizar os problemas ocasionados pela privação sensorial auditiva, permitindo assim o resgate da percepção dos sons da fala e dos sons ambientais, promovendo a melhoria da habilidade da comunicação e da autoestima dos indivíduos (TSCHIEDEL, 2003).

Atenção domiciliar às pessoas idosas

Embora a Atenção Domiciliar não esteja contemplada entre as ações de cobertura obrigatória na saúde suplementar, a oferta dessa modalidade de atenção, principalmente para os idosos, tem se tornado bastante comum nos planos privados de saúde. A Atenção Domiciliar é definida como um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário/família, a partir do diagnóstico da realidade em que o idoso está inserido, de seus potenciais e limitações, articulando promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo, assim, o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a restabelecer sua independência e a preservação de sua autonomia.

Dessa forma, a atenção domiciliar favorece o desenvolvimento e a adaptação das funções do idoso de maneira a restabelecer sua independência e preservar sua autonomia.

4.9. Exemplos de programas

4.9.1. Promoção da saúde do idoso

População-alvo

Beneficiários com idade igual ou maior a 60 anos.

Formas de captação de beneficiários para o programa

Prioritariamente, busca ativa (envio de material explicativo para o domicílio do beneficiário, contatos telefônicos etc) e demanda espontânea.

Sistema de informação

Deverá ser capaz de monitorar e acompanhar as atividades programadas e os beneficiários inscritos, podendo apresentar uma ou mais das seguintes funcionalidades:

- Controle de entrada e saída de inscritos;
- Monitoramento da frequência de participação dos inscritos nas atividades do programa com emissão de alerta para busca ativa de beneficiários faltosos;
- Monitoramento dos resultados obtidos durante o desenvolvimento do programa.
- Atividades específicas sugeridas
- Orientação aos familiares (cuidados diários com o idoso, prevenção de quedas);
- Orientação para execução de atividades de vida diária;
- Oficinas (nutrição, terapia ocupacional, grupos de convivência, lúdicas, entre outras);
- Atividades de lazer assistido;
- Sensibilização sobre o tema do envelhecimento saudável para idosos e familiares através de palestras ou outras atividades organizadas/patrocinadas pela operadora;
- Acompanhamento com equipe multiprofissional para prevenção e/ou controle das complicações clínicas comuns a essa fase da vida, tais como hipertensão arterial, diabetes, incontinência urinária, osteoporose, entre outras;
- Atividades físicas orientadas;
- Elaboração de calendário vacinal para acompanhar e/ou incentivar a participação dos idosos nas campanhas públicas (por exemplo, vacina contra tétano e difteria, contra gripe e pneumonia etc);
- Integração com o programa voltado para a prevenção de doenças cardiovasculares.

Variáveis para monitoramento e avaliação

- Percentual de idosos incluídos no programa em relação ao total da carteira;
- Percentual de idosos que relatam estabelecimento de novos vínculos sociais;

- Percentual de familiares aderidos ao programa (unidade de análise = família);
- Percentual de idosos que relatam melhora no vínculo com familiares;
- Percentual de idosos que recorrem às urgências/emergências com queixas mal definidas;
- Percentual de idosos que sofrem acidentes domésticos evitáveis;
- Taxa de cobertura vacinal dos idosos, por tipo de vacina;
- Percentual de idosos com Índice de Massa Corporal (IMC) entre 27,0 e 29,9 kg/m² (sobrepeso);
- Percentual de idosos com Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou maior que 30,0 kg/m² (obesidade);
- Percentual de idosos com dislipidemia;
- Percentual de idosos que não realizam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana;
- Percentual de idosos fumantes;
- Percentual de idosos hipertensos;
- Percentual de idosos diabéticos.

4.9.2. Programa de prevenção de danos causados pela demência

População-alvo

Beneficiários acima de 65 anos portadores de demência.

Formas de captação de beneficiários para o programa

Prioritariamente, a partir da identificação dos beneficiários com frequente utilização de consultas com geriatra e/ou psiquiatra e/ou neurologista e exames (por exemplo, de imagem).

Sistema de informação

Deverá ser capaz de monitorar e acompanhar as atividades programadas e os beneficiários inscritos, podendo apresentar uma ou mais das seguintes funcionalidades:

- Controle de entrada e saída de inscritos;
- Monitoramento da frequência de participação dos inscritos nas atividades do programa com emissão de alerta para busca ativa de beneficiários faltosos;

- Monitoramento dos resultados obtidos durante o desenvolvimento do programa.

Atividades específicas sugeridas

- Consultas médicas;
- Consulta com outros profissionais de saúde;
- Orientação aos familiares (cuidados diários com o paciente com demência);
- Visitas/consultas domiciliares feitas por médico ou outro profissional de saúde;
- Orientação para execução de atividades de vida diária;
- Oficinas (nutrição, terapia ocupacional, grupos de convivência, lúdicas, entre outras);
- Atividades de lazer assistido;
- Atividades físicas orientadas.

Variáveis para monitoramento e avaliação

- Percentual de idosos inseridos no programa, em relação ao total da carteira;
- Percentual de idosos que apresentaram aumento da autonomia na execução de atividades de vida diária (com referência à escala de avaliação utilizada);
- Percentual de idosos que apresentaram diminuição ou controle da evolução dos sintomas característicos da demência, tais como insônia, problemas de memória, entre outros;
- Percentual de familiares que aderiram ao programa (unidade de análise = família).

4.10. Links de interesse

Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta_2008_nova.pdf

http://189.28.128.102/portal/arquivos/pdf/manual_de_preenchimento_idoso.pdf

Estatuto do Idoso

<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>

Guia Prático do Cuidador

http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_cuidador.pdf

Ministério da Saúde – Saúde do Idoso

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=153

<http://www.telessaudebrasil.org.br/php/index.php?portal=subportal6>

Ministério da Saúde – Saúde e Envelhecimento da Pessoa Idosa

http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf

Política Nacional da Pessoa Idosa

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>

5. Saúde da mulher

5.1. Introdução

Segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as mulheres representam aproximadamente 51% da população brasileira, no ano de 2009 (BRASIL, 2009c). O perfil epidemiológico desse grupo populacional segue a heterogeneidade característica do país e apresenta diferenças significativas entre as várias regiões do Brasil (BRASIL, 2004b).

As principais causas de mortalidade da população feminina brasileira são: as doenças cardiovasculares; as neoplasias, em especial as de mama, pulmão e colo de útero; as pneumonias; o Diabetes Mellitus e as causas externas (BRASIL, 2004b).

Apesar de não constar entre as principais causas de óbito feminino, a Razão de Mortalidade Materna – RMM no Brasil possui valores muito elevados. Dados do Ministério da Saúde, para o ano de 2005, reportam uma RMM corrigida de 75 mortes por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2004b). Esse é um dado alarmante, tendo em vista que a gravidez e o parto são eventos fisiológicos que transcorrem, na maioria das vezes, sem complicações associadas e cujas principais causas de morbimortalidade relacionadas a esse período são evitáveis.

A preocupação em desenvolver ações de atenção à saúde, específicas para mulheres, encontra apoio nos dados comentados, principalmente devido às diferenças de exposição aos vários tipos e graus de risco em saúde a que estão submetidas as mulheres em função das relações de gênero. Desse modo, a compreensão das questões de gênero é fundamental para que se desenvolvam programas de atenção à saúde da mulher com qualidade e resolutividade.

O conceito de gênero refere-se às construções sociais que determinam e diferenciam os papéis femininos e masculinos a partir de um conjunto de relações, atributos, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou mulher. Essas diferenças, construídas socialmente, são responsáveis por desequilíbrios e desigualdades de gênero (HERA, 2006).

Se nesse início de século, no Brasil, não se tolera mais a supressão de direitos fundamentais para o exercício da cidadania em função da condição feminina, não se pode ignorar a influência das determinações de gênero na organização da vida das pessoas, em especial das mulheres. Isso porque, embora os padrões sociais que impõem modelos de normalidade atinjam homens e mulheres, são essas as mais afetadas pelos discursos normativos de diferentes agentes que procuram moldar a corporalidade e a subjetividade feminina em padrões, com vistas a atender seus interesses (MARTINS, 2004).

Dessa forma, se por um lado, na atualidade, não se questiona o sucesso feminino em diversos âmbitos da esfera pública, por outro, independentemente de possuírem escolaridade equivalente à dos homens, as mulheres continuam sendo mais mal remuneradas no mercado de trabalho brasileiro. Atualmente, 52,6% da população feminina brasileira com mais de 15 anos estudou por 8 anos ou mais, enquanto que, entre os homens, esse percentual é de 49,3% (BRASIL, 2009d). Entretanto, de acordo com dados publicados pela Secretaria de Política para Mulheres (BRASIL, 2009d), no período de outubro de 2008 a abril de 2009, os salários de admissão das mulheres foram, proporcionalmente, mais baixos que os salários de admissão dos homens, em todas as faixas de escolaridade e em todos os setores/subsetores de atividade econômica. Essa desigualdade salarial foi ainda mais acentuada na faixa de escolaridade mais elevada, que considera 12 anos ou mais de estudo, na qual as mulheres foram admitidas com um salário inicial que corresponde, em média, a 65,39% do salário inicial dos homens admitidos (BRASIL, 2009d).

Outro aspecto que merece atenção quando se trata de relações de trabalho e gênero refere-se à maior responsabilização das mulheres pelas tarefas domésticas, administração do lar, sucesso do casamento e educação dos filhos, possuam elas vinculação ou não ao emprego, que pode resultar em dupla jornada de trabalho, com consequente redução do tempo para o autocuidado. Além disso, ainda hoje, o principal marco de expressão da feminilidade é o corpo da mulher, que deve ser belo e saudável de acordo com o ideal de perfeição culturalmente difundido (MARTINS, 2004). Esta situação se traduz em uma maior vulnerabilidade feminina no processo de adoecer e morrer na maioria das sociedades.

A abordagem de gênero também explica a tendência de se desenvolverem programas para a saúde das mulheres com enfoque restrito às questões relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal, pois traduzem a visão restrita do papel social da mulher como mãe e doméstica (BRASIL, 2004b). Com isso, ao se estruturarem ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos específicos para mulheres, é preciso evitar o lugar comum e buscar estratégias capazes de atender às aspirações de mulheres com diferentes estilos de vida e em diferentes faixas etárias.

Seguindo nessa linha, propõe-se como diretriz geral dessa área de atenção: a elaboração de programas que abordem a mulher em sua integralidade, em todas as fases de seu ciclo vital, que ofereçam subsídios para que desenvolva sua autoestima, autoconfiança, consciência sobre seu corpo e sobre os processos de saúde/doença que possam influenciar sua vida e aos quais estão mais expostas, considerando-se os aspectos culturais, biológicos, emocionais, econômicos e sociais e resguardando-se as identidades e especificidades de

gênero, raça/etnia, geração e orientação sexual, de modo a incrementar a capacidade individual de tomar decisões sobre sua saúde, adequadas ao seu modo de vida. Ainda, entendendo a saúde como um processo em construção contínua, que envolve a responsabilidade de diferentes agentes, esses programas devem buscar reorganizar a rede de serviços e instrumentalizar os profissionais de saúde para que atuem como corresponsáveis na melhoria da qualidade de vida das mulheres e na adoção de práticas saudáveis.

Na organização de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças para as mulheres, sugerem-se, como temas gerais: Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva, Prevenção de Doenças Crônicas e Degenerativas Comuns em Mulheres e Promoção do Climatério Saudável. Além disso, é fundamental a integração desses programas com programas que abordem temas como promoção da adoção de modos de vida saudáveis, modificação de fatores de risco e prevenção de doenças cardiovasculares, cuja prevalência é elevada na população adulta brasileira, inclusive entre mulheres.

5.2. Exemplos de programas de atenção integral à saúde da mulher

Ações gerais sugeridas

- Realizar levantamento sobre o perfil de saúde das beneficiárias que compõem a carteira e definir, a partir disto, objetivos e prioridades;
- Desenvolver programas que abordem a saúde da mulher de forma integral, aumentando as possibilidades de captação de mulheres com diferentes características;
- Desenvolver, nesses programas, ações pertinentes aos diferentes ciclos de vida e às especificidades que interferem no processo de adoecer feminino, evitando a abordagem restrita à saúde sexual e reprodutiva, de modo a alcançar todos os aspectos da saúde da mulher;
- Selecionar temas específicos, considerando o perfil epidemiológico levantado. Por exemplo, se a maior parte da carteira for composta por mulheres a partir de 40 anos, desenvolver programas que abordem as especificidades do climatério e menopausa;
- Estimular a participação das mulheres em todo o processo, desde a elaboração até a avaliação, considerando os saberes das mulheres e incentivando sua participação de forma ativa, como cidadã.

5.2.1. Programa de promoção da saúde sexual e reprodutiva

A estruturação de um programa de promoção da saúde sexual e reprodutiva deve considerar ao menos dois pilares: os conceitos de gênero e de direito sexual e reprodutivo. As questões de gênero referem-se às diferenças construídas socialmente entre os papéis femininos e masculinos e que são determinantes de desequilíbrios e desigualdades no tratamento e oportuni-

des de mulheres e homens em nossa sociedade. Já o conceito de direito sexual e reprodutivo comporta o direito a ter uma vida sexual segura e satisfatória; o direito a decidir sobre ter ou não filhos e em que ocasião; e o direito a ter acesso a serviços de saúde que amparem suas decisões, oferecendo ações de cuidado para os aspectos relacionados às questões sexuais e reprodutivas.

Assim, entende-se que as operadoras de planos de saúde devem reconhecer que, muito embora o conceito de saúde sexual e reprodutiva se aplique tanto aos homens quanto às mulheres, seu impacto é maior sobre as mulheres, o que implica em priorizar ações que reduzam os riscos para a saúde feminina.

5.2.1.1. Planejamento familiar

A estruturação de programas com enfoque em planejamento familiar contribuem para a proteção da saúde, além de ter impacto no desenvolvimento econômico e social. A disponibilização oportuna de métodos contraceptivos, aliada à informação adequada, em uma perspectiva integral de saúde reprodutiva, pode ter impacto positivo na prevenção de DST/AIDS e na redução da mortalidade materna, em especial no que se refere à redução do aborto inseguro. (PATH e UNFPA, 2007).

Destaca-se que as ações de planejamento familiar no Brasil são expressas como direito de todo cidadão e estão previstas no Art. 226, parágrafo 7º da Constituição de 1988 e na Lei Federal nº 9.263/1996, que define Planejamento Familiar como parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde (BRASIL, 1996).

No que se refere aos planos privados de assistência à saúde, a Presidência da República promulgou a Lei nº 11.935 (BRASIL, 2009f), cujo conteúdo altera o Artigo nº 35-C da Lei nº 9.656/98, legislação que regula o setor de saúde suplementar no Brasil. A nova lei determina a obrigatoriedade da cobertura por parte das operadoras a procedimentos de planejamento familiar. A partir dessa alteração, a Agência Nacional de Saúde Suplementar publicou em 27 de maio de 2009 a Resolução Normativa - RN nº 192 (ANS, 2009). Com isso, a cobertura mínima obrigatória das ações de planejamento familiar no âmbito do setor suplementar de saúde passa a englobar as dimensões de concepção e anticoncepção e devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico.

População-alvo

Mulheres em idade fértil

O Ministério da Saúde considera idade fértil a faixa etária que varia de 10 a 49 anos. Como esta é uma faixa etária muito ampla, a operadora poderá programar atividades para grupos de mulheres adolescentes e para grupo de mulheres adultas, em separado. Alguns exemplos de definição de população-alvo:

- Todas as mulheres em idade fértil da operadora;
- Subgrupos de mulheres em idade fértil, exemplo: 10 a 18 anos, 19 a 35 anos, 35 a 49 anos;

- Mulheres com queixas relacionadas à libido;
- Mulheres com dois ou mais filhos que não desejam mais engravidar e/ou mulheres que demandam esterilização cirúrgica;
- Mulheres com histórico de DST;
- Mulheres que vivem com HIV/AIDS;
- Mães adolescentes (ênfase em planejamento familiar).

Formas de identificação e captação da população-alvo

Mulheres em idade fértil

A partir da definição da população-alvo, utilizar estratégias de identificação e captação, tais como:

- Levantamento de mulheres em idade fértil por meio do cadastro de beneficiários da operadora;
- Realização de inquérito epidemiológico;
- Realização de busca ativa - envio de material explicativo para o domicílio da beneficiária, contatos telefônicos etc, encaminhando convite para participação no programa;
- Captação por demanda espontânea - divulgar a existência do programa nos canais de comunicação da operadora e aguardar a inscrição de interessadas;
- Encaminhamento por prestadores - divulgar o programa entre os prestadores que compõem a rede da operadora, envolvê-los nas atividades programáticas e orientá-los a encaminhar mulheres que se enquadram no perfil definido para o programa.

Gestantes/puérperas

Além das estratégias descritas acima, utilizar o perfil de utilização de consultas, exames e internações para identificar as gestantes e puérperas da carteira e utilizar uma das formas de captação listadas.

Cobertura

A cobertura deve ser definida de acordo com a população-alvo estabelecida pela operadora, sendo importante estabelecer metas progressivas, periodicamente. Destaca-se que, para a efetividade das ações e obtenção de resultados positivos na saúde das beneficiárias, recomenda-se que os programas alcancem o maior número de beneficiárias possível.

Capacitação profissional

Os profissionais de saúde que farão parte da equipe do programa de promoção e prevenção deverão, obrigatoriamente, receber capacitação específica para uso da tecnologia de cuidado adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas às beneficiárias, considerando seu meio social. É fundamental que a equipe composta para atuação no programa possua formação específica em atenção à saúde da mulher e seja capacitada para cuidar de mulheres em sua integralidade, considerando, no contexto do cuidado, não só as questões biológicas, como também as epidemiológicas e as de gênero.

Atividades

A seguir propomos alguns temas prioritários, bem como atividades específicas, a serem implementadas conforme as características dos programas. Lembramos que, partindo da integralidade como princípio norteador do modelo de assistência à saúde, essas ações podem tanto atravessar como serem atravessadas por programas de diferentes temas prioritários, tais como atenção à saúde do adulto e do idoso, atenção à saúde da criança e do adolescente, entre outros.

Mulheres em idade fértil

Temas sugeridos

- Direitos sexuais e reprodutivos
- Orientação sexual
- Planejamento familiar
- Métodos anticoncepcionais
- Contracepção de emergência
- Responsabilidades e consequências relacionadas à criação de filhos
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Alterações na libido
- Sexualidade
- Autoestima

Ações de cuidado em saúde

Ações gerais e complementares para todos os programas

- Comemoração de datas pontuais, tais como: Dia Nacional da Mamografia (5 de fevereiro); Dia Internacional da Mulher (8 de março); Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna (28 de maio); Dia Nacional da Amamentação (1º de agosto); Dia Internacional da Doação do Leite Humano (1º de outubro); Dia Mundial da Amamentação (10 de outubro); Dia Internacional de Luta Contra a Violência a Mulher (25 de novembro) e Dia Mundial de Luta Contra a AIDS (1º de dezembro);
- Elaboração de materiais educativos que abordem os temas sugeridos, para orientação de profissionais e beneficiários (elaborar materiais específicos, como folders e cartilhas e utilizar os meios de comunicação da operadora, como site, boleto bancário etc, para divulgar informações);
- Atendimento ativo e reativo em *call center* para divulgação das ações do programa e fornecimento de informações;
- Atividade educativa em grupo e com equipe multiprofissional, para apoio terapêutico às decisões relacionadas às questões sobre sexualidade e reprodução.

Ações para programas que abordem temas como: planejamento familiar

- Desenvolver programas de orientação para planejamento familiar de acordo com a perspectiva de promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres;
- Promover ações de planejamento familiar que incluam atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas;
- Realizar atividade educativa em grupo sobre responsabilidades e consequências da gravidez não planejada e orientação sobre os riscos do aborto inseguro, promovendo a redução desses riscos e melhorando as informações sobre planejamento familiar;
- Realizar ações transversais com programas de prevenção das DST/AIDS;
- Treinar equipes de profissionais em saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar e anticoncepção, de modo a constituir equipes de referência para o atendimento individualizado da clientela;
- Consulta de enfermagem;
- Consulta médica especializada – ginecologista;

- Oferecimento de tecnologias de cuidado de saúde reprodutiva tais como: métodos anticoncepcionais, tratamento para infertilidade etc, respeitando os limites do contrato.

Ações para programas que abordem temas como: prevenção e tratamento de DST/AIDS

- Consulta de enfermagem;
- Consulta médica especializada – ginecologista;
- Realização de teste anti-HIV e VDRL em pessoas em situação de risco;
- Aconselhamento pré e pós-exame anti-HIV e VDRL;
- Atividade educativa, individual ou em grupo, sobre prevenção e tratamento de DST/AIDS e orientação sobre uso de preservativo;
- Distribuição de preservativo.

Acompanhamento clínico de portadores do HIV

- Consulta médica especializada – infectologista;
- Consulta com nutricionista;
- Consulta com psicólogo;
- Exames laboratoriais para acompanhamento:
 - » Hemograma completo
 - » Contagem de CD4 e CD8
 - » Carga viral HIC-PCR
 - » Colesterol total
 - » HDL/LDL
 - » Triglicerídeos
 - » Amilase
 - » Lipase
 - » VDRL
 - » FTA-abs
 - » PPD
 - » Citológico de colo uterino

- Grupo de apoio;
- Atividades física e lúdica.

Ações para programas que abordem temas como: alterações da libido; sexualidade e autoestima

- Consulta de enfermagem;
- Consulta médica especializada – ginecologista;
- Consulta com psicólogo;
- Consulta com nutricionista;
- Terapia sexual;
- Atividade física;
- Atividade em grupo para debater temas relativos a direitos sexuais e reprodutivos, orientação sexual, autoimagem, autoestima, cuidados corporais, sexualidade, situações cotidianas que podem interferir com a libido, tais como: estresse no trabalho, planejamento financeiro, organização dos diversos papéis da mulher na vida moderna etc.

Exemplos de variáveis e indicadores para monitoramento e avaliação

- Proporção de mulheres inscritas no programa que referem já ter tido relações sexuais;
- Proporção de mulheres inscritas no programa que já participaram de alguma atividade do programa voltada à orientação sexual;
- Proporção de mulheres inscritas no programa que tiveram consulta ginecológica após terem iniciado a vida sexual;
- Proporção de mulheres inscritas no programa que referem não utilizar qualquer método contraceptivo;
- Proporção de inscritos no programa que referem uso de pílula, esterilização feminina, esterilização masculina e/ou preservativo;
- Percentagem da contracepção por meio de métodos contraceptivos masculinos entre todos os usuários de métodos contraceptivos;
- Proporção de mulheres inscritas no programa que referem utilizar preservativo nas relações sexuais;

- Proporção de mulheres inscritas no programa que referem ter múltiplos parceiros sexuais (mais de 10 nos últimos 30 dias);
- Proporção de mulheres inscritas no programa que referem uso de drogas injetáveis;
- Proporção de mulheres inscritas no programa com queixas relacionadas à libido.

5.2.1.2. Atenção obstétrica

A gravidez e o parto são eventos singulares permeados por significados que vão além de questões meramente biológicas. Os aspectos sociais, culturais e simbólicos trazidos pela história de cada mulher, seu parceiro, sua família e sua comunidade fazem com que cada acontecimento desse seja um evento único.

No Brasil, o modelo de assistência ao parto e nascimento tem apresentado resultados muito aquém dos investimentos realizados pelo setor de saúde. As altas taxas de cesariana, mortalidade materna e perinatal são as maiores evidências desses resultados desfavoráveis.

No setor suplementar de saúde brasileiro, a média da proporção de cesarianas é de 80,5%, dado alarmante que contribui para a ocorrência de resultados perinatais desfavoráveis, especialmente em relação à prematuridade iatrogênica, à síndrome da angústia respiratória do recém-nascido e à mortalidade materna. Para reduzir esses riscos, a ANS está unindo esforços para a redução das cesarianas desnecessárias.

As altas taxas de cesarianas na saúde suplementar apontam para a necessidade de maior esclarecimento e subsídios teóricos para os pais, na escolha do tipo de parto, considerando-se os riscos de um parto cirúrgico sem indicação, bem como as vantagens do parto natural.

Há vários fatores envolvidos nesse contexto, como a formação médica e sua capacitação enviesada para a utilização das cesarianas, a maior comodidade e conveniência para o próprio médico, a forma de remuneração que privilegia a realização de procedimentos, a ambiência das maternidades, o modelo de organização da atenção obstétrica, a cultura já difundida e apropriada pelas mulheres de que a cesárea é melhor e não lhe traz dor, entre outras. Entretanto, em função da magnitude desse problema de saúde, especialmente no setor de saúde suplementar, a ANS não pode se furtar a enfrentar esse desafio.

Assim, entendendo que o enfrentamento do problema das altas taxas de cesarianas implica o envolvimento de diferentes atores sociais, é preciso garantir que as políticas nacionais sejam, de fato, executadas, de forma a garantir um atendimento integral, humanizado e seguro à gestante e sua família.

População-alvo

Gestantes/puérperas

O programa poderá ter ações específicas voltadas para o período gravídico-puerperal, selecionando como população-alvo mulheres que se encontram nessa condição. Alguns exemplos de definição de população-alvo:

- Todas as gestantes e puérperas da operadora;
- Todas as gestantes da operadora;
- Todas as gestantes e puérperas pertencentes a uma determinada faixa etária ou situação especial (ex: adolescentes, baixo risco, alto risco etc);

Formas de identificação e captação da população-alvo

Gestantes/puérperas

Além das estratégias de identificação de mulheres em idade fértil descritas no exemplo de programa de promoção da saúde sexual e reprodutiva, considerar o perfil de utilização de consultas, exames e internações para identificar as gestantes e puérperas da carteira e utilizar uma das formas de captação listadas acima.

Temas sugeridos

- Transformações desencadeadas pela gravidez;
- Fases da gestação e evolução do embrião/feto;
- Cuidados corporais durante a gravidez;
- Alimentação saudável;
- Atividade física;
- Sexualidade;
- Preparação para o parto;
- Cuidados com o recém-nato;
- Amamentação;
- Recuperação pós-parto;
- Planejamento familiar.

Ações de cuidado

- Realizar levantamento periódico sobre o número de gestantes entre as beneficiárias em idade fértil, programar e avaliar as ações de saúde (pré-natal, exames, pré-natal de alto risco, atenção ao parto, acompanhamento pós-natal);
- Desenvolver um programa de atenção obstétrica integral, que englobe ações de acompanhamento pré-natal, atenção ao parto e acompanhamento pós-natal;
- Estimular o início precoce do pré-natal (até o 4º mês / 120 dias) - Mínimo de 6 consultas (preferencialmente, uma no 1º trimestre, duas no 2º trimestre e três no 3º trimestre da gestação);
- Instituir o uso do Cartão da Gestante, baseado no modelo do MS;
- Realizar consulta pré-natal com enfermeira obstétrica - para gestantes de baixo risco obstétrico;
- Realizar consulta pré-natal médica especializada - ginecologista;
- Fornecer orientações sobre a prática de atividade física;
- Fornecer orientações sobre os riscos do tabagismo e drogas ilícitas, do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e do uso de medicamentos;
- Ofertar o atendimento clínico e psicológico à gestante vítima de violência doméstica e sexual, encaminhando-a para o atendimento adequado;
- Manter continuidade do cuidado até o puerpério, com consultas mais frequentes no último mês de gestação;
- Realizar busca ativa da gestante faltosa ao pré-natal;
- Realizar consulta com nutricionista - fornecer orientações sobre alimentação, visando o ganho de peso ideal no decorrer da gestação; avaliar o estado nutricional da gestante, incluindo a avaliação de anemia;
- Consulta com odontólogo;
- Realizar exame de Papanicolau, conforme necessidade;
- Fornecer atenção especial à adolescente gestante;
- Realizar atividade educativa em grupo com equipe multiprofissional que aborde, entre outros aspectos:
 - » Hábitos saudáveis de vida durante a gestação;

- » Transformações desencadeadas pela gravidez;
 - » Fases da gestação e evolução do embrião/feto;
 - » Cuidados corporais durante a gravidez;
 - » Gravidez e sexualidade;
 - » Sinais de alerta na gravidez e morbidade materna;
 - » Preparação para o parto;
 - » Vantagens do parto normal;
 - » Incentivo ao aleitamento materno, ressaltando a importância dele por um período de 2 anos, sendo exclusivo nos primeiros 6 meses;
 - » Cuidados com recém-nascido;
 - » Consulta de puerpério;
 - » Intervalo interpartal e os meios necessários à anticoncepção;
 - » Planejamento familiar.
- Promover atividade física em grupo, específica para gestantes;
 - Instituir plano de parto;
 - Garantir a realização dos seguintes exames laboratoriais:
 - » Fator RH/ABO;
 - » Hematócrito/ Hemoglobina;
 - » Glicemia;
 - » VDRL;
 - » Sorologia para toxoplasmose (IGM);
 - » Anti-HIV 1 e Anti-HIV 2;
 - Orientar e verificar a necessidade da vacina dupla tipo adulto (completar esquema);
 - Estimular a qualificação e humanização da assistência;
 - Organizar rede hierarquizada, com maternidades de referência para atenção humanizada ao parto e ao nascimento por equipe multidisciplinar;
 - Organizar rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal bem como seus fluxos assistenciais, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contrarreferência;
 - Organizar atenção ao parto e nascimento de baixo risco por enfermeiras obstétricas;

- Manter e divulgar rede de referência para o atendimento das gestações de alto risco;
- Incentivar a utilização do partograma e avaliação materna e fetal, no mínimo a cada hora, na fase ativa do trabalho de parto;
- Ofertar analgesia no parto natural, quando a mulher assim o desejar;
- Apoiar a gestante na sua escolha sobre a posição do parto;
- Estimular a prática do parto normal, utilizando a cesariana apenas em caso e indicação precisa, esclarecendo à gestante sobre essa necessidade;
- Incentivar a presença de acompanhante em tempo integral durante o trabalho de parto, parto e puerpério;
- Estimular o início da amamentação na primeira hora após o parto;
- Observar e avaliar a mamada no peito para garantia do adequado posicionamento e pega da auréola;
- Orientar sobre a ordenha manual do leite excedente e a doação a um Banco de Leite Humano;
- Avaliar a mama puerperal e orientar quanto à prevenção das patologias;
- Realizar consulta domiciliar de enfermagem no puerpério com orientação, supervisão e acompanhamento do início do aleitamento materno, na primeira semana após o parto;
- Procurar aconselhar sobre planejamento familiar e anticoncepção no puerpério.

Ações complementares

- Fomentar as discussões, humanizar o acolhimento e estimular as condutas profissionais éticas para abordagem das questões da sexualidade e saúde sexual;
- Estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações relacionadas à sexualidade, planejamento familiar, gestação e parto etc;
- Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes.

Variáveis e indicadores para monitoramento e avaliação

- Proporção de gestantes que realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal;
- Proporção de gestantes que participaram de todas as atividades educativas;
- Proporção de gestantes que realizaram todos os exames de pré-natal preconizados;
- Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal até o 4º mês de gestação;
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 (seis) consultas de pré-natal;
- Proporção de gestantes que realizaram plano de parto;
- Proporção de gestantes inscritas no programa que tiveram ganho ponderal adequado ao final da gestação;
- Proporção de partos em menores de 20 anos, entre as gestantes inscritas no programa;
- Proporção de parto hospitalar vaginal atendido por enfermeira obstétrica;
- Proporção de cesarianas entre as gestantes que participaram do programa;
- Proporção de episiotomia entre as gestantes inscritas no programa que tiveram parto normal;
- Proporção de internações por transtornos maternos hipertensivos no período da gravidez, parto e puerpério entre as gestantes inscritas no programa;
- Proporção de internações por transtornos maternos infecciosos durante o puerpério entre as gestantes inscritas no programa;
- Proporção de neonatos, filhos de gestantes inscritas no programa, com APGAR menor que 7 no 5º minuto;
- Proporção de prematuros nascidos de gestantes inscritas no programa.

5.2.2. Prevenção das doenças crônicas e degenerativas comuns em mulheres e promoção do climatério saudável

População-alvo

Mulheres adultas

Embora as alterações decorrentes do climatério ocorram a partir de 40 a 45 anos e a faixa etária mais exposta ao câncer de mama seja a partir de 50 anos, considera-se que o quanto antes as ações de promoção da saúde da mulher forem empreendidas, maior será o impacto na obtenção de resultados satisfatórios. Ademais, a faixa etária de maior risco para o câncer de colo é de 25 a 59 anos, e atualmente já se estudam ações para meninas que ainda não iniciaram a atividade sexual, como vacinas, com vistas à prevenção primária da infecção pelo HPV. Desse modo, sugere-se que a população-alvo para programas com enfoque em prevenção das doenças crônicas e degenerativas comuns em mulheres e em promoção do climatério saudável seja a mais abrangente possível e delimitada a depender do enfoque principal do programa. Destaca-se que os programas também podem ser destinados ao tratamento e controle de mulheres que já tenham diagnóstico de doenças como câncer de mama e colo.

Alguns exemplos de definição de população-alvo:

- Todas as mulheres em idade fértil da operadora – 10 a 49 anos;
- Mulheres com vida sexual ativa, ou na faixa etária de 25 a 59 anos (enfoque prevenção do câncer de colo);
- Mulheres no período do climatério ou da menopausa;
- Mulheres acima de 50 anos ou com histórico familiar de câncer de mama (enfoque na prevenção do câncer de mama);
- Mulheres com diagnóstico de câncer de mama ou câncer de colo;

Considerações sobre o climatério

O climatério corresponde à fase da vida da mulher onde ocorre a transição do período reprodutivo para o período não reprodutivo, variando em geral dos 40 aos 65 anos. Inicia-se antes da menopausa, que representa o marco onde ocorre o último período menstrual. A menopausa somente será reconhecida após 12 meses consecutivos de ausência de período menstrual. Essa fase da vida da mulher não representa em si uma patologia, uma vez que a maioria das mulheres passa por ela sem apresentar queixas e sem necessitar de medicamentos. Entretanto, devido ao aumento da expectativa de vida, uma série de doenças relacionadas às alterações do período pós-menopausal representam hoje problemas importantes de saúde pública. Entre estas, podemos citar as doenças cardiovasculares e a osteoporose (BRASIL, 2004b). Destaca-se que

a partir dos 40 anos, segundo dados do IBGE (BRASIL, 2004b), as mulheres passam a apresentar prevalência de obesidade duas vezes mais elevada do que os homens. Há que se considerar que as mudanças endócrinas que ocorrem no climatério concorrem para o ganho excessivo de peso, uma vez que nesse período começa a ocorrer acentuada perda de massa magra e aumento da gordura corporal total, além de perda de cálcio ósseo. A abordagem desse agravo deve tomar em conta que a obesidade é uma doença que possui inúmeros determinantes, desde aqueles relacionados aos aspectos biológicos, como a predisposição genética, até os de caráter sócio-cultural, como os hábitos alimentares (BRASIL, 2006c). Aspectos relacionados à inserção maciça de mulheres no mercado de trabalho, em especial no meio urbano, com consequente diminuição do esforço físico e aumento da ingestão de alimentos industrializados, contribuem para manutenção do balanço energético positivo – quando a quantidade de energia consumida é maior do que a gasta, que resultam no aumento dos casos de obesidade (BRASIL, 2006c). Além disso, estudos demonstram que fatores associados a mudanças marcantes em determinadas fases da vida, como a gestação e a menopausa, estão também associados ao excessivo ganho de peso. Isto porque a prática alimentar cotidiana se relaciona não só com a necessidade fisiológica de obtenção de nutrientes e líquidos, mas também a aspectos subjetivos, de ordem cultural, psicologia e social. “Não comemos somente nutrientes, comemos afetos, prazeres, saúde, ansiedade, doces lembranças do passado” (BRASIL, 2006c).

A adoção de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças que abordem as modificações desencadeadas pela menopausa é fundamental para prevenir ou retardar a manifestação de agravos frequentes nessa faixa etária, bem como para contribuir para a melhoria da qualidade de vida das mulheres.

Considerações sobre o câncer de colo de útero e de mama feminina

Acompanhando a tendência mundial, os cânceres de mama e colo de útero no Brasil são os mais prevalentes entre as mulheres. Segundo dados do Inca (2006b), as neoplasias constituem-se em importante causa de óbito, mantendo uma taxa padronizada de mortalidade de 5/100.000 mulheres há pouco mais de duas décadas.

Câncer de colo de útero

O câncer de colo de útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre mulheres no mundo, sendo responsável, anualmente, por cerca de 471 mil casos novos e pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano. A incidência do câncer de colo de útero atinge seu pico, geralmente, na faixa etária de 45 a 49 anos. No Brasil, estima-se que esse câncer seja a terceira neoplasia maligna mais comum entre as mulheres, apenas superado pelo câncer de pele (não-melanoma) e pelo câncer de mama, e que seja a quarta causa de morte por câncer em mulheres. Para o ano de 2006, as Estimativas da Incidência de Câncer no Brasil apontavam a ocorrência de 19.260 novos casos de câncer do colo de útero (INCA, 2006b).

Vários são os fatores de risco identificados para o câncer do colo de útero, sendo que alguns dos principais estão associados às baixas condições sócio-

econômicas, ao início precoce da atividade sexual, à multiplicidade de parceiros sexuais, ao tabagismo (diretamente relacionado à quantidade de cigarros fumados), à higiene íntima inadequada e ao uso prolongado de contraceptivos orais. Estudos recentes mostram ainda que o HPV tem papel importante no desenvolvimento da displasia das células cervicais e na sua transformação em células cancerosas. Esse vírus está presente em mais de 90% dos casos de câncer do colo de útero (INCA, 2006b e FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA & SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, 2001).

Cerca de 80% dos casos novos de câncer de colo de útero ocorrem em países em desenvolvimento onde, em algumas regiões, é o câncer mais comum entre as mulheres. Nesses países, os casos são encontrados em estádios relativamente avançados e, consequentemente, a sobrevida média é menor, cerca de 49%.

Considerando que esse tipo de câncer apresenta um dos mais altos potenciais de cura, chegando a 100% quando diagnosticado e tratado em estádios iniciais ou em fases precursoras, é evidente a importância de desenvolver políticas de prevenção a essa neoplasia.

Na maioria dos países desenvolvidos, as mulheres são estimuladas a realizar exames citopatológicos tão logo iniciem a vida sexual. No Brasil, o programa de controle desse câncer define como faixa etária prioritária o grupo de 25 a 59 anos de idade. O desenvolvimento de programas de controle de câncer com níveis elevados de qualidade, cobertura e acompanhamento de mulheres com lesões identificadas de colo de útero, pode reduzir em cerca de 80% a incidência do câncer cervical.

A prevenção primária desse tipo de câncer baseia-se no estímulo do uso de preservativos durante a relação sexual, uma vez que a prática de sexo seguro é uma das formas de evitar o contágio com o HPV, vírus esse que tem um papel importante para o desenvolvimento do câncer e de suas lesões precursoras (INCA, 2006b).

No Brasil, a principal estratégia utilizada para a detecção precoce da doença por meio da prevenção secundária é a realização do exame preventivo do câncer do colo de útero (conhecido popularmente como exame de Papanicolaou).

É fundamental que todos os profissionais de saúde orientem sobre o que é e qual a importância do exame preventivo, pois a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por câncer do colo de útero na população de risco.

O exame preventivo do câncer do colo de útero consiste na coleta de material citológico do colo de útero, sendo coletada uma amostra da parte externa (ectocérvice) e outra da parte interna (endocérvice). Toda mulher que tem ou já teve atividade sexual deve submeter-se a exame preventivo periódico, especialmente se estiver na faixa etária dos 25 aos 59 anos de idade. Mulheres grávidas também podem e devem realizar o exame preventivo. A fim de garantir a eficácia dos resultados, o exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode alterar o resultado. Outras orientações importantes são: evitar relações sexuais, uso de duchas ou medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais nas 48 horas anteriores ao exame (INCA, 2006b).

Câncer de mama

O câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, devido à sua alta frequência e, sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. Ele é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima dessa faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente (INCA, 2006b).

Estima-se que, no mundo, ocorra cerca de 1 milhão de novos casos por ano, sendo a primeira causa de morte por câncer entre mulheres. Em 2000, no Brasil, a taxa de mortalidade padronizada para o câncer de mama foi de 9,74/100.000 mulheres e essa taxa vem aumentando progressivamente (BRASIL, 2004b). A gravidade dessa neoplasia é tão significativa, que se estima que o câncer de mama é o que mais causa mortes entre as mulheres. Segundo as Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer para o Brasil, elaboradas pelo Instituto Nacional de Câncer para o ano 2008, foram 49.400 novos casos de câncer de mama feminina, que representa um risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2007a).

História familiar é um importante fator de risco para o câncer de mama, especialmente se um ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmã) foram acometidas antes dos 50 anos de idade. Entretanto, o câncer de mama de caráter familiar corresponde a aproximadamente 10% do total de casos de cânceres de mama. A idade constitui um outro importante fator de risco, havendo um aumento rápido da incidência com o aumento da idade. A menarca precoce (idade da primeira menstruação), a menopausa tardia (instalada após os 50 anos de idade), a ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos e a nuliparidade (não ter tido filhos), constituem também fatores de risco para o câncer de mama (INCA, 2006b).

Ainda é controversa a associação do uso de contraceptivos orais com o aumento do risco para o câncer de mama, apontando para certos subgrupos de mulheres como as que usaram contraceptivos orais de dosagens elevadas de estrogênio, as que fizeram uso da medicação por longo período e as que usaram anticoncepcional em idade precoce, antes da primeira gravidez (INCA, 2006b). Outros fatores de risco são a exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 35 anos, bem como o uso de bebidas alcoólicas, mesmo que em quantidade moderada (INCA, 2006b).

A mamografia é a forma mais eficaz para detecção precoce do câncer de mama seguido do exame clínico da mama. A mamografia é a radiografia da mama que permite a detecção precoce do câncer, por ser capaz de mostrar lesões em fase inicial, muito pequenas, de apenas alguns milímetros. Realiza-se por meio de um aparelho de raio X apropriado, chamado mamógrafo. Durante o exame, a mama é comprimida de forma a fornecer melhores imagens, melhorando sua acurácia. O desconforto provocado é discreto e suportável (INCA, 2006b).

É importante ressaltar que os resultados de ensaios clínicos randomizados que compararam a mortalidade em mulheres que se submeteram a rastreamento mamográfico com mulheres não submetidas a nenhuma intervenção são favoráveis ao uso da mamografia como método de detecção precoce, capaz de reduzir a mortalidade por câncer de mama. As conclusões de estu-

dos de meta-análise demonstram que os benefícios do uso da mamografia se referem, principalmente, a cerca de 30% de diminuição da mortalidade em mulheres acima dos 50 anos, depois de sete a nove anos de implementação de ações organizadas de rastreamento (INCA, 2006b).

Estudos sobre a efetividade da mamografia sempre utilizam o exame clínico como exame adicional. Quando realizado por um médico ou enfermeira treinados, o Exame Clínico das Mamas (ECM) pode detectar tumor de até 1 (um) centímetro, se superficial. O ECM deve ser realizado conforme as recomendações técnicas do Consenso para Controle do Câncer de Mama. (INCA, 2006b).

Em relação ao autoexame das mamas, as evidências científicas sugerem que não é eficiente para o rastreamento e não contribui para a redução da mortalidade por câncer de mama. Além disso, o autoexame das mamas traz consigo consequências negativas, como aumento do número de biópsias de lesões benignas, falsa sensação de segurança nos exames falsamente negativos e impacto psicológico negativo nos exames falsamente positivos (INCA, 2006b).

O Inca não estimula o autoexame das mamas como estratégia isolada de detecção precoce do câncer de mama. A recomendação é que o exame das mamas pela própria mulher faça parte das ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do próprio corpo, não substituindo o exame físico realizado por profissional de saúde (médico ou enfermeiro) qualificado para essa atividade (INCA, 2006b).

A detecção precoce é a principal estratégia para controle do câncer de mama.

Atividades

A seguir propomos alguns temas prioritários, bem como atividades específicas a serem implementadas, conforme as características dos programas. Lembramos que, partindo da integralidade como princípio norteador do modelo de assistência à saúde, essas ações podem tanto atravessar como serem atravessadas por programas de diferentes temas prioritários, tais como atenção à saúde do adulto e idoso, atenção à saúde da criança e do adolescente, entre outros.

Temas sugeridos:

- Alimentação saudável;
- Atividade física;
- Prevenção e detecção precoce de câncer de mama e colo;
- Manejo de sintomas comuns na menopausa;
- Prevenção da osteoporose;

- Sexualidade pós-menopausa;
- Autoestima.

Ações de cuidado

- Formar e capacitar equipe multiprofissional de referência para atenção à saúde da mulher na faixa etária dos 40 aos 65 anos;
- Realizar atividades educativas em grupo que abordem temas como: alimentação saudável, riscos relacionados ao sedentarismo e ao uso de álcool (avaliar integração de atividades com programas de prevenção de doenças cardiovasculares e modificação de fatores de risco);
- Realizar atividade física coletiva;
- Realizar consulta com nutricionista;
- Realizar ações voltadas para cessação do hábito de fumar (avaliar integração de atividades com programas antitabagismo);
- Realizar campanha e/ou busca ativa para incentivar realização de exame de Papanicolau para mulheres com vida sexual ativa, na faixa etária de 25 a 59 anos;
- Garantir que as mulheres tenham acesso ao resultado do exame de Papanicolau e realizar busca ativa de mulheres com exame alterado para tratamento;
- Orientar sobre o uso de preservativo (individual e/ou em grupo);
- Distribuir preservativos;
- Realizar consulta médica especializada – ginecologista;
- Avaliar periodicamente a qualidade das amostras para exame citopatológico de colo de útero;
- Classificar as amostras para exame citopatológico de colo de útero de acordo com o Sistema Bethesda;
- Realizar exame histopatológico de colo de útero em amostras alteradas;
- Realizar inquérito para identificação de mulheres e classificação de risco para câncer de acordo com Modelo de Gail;
- Realizar campanha e/ou busca ativa para incentivar a realização de mamografia para mulheres de 50 a 69 anos ou para mulheres a partir

de 35 anos com risco aumentado para câncer de mama, com intervalo máximo de dois anos entre os exames;

- Classificar achados mamográficos de acordo com as categorias BI-RADS;
- Realizar consulta médica especializada – ginecologista/mastologista;
- Realizar ECM anualmente, em todas as mulheres com idade superior a 40 anos. O ECM deve fazer parte, também, do atendimento integral à mulher em todas as faixas etárias;
- Realizar ECM e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama. São consideradas mulheres de risco elevado aquelas com: um ou mais parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama antes dos 50 anos; um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama bilateral ou câncer de ovário; história familiar de câncer de mama masculina; lesão mamária proliferativa com atipia comprovada em biópsia;
- Garantir às mulheres submetidas ao rastreamento o acesso aos exames de diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento das alterações encontradas;
- Realizar punção por agulha fina ou biópsia conforme alteração;
- Avaliar risco para osteoporose;
- Realizar atividade educativa em grupo que aborde: prevenção de osteoporose e fratura recorrente, suplementação de cálcio e vitamina D, adaptação às alterações provocadas pela menopausa, autoestima etc;
- Abordar as mudanças dos papéis sociais, expectativas e projetos de vida e não somente a questão biológica;
- Apoiar questões como: envelhecimento; aposentadoria; emancipação dos filhos; mudanças na aparência física etc.

Variáveis e indicadores para monitoramento e avaliação dos programas

- Proporção de mulheres, acompanhadas ou inscritas no programa, que participaram de ao menos uma atividade educativa em grupo;
- Proporção de mulheres inscritas no programa com sobrepeso e obesidade;
- Proporção de mulheres fumantes inscritas no programa ;

- Proporção de mulheres fumantes inscritas no programa que deixaram o hábito de fumar após 1 ano;
- Proporção de mulheres inscritas no programa que realizaram seis ou mais consultas com nutricionista;
- Proporção de mulheres, acompanhadas ou inscritas no programa, que realizaram exame citopatológico de colo de útero;
- Proporção de mulheres, acompanhadas ou inscritas no programa, que tiveram exame citopatológico de colo de útero alterado;
- Proporção de mulheres, acompanhadas ou inscritas no programa, com Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau (SIL de alto grau) que foram submetidas a tratamento;
- Proporção de mulheres, na faixa etária de risco, acompanhadas ou inscritas no programa, que realizaram mamografia;
- Proporção de mulheres, acompanhadas ou inscritas no programa, que tiveram exame mamográfico com alteração maligna;
- Proporção de mulheres, acompanhadas ou inscritas no programa, que apresentaram alteração maligna no exame mamográfico e que foram submetidas a tratamento;
- Proporção de mulheres na menopausa, inscritas no programa, que tiveram fratura após um ano de acompanhamento no programa.

Ações complementares

- Organizar redes de referência e contrarreferência para o diagnóstico tratamento de câncer de colo uterino e de mama.

5.3. Links de interesse

Ministério da Saúde - Saúde da Mulher

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=152

Controle do Câncer de Mama - Documento de Consenso

http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v02/pdf/NORMAS.pdf

<http://www.Inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>

Instituto Nacional do Câncer – Inca - publicações

http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=471

Osteoporose em Mulheres na Pós-Menopausa

http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/078.pdf

6. Saúde do homem

6.1. Introdução

Em agosto de 2008, o Ministério da Saúde lançou a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, que busca oferecer subsídios à reflexão dos determinantes da saúde do homem, bem como apresenta diversos elementos condicionantes para a sua saúde, resguardando a consideração da necessidade de ações de promoção e prevenção, além da recuperação (BRASIL, 2008b).

Foi constatado que, aproximadamente, 75% das enfermidades e dos agravos da população adulta de homens está concentrada, sobretudo, em 5 (cinco) grandes áreas especializadas: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia. Algumas dessas áreas já foram abordadas em outros tópicos desse manual. Consoante com as estratégias e políticas nacionais, a ANS inicia as discussões sobre a Saúde do Homem, apresentando os principais problemas relacionados à urologia, com temas sobre a saúde sexual e reprodutiva, de acordo com as especificidades inerentes às diferentes etapas da vida do homem (Tabela 1).

Tabela 1 - População masculina de acordo com as diferentes fases da vida

Área Técnica	Grupo etário	População	%
Infância	0 - 9	18.200.403	20
Adolescência	10 - 24	28.053.005	31
Idade adulta	25 - 59	37.414.895	41
Idoso	60 ou +	7.002.716	8
TOTAL		90.671.019	100

Fonte: IBGE/PNAD/MS/SE/DATASUS,2005 apud BRASIL, 2008b.

Assim como a política do Ministério da Saúde, a ANS tem como objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população masculina dos beneficiários de planos privados de saúde, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação às ações de assistência integral à saúde.

6.2. Saúde urológica da criança e adolescente

A criança pode apresentar alterações do órgão genital e urinário. O adolescente, além de poder ser acometido por esses problemas, necessita de uma

orientação voltada também para o início adequado de sua vida sexual. Essa diretriz, portanto, será dividida entre o acompanhamento urológico da criança e, posteriormente, do adolescente.

6.2.1. Acompanhamento urológico da criança

Primeiro ano de vida

Noventa e sete por cento dos recém-natos não conseguem expor a glândula (OSTER, 1968). Isso acontece porque na primeira infância o prepúcio é aderido completamente à glândula, pois o epitélio de ambos os tecidos não está completamente formado, fazendo com que eles se constituam como apenas um tecido. Essa condição pode perdurar durante anos, quando lentamente os tecidos vão se “descolando”, ou seja, a glândula vai se separando do prepúcio. Esse é um processo natural, que ocorre pela queratinização dos tecidos e ereções, e que não necessita de nenhuma intervenção por parte dos pais (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1971). Em outras palavras, não há necessidade de se “descolar” forçadamente (fazer massagens) o prepúcio da glândula.

Os tecidos da glândula e do prepúcio descamam como qualquer outro tecido externo do organismo humano, formando uma “massa” esbranquiçada, conhecida como esmegma. O esmegma da criança difere daquele do adulto. Nesse último, ele deriva das secreções produzidas pelas glândulas de Tyson na glândula, que têm a função de lubrificação e proteção (HYMAN; BROWNSTEIN, 1969). A limpeza do esmegma na criança deve ser realizada com água e sabão, sem a necessidade de panos, algodão ou cotonetes, tendo-se o cuidado para não deixar acumular sabão que é irritante ao prepúcio.

Além da aderência que existe entre a glândula e o prepúcio na primeira infância, há um estreitamento fisiológico no prepúcio, que muitas vezes pode causar alguma dificuldade para se expor o meato uretral. Isto também é fisiológico e tende a se resolver com o tempo. Porém, tal estreitamento pode causar uma discreta retenção de urina no momento da micção. Entretanto, apesar de normalmente não impedir a livre saída de urina, esse discreto acúmulo pode, eventualmente, danificar o tecido da glândula e prepúcio causando irritação, balanopostites e fibrose, tendo em vista que a urina é ácida. Assim, a fimose fisiológica torna-se patológica, sendo indicado o procedimento cirúrgico corretivo (postectomia) (McGREGOR et al, 2007). Em algumas situações, a aplicação de corticosteroides tópicos está indicada na tentativa de se prevenir balanopostites, com resultados favoráveis em cerca de 80% dos casos em que não há fibrose prepucial (LETENDRE, 2009).

É necessária a orientação dos pais da criança com relação aos cuidados com o pênis, uma vez que isso raramente é ensinado nas escolas. Existe muita desinformação sobre os cuidados higiênicos do prepúcio entre pais e profissionais de saúde de atenção primária (MENON; RAO, 2004). Isso tem levado a manobras inadequadas como o “descolamento” forçado do prepúcio, a limpeza exagerada do esmegma e o não reconhecimento dos fatores de risco para infecção local, como o acúmulo de urina no prepúcio e o acúmulo de esmegma abaixo do prepúcio, formando cistos de esmegma. Esses fatores podem acarretar um maior risco de cirurgia no futuro decorrente da fibrose existente no prepúcio nessas situações. Outras vezes, a própria criança ou os pais retraem o prepúcio, mas não o retornam à posição habitual. Isso pode

reduzir o retorno venoso e causar edema, o que se denomina parafimose e deve ser corrigida o mais breve possível (McGREGOR et al, 2007). Com o crescimento, a própria criança deve ser ensinada a retrair gentilmente o prepúcio e a ter os cuidados higiênicos.

Além dos cuidados com o pênis, é necessário avaliar se os testículos estão tópicos, isto é, na posição correta, no escroto. Estima-se que cerca de 3% das crianças nasçam com distopias testiculares (KOLON et al, 2004). O testículo pode estar localizado na região abdominal, inguinal ou não existir. Quando o testículo não está na região escrotal, é exposto a temperaturas mais elevadas, o que pode levar à morte das células germinativas e, conseqüentemente, à infertilidade no futuro (BERGH; SÖDER, 2007). Além disso, o risco de câncer testicular aumenta até 8 vezes (WOOD; ELDER, 2009). Sabe-se que a correção dos testículos distópicos deve ser realizada até 1 ano de idade no intuito de se diminuir esses riscos (TASIAN et al, 2009).

Além das distopias, pode haver acúmulo de líquido peritesticular o que se denomina hidrocele. A hidrocele resulta de uma persistência do conduto peritônio-vaginal. A maior parte das hidroceles resolve-se espontaneamente até os 2 anos quando, a partir de então, deve ser tratada devido aos riscos de hérnia inguinal encarcerada (SCHNECK; BELLINGER, 2002).

Tendo em vista a necessidade de orientar os pais com relação aos cuidados com o prepúcio e de se avaliarem os testículos, toda criança com menos de um ano de idade deve ser levada a um médico para avaliação e orientações de higiene dos órgãos genitais (nível de evidência 3).

Do primeiro ao terceiro ano de vida

A criança de um ano e meio a 3 anos de idade não tem capacidade de controlar a micção. Ela urina por arco reflexo, pois não há maturidade do córtex cerebral. Com o desenvolvimento, a criança passa a perceber a bexiga cheia e a ter a capacidade de inibir a micção ou de urinar voluntariamente. Alterações nesse processo têm levado crianças a apresentarem a disfunção do trato urinário inferior. Esta é caracterizada por urgência miccional, pequenas perdas urinárias diurnas, e polaciúria. Outras vezes, as crianças têm certa recusa ao toalete e vão poucas vezes ao banheiro para urinar. É comum a criança fazer posturas para evitar uma perda urinária como cruzar as pernas ou apertar com as mãos os genitais. A disfunção do trato urinário inferior é causa de alterações emocionais e comportamentais da criança. Ela causa baixa autoestima, timidez e isolamento social (KUHN et al, 2009). Além disso, está relacionada ao transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (DUEL et al, 2003). Além desses problemas psicológicos, a disfunção do trato urinário inferior é a maior causa de infecção urinária em crianças que já largaram as fraldas (BARROSO et al, 2003), além de estar associada ao refluxo vesico-ureteral e à constipação (KOFF et al, 1998).

Todo esse processo de início ao toalete pode ser mais bem conduzido quando orientado por um especialista. Portanto, é recomendável que toda criança tenha esse processo de ensino ao toalete acompanhado por um médico (nível de evidência 2).

A enurese noturna é a perda urinária na cama enquanto a criança dorme. É mais frequente no sexo masculino; incide em cerca de 15% das crianças aos 5 anos de idade, 5% aos 10 anos e 1% aos 17 anos (KOFF; JAYANTHI, 2002). Apesar da remissão espontânea, está bem estabelecida a associação de enurese noturna com problemas emocionais, redução da autoestima e piora da qualidade de vida da criança. Isto ocorre principalmente após os 7 anos de idade (MOFFATT, 1987). Porém, há um desconhecimento de profissionais sobre essa associação e as modalidades terapêuticas. Toda criança com enurese noturna deve ser avaliada por um médico a partir dos 8 anos de idade. Essa avaliação pode ser antes, entre 5 e 7 anos de idade, caso os pais ou a criança manifestem desejo pelo tratamento (nível de evidência 2).

6.2.2. Acompanhamento urológico do adolescente

A adolescência é uma fase de transformações intensas e alvo de alterações no desenvolvimento físico e psicológico da criança, determinados por alterações hormonais substanciais. Nessa época, o adolescente começa a ter pelos pubianos e a desenvolver os órgãos genitais, que compõem os caracteres sexuais secundários. Conjuntamente, começa a existir o interesse sexual, que algumas vezes se consuma já nessa época da vida.

Nesta fase, é de suma importância a orientação sexual, normalmente oferecida nas escolas e pelos pais. Entretanto, na grande maioria das vezes, as informações são superficiais e contraditórias, pois nas escolas, a instrução não é individualizada e os pais, por limitação do próprio conhecimento, podem não passar as orientações corretamente. O médico dará informações relevantes, como a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, como usar corretamente o preservativo, o asseio genital antes e após as relações, além de informações específicas, por exemplo, como reconhecer as doenças genitais e sobretudo esclarecer as dúvidas tão frequentes nessa época, como questões sobre masturbação, ejaculação precoce, necessidade de operar a fimose e gravidez da parceira ou namorada.

Além disso, é na adolescência que o indivíduo do sexo masculino assume os cuidados dos órgãos genitais. A limpeza inadequada do pênis é causa de câncer de pênis, que tem uma prevalência aumentada em nosso meio (GUIMARÃES et al, 2009). É comum o adolescente não ter conhecimento sobre os cuidados básicos de limpeza genital, de higiene após a micção e após a relação sexual.

Outra patologia comum na adolescência é a varicocele, que acomete 28% dos jovens (MORI et al, 2008). Varicocele é a presença de dilatação das veias do cordão espermático e que se constitui a maior causa de infertilidade nos homens (KIM; GOLDSTEIN, 2008). É causa de hipotrofia testicular que pode ser revertida após um procedimento cirúrgico.

O tumor de testículo é o tumor mais frequentemente encontrado nos homens entre 15 e 35 anos de idade (RICHIE; STEELE, 2002), mas pode ser curado quando diagnosticado numa fase inicial. Ele se manifesta geralmente como uma massa sólida indolor no órgão e por isso pode ser diagnosticado numa fase mais tardia, por não causar dor. Todo homem, e principalmente os jovens, devem ser alertados e ensinados a realizarem o autoexame genital,

para que possam ter um diagnóstico precoce do tumor testicular.

Portanto, todos os adolescentes do sexo masculino, entre os 12 e 18 anos, devem ser orientados e examinados por um médico (nível de evidência 2).

6.2.3. Prevenção e promoção de saúde do homem adulto

As questões clínicas levantadas e abordadas neste texto estão associadas aos principais motivos de consultas do homem adulto no consultório do médico e que envolvem problemas de saúde exclusivamente do gênero masculino, não sendo necessariamente as doenças mais comuns com que esse profissional se defronta no seu dia-a-dia, considerando-se que atende homens e mulheres, adultos e crianças.

Na idade adulta, o indivíduo do gênero masculino confronta-se com o desenvolvimento da sexualidade, que se iniciou na adolescência, passando a desempenhar com mais responsabilidade seu papel na sexualidade humana e buscando qualidade e segurança nessa área da sua saúde. Além disso, tomando-se por base o conceito de promoção da saúde e detecção precoce de doenças, as condições mais prevalentes como doenças cutâneas da genitália masculina, infertilidade e tumores do pênis, testículo e próstata, são os principais problemas de saúde urológica que homens adultos precisam conhecer para se cuidar melhor. Dessa forma, passam a fazer parte das suas necessidades e preocupações as seguintes questões:

- O que é sexo seguro?
- O que esperar de uma relação sexual normal e saudável?
- Como reconhecer e tratar a disfunção sexual erétil?
- Como reconhecer e tratar a disfunção sexual ejaculatória?
- Quais são as doenças da pele genital e da uretra mais comuns e como evitá-las?
- Existem medidas a serem tomadas para detecção e prevenção de infertilidade conjugal?
- Como reconhecer um tumor do testículo?
- Como evitar e tratar o câncer de pênis?
- Como identificar precocemente, prevenir e tratar doenças da próstata?

Discutiremos a seguir os argumentos e diretrizes para cada uma das questões clínicas levantadas.

O que é sexo seguro?

Sexo seguro é a atividade sexual sadia com comportamento dirigido

para diminuir os riscos de adquirir ou transmitir uma doença sexualmente transmissível. Baseados nos estudos de prevalência, os fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis são: grande número de parceiras, falta de utilização de preservativos, relação sexual na presença de sintomas de doença na pele genital e/ou na uretra.

O que esperar de uma relação sexual normal e saudável?

A definição de atividade sexual normal e saudável é motivo de bastante discussão e debate, não existindo um conceito universalmente aceito. Em linhas gerais, a definição mais aceita estabelece como normal a atividade sexual que compreende a capacidade de obter ereção firme suficiente para penetração quando o indivíduo é eroticamente estimulado e de controlar o reflexo ejaculatório por tempo suficiente para aguardar o orgasmo da parceira em pelo menos metade das tentativas de relação. A falta de ereção totalmente rígida e de controle ejaculatório em algumas tentativas de relação é considerada normal em virtude de a função sexual sofrer interferência de fatores ambientais e emocionais do homem e da sua parceira, os quais nem sempre estão presentes em condições que favorecem o ato. A frequência de tentativas de relação sexual ou o desejo e a libido também são objetos de estudo e pesquisa. Entretanto, considera-se que a libido é resultante de efeitos hormonais associados ao comportamento do par ou casal que desempenham a atividade erótica na medida em que encontram condições ambientais favoráveis. Sendo assim, a frequência de relações dependerá de condições físicas (hormônios) e comportamentais (jogo erótico, sexualidade do casal e ambiente favorável).

Como reconhecer e tratar a disfunção sexual erétil?

A disfunção sexual erétil é a incapacidade de obter ereção firme o suficiente para o intercurso sexual quando eroticamente estimulado em pelo menos metade das tentativas de relacionamento. Decorre de fatores psicogênicos ou físicos e atinge cerca de 50% dos homens acima de 40 anos de idade, mas pode ocorrer em todas as faixas etárias a partir de 18 anos de idade. O processo de ereção se inicia com o estímulo erótico. O aproveitamento e a interpretação do estímulo como favorável depende de uma série de condições emocionais e ambientais. Assim, mesmo diante da parceira de sua preferência, o homem pode ter dificuldade em desencadear ereção rígida se estiver submetido a condições de ansiedade pelo desempenho, estresse emocional, depressão, fadiga física e alterações do humor.

Nesse sentido, o inventário das condições cotidianas do ambiente emocional do paciente é fundamental para a identificação de causas psicogênicas da disfunção erétil. Inclusive fatores presentes no subconsciente e a falta de auto-conhecimento, muitas vezes não percebidas e refutadas pelo paciente, podem levar à disfunção sexual erétil. Por isso, tornou-se fundamental e faz parte da avaliação básica do paciente com essa condição, o diagnóstico psicológico.

Após o estímulo erótico, o sistema nervoso desencadeia uma série de eventos que culminam com a ereção: o estímulo é transmitido através das vias córticoespinais e dos nervos periféricos para a musculatura lisa do pênis, tanto nos vasos sinusóides dos corpos cavernosos quanto nas artérias penia-

nas. Nesse local, ocorre a liberação de neurotransmissores, fundamentalmente o óxido nítrico que promove relaxamento da musculatura lisa, aumento da capacidade dos sinusoides e consequente tumescência peniana associada à dilatação arterial e aumento do fluxo sanguíneo para dentro dos espaços sinusoides. Simultaneamente, o processo de tumescência peniana leva à compressão do sistema de drenagem venosa contra a túnica albugínea, com redução do fluxo venoso e consequente represamento do sangue dentro dos corpos cavernosos (mecanismo veno-oclusivo). Para que o processo veno-oclusivo ocorra, é preciso que exista integridade anatômica dos corpos cavernosos e da túnica albugínea. Quando a pressão intracavernosa se torna maior do que a pressão arterial do paciente, a rigidez se torna evidente e firme. Todo o processo ocorre na presença de hormônios, não estando muito claro que papel exatamente a testosterona desempenha em cada etapa da ereção. Já foram identificados receptores androgênicos tanto nos corpos cavernosos quanto no sistema nervoso central, sugerindo um mecanismo fisiológico complexo e atuante em locais distintos do organismo. Após a ejaculação ou ao término do estímulo erótico a flacidez peniana ocorre através da vasoconstricção que é promovida pelo consumo (metabolismo ou ação da fosfodiesterase tipo 5) dos neurotransmissores, invertendo todo o processo e levando à perda da ereção. Acredita-se que a manutenção da ereção durante o ato sexual seja decorrente de um equilíbrio entre a liberação e o consumo dos neurotransmissores.

A utilização de drogas para tratamento de outras condições de saúde, como hipertensão arterial, por exemplo, podem levar à vasoconstricção da musculatura lisa peniana ou à diminuição do fluxo sanguíneo nas extremidades, inclusive no pênis, causando dificuldade de ereção. A partir desse conhecimento de neurofisiologia da ereção, depreende-se que as doenças orgânicas que levam à disfunção erétil podem ser de diferentes naturezas: neurológicas, vasculares, hormonais e anatômicas. As causas hormonais são tratáveis através de reposição hormonal exógena ou por intervenção no eixo hipotálamo-hipófise-gonadal. As causas anatômicas, provocadas por cicatrizes e fibrose dos corpos cavernosos e/ou túnica albugínea, são tratáveis através de procedimentos cirúrgicos estéticos que podem envolver inclusive o implante de próteses penianas. As causas neurogênicas e vasculares geralmente não têm tratamento específico e terminam por indicação do implante de próteses. Em decorrência dessas possibilidades de tratamento, o diagnóstico é direcionado para identificar ou afastar problemas psicológicos, hormonais e anatômicos. O diagnóstico neurológico e vascular local, apesar de amplamente investigado em complexos estudos de neurofisiologia e de fluxo sanguíneo, invariavelmente serve apenas para demonstrar ao paciente que ele é portador de etiologia não tratável e facilita a sugestão de colocação de implante peniano.

Diversos estudos recentes sugerem que a disfunção sexual erétil pode fazer parte da síndrome metabólica, uma vez que essa condição está associada à presença dos mesmos fatores de risco cardiovasculares. A lesão endotelial, presente nas artérias coronarianas, pode também estar presente no pênis, e acredita-se que a investigação e tratamento da disfunção sexual erétil podem levar à diminuição da incidência de eventos cardiovasculares.

A presença de distúrbios predominantemente psicogênicos pode ser levantada quando o paciente refere relações sexuais ou ereções de qualidade variá-

vel. Por exemplo, a presença de ereções matinais ou noturnas, acompanhadas ou não de desejo sexual, sugere que o mecanismo físico de ereção deve estar preservado. A presença de alternância de atos sexuais normais com atos sexuais de qualidade ruim também sugere a presença de problemas psicogênicos. Esta hipótese pode ser levantada quando o paciente refere que tem dificuldade apenas com certa parceira ou em certas posições de coito. Considerando-se todo o exposto, sugere-se que o homem com suspeita de disfunção sexual erétil deva ser submetido a interrogatório rigoroso para determinação da libido, das condições emocionais e das situações nas quais a disfunção sexual ocorre, como por exemplo:

- Interrogatório sobre medicamentos que utiliza para controle de outras condições clínicas;
- Exame físico para verificação da integridade anatômica do pênis;
- Dosagem hormonal para investigação do nível de testosterona sérica;
- Avaliação psicológica;
- Investigação da presença de diabetes e suas complicações clínicas;
- Pesquisa e tratamento da síndrome metabólica.

Dessa forma, recomenda-se que o homem adulto, a partir dos 18 anos de idade, passe a se preocupar com os fatores de risco que podem levar ao aparecimento de disfunção erétil e devem consultar o médico, uma vez nessa idade e regularmente a cada dois ou três anos, preventivamente, com a finalidade de preservar sua função sexual e tratar, desde o início, as diversas condições clínicas que podem levar ao desenvolvimento desse problema.

Como reconhecer e tratar a disfunção sexual ejaculatória?

A disfunção sexual ejaculatória é considerada um problema fundamentalmente psicogênico e está associada a estados de ansiedade e depressão. O reflexo ejaculatório é desencadeado pelos estímulos aferentes provenientes da região genital integrados em nível medular e pode ser modulado pelo SNC a partir de estímulos eferentes corticais. O mecanismo exato de controle ejaculatório ainda não está definido. Existem sinais de que as disfunções estejam associadas a problemas na liberação e recaptção de serotonina e de noradrenalina, uma vez que a ejaculação pode ser inibida com a utilização de antidepressivos. O aparecimento de distúrbios emocionais, a falta de conhecimento sobre a fisiologia, o baixo nível de educação sexual e o alto nível de estresse psicológico, comuns nas sociedades modernas, são fatores de risco para o desenvolvimento da disfunção sexual ejaculatória. Recomenda-se que homens jovens em início de vida sexual ativa recebam orientação adequada com a finalidade de prevenir disfunção ejaculatória.

Quais são as doenças da pele genital e da uretra mais comuns e como evitá-las?

Qualquer casal sadio pode se defrontar com doenças infecciosas, que não são necessariamente provocadas por comportamento sexual promíscuo. Entre essas condições, podemos citar a inflamação da glândula por candida albicans (balanopostite por fungo), a uretrite inespecífica (causada por entero-bactérias ou por clamídia) e a epididimite. A irritação da pele por atrito durante ato sexual prolongado, e presença de corrimento da parceira e o coito anal são os fatores de riscos determinantes dessas condições clínicas. A irritação da pele do pênis, geralmente da glândula, pode ser decorrente dos hábitos de higiene e da utilização de produtos na pele. Falta ou excesso de higiene pode ser problemática, a falta de higiene, por motivos óbvios. O excesso ocorre quando o homem lava compulsivamente a parte mucosa do prepúcio e a glândula, alterando condições físico-químicas locais, removendo a flora bacteriana residente e normal dessa pele e facilitando a infecção por agentes oportunistas ou por micro-organismos que habitam transitoriamente a região genital masculina ou feminina. Inflamações repetitivas levam à perda da hidratação natural dessa área e promovem o aparecimento de lesões e fissuras que provocam dor e, por vezes, sangramento local. O tratamento inadequado pode levar ao surgimento de estreitamento do prepúcio e consequentemente, ao desenvolvimento de fimose. Doenças cutâneas, como eritemas de reação a drogas, líquen e psoríase também podem se manifestar no pênis, sendo comumente confundidas com doenças sexualmente transmissíveis. O diagnóstico e tratamento adequados dessas condições evitam complicações futuras. Todo homem sexualmente ativo deve consultar regularmente o médico sempre que detectar alterações na pele genital a fim de prevenir complicações e evitar a transmissão de doenças infecciosas.

Existem medidas a serem tomadas para detectar e prevenir infertilidade conjugal?

Durante muito tempo foi recomendado que os homens realizassem exames pré-nupciais. Essa recomendação era fundamentada no fato de que em tempos remotos, com o baixo nível de conhecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis, associados a fatores culturais, muitos homens portadores desses problemas poderiam transmiti-los a suas futuras esposas que nunca haviam tido contato sexual. Dessa forma, a realização de tais exames evitava problemas como a transmissão inadvertida da sífilis que, em última instância, era detectada no pré-natal ou no recém-nascido. Associadamente, a frequência com que os homens tinham uretrites e epididimites, secundárias à DST, levavam à obstrução de canalículos espermáticos e ao estreitamento da uretra, os quais poderiam ser causa de infertilidade conjugal. Por essa razão, em decorrência desses tipos de problemas, os exames pré-nupciais eram recomendados para detecção precoce e orientação do casal. Essa medida ainda deve ser exercida em regiões onde o nível sociocultural é baixo e as informações não chegam de forma correta aos homens adultos. Todavia, a realização de espermograma em indivíduos que não tiveram

DST e não apresentam comportamento sexual de risco é controversa, visto que podem ser detectadas pequenas alterações que não vão levar necessariamente à infertilidade, mas podem desencadear exames e preocupações desnecessárias para o casal. Por isso, a consulta com o médico deve ser recomendada com a finalidade de triagem e para determinar quais são os homens que podem se beneficiar de exames pré-nupcias. Existem outras condições comuns que podem levar ao aparecimento de infertilidade conjugal. Entre elas, a presença de varicocele e o abuso de anabolizantes Esteroides em frequentadores de academias de ginástica. A varicocele, muitas vezes, passa despercebida porque o homem não tem o hábito de se autoexaminar e, frequentemente, é descoberta quando o paciente procura o urologista para investigação de infertilidade conjugal. A presença de varicocele associada a alterações do espermograma permitirá o tratamento de uma condição de alto risco para o desenvolvimento de infertilidade conjugal, evitando, assim, os altos custos dos processos de reprodução assistida.

Como reconhecer um tumor do testículo?

Tumores do testículo são comuns em homens jovens, entretanto são curáveis quando diagnosticados e tratados correta e precocemente. A identificação de tumores do testículo pode ser feita com medidas simples, como a palpação do testículo. A presença de um nódulo endurecido e indolor que cresce rapidamente é sinal patognomônico de câncer de testículo e deve ser imediatamente tratado. A consulta urológica deve ser orientada para ensinar ao homem a prática do autoexame testicular que permitirá o diagnóstico precoce dessa condição.

Como evitar e tratar o câncer de pênis?

O câncer de pênis é mais comum na população mundial de baixa renda, onde os cuidados com a higiene genital são mais precários. No Brasil, é comum nos estados do Nordeste, especialmente no Maranhão. Medidas simples, como a orientação dos homens para a higiene adequada e a realização de postectomia nos homens com maior risco, protegem e evitam o câncer de pênis. A presença de feridas na pele do pênis, que não cicatrizam mesmo após tratamento adequado, é um dos sinais de presença do câncer. Os homens devem ser orientados para procurar imediatamente o urologista caso observem essa condição. A identificação de lesões pré-malignas, como a Eritroplasia de Queirat, também pode levar ao diagnóstico precoce. Em casos de câncer de pênis, a possibilidade de cura é tanto maior quanto mais precoce for o diagnóstico e, além disso, evita a necessidade do emprego de cirurgias mutiladoras, como a amputação do órgão.

Como identificar precocemente, prevenir e tratar doenças da próstata?

O câncer de próstata já é conhecido dos homens adultos. As campanhas de esclarecimentos, assim como a frequência com que o tema é divulgado por personalidades públicas acometidas da doença, faz com que as medidas de detecção precoce sejam mais bem aceitas e estejam mais bem desenvolvidas em nosso meio. O câncer de próstata é debatido em outros setores do manual

de prevenção e promoção da saúde da ANS. Recomenda-se que o urologista seja consultado sempre que for identificada a presença de nódulo endurecido ao toque retal. O rastreamento com o exame de PSA, apesar de controverso, é medida estabelecida e bem aceita como instrumento de detecção precoce. Entretanto, o PSA se altera em outras doenças da próstata, o que leva muitos homens ao desespero e à repetição desnecessária de exames. O urologista deve ser consultado para orientar os homens quanto ao discernimento de quais são os casos mais associados ao câncer de próstata. Muitas vezes o aparecimento de crescimento da próstata detectado pelo ultrassom leva angústia para os menos informados que se sentem em situação de risco para o desenvolvimento do câncer de próstata. O urologista pode orientar os pacientes sobre como cuidar do crescimento benigno da próstata, bem como de outras condições que levam a oscilações nos níveis de PSA do sangue. Dessa forma, a consulta regular, uma vez por ano, dos homens com idade a partir de 40 anos pode oferecer segurança e orientar melhor aqueles que buscam proteção contra o câncer de próstata e contra os demais problemas advindos do crescimento benigno da glândula.

6.2.4. Acompanhamento do paciente uro-geriátrico

Nesse início do século XXI, nos principais centros médicos do mundo, estão ficando superadas as discussões sobre a importância da Geriatria e Gerontologia, e estão se buscando os meios humanos e materiais necessários para a implantação prática dos princípios dessas disciplinas, para atender ao crescente contingente global de idosos. A Urologia Geriátrica é um campo teórico e profissional em plena expansão, cuja identidade tem ganhado forma e consolidação face a outras especialidades médicas. Assim como a Oncologia Pediátrica se estrutura sobre as peculiaridades da criança e das neoplasias na infância, a Urologia Geriátrica, não sendo exatamente seu espelho, também contempla as necessidades e particularidades do idoso portador de doenças urológicas (AAPRO, 2007).

Muitos idosos sofrem prejuízos em sua sobrevivência e qualidade de vida devido à subutilização de recursos para triagem de neoplasias, ao emprego de avaliações diagnósticas menos agressivas e procedimentos cirúrgicos menos arrojados, a alterações de doses de quimioterápicos sem justificativa adequada ou até mesmo ao não-oferecimento de tratamento. (AAPRO, 2007; COHEN, 2003) Nesse sentido, a avaliação geriátrica ampla é de grande importância, pois a aferição das comorbidades e do estado funcional permite diferenciar os pacientes com plenas condições para se submeterem a todas as intervenções preconizadas, aqueles a quem se devem proporcionar exclusivamente tratamentos paliativos, dos demais, que se distribuem em inúmeros estados intermediários. (GOSNEY, 2007)

Bloqueio androgênico

Dentre as opções terapêuticas empregadas no câncer de próstata, as modalidades que requerem a castração, clínica ou cirúrgica, são fontes de preocupações frequentes entre os urologistas e geriatras. A Síndrome da Castração compreende não somente as manifestações de hipogonadismo (perda de libido, disfunção sexual e ondas de calor), mas também leva a anemia, obesidade,

diminuição da massa muscular, alteração do perfil lipídico, fadiga, diminuição da aptidão física, alterações do humor e depressão. (TAMMELA, 2004) Portanto, quando da necessidade do uso dessas modalidades de tratamento, os pacientes devem ser orientados sobre a possibilidade de ocorrência dos efeitos colaterais descritos acima e devem ser adotadas as medidas preventivas (ou corretivas) apropriadas a cada um deles, como orientação nutricional, prática de atividade física, tratamento de disfunção sexual, de dislipidemias e de distúrbios do humor.

Sexualidade

Mesmo com o envelhecimento da população, pouco é conhecido sobre o comportamento e função sexual dos idosos, e visões estereotipadas desse assunto ainda são muito frequentes. Problemas sexuais podem ser sinais de alerta ou consequências de um problema de saúde subjacente, como diabetes, infecção, condições patológicas do trato urogenital ou câncer. A falta do diagnóstico ou o não tratamento das disfunções sexuais, ou ambos, podem desencadear problemas como depressão e isolamento social. Assim, os profissionais que atuam na área de Uro-Geriatria devem avaliar o impacto que as doenças e tratamentos propostos exercem sobre a sexualidade dos pacientes idosos atendidos, indicando acompanhamento psicológico e/ou tratamento das disfunções sexuais, de acordo com a importância que o próprio paciente e/ou seu (sua) parceiro (a) atribuem a essas questões.

6.3. Links de interesse

Biblioteca Virtual em Saúde

<http://textocsp.bvs.br/php/index.php>

Ministério da Saúde - Saúde do Homem

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=137&tpagina=dspDetalheCampanha&co_seq_campanha=3504

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>

7. Saúde mental

“Tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando”
(BRASIL, 2003a).

7.1. Introdução

Segundo dados do Ministério da Saúde, 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes, mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (BRASIL, 2007b). Das dez doenças mais incapacitantes em todo o mundo, cinco são de origem psiquiátrica: depressão,

transtorno afetivo bipolar, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo. Apesar de responsáveis diretas por somente 1,4% de todas as mortes, as condições neurológicas e psiquiátricas foram responsáveis por 28% de todos os anos vividos com alguma desabilitação para a vida (MURRAY E LOPEZ, 1996 apud BRASIL, 2003a).

Além disso, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001 apud BRASIL, 2003a), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo, sendo o mesmo observado no território brasileiro.

A Lei nº 9.656/98, ao garantir cobertura a todas as doenças listadas na Classificação Internacional das Doenças (CID), estabeleceu como obrigatória a assistência aos transtornos mentais – incluindo o tratamento das lesões decorrentes, mesmo as autoinfligidas – em todos os planos de saúde comercializados a partir de 02/01/1999 (BRASIL, 1998).

No período de, aproximadamente, dez anos desde a edição dessa Lei, o MS estabeleceu as diretrizes da Política de Saúde Mental no país, com o objetivo de evitar a cronificação e estimular a ressocialização dos portadores de transtornos mentais que, historicamente, dispunham de um modelo assistencial baseado no asilamento, no afastamento do convívio social e na abordagem estritamente farmacológica que desconsiderava os aspectos psicossociais dos transtornos mentais e o direito à cidadania de seus portadores. Durante esse mesmo período, também foi possível avaliar os avanços e impasses da atenção ofertada no setor suplementar, justificando-se a incorporação da Saúde Mental às Áreas de Atenção à Saúde priorizadas pela ANS e tomando por fundamento as diretrizes da Política de Saúde Mental do MS que transcrevemos abaixo:

- Redução da utilização do recurso da internação hospitalar, por meio da substituição dessa por serviços ambulatoriais e de atenção diária;
- Respeito aos direitos e à cidadania do portador de transtorno mental;
- Priorização da Política de Redução de Danos na elaboração de políticas de prevenção ao uso e dependência de substâncias psicoativas: álcool, tabaco e outras drogas;
- Apoio e medidas educativas aos familiares dos pacientes;
- Estímulo e apoio à reinserção social e familiar;
- Atenção multidisciplinar.

Suporte jurídico dessa Política, a Lei nº 10.216/2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial, dando centralidade ao acompanhamento extra-hospitalar e ao estímulo à reinserção social e familiar dos portadores de transtornos mentais, normatizando a prestação de assistência em todo o território nacional (BRASIL, 2001b).

7.2. A atenção à saúde mental na saúde suplementar

A ANS tem como objetivo induzir uma mudança no modelo de atenção à saúde praticado no setor suplementar brasileiro a partir do estímulo à adoção, pelas operadoras de planos privados de saúde, de práticas cuidadoras e integrais, com a implantação de programas para Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças.

Dessa maneira, a atenção à saúde mental na saúde suplementar deve ir além da abordagem do quadro agudo e dos sintomas ativos, e fundamentar-se nos seguintes paradigmas (ANS, 2008):

- Respeito aos direitos e à cidadania do portador de transtorno mental;
- Prioridade à assistência extra-hospitalar;
- Redução da atenção hospitalar por meio da substituição por serviços ambulatoriais, de atenção diária ou outros similares;
- Utilização de equipes multidisciplinares com profissionais de saúde de várias formações em todos os níveis de atenção;
- Abordagem psicossocial;
- Políticas de Prevenção ao uso e dependência de substâncias psicoativas: álcool, tabaco e outras drogas, priorizando a Política de Redução de Danos;
- Ações em todos os níveis de atenção;
- Rede articulada;
- Busca ativa dos pacientes para evitar o abandono do tratamento;
- Apoio e medidas educativas aos familiares e/ou cuidadores;
- Estímulo à reinserção social do portador de transtorno mental.

7.3. Promoção da saúde mental e prevenção de transtornos mentais

A ANS considera que um Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças seja um conjunto ordenado e sistematizado de ações de âmbito coletivo, direcionadas a um público-alvo específico sob a coordenação de técnicos vinculados diretamente ou de forma terceirizada à operadora de plano de saúde, que conte com acompanhamento específico dos participantes e monitoramento dos resultados por meio de indicadores de saúde (ANS, 2008).

Na atenção à saúde mental, as atividades de promoção da saúde implicam a criação de condições ambientais e sociais que propiciem um desenvolvi-

mento psicológico e psicofisiológico adequados. Tais iniciativas envolvem os indivíduos em um processo positivo, como melhora da qualidade de vida e redução da distância da expectativa de saúde entre os indivíduos e os grupos. Esse processo deve ser construído de forma participativa com as pessoas e para as pessoas. A prevenção dos transtornos mentais pode ser considerada um dos resultados de uma estratégia ampla de promoção da saúde mental (HOSMAN; JANÉ-LLOPIS 1999 apud, WHO, 2004).

Já as ações de prevenção de transtornos mentais devem ter como objetivo a redução da incidência, prevalência e recorrência desses transtornos, do tempo perdido com sintomas ou a redução das condições de risco, prevenindo ou impedindo recorrências e diminuindo o impacto da doença sobre o indivíduo, seus familiares e a sociedade (MRAZEK; HAGGERTY, 1994 apud WHO, 2004).

Para que a assistência em saúde mental seja eficiente em qualquer dos níveis de atenção, consideramos essencial que haja:

- Rede articulada de serviços;
- Abordagem psicossocial;
- Busca ativa dos pacientes;
- Apoio e parceria com os familiares;
- Equipes multidisciplinares compostas por profissionais de saúde de várias formações, abandonando paradigmas ineficazes e pouco resolutivos, tais como a abordagem estritamente médica e psicofarmacológica centrada na hospitalização.

Diante da magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, o Ministério da Saúde os classifica em três grandes grupos: 1. transtornos mentais graves e persistentes; 2. transtornos psiquiátricos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 3. transtornos depressivos, ansiosos e alimentares. Para melhor organização da rede assistencial e qualificação da assistência em saúde mental no setor suplementar, a ANS sugere a utilização de duas categorias adicionais às propostas pelo MS, quais sejam: 4. Saúde mental da criança e do adolescente e 5. Saúde mental do idoso. Embora os transtornos que acometem crianças, adolescentes e idosos estejam incluídos em alguma das três primeiras categorias, é necessário abordar a atenção a essas faixas etárias separadamente devido às suas especificidades (ANS, 2008).

Nos próximos tópicos, abordaremos mais detalhadamente cada um desses grupos e as ações prioritárias a eles relacionadas.

7.3.1. Transtornos mentais graves e persistentes

A expressão Transtornos Mentais Graves e Persistentes é utilizada para uma gama extensa e heterogênea de pacientes com características e necessidades por vezes muito diferentes. É uma definição que associa a duração do problema, o grau de sofrimento emocional, o nível de incapacidade que interfere nas relações interpessoais e nas competências sociais e o diagnóstico

psiquiátrico. Essa designação tem sido utilizada no lugar dos termos “crônico” e “cronicidade”, pelo caráter estigmatizante que esses adquiriram em psiquiatria e em saúde mental (RIBEIRO, 2003). Grande parte dos indivíduos aqui agrupados são portadores de transtornos psicóticos - esquizofrenia e transtornos esquizoafetivos, psicoses afetivas e atípicas (WHO, 2004).

A esquizofrenia é a principal condição designada como Transtorno Grave e Persistente, não só por ter a maior prevalência entre os distúrbios graves em Saúde Mental (acometendo cerca de 1% da população), como também por seu caráter estigmatizante, seu curso longo e persistente e o grau de sofrimento que provoca (ANS, 2008). Dentro de um estudo sobre a carga global das doenças, de 2000, a esquizofrenia foi considerada responsável por 2,8% dos anos perdidos até a morte (YLD) e por 1,1 ano de desabilitação ajustados por ano de vida DALYs (MURRAY et al, 2001 apud WHO, 2004). Há ainda um outro ponto que merece destaque: a existência de algum transtorno mental, principalmente a depressão e a esquizofrenia, é considerada fator de risco para suicídio (WHO, 2004).

O cuidado aos portadores de transtornos mentais graves e persistentes deve ter o objetivo de produzir maior autonomia, qualidade de vida, aumento da capacidade de gerenciamento da própria vida e melhora das relações sociais. Um conjunto de cuidados integrados e articulados é imprescindível como forma de apoio na gestão do bem-estar e da qualidade de vida do paciente. (TENÓRIO, 2001). Para tal, uma visão do indivíduo portador de um transtorno não reduzido simplesmente a uma patologia (o psicótico, o obsessivo, o histérico), é um dos pontos mais importantes na constituição dessa forma de acompanhar o “estar no mundo” dessas pessoas (GOLDBERG, 1994 ; LEAL, 1997; DELGADO, 1997; TENÓRIO, 2001).

Dessa forma, os programas voltados para esta clientela devem ter como objetivo principal reorientar o modelo assistencial no sentido de evitar interações repetidas e o abandono do tratamento, proporcionando a melhoria da qualidade de vida e das relações familiares dos usuários. O trabalho da ANS tem sido o de incentivar a adoção, pelas operadoras de planos de saúde, de práticas assistenciais voltadas para a prevenção da cronificação dos portadores de transtornos mentais graves a partir da implementação das seguintes ações:

- Mapeamento dos pacientes graves e que necessitem de programas específicos para manutenção do tratamento;
- Acompanhamento, a partir de um sistema de informações, da população inscrita nos programas;
- Trabalho com equipe multidisciplinar;
- Formação de grupos de apoio e educação em saúde para familiares e grupos terapêuticos com pacientes (incluindo grupos de terapia ocupacional e/ou arteterapia);

- Busca ativa dos pacientes que abandonam as consultas e/ou a medicação;
- Formação de grupos de apoio, estímulo e direcionamento de pacientes para inserção no mercado de trabalho;
- Incentivo às programações culturais e de lazer assistidas;
- Trabalho com equipe qualificada nas emergências psiquiátricas para redução de visitas às emergências e aumento da adesão ao tratamento continuado em serviços ambulatoriais e de atenção diária.

7.3.2. Transtornos psiquiátricos decorrentes do uso de álcool e outras drogas

Composto por cerca de 6% da população – cerca de 11 milhões de pessoas no Brasil – o grupo de usuários de álcool e outras drogas necessita de atenção específica e atendimentos constantes.

São apresentados, a seguir, dados referentes ao uso de álcool e outras drogas obtidos a partir do I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid), ligado ao Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp (BRASIL, 2003a).

Epidemiologia no Brasil: uso e dependência de álcool por gênero e faixa etária

Faixa Etária	Uso na vida (%)			Dependência (%)		
	Homens	Mulheres	Média	Homens	Mulheres	Média
12-17 anos	52,2	44,7	48,3	6,9	3,5	5,2
18-24 anos	78,3	68,2	73,2	23,7	7,4	15,5
25-34 anos	85,6	67,6	76,5	20	7,1	13,5
> 34 anos	82,1	59,5	70,1	16,1	5,1	10,3
Média	77,3	60,6	68,7	17,1	5,7	11,2

Fonte: I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, CEBRID, 2002

Epidemiologia no Brasil: uso e dependência de outras drogas por gênero

	Uso na vida (%)			Dependência (%)		
Substâncias	Homens	Mulheres	Média	Homens	Mulheres	Média
Tabaco	46,2	36,3	41,1	10,1	7,9	9
Maconha	10,6	3,4	6,9	1,6	0,3	1
Solventes	8,1	3,6	5,8	*	*	0,8
Benzodiazepínicos	2,2	4,3	3,3	*	*	1,1
Cocaína	3,7	0,9	2,3	*	*	*

* Dados não apresentados pelos pesquisadores devido à baixa prevalência
Fonte: I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, CEBRID, 2002.

A magnitude do problema e a repercussão social, profissional, familiar e pessoal do uso abusivo de álcool e outras drogas ganhou proporções tão graves, que se tornou um desafio para a saúde pública mundial, o que justifica a pertinência da implantação, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, de programas específicos para a prevenção de transtornos psiquiátricos decorrentes dessas condições.

O uso de álcool tem uma prevalência importante por ser uma droga lícita, de fácil acesso e culturalmente aceita. Considerando qualquer faixa etária, o uso indevido de álcool e tabaco tem a maior prevalência global, com importantes consequências para a saúde pública mundial (BRASIL, 2003a), visto que responsável por cerca de 1,5% de todas as mortes do mundo e 2,5% do total de anos vividos ajustados para a incapacidade, incluindo transtornos físicos, como cirrose hepática e miocardiopatia, até lesões decorrentes de acidentes de automóvel e em indústrias. (MURRAY e LOPEZ, 1996 apud BRASIL, 2003a).

Historicamente, as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas têm sido desconsideradas na compreensão da questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas; a abordagem dessa questão tem sido predominantemente psiquiátrica ou médica. A oferta de “tratamentos” inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social tem predominado, sem, entretanto, alcançar resultados satisfatórios (BRASIL, 2003a).

Nesse sentido, as estratégias que privilegiam unicamente a abstinência como solução do problema muitas vezes afastam o usuário dos serviços, por não se sentirem acolhidos e compreendidos pela equipe de saúde. A valoração do comportamento dos usuários numa lógica moralizante mais afasta e discrimina do que trata ou minimiza o sofrimento dessas pessoas.

A partir da lógica da redução de danos, a prevenção voltada para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas pode ser definida como “um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção” (BRASIL, 2003a). Desse modo, as ações realizadas por Programas de Promoção e Prevenção da Saúde direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas devem, simultaneamente, minimizar as influências dos fatores de risco sobre indivíduos vulneráveis e

atuar no reforço dos fatores de proteção, sendo a educação em saúde, nesse caso, uma estratégia fundamental.

Os fatores de risco e de proteção para o uso abusivo de álcool e outras drogas não são estanques, atravessam o próprio indivíduo, seu meio, o ambiente escolar e familiar etc. Além disso, o consumo ocorre no âmbito da comunidade, frequentemente no convívio com pares. Há uma grande variabilidade de influências que não podem ser reduzidas simplesmente a esse ou a aquele fator de risco ou de proteção. Ainda assim, consideram-se alguns fatores como importantes condicionantes para o risco ou proteção ao uso e/ou abuso de álcool e outras drogas, tais como descritos no quadro a seguir. (BRASIL, 2003a).

Fatores condicionantes para o risco ou proteção ao uso e/ou abuso de álcool e outras drogas

Fatores individuais	
Fatores de Risco	Fatores de Proteção
Baixa autoestima	Presença de habilidades sociais
Falta de autocontrole	Flexibilidade
Pouca assertividade	Habilidades para resolução de problemas
Comportamento anti-social precoce	Facilidade de cooperação
Co-morbididades (Ex: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade)	Autonomia
Vulnerabilidade social	Responsabilidade
	Comunicabilidade
	Vinculação familiar-afetiva
	Vinculação institucional
Fatores Familiares	
Fatores de Risco	Fatores de Proteção
Uso de álcool e outras drogas pelos pais	Vinculação Familiar
Isolamento social entre os membros da família	Valores Familiares
Padrão familiar disfuncional	Compartilhamento de tarefas no lar
Falta do elemento paterno	Diálogo e contato entre os membros da família
	Regras e Rotinas domésticas
Relações Interpessoais	
Fatores de Risco	Fatores de Proteção
Pares que usam drogas ou aprovam e valorizam o uso	Pares que não usam álcool/drogas ou não aprovam e valorizam o uso
Rejeição sistemática de regras práticas ou atividades organizadas de qualquer ordem (familiar, escolar, religiosa ou profissional)	Envolvimento em atividades organizadas de qualquer ordem (familiar, escolar, religiosa ou profissional)

Fonte: BRASIL, 2003a.

Numa perspectiva ampliada de saúde, devem necessariamente constar de uma política de atenção integral aos usuários de álcool e drogas as seguintes ações:

- Tratamento na atenção primária;
- Acesso à informação;
- Abordagem da comunidade, dos familiares e dos próprios usuários (BRASIL, 2003a).

7.3.3. Uso/dependência ao tabaco

Atualmente, tornou-se praticamente um consenso que o tabagismo é uma doença resultante da dependência de nicotina. Os usuários dos produtos de tabaco se expõem a aproximadamente 4.700 substâncias tóxicas. Apesar disso, apenas na décima revisão da CID, a OMS passou a incluir o tabagismo no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (OMS, 1993).

Dados da OMS informam que o total de mortes decorrentes do tabagismo é de cerca de 5 milhões ao ano, podendo alcançar o patamar de 8,4 milhões/ano em 2020, especialmente em indivíduos na idade produtiva (35-36 anos) se nada for feito para modificar a situação atual (WHO, 2001 apud BRASIL, 2003b). No Brasil, são estimadas cerca de 200 mil mortes/ano em consequência do tabagismo (OPAS, 2002 apud BRASIL, 2003b).

O tabaco já é a segunda droga mais consumida em todo mundo pelos jovens e essa tendência se reproduz no Brasil. Não é à toa que o tabagismo é um hábito tão disseminado na nossa sociedade: trata-se de uma droga lícita, de fácil aquisição e baixo custo. A mídia tem historicamente associado o hábito de fumar a sucesso, beleza e juventude, liberdade e prazer. Reflexo disso é o fato de a maioria dos fumantes iniciarem o hábito de fumar antes dos 19 anos de idade (BRASIL, 2003b).

De acordo com o Programa Nacional do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer do Inca, existem três pilares para que os programas voltados ao controle do tabagismo se sustentem: ações educativas, ações legislativas e ações econômicas (BRASIL, 2003b).

As ações educativas são a estratégia mais acessível para as operadoras de planos de saúde e para os prestadores. Essas campanhas podem ser pontuais, mas são mais efetivas quando se tornam ações permanentes, por meio de educação continuada, podendo ocorrer tanto nos serviços de saúde como também nas empresas, em caso de planos coletivos.

Atualmente, existem alguns métodos bastante utilizados e recomendados pela literatura para favorecer o abandono do tabagismo:

- A abordagem psicológica de base cognitivo-comportamental, que envolve a detecção de situações de risco de recaída e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Podem-se empregar várias estratégias para auxiliar o paciente a quebrar com o círculo vicioso da dependência como a automonitoração, o controle de estímulos, o emprego de técnicas de relaxamento e procedimentos aversivos (BRASIL, 2001c);
- Alguns tratamentos farmacológicos, que podem ser nicotínicos (conhecidos como TRN - Terapia de Reposição de Nicotina, apresentando-se, no Brasil, nas formas de adesivo e goma de mascar) ou não-nicotínicos (como, por exemplo, bupropiona, nortriptilina e clonidina).

7.3.4. Transtornos depressivos, ansiosos e alimentares

Segundo dados da ABP, esses transtornos acometem cerca de 22 milhões de pessoas, correspondendo a, aproximadamente, 12% da população brasileira. Apesar de geralmente não necessitar de internações, esse grupo demanda serviços extra-hospitalares e responde por uma das maiores causas de afastamento no trabalho, necessitando de acompanhamento ambulatorial específico (ABP, 2006). Apesar de eventualmente necessitarem de atendimento de urgência e emergência e, muito raramente, de uma curta internação, os portadores de transtornos depressivos, ansiosos e alimentares devem contar com atenção ambulatorial de qualidade, prioritariamente com médico psiquiatra e psicólogo.

Depressão unipolar

A depressão representa uma das mais prevalentes patologias psiquiátricas, afetando cerca de 340 milhões de pessoas em todo o mundo. Estima-se que em 2002, a depressão unipolar foi responsável por 4,5% dos anos de vida vividos com alguma desabilitação (WHO, 2004). A prevalência na população varia de 3 a 11% e é duas vezes maior entre as mulheres do que entre os homens (AMB, CFM, 2001). A depressão unipolar é a principal causa de desabilitação na Europa e estima-se que se torne a segunda colocada no *ranking* da carga de doença em 2020, responsável por 5,7% dos anos vividos com alguma desabilitação, logo atrás da doença isquêmica do coração. Isto significa que a depressão unipolar será, sozinha, a responsável por um terço de todas as causas de desabilitação por condições neuropsiquiátricas no mundo (WHO, 2004). O desencadeamento do quadro depressivo e suas recaídas são influenciados por um conjunto abrangente e flexível de fatores de risco e de proteção nos diversos estágios da vida. Podem ser de ordem biológica, psicológica, familiar ou social e estão distribuídos de forma desigual nas populações, sendo os mais comuns descritos no quadro abaixo:

Fatores de Risco e Proteção para a Depressão Unipolar	
Fatores de Risco	Fatores de Proteção
depressão entre os pais	sensação de habilidade
negligência e abuso na infância	autoestima
eventos estressantes de vida	autoeficácia
	resistência ao estresse
	suporte social

Transtornos ansiosos

Assim como a depressão, os transtornos ansiosos estão entre os mais prevalentes em diversos países e culturas. Eles compõem um vasto espectro de condições clínicas como, por exemplo, a fobia social, distúrbio do estresse pós-traumático e transtorno do pânico. O custo anual dos transtornos ansiosos nos EUA em 1990 foi de aproximadamente 64 bilhões de dólares. Muitos transtornos ansiosos se iniciam ainda na infância e adolescência – fases de vida de risco para tais patologias, mas não progridem necessariamente na fase adulta. (MAJCHER; POLLACK, 1996 apud WHO, 2004).

Fatores de Risco e Proteção para o desenvolvimento de Transtornos Ansiosos	
Fatores de Risco	Fatores de Proteção
país com transtornos de ansiedade	sentimento de autocontrole
abuso infantil	autoestima preservada
acidentes, violência, guerras e outros traumas	suporte social

Transtornos alimentares

As principais patologias aqui agrupadas são a anorexia nervosa e a bulimia nervosa cuja prevalência na população adolescente e de adultos jovens do sexo feminino é, respectivamente, entre 0,5% e 1% e entre 0,9% e 4,1% (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000; KURTHET et al, 1995; SHISSLAK, CRAGO; EsseS, 1995; KEEL, LEON; FULKERSON, 2001 apud WHO, 2004). Nos EUA, a anorexia nervosa é a terceira condição crônica mais comum entre meninas na adolescência, atrás apenas da obesidade e da asma. Entre as adolescentes, 5% a 15% utilizam métodos de controle dietético inadequados, como indução de vômitos, uso de laxativos e diuréticos (PHELPS; WILCZENSKI, 1993 apud WHO, 2004). A anorexia tem início geralmente entre os 14 e os 18 anos de idade, enquanto a bulimia é mais comum iniciar-se na transição entre adolescência e a vida adulta. Embora tanto a incidência quanto a prevalência desses transtornos seja baixa, as consequências podem ser graves. Em geral, de 25% a 33% dos casos de anorexia e bulimia (25 a 33%) evoluem para condições crônicas. É comum a presença de comorbidades, como o abuso de substâncias psicoativas, depressão e ansiedade. Esses transtornos ocorrem principalmente entre atletas do sexo feminino, bailarinas e modelos.

Fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares
Fatores comportamentais
dietas inadequadas
preocupações excessivas com o peso
insatisfação com o corpo
Fatores sociais e familiares
influência de grupos de amigos
super valorização do corpo magro pela mídia
Fatores psicológicos
ligações emocionais inseguras
abusos físicos e sexuais
ameaças e intimidações
autoestima baixa
dificuldades para lidar com conflitos

7.3.5. Saúde mental de crianças e adolescentes

Em crianças e adolescentes, a saúde mental pode ser conceituada como a capacidade de conseguir manter um nível ótimo de funcionamento e bem-estar psicológico, relacionamentos saudáveis na família e nas relações sociais, além de possuir um sentido de identidade e de autoestima. Também está relacionada com a capacidade de aprender, produzir e enfrentar os desafios do desenvolvimento, utilizando os recursos culturais para maximizar seu crescimento, sendo um fator crucial para a participação ativa na vida social e econômica (DAWES et al, 1997 apud WHO, 2005).

A Atenção à Saúde da Criança representa um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde. Para promover melhorias nesse campo, é necessário desenvolver um conjunto de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças que considere os aspectos epidemiológicos, sociais, culturais, ecológicos e psicológicos desse segmento populacional (AMB, CFM, 2001).

Nas ações de promoção da saúde mental, são fundamentais a redução dos impactos dos fatores de risco e o reforço dos fatores de proteção na família, nas escolas, nos serviços de saúde em geral e na comunidade. A carga associada aos transtornos mentais em crianças e adolescentes é grande, agravada pelo forte estigma e pela discriminação que estão associados. Desse modo, é essencial disponibilizar intervenções efetivas e apoio para os 20% de crianças e adolescentes que, estima-se, sofrem com problemas ou transtornos mentais. (WHO, 2005). Em muitas situações, os transtornos mentais são compreendidos de forma inadequada, e as crianças afetadas são erroneamente encaradas como “não se esforçando o suficiente” ou como “criadoras de problemas” (WHO, 2005).

Em recente pesquisa realizada pela ABP (ABP, 2008), estimou-se a prevalência dos transtornos mentais mais comuns na infância e na adolescência (6 a 17 anos): mais de 3 milhões (8,7%) têm sinais de hiperatividade ou desatenção; 7,8% possuem dificuldades com leitura, escrita e contas (sintomas que correspondem ao transtorno de aprendizagem), 6,7% têm sintomas de irritabilidade e comportamentos desafiadores, 6,4% apresentam dificuldade de compreensão e atraso em relação a outras crianças da mesma idade, 4,2% apresentam sinais importantes de depressão (ABP, 2008).

Na área dos transtornos ansiosos, 5,9% relataram ansiedade importante com a separação da figura de apego; 4,2% em situações de exposição social e 3,9% em atividades rotineiras, como deveres da escola, o futuro e a saúde dos pais. Em relação à questão do uso de substâncias psicoativas, verificou-se que mais de 1 milhão das crianças e adolescentes (2,8%) apresentam problemas significativos com álcool e outras drogas. Na área de problemas de conduta, como mentir, brigar, furtar e desrespeitar, 3,4% das crianças apresentaram problemas (ABP, 2008).

Outros dois dados obtidos pela pesquisa merecem destaque: 12,6% das mães entrevistadas relataram ter um filho com sintomas de transtorno mental importante a ponto de necessitar de tratamento ou auxílio especializado, o que equivale a cerca de 5 milhões de crianças, e a maior parte das crianças e adolescentes apresenta sintomas para mais de um transtorno mental.

A tabela a seguir apresenta os principais achados da pesquisa (ABP, 2008):

Sintomas de transtornos mentais com significância clínica	Revalência*	Não precisou de tratamento*	Precisou de tratamento		
			Não conseguiu tratamento % (IC)	Tratamento SUS % (IC)	Trat. Convênio/particular % (IC)
Hiperatividade/desatenção ^a	8,7%	65,8% (56,6–73,9)	41,9% (26,9–58,6)	38,7% (23,3–56,8)	19,4% (8,6–37,9)
Tristeza/desânimo/choro ^b	4,2%	51,4% (33,8–68,7)	40,0% (22,4–60,7)	53,3% (31,1–74,3)	6,7% (0,8–37,8)
Ansiedade com separação da figura de apego ^c	5,9%	61,9% (49,6–72,9)	33,3% (16,3–56,2)	47,6% (24,9–71,4)	19,0% (6,6–43,8)
Dificuldades com leitura, escrita e contas ^d	7,8%	57,3% (45,3–68,6)	39,3% (24,6–56,1)	50,0% (32,9–67,1)	10,7% (3,3–29,5)
Medos específicos (insetos, trovão etc) ^e	6,4%	74,5% (65–82,1)	34,8% (18,1–56,4)	47,8% (27,9–68,5)	17,4% (6,9–37,3)
Ansiedade em situações sociais ^f	4,2%	71,2% (59,6–80,5)	26,7% (10,2–53,7)	60,0% (32,4–82,4)	13,3% (2,9–43,8)
Ansiedade com coisas rotineiras (provas, o futuro etc) ^g	3,9%	84,5% (75,2–90,8)	28,6% (18,4–41,6)	57,1% (35,6–76,3)	14,3% (3,3–44,7)
Comportamentos desafiadores, opositivos/irritabilidade ^h	6,7%	58,7% (46,1–70,3)	41,7% (25,9–59,3)	37,5% (21,0–57,5)	20,8% (9,0–41,1)
Dificuldades de compreensão/atraso em relação aos outros da mesma idade ⁱ	6,4%	52,7% (39,9–65,2)	39,1% (23,0–58,0)	52,2% (32,3–71,4)	8,7% (2,0–30,7)
Problemas com o uso de álcool e/ou drogas ^j	2,8%	56% (35,2–74,9)	60,0% (27,4–85,6)	30,0% (11,4–58,8)	10,0% (1,5–44,5)
Mentiras/brigas/furtos/desrespeito ^k	3,4%	62,2% (44,4–77,2)	33,3% (18,0–53,2)	50,0% (27,4–72,6)	16,7% (4,0–48,8)

Nota: * prevalência corresponde aqueles que disseram "sim" para sintomas e que precisam de tratamento.

** não precisou de tratamento = "não precisou" e "não sabe".

a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k sintomas sugestivos respectivamente dos diagnósticos de tr. déficit de atenção e hiperatividade, transtorno depressivo, transtorno de ansiedade de separação, transtorno de aprendizagem, fobias específicas, transtorno de ansiedade social, tr. de ansiedade generalizada, tr. desafiador opositivo, retardo mental, transtorno por uso de substâncias, transtorno de conduta

Os transtornos mentais na infância e adolescência podem se manifestar de diversas formas. Atualmente, o entendimento de que transtornos mentais na infância e adolescência podem continuar na vida adulta já está estabelecido (WHO, 2005).

Crianças com pais portadores de transtornos mentais ou usuários de substâncias psicoativas representam uma das populações de maior risco para problemas psiquiátricos. Filhos de pais com depressão têm 50% de risco de desenvolver um transtorno depressivo antes dos 20 anos (BEARDSLEE et al, 1988 apud WHO, 2004). Essa transferência transgeracional, principalmente de depressão e transtornos ansiosos, é atribuída ao resultado de interações precoces entre fatores de risco genéticos, biológicos, psicológicos e sociais (VAN DOESUM, HOSMAN; RIKSEN-WALRAVEN, in press apud WHO, 2004). O estabelecimento de intervenções precoces voltadas para a atenção em saúde mental de crianças e adolescentes oferece uma excelente oportunidade para a prevenção em saúde mental como um todo, uma vez que importante percentual de transtornos mentais em adultos têm o seu início ou fases pré-mórbidas na infância e adolescência (KIM-COHEN et al, 2003).

Estudo prospectivo longitudinal (2003) acompanhou uma coorte representativa de 1.037 indivíduos desde o nascimento até os 26 anos de idade e forneceu dados que sugerem que transtornos mentais em adultos geralmente são precedidos por seus correspondentes juvenis (por exemplo, ansiedade no adulto foi precedida por ansiedade juvenil), mas também por diferentes transtornos. Especificamente ansiedade em adultos e esquizofrenia foram precedidos por uma ampla gama de transtornos juvenis. Entre os adultos portadores de transtornos mentais, de 25% a 60% dos casos tinham história de distúrbio de conduta e/ou desafiador ou de oposição na infância e/ou adolescência. Um dos achados mais importantes do referido estudo foi que o distúrbio de conduta e/ou desafiador ou de oposição fez parte da história de desenvolvimento de todos os transtornos diagnosticados na fase adulta, o que reforça a importância de centrar esforços preventivos numa época da vida cada vez mais precoce. (KIM-COHEN et al, 2003).

A proteção aos direitos humanos de crianças e adolescentes é considerada a estratégia mais importante de prevenção de transtornos mentais. As condições de vida adversas, como abuso infantil, físico, psicológico ou sexual, violência, discriminações, pobreza, guerra, baixa escolaridade etc, têm um impacto significativo no desencadeamento de transtornos mentais (WHO, 2004). Desse modo, os profissionais de saúde devem estar atentos para detectar esse tipo de desrespeito à criança ou adolescente nos serviços de saúde para que seja oferecido um encaminhamento cabível.

Os riscos individuais e familiares, bem como os fatores de proteção aos transtornos mentais podem ser de ordem biológica, emocional, cognitiva, comportamental, interpessoal ou relacionados ao contexto familiar. O abuso infantil e as condições precárias de vida, por exemplo, predisõem à depressão, ansiedade e abuso de drogas. Além disso, o abuso infantil e pais portadores de transtornos mentais também predisõem a depressão e ansiedade na vida adulta, assim como nas próximas gerações. Por outro lado, famílias com segurança nas relações afetivas e com bom suporte social podem reduzir os riscos

para transtornos mentais (HOEFNAGELS, 2005; BEARDSLEE, SOLANTAUS; VAN DOESUM, 2005 apud WHO, 2004).

O comportamento de risco durante a gravidez e eventos estressores na infância e adolescência podem causar vulnerabilidades neuropsicológicas (BROWN; STURGEON, 2005 apud WHO, 2004). Além disso, os problemas conjugais dos pais também podem predispor a problemas mentais nas crianças (SANDLER, AYERS; DAWSON-MCCLURE, 2005; DYER; HALFORD, 1998 apud WHO, 2004).

Algumas vezes, esses fatores predisponentes podem levar a uma sucessão de problemas, como déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) entre crianças pequenas, problemas de comportamento na idade escolar, predispondo a problemas na adolescência como uso de álcool e até depressão da vida adulta. Esses são apenas alguns exemplos do impacto que os fatores de risco e proteção de transtornos mentais podem ter na trajetória individual e familiar (WHO, 2004). Assim, a atenção humanizada em todas as fases da infância é importante para prevenir e/ou tratar os transtornos mentais. Tornam-se relevantes: a atenção qualificada à gestação e ao recém-nascido, a triagem neonatal e o incentivo ao aleitamento materno; o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, o estímulo à alimentação saudável, a orientação à imunização, a atenção a doenças prevalentes e à saúde bucal, a prevenção de acidentes, maus-tratos, violência e, por fim, é de grande importância a atenção à saúde mental propriamente dita (BRASIL, 2005a), contemplando as seguintes ações:

- Acolhimento/escuta a toda criança que procura o serviço, com intercorrências, demandas agudas ou de outra natureza, disponibilizando a resposta mais qualificada;
- Continuidade da assistência, agendando retorno de acordo com a necessidade da criança, de modo a aumentar a resolubilidade da assistência, evitando-se a internação desnecessária;
- Orientação individual e em grupo aos familiares;
- Realização de busca ativa de crianças faltosas ao acompanhamento proposto;
- Levantamento do número de crianças da carteira que apresenta transtornos mentais;
- Captação das crianças com sinais de transtornos mentais, maus-tratos etc em toda oportunidade, ou seja, consultas, visitas a serviços de U/E, entre outras.

A adolescência é o período de transição entre a infância e a fase adulta, caracterizada por intensas transformações biopsicossociais. A Atenção à Saúde do Adolescente também tem como características as ações e o enfoque preventivo e educativo (BRASIL, 2002a).

Na organização da atenção à saúde do adolescente, devem ser levados em consideração os seguintes aspectos:

- Adequação dos serviços de saúde às necessidades específicas dos adolescentes;
- Respeito às características socioeconômicas e culturais do adolescente;
- Participação ativa dos adolescentes no planejamento, no desenvolvimento, na divulgação e na avaliação das ações;
- Respeito à privacidade, confidencialidade e sigilo (BRASIL, 2002a).

Considerando que nessa fase da vida há maior propensão a estigmas e discriminações, os problemas mentais de adolescentes devem ser vistos em um contexto social mais amplo e, por variarem de acordo com os estágios de desenvolvimento, as intervenções devem ser sensíveis a esses estágios e devem levar em consideração as diferenças sociais e culturais. As diretrizes para essa faixa etária devem contemplar, além da promoção da saúde e a prevenção de doenças, o tratamento adequado das patologias.

Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde para atenção à saúde mental da infância e adolescência (BRASIL, 2005a), esta deve ser promovida a partir de uma rede de serviços que garanta os princípios preconizados pela reformulação do modelo de atenção à saúde mental implementada no Brasil, expressos na Lei nº 10.216/01, assim como os preceitos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Em relação aos serviços de atendimento aos casos graves, o ponto central do sistema, a partir do qual se articulam as ações de cuidado, deve ser um serviço aberto e de atenção integral que ofereça um conjunto de atividades, tais como acompanhamento terapêutico, oficinas e brinquedotecas infantis, atendimento a familiares, atendimentos terapêuticos individuais e grupais, entre outras. (BRASIL, 2005a).

Na medida em que outros modelos terapêuticos mostram sua eficácia (ambulatório, brinquedoteca, hospital-dia e outros) o índice de internações diminui. Em último caso, quando indicada internação, os pacientes devem ser acompanhados por um familiar para que seja preservado o vínculo, importante sob o ponto de vista terapêutico. Tal atitude mostra-se de grande importância na diminuição do número de internações e reinternações (ABP, 2006). O Ministério da Saúde recomenda que as internações, quando necessárias, sejam realizadas preferencialmente em hospitais gerais, articulados com a rede de serviços extra-hospitalares.

7.3.6. Saúde mental de idosos

A Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) define envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (OPAS/OMS, 2005). Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %,

ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhão de pessoas com mais de 60 anos, sendo 80% nos países em desenvolvimento. Até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos (OPAS/OMS, 2005). Em todos os países, e especialmente nos países em desenvolvimento, medidas para ajudar pessoas mais velhas a se manterem saudáveis e ativas são uma necessidade, não um luxo (OPAS/OMS, 2005).

Com o aumento da expectativa de vida e do número de pessoas acima de 65 anos de idade no Brasil, o tratamento das condições clínicas e psiquiátricas dos idosos tem adquirido maior importância e impacta nos gastos com saúde. Os idosos podem apresentar de duas a três doenças crônico-degenerativas, o que demonstra que o cuidado em saúde deve levar em conta as comorbidades mais frequentemente observadas, quais sejam: tabagismo, hipertensão arterial, DPOC, doenças pulmonares, dislipidemia e obesidade (VERAS et al, 2008).

À medida que avança a idade, é significativo o aumento da prevalência de transtornos degenerativos, mais acentuadamente os transtornos demenciais. Para citar um exemplo, a prevalência de doença de Alzheimer é de 1% aos 65 anos e alcança até 20% a partir de 85 anos. Outro tema de igual importância e magnitude é a depressão no idoso, tão prevalente quanto a doença de Alzheimer (ABP, 2006). A depressão em idosos tem sido considerada um dos quatro gigantes da geriatria, sendo os outros três a demência, quedas e infecções.

Abaixo, seguem algumas ações importantes na atenção à saúde mental de idosos:

- Oferta de serviços que abordem desde a promoção da saúde mental até o tratamento, reabilitação e reintegração dos idosos portadores de transtornos mentais na comunidade;
- Atenção especial ao aumento de depressão e tendência suicida devido à perda e ao isolamento social;
- Cuidado de qualidade para idosos com demência e outros problemas cognitivos e neurológicos em sua própria casa e em casas de repouso;
- Atenção especial aos idosos com deficiência intelectual de longo prazo;
- Apoio integrado ao indivíduo e à família;
- Orientação aos familiares e/ou cuidadores em relação a opções de habitação para os idosos que eliminem as barreiras físicas para sua independência e interdependência dos familiares;
- Incentivo à participação integral do idoso na comunidade e na vida familiar;

- Estímulo a uma imagem positiva do envelhecimento por meio de informações educativas sobre o envelhecimento ativo e confronto aos estereótipos negativos sobre o envelhecimento;
- Respeito aos contextos e às influências culturais;
- Reconhecimento da importância das diferenças entre gêneros;
- Estímulo ao fortalecimento do vínculo entre as gerações;
- Respeito e compreensão das questões éticas relacionadas à saúde e ao bem-estar na velhice.

É de suma importância ressaltar que esse tema foi tratado com maior profundidade na área de atenção à saúde do idoso.

7.4. Dados para monitoramento de programas

Seguem alguns exemplos de variáveis para a construção de indicadores relacionados à saúde mental:

- Número de consultas psiquiátricas;
- Número de pacientes em psicoterapia;
- Número de pacientes atendidos em regime de hospital-dia/atenção diária;
- Número de pacientes acompanhados pelos programas específicos de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças;
- Número de pacientes acompanhados em serviços extra-hospitalares após internação psiquiátrica por psicose ou neurose grave;
- Número de internações psiquiátricas geral;
- Número de internações de psicóticos e neuróticos graves;
- Número de internações psiquiátricas em hospital geral.

7.5. Links de interesse

Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&tjanela=1

Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil, 2005

http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0379_M.pdf

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID - UNIFESP

<http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/>

8. Saúde bucal

8.1. Introdução

Na saúde suplementar, o modelo de atenção em saúde bucal caracteriza-se pelo enfoque curativo do processo saúde/doença, desconsiderando seus determinantes sociais e ambientais, hábitos e estilo de vida dos indivíduos, valorizando apenas as questões biológicas.

Os conceitos de acolhimento e vínculo não são compreendidos pelos cirurgiões-dentistas, e as ações em saúde bucal, geralmente, ocorrem após a instalação das doenças, reforçando a ênfase na execução de procedimentos curativos e restauradores (BRASIL, 2005c). Observam-se a descontinuidade da atenção e a fragmentação do cuidado, na medida em que cada especialista se encarrega de uma parte do tratamento, sem que haja um profissional responsável pelo acompanhamento do usuário pela linha do cuidado.

A atenção odontológica atravessa uma crise estrutural devido ao esgotamento do modelo hegemônico, caracterizado pelo enfoque biologicista do processo saúde/doença, centrado na assistência especializada e no predomínio do uso de tecnologias duras e leve-duras, constituindo-se em um modelo de alto custo e baixa eficiência.

Durante muitos anos, a assistência odontológica no Brasil deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Em 2003, o Ministério da Saúde – MS concluiu um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliou os principais agravos em saúde bucal (BRASIL, 2004c). Em 2004, foram formuladas as Diretrizes da Política Nacional de Saúde – Brasil Sorridente, que alçou a saúde bucal a um novo patamar no contexto das políticas públicas de saúde.

Atualmente, observa-se um esforço para promover uma maior integração da saúde bucal aos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, prevenção de riscos e doenças, e a consequente revisão das práticas assistenciais.

Para se repensar novas modelagens assistenciais, fundamentadas em diretrizes como a integralidade do cuidado, o vínculo e a responsabilização, há que se aprofundar o debate sobre a natureza do processo de trabalho em saúde bucal, particularmente a sua micropolítica e espaços relacionais, e a sua importância para a organização da assistência. A organização e o funcionamento dos serviços de saúde, em especial suas opções tecnológicas, são discussões que têm marcado o campo de formulação dos novos modelos assistenciais para a saúde.

Merhy (1997) focaliza a discussão da formação dos serviços de saúde e dos modelos tecnoassistenciais, na organização do processo de trabalho, tendo como núcleo os trabalhadores e usuários. Usa como foco de suas análises a ação cotidiana dos trabalhadores na construção de determinado modelo. Essa micropolítica revela o trabalho vivo em ato, a liberdade de ação do trabalhador na execução do seu processo de trabalho, e a possibilidade de criar e inventar caminhos diferentes.

Esse pensamento instiga uma análise crítica das práticas, mediante um processo de rompimento com um saber estático imposto nas Faculdades de Odontologia, onde os currículos de formação do profissional de saúde continuam impregnados pelo estudo de técnicas e patologias, em detrimento das ações preventivas e das dimensões humanas e sociais das doenças bucais.

Destaca-se a necessidade da construção de um modelo de atenção em saúde bucal, produtor de saúde, centrado no usuário, que opere tecnologias leves, com enfoque em ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças e que ofereça uma atenção multidisciplinar, onde as práticas e saberes resgatem o vínculo e a responsabilização profissional-paciente, aplicando-se o princípio da integralidade (ANS, 2008).

As práticas de prevenção e promoção da saúde bucal têm suas efetividades demonstradas no que tange à redução de custos e à diminuição da incidência de certos agravos. Entretanto, quando elas ocorrem desarticuladas de práticas de humanização e mudanças nos padrões relacionais entre profissionais de saúde e usuários, não provocam melhorias no modo de produção do cuidado e na qualidade do atendimento, prevalecendo o foco em doenças, a fragmentação do cuidado e a incapacidade de lidar com os sofrimentos e expectativas dos indivíduos.

8.2. Principais agravos em saúde bucal

8.2.1. Cárie dentária

A cárie dentária é uma doença infecto-contagiosa que resulta na perda localizada de minerais dos dentes afetados, causada por ácidos orgânicos provenientes do metabolismo microbiano, a partir dos carboidratos da dieta (BARATIERI et al, 1989).

A atividade metabólica das bactérias provoca um contínuo processo de desmineralização e remineralização do tecido dentário, cujo desequilíbrio poderá causar a destruição do dente. O estágio inicial da doença, antes da formação das cavidades, é detectado pela ocorrência de manchas brancas rugosas e opacas na superfície dentária. Portanto, a doença se instala antes do aparecimento de sua manifestação visível: as cavidades.

O desenvolvimento da doença é influenciado por vários fatores, o que a caracteriza como multifatorial e usualmente crônica. Portanto, a atividade de cárie (risco) deve ser considerada alta quando o indivíduo apresentar os fatores cariogênicos agindo em condições críticas para a ocorrência da doença.

O flúor poderá atuar como agente preventivo da doença, em adição ao controle dietético e dos fatores de risco e à remoção do biofilme dentário, promovendo o equilíbrio do processo de des/remineralização dentária, e também como agente terapêutico estimulando a remineralização das manchas brancas ativas, evitando a formação de cavidades (BARATIERI et al, 1989).

Dessa forma, somente o tratamento restaurador das cavidades não garante o controle da doença, sendo necessário intervir também sobre os seus fatores condicionantes e determinantes (BRASIL, 2006h).

8.2.2. Doença periodontal

Dentre os fatores etiológicos mais comuns das doenças periodontais podemos considerar o fumo, o estresse, a depressão, a higiene bucal inadequada, hábitos culturais e estilo de vida, condições econômicas e sociais e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A doença periodontal é apontada como a sexta maior complicação do diabetes mellitus. Complicações respiratórias e cardiovasculares, bem como a ocorrência de partos prematuros e bebês de baixo peso ao nascer também estão associadas à inflamação periodontal.

A doença periodontal é uma doença infecto-inflamatória que acomete os tecidos de proteção (gengiva) e sustentação (cimento, ligamento periodontal e osso alveolar) dos dentes. Caracteriza-se pela perda de inserção do ligamento periodontal e destruição do tecido ósseo adjacente, podendo levar à mobilidade e à perda dentária. Seu desenvolvimento corre em função do desequilíbrio entre as ações da agressão bacteriana sobre esses tecidos e a defesa do hospedeiro, tendo como principal fator determinante o biofilme dentário.

Essa doença tem o seu desenvolvimento acelerado em pacientes portadores de doenças metabólicas (diabetes, hipertensão e alterações hormonais), imunossuprimidos e fumantes. A doença periodontal se constitui, atualmente, em um importante fator de risco para parto prematuro, nascimento de crianças com baixo peso, doenças vasculares e cardíacas (BRASIL, 2006h).

A doença periodontal pode ser prevenida por meio de ações que visem à promoção da saúde, o controle dos fatores de risco, acesso aos serviços de saúde, remoção de biofilme e cálculo.

8.2.3. Câncer de boca

O controle do câncer no Brasil representa um dos grandes desafios que a saúde pública enfrenta e demanda ações intersetoriais e multidisciplinares. O câncer de boca é uma denominação que inclui os cânceres de lábio e da cavidade oral (mucosa bucal, gengívas, palato duro, língua e assoalho da boca) e está entre as principais causas de óbito por neoplasias. Mundialmente, os cânceres da cabeça e pescoço correspondem a 10% dos tumores malignos e aproximadamente 40% desses tumores ocorrem na cavidade bucal (BRASIL, 2002b).

Representa uma causa importante de morbimortalidade uma vez que mais de 50% dos casos são diagnosticados em estágios avançados da doença. Tende a acometer indivíduos do sexo masculino de forma mais intensa e 70% dos casos são diagnosticados em indivíduos com idade superior a 50 anos. Localiza-se, preferencialmente, no assoalho da boca e na língua e o tipo histológico mais frequente (90 a 95%) é o carcinoma epidermoide (BRASIL, 2006h).

Segundo a Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, realizada pelo Instituto Nacional do Câncer – Inca, esta neoplasia apresentou cerca de 10.380 novos casos entre homens e 3.780 novos casos entre as mulheres no ano de 2008. Isto representa cerca de 6% e 2%, respectivamente, em relação a todos os tipos de câncer, à exceção do câncer de pele não melanoma (INCA, 2008).

O câncer de boca é uma doença que pode ser prevenida de forma relativamente simples, por meio de ações que visem à promoção da saúde e controle dos fatores de risco, acesso aos serviços de saúde e o diagnóstico precoce.

8.2.4. Má oclusão

A má oclusão é uma deformidade dento-facial que se apresenta como uma variação clínica significativa do crescimento normal, devido a um desvio morfo-funcional de natureza biofísica do aparelho mastigatório, resultante da interação de vários fatores ambientais e congênitos que interferem na formação e no desenvolvimento do esqueleto crânio-facial, alterando sua função e forma (BRASIL, 2006h).

A lesão primária, segundo a idade e a constituição óssea do indivíduo, pode provocar distintas lesões secundárias. Quanto mais tempo durar uma lesão primária, mais graves e em maior número serão as secundárias e os problemas resultantes desse processo de crescimento desarmonioso.

O diagnóstico precoce dessas lesões, quando acompanhado de um tratamento adequado, favorece o rompimento do circuito patológico ou lesão em cadeia.

As oclusopatias têm se constituído em objeto de muitos estudos epidemiológicos em nível internacional, especialmente com relação à frequência e distribuição desses agravos.

É fundamental, epidemiologicamente, a identificação dos indivíduos ou comunidades em que as oclusopatias ou anomalias dento-faciais estejam causando dificuldades funcionais ou impedimento psicossocial, quando estas se desviam significativamente dos padrões estéticos aceitáveis pela sociedade.

8.2.5. O edentulismo.

O edentulismo é o quadro de perda de todos os dentes na arcada dentária. As perdas dentárias podem ocorrer por motivos diversos. Entre os mais importantes estão a cárie dentária e a doença periodontal. Quando ocorre a perda de um ou de vários dentes, o ideal seria reabilitar com próteses essas perdas. Se a perda for de alguns dentes, uma opção seria reabilitar com próteses parciais removíveis e, se a perda for de todos os dentes da arcada, uma dentre as opções de tratamento existentes é reabilitar com próteses totais removíveis. A reabilitação é importante, porque devolve função à cavidade oral, tanto na mastigação, como na fala, respiração e recomposição dos dentes perdidos, contribuindo para o equilíbrio do sistema mastigatório e sociabilização do indivíduo. Em 2003, os dados obtidos por meio do “Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira - SB Brasil 2003” apontaram a perda dentária como um grave problema. Tanto na arcada superior quanto na arcada inferior, cerca de 85% da população adulta, e quase 99% dos idosos, usam ou necessitam de algum tipo de prótese dentária. Especificamente com relação ao uso e necessidade de prótese total, mais de 28% dos adultos não possuem nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada. E três em cada quatro idosos não possuem nenhum dente funcional. As “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” destacaram as ações de reabilitação fundamentadas na recuperação parcial ou total das funções perdidas decorrentes da doença, visando reintegrar o usuário à sociedade e a atividades profissionais (MANTINI, 2010).

8.3. Diretrizes para a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças bucais

A reorientação do modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar possui algumas diretrizes baseadas na Política Nacional de Saúde Bucal do MS (BRASIL, 2004c).

1. Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde, não descuidando da atenção nas situações de urgência;

2. Estimular a interdisciplinaridade e o multiprofissionalismo, respeitando os limites da cobertura contratada;

3. Estimular as ações de promoção e prevenção, intervindo positivamente no processo saúde/doença/cuidado:

- Higiene bucal supervisionada: a remoção do biofilme dentário promovida pela escovação dental e pelo uso do fio dental tem participação importante na prevenção das doenças bucais, sendo um procedimento de baixo custo e universal; porém, realizá-lo adequadamente requer aprendizado e orientação profissional;
- Fluoroterapia: além do incentivo à prática do autocuidado, por meio da escovação com dentífrico fluoretado e do uso do fio dental, a realização de fluoroterapia tópica complementar (com soluções para bochechos, gel ou verniz fluoretado) é indicada, em função do risco individual do beneficiário. A fluoroterapia não possui restrições no tocante à faixa etária, sendo sua frequência de aplicação dependente da avaliação da atividade de doença individual. A fluoroterapia tem ação otimizada nas superfícies lisas dos dentes (MARINHO et al, 2006);
- Selantes: efetivos na prevenção da cárie de superfície oclusal em casos específicos. São indicados para os dentes que estão presentes na cavidade bucal há menos de 2 (dois) anos, desde que o dente homólogo apresente cárie ou tenha sido atingido pela doença e na presença de placa clinicamente detectável, evidenciando higiene bucal precária (BRASIL 2006h). Sua utilização faz parte da estratégia da odontologia minimamente invasiva (AHOVUO-SALORANTA et al, 2006);
- Terapia Básica Periodontal: é um conjunto de procedimentos terapêuticos que visam à eliminação de todo e qualquer agente etiológico local e compreende o estabelecimento de protocolos para o diagnóstico, prevenção e acompanhamento das doenças periodontais, assim como a indução de procedimentos não-cirúrgicos, como raspagem supragengival e polimento coronário, visando ao controle, à manutenção e ao monitoramento permanente da saúde periodontal (MCLEOD, 2000).

4. Utilizar ações educativas e preventivas, objetivando a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde/doença/cuidado, incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, estimulando o beneficiário a mudar

seus hábitos, apoiando-o na conquista de sua autonomia e no autocuidado. Compreende a abordagem dos fatores de risco ou de proteção comuns, para doenças da cavidade bucal (cárie, periodontal e má oclusão) e para outros agravos (diabetes, hipertensão, obesidade, trauma e câncer), discutindo os efeitos do tabagismo, sedentarismo e de práticas alimentares inadequadas;

5. Utilizar protocolos para a indução das ações de promoção e prevenção. A variabilidade dos critérios de diagnóstico, juntamente com a lógica da produção centrada em procedimentos, induz a rede de prestadores a restaurarem dentes, mesmo quando não há indicação. O sobretratamento e o retratamento de dentes são, infelizmente, uma realidade do setor. Deve ser estimulada a não-intervenção odontológica na medida em que se utilizem medidas permanentes de acompanhamento, monitoramento da saúde bucal e do controle das doenças com desmonopolização do conhecimento para incentivo ao auto-cuidado. A indução de medidas como a fluorterapia (MARINHO et al, 2006), o uso de selantes na dentição decídua (AHOVUO-SALORANTA et al, 2006) e a intervenção minimamente invasiva fazem parte de um sistema preventivo em saúde bucal. A indução dos procedimentos preventivos tem impacto positivo na redução de procedimentos cirúrgico-restauradores de média e alta complexidades, reduzindo custos. Dessa forma, o estabelecimento da periodicidade de consultas educativas deve estar vinculado às necessidades do usuário, ou seja, o profissional deve adequar as consultas de acompanhamento de acordo com a atividade de doenças e a presença de fatores de risco e hábitos individuais. O tratamento deve priorizar procedimentos conservadores, entendidos como todos aqueles executados para manutenção dos elementos dentários, alterando-se a lógica que leva à mutilação e ao ciclo restaurador repetitivo. Quando a perda de dentes for inevitável ou já estabelecida, convém, na medida do possível, a oferta de próteses parciais e totais para a reabilitação de edêntulos pode significar a melhora de qualidade de vida para estes pacientes e a diminuição de riscos de doenças e complicações (MANTINI,2010)

6. Utilizar as informações epidemiológicas sobre o conjunto de beneficiários para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações implementadas. O conhecimento produzido fornece uma base racional para auxiliar a escolha das intervenções a serem implementadas, em função da situação encontrada (PEREIRA, 1995);

7. Criação de mecanismos de “porta de entrada”. No acesso ao sistema, no âmbito da atenção básica, o beneficiário deverá ser orientado por um clínico geral ou odontopediatra capaz de compreender e explicar os protocolos de funcionamento da rede de serviços contratada. A rede deverá possibilitar e induzir o acesso do beneficiário, além da tradicional “consulta inicial”, às consultas voltadas para a educação em saúde e procedimentos preventivos, intervindo, positivamente, no processo saúde/doença/cuidado. O profissional escolhido será responsável pela referência e contrarreferência do beneficiário nos diferentes estágios de complexidade do sistema (especialidades), devendo sempre retornar ao mesmo profissional, visando à continuidade e manutenção do cuidado (WEYNE, 2004);

8. Criar estratégias de “busca ativa” e identificação dos grupos de risco;
9. Acompanhar o impacto das ações em saúde bucal por meio de indicadores confiáveis e contínuos;
10. Definir uma política de educação permanente para a rede de prestadores, visando à uniformidade operacional e práticas centradas na promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças, pautando-se em evidências científicas.

8.4. Promoção da saúde e prevenção de doenças bucais nos ciclos de vida: orientações específicas

8.4.1. Lactentes (0 a 24 meses)

O cuidado com a saúde bucal dos bebês é importante desde os primeiros dias de vida. O trabalho de prevenção deve ser direcionado à gestante, aos pais e às pessoas que cuidam da criança. É fundamental que os profissionais dos programas de puericultura participem e disseminem as informações necessárias à promoção da saúde e prevenção das doenças bucais (BRASIL, 2006h). O acesso de crianças desse grupo etário aos serviços de saúde deverá ser estimulado, aproveitando as consultas ao pediatra.

Investir nas atividades educativas e preventivas durante a dentição decídua é a melhor estratégia para se evitarem gastos futuros com a realização de procedimentos restauradores na dentição permanente. O aparecimento de lesões cariosas, nessa faixa etária, aponta para comportamentos de risco e sinaliza a necessidade de se priorizar as ações educativas e preventivas.

Orientações específicas

- Higiene bucal: antes da erupção dentária, a limpeza da cavidade bucal (língua e gengiva) deverá ser realizada com o auxílio de um tecido limpo ou gaze embebida em água filtrada/soro. A escovação está indicada a partir da erupção do primeiro dente decíduo;
- Durante a escovação deve-se evitar o uso de dentífrico fluoretado, devido à possibilidade de ingestão pela criança, o que poderá causar fluorose dentária;
- É importante evitar o uso de açúcar ou mel para adoçar os alimentos. Deve-se dar atenção especial aos medicamentos açucarados de uso infantil (xaropes, antibióticos e glóbulos de homeopatia) e às mamadas noturnas, pois podem causar lesões cariosas, cavidades ou não;
- Aleitamento materno: é a melhor forma de estimular o bom desenvolvimento dos dentes e da face do bebê e constitui um importante fator de prevenção da má oclusão dentária, devendo ser realizado com exclusividade até os 6 meses de idade, quando então, deverá ser incentivado o uso progressivo de alimentos em colheres e copos;

- No período da erupção dentária, é comum o aparecimento de alguns sintomas, tais como: salivação abundante, diarreia, aumento da temperatura e sono agitado.

8.4.2. Crianças (2 a 9 anos)

No trabalho multiprofissional, o exame da cavidade bucal das crianças deve ser uma atividade de rotina. Assim, médicos, enfermeiros e outros profissionais, ao observarem a presença de lesões nos dentes ou tecidos moles bucais, deverão fazer o encaminhamento formal para o serviço odontológico (BRASIL, 2006h).

A escovação dentária continua sendo responsabilidade dos pais ou responsáveis. À medida que a criança cresce e desenvolve sua motricidade, deve ser estimulada a realizá-la de forma autônoma; porém, é importante que os pais/responsáveis supervisionem a escovação, tendo em vista a necessidade de uma adequada remoção do biofilme dentário.

Deve-se reforçar a importância de utilizar pequena quantidade de dentífrico, pois a sua ingestão ainda ocorre nessa idade; introduzir o uso do fio dental; orientar quanto à frequência e ingestão excessiva de alimentos açucarados e aderentes; e atentar para a erupção dos primeiros molares permanentes e sua adequada higiene.

8.4.3. Adolescentes (10 a 19 anos)

Na abordagem de adolescentes, é importante o uso de uma linguagem adequada, que considere as mudanças comportamentais típicas dessa fase e aborde conceitos de saúde e estética como formas de aceitação pelo grupo. É importante que o adolescente consolide a ideia do autocuidado e da importância da saúde bucal.

Na adolescência, é mais frequente a ocorrência de alguns problemas como a bulimia, que pode levar à erosão dentária e à ocorrência de cárie na face lingual dos dentes anteriores, bem como o uso de piercing lingual, que pode causar complicações de ordem inflamatória e infecciosa (BRASIL, 2006h).

Nessa idade, é mais frequente o uso de aparelhos ortodônticos, que aumentam as zonas de retenção de biofilme e ampliam as dificuldades na sua remoção. Assim, é importante que se intensifique a atenção com o controle da higiene bucal, ressaltando a necessidade do uso de fio dental específico e a realização de manutenções educativo-preventivas periódicas. A recomendação para uso de terapia com flúor (bochechos diários ou aplicações tópicas) deve ser adotada na identificação de lesões iniciais de cárie visíveis em torno de bandas, *brackets* ou outras superfícies dentárias.

Os riscos de acidentes e traumatismos dentários são comuns entre os adolescentes. Deve-se orientá-los quanto ao uso de protetores bucais para a prática de esportes e a adoção de comportamentos seguros, como o uso de cinto de segurança.

Entre os 17 e 21 anos, ocorre a erupção dos terceiros molares, na maioria das vezes em local de difícil acesso, o que exige cuidado especial na

sua escovação.

A adolescência é uma época de experimentação. É importante a abordagem de fatores de risco como o fumo e o álcool que, além dos malefícios para a saúde geral, também predis põem ao mau hálito, câncer bucal, mancha nos dentes ou doença periodontal.

8.4.4. Adultos (20 a 59 anos)

Em adultos, as manifestações bucais podem estar associadas às doenças crônicas e sistêmicas, como Diabetes Mellitus, tuberculose, HIV/AIDS entre outras.

A doença periodontal é um dos principais agravos que acometem o paciente adulto. As variações clínicas na severidade e prevalência da doença podem ser explicadas pela presença de fatores de risco, tais como: o fumo, as condições sistêmicas e pelo componente genético da doença (BRASIL, 2006h).

A escovação e o uso de fio dental devem ser estimulados visando ao autocuidado. A manutenção da saúde periodontal depende da capacidade do controle de placa bacteriana. As consultas para controle e manutenção preventiva devem ocorrer de acordo com a motivação do paciente, grau de controle de placa e fatores de risco presentes.

Homens acima de 40 anos de idade, fumantes e portadores de próteses mal adaptadas são a população com maior risco para a ocorrência do câncer de boca. Devem ser realizados exames periódicos nos grupos de risco, orientação quanto à realização de autoexame da boca e estímulo à responsabilidade individual pela manutenção da saúde bucal.

Orientações específicas

- Fumantes apresentam maior velocidade de progressão da doença periodontal e maior risco de perda dentária; portanto, deve-se enfatizar a importância da redução do fumo para manutenção da saúde geral e bucal.
- As manifestações bucais comuns em diabéticos não controlados são xerostomia, sensibilidade dolorosa na língua, alteração no paladar, modificação da flora bucal com tendência à candidíase e queilite angular e doença periodontal. O tratamento odontológico do diabético deverá ser priorizado e a higiene bucal, criteriosa, pois as infecções agudas e condições inflamatórias podem aumentar a taxa de glicose. A abordagem multidisciplinar é fundamental, assim como a troca de informações entre os profissionais de saúde quanto à gravidade da doença, grau de controle, ajuste na dose de medicamentos e recomendações nutricionais.
- As manifestações bucais da tuberculose são lesões do tipo verrucoso, ulcerativo ou nodular e geralmente ocorrem na base da língua, em função de microorganismos presentes no escarro. Pode ser um fator de

risco para a doença periodontal, em função da diminuição imunológica aos fatores irritantes.

- As manifestações bucais pelo HIV podem representar os primeiros sinais clínicos da doença. As lesões mais comuns são:
 - » A candidíase, a leucoplasia pilosa e o sarcoma de Kaposi que são considerados marcadores bucais de comprometimento imunológico do usuário.
 - » Doença periodontal de evolução rápida e gengivite ulcerativa necrosante aguda.

8.4.5. Idosos (60 anos ou mais)

As transições demográfica e epidemiológica possibilitaram o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional. Com o avanço da Odontologia, cada vez mais é possível envelhecer com saúde bucal, evitando perdas dentárias e diminuindo a necessidade do uso de próteses.

Durante o processo de envelhecimento podem ocorrer algumas alterações na cavidade bucal. As manifestações mais comuns são: cárie radicular, xerostomia associada ao uso de medicamentos, lesões dos tecidos moles, doença periodontal, edentulismo, abrasão/erosão dentária, halitose, dificuldade de mastigação e deglutição, associados à dificuldade de higienização e necessidade do uso de prótese. A perda dentária traz consequências para a fala, deglutição e mastigação, comprometendo o processo digestivo, a ingestão de nutrientes, o apetite, a comunicação e a autoestima, podendo acarretar a necessidade de uso de dieta pastosa e potencialmente cariogênica.

A prevalência de câncer bucal é maior em idosos, por isso deve-se destacar a importância da realização do autoexame da boca. Os idosos também devem receber orientação quanto à manutenção e adequada higienização das próteses.

O conhecimento da situação sistêmica, emocional, social e econômica do idoso é importante para a elaboração de um plano preventivo/ terapêutico adequado à sua realidade. A intensidade das doenças bucais, o estado de conservação dos dentes e a prevalência de edentulismo são reflexos, principalmente, das condições de vida e do acesso às ações e serviços de saúde bucal, como forte componente social (BRASIL, 2006h). A atividade educativa nesse contexto deve ser direcionada também ao cuidador ou responsável pelo idoso.

8.4.6. Gestantes

Os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais responsáveis pelo acompanhamento da gestante.

Alterações hormonais e imunológicas durante a gestação, mudanças na composição da placa bacteriana, favorecendo a flora periodontopatogênica, acentuam a resposta gengival e periodontal, modificando o quadro clínico na falta de um controle adequado de placa. A gravidez por si só não determina o

quadro de doença periodontal.

A diminuição da capacidade fisiológica do estômago faz com que a gestante passe a ingerir alimentos em menores quantidades e maior frequência, o que pode aumentar o risco à cárie dentária.

Durante a gestação, a mulher deverá ter acesso a orientações sobre os futuros cuidados com o bebê. A qualidade da saúde bucal da mãe está positivamente relacionada à futura condição de saúde bucal do bebê.

Considerando que a mãe tem um papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, ações educativo-preventivas com gestantes qualificam sua saúde e tornam-se fundamentais para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança.

Orientações específicas

- Orientação sobre saúde bucal na gestação e melhores períodos para tratamento;
- Exame de tecidos moles e identificação de risco à saúde bucal;
- Diagnóstico de lesões de cárie e necessidade de tratamento preventivo e/ou curativo;
- Diagnóstico de gengivite ou doença periodontal crônica e necessidade de tratamento;
- Orientações sobre hábitos alimentares (ingestão de açúcares) e higiene bucal.

8.5. Exemplo de programa de promoção da saúde bucal

Na organização dos programas de promoção da saúde bucal sugere-se uma abordagem que enfatize o controle efetivo da placa bacteriana, principal fator etiológico da cárie e da doença periodontal; identifique precocemente fatores de risco e alterações em tecidos moles e mucosas; possibilite o acompanhamento sistemático do usuário por meio de retornos programados, conforme a presença de fatores de risco e atividade das doenças bucais; e promova o desenvolvimento da autonomia do usuário para o autocuidado.

É fundamental a integração dos programas de promoção da saúde bucal com programas que abordem a promoção e prevenção das doenças cardiovasculares e diabetes; promoção da saúde da criança, do adolescente e do idoso.

População-alvo

Sugerimos que a população-alvo dos programas para promoção da saúde bucal seja definida por faixa etária, de acordo com os ciclos de vida, contemplando todos os beneficiários pertencentes a cada grupo específico, independentemente da presença ou ausência de doenças bucais. Dessa forma, as ações

de promoção, prevenção e controle seriam destinadas a todos os componentes da população-alvo, limitando a execução de ações curativas e restauradoras àqueles usuários com doença já instalada.

Atividades sugeridas de acordo com a presença de fatores de risco e atividade das doenças

- Consulta odontológica inicial para a identificação dos fatores de risco e estabelecimento de plano preventivo-terapêutico;
- Consulta odontológica de retorno para reavaliação e controle das condições bucais;
- Exame radiográfico (radiografias periapicais; bite-wings);
- Atividade educativa multiprofissional individual/grupo;
- Orientação com Fonoaudiólogo;
- Orientação com Nutricionista;
- Orientação para o autoexame da cavidade bucal;
- Distribuição de escova de dentes, dentífrico fluoretado e fio dental;
- Instrução de Higiene Bucal e escovação supervisionada individual/grupo;
- Evidenciação de placa bacteriana;
- Profilaxia profissional e polimento coronário;
- Aplicação profissional de flúor tópico;
- Adequação do meio bucal;
- Aplicação de carióstático;
- Raspagem supragengival;
- Selamento oclusal.

Ações complementares para estímulo e adesão do beneficiário ao programa

Comemoração de datas pontuais

- Realização de atividades comemorativas nas principais datas pontuais:
- Dia da Saúde Bucal: 25 de outubro

- Dia Nacional de Combate ao Câncer: 27 de novembro
- Inserir a saúde bucal em outras datas comemorativas
- Elaboração e distribuição de materiais educativos

Informações sobre saúde bucal, com sensibilização sobre a importância da adequada higiene oral e das consequências de hábitos nocivos à saúde bucal

- Incluir no sítio informações sobre saúde bucal
- Incluir informações sobre saúde bucal no serviço de atendimento ao cliente via telefone
- Elaborar e distribuir material educativo sobre saúde bucal para os beneficiários

Dados e indicadores para avaliação e monitoramento

- Taxa de Consultas de Retorno (Total de consultas de retorno no período de avaliação/ Total de beneficiários inscritos no programa no período de avaliação x 10)
- Taxa de Escovação Supervisionada (Total de Escovações Supervisionadas no período de avaliação/ Total de beneficiários inscritos no programa no período de avaliação x 10)
- Proporção de beneficiários sem atividade de cárie na consulta de retorno (Número de beneficiários inscritos que não apresentaram lesões de cárie e/ou atividade de doença na consulta de retorno no período de avaliação/ Número de beneficiários inscritos que realizaram consulta de retorno no período de avaliação x 100)
- Proporção de beneficiários sem atividade de doença periodontal na consulta de retorno (Número de beneficiários inscritos que não apresentaram gengivite e/ou atividade de doença periodontal na consulta de retorno no período de avaliação/ Número de beneficiários inscritos que realizaram consulta de retorno no período de avaliação x 100)
- Número de consultas ao site da operadora
- Número de ligações ao SAC da operadora para buscar informações sobre saúde bucal

8.6. Links de interesse

Caderno de Atenção Básica – Saúde Bucal (Ministério da Saúde)http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal
<http://www.saude.gov.br/bucal>

Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal
http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf

Manual de Especialidades em Saúde Bucal (Ministério da Saúde)
http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/manual_bucal.pdf

Câncer de Boca
<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/falandosobrecancer-deboca.pdf>
http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=324

Manuais SB Brasil
http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/manuais_sbbrasil.php

Referências

A CRISE econômica internacional e os (possíveis) impactos sobre a vida das mulheres. Boletim Mulher e Trabalho, Brasília, DF, 2009. Edição especial. Disponível em: <<http://www.observatoriodegenero.gov.br/eixo/indicadores/publicacoes/boletim-impacto-da-crise-sobre-a-vida-das-mulheres/view>>. Acesso em: 10 jun. 2009.

AAPRO, M. About geriatric oncology. *European Journal of Cancer*, v. 43, n. 15, p. 2141-2143, Oct. 2007.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). *A regulação da atenção à saúde no setor suplementar: histórias e práticas*. Rio de Janeiro: ANS; Brasília, DF: OPAS, 2008.

_____. *Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro, 2005.

_____. Resolução Normativa nº 192, de 27 de maio de 2009. Dispõe sobre a cobertura aos atendimentos nos casos de planejamento familiar e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2 jun. 2009. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>>. Acesso em: 25 jul. 2009.

AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH (Maryland, U.S.). *Urinary incontinence in adults: acute and chronic management*. Rockville, 1996. (Clinical Practice Guideline, n. 2).

AHOVUO-SALORANTA, A. et al. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 4, 2008.

ALMEIDA, G. E. S. **Pra que somar se a gente pode dividir? Abordagens integradoras em saúde, trabalho e ambiente.** 2000. Dissertação (Mestrado)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 319-322, fev. 2003.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Fetus and Newborn. **Standards and recommendation for hospital care of newborn infants.** 5th ed. Evanston, IL, 1971.

ANDREWS, G. A. Los desafios del proceso de envejecimiento en las sociedades de hoy y del futuro. In: **ENCUENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO SOBRE LAS PERSONAS DE EDAD**, 1999, Santiago. **Anais...** Santiago: Celade, 2000. p. 247 - 256.

APPLEGATE, W. B. et al. Instruments for the functional assessment of older patients. **New England Journal of Medicine**, v. 322, n. 7, p. 1.207-1.214, 1990.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil.** Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_assit_integral_final.pdf>. Acesso em: 14 maio 2009.

____. **Pesquisa sobre sintomas de transtornos mentais e utilização de serviços em crianças brasileiras de 6 a 17 anos.** Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.abpbrasil.org.br/medicos/pesquisas/>>. Acesso em: 14 maio 2009.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Diagnóstico e tratamento da depressão.** São Paulo: AMB; Brasília, DF: CFM, 2001. (Projeto Diretrizes).

BARATIERI, L. N. et al. **Dentística: procedimentos preventivos e restauradores.** Rio de Janeiro: Quintessence, 1989.

BARROS, M. B. A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 911-926, 2006.

BARROSO JUNIOR, U. et al. Etiology of urinary tract infection in scholar children. **International Brazilian Journal of Urology**, v. 29, n. 5, p. 450-454, 2003.

BERGH, A.; SÖDER, O. Studies of cryptorchidism in experimental animal models. **Acta Paediatrica**, n. 96, n. 5, p. 617-621, 2007.

BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI, A. L.; DEBERT, G. (Org.). *Velhice e sociedade*. Campinas, SP: Papirus, 1999. p. 11-40.

BEYER, J. L. Managing depression in geriatric populations. *Annals of Clinic Psychiatry*, v. 19, n. 4, p. 221-238, Oct.-Dec. 2007.

BLAZER, D. G. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos no idoso. In: BUSSE, E. W.; BLAZER, D. G. *Psiquiatria geriátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 167-183.

BLENNOW, K.; LEON, M. J.; ZETTERBERG, H. Alzheimer's disease. *Lancet*, v. 368, n. 9533, p. 387-403, 29 July 2006.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOTTINO C. M. C. et al. Prevalência de demência em uma amostra comunitária de São Paulo. Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, n.63 (supl 2), n. 32, 2004.

BOTTINO, C. M. C.; LAKS, J.; BLAY, S. L. *Demência e transtornos cognitivos em idosos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BOULT, C. et al. Screening elders for risk of hospital admission. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 41, n. 8, p. 811-817, Aug. 1993.

BOULT, C.; PACALA, J. T. Care of older people at risk. In: CALKINS, E. et al (Ed.). *New ways to care for older people: building systems based on evidence*. New York: Springer, 1999. p. 65-83.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 abr. 2001a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 02 jul. 2009.

_____. Lei nº 11.935, de 11 de maio de 2009. Altera o art. 36-C da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 maio 2009a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11935.htm>. Acesso em: 20 jun. 2009.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 20 jun. 2009.

____. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jan. 1996. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L9263.htm>>. Acesso em: 02 jul. 2009.

____. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 jun. 1998. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>>. Acesso em: 02 jul. 2009.

____. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF, 2003a.

____. Ministério da Saúde. **A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipe de atenção básica de saúde - módulo básico**. Brasília, DF, 2002.

____. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF, 2005.

____. Ministério da Saúde. **Cadernos de informações em saúde**. Brasília, DF, [2009]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>>. Acesso em: 7 jun. 2009.

____. Ministério da Saúde. **Diabetes mellitus**. Brasília, DF, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16).

____. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília, DF, 2008a.

____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2006b. (Cadernos da Atenção Básica, n. 19).

____. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF, 2006c. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15).

____. Ministério da Saúde. **Obesidade**. Brasília, DF, 2006d. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12).

____. Ministério da Saúde. **Plano nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília, DF, 2004a.

____. Ministério da Saúde. **Política nacional de alimentação e nutrição**. 2. ed. rev. Brasília, DF, 2003b.

____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde mental**. Brasília, DF, [200-]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&tjanela=1>. Acesso em: 27 out. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília, DF, 2006e. (Cadernos de Atenção Básica, n. 14).

_____. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Brasília, DF, 2006f. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17).

_____. Ministério da Saúde. **Saúde do trabalhador**. Brasília, DF, 2001b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 5).

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, DF, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, DF, 2006i.

_____. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Vigitel Saúde Suplementar 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Rio de Janeiro: ANS, 2009c. No prelo.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Manual da CIPA: a nova NR 5**. Brasília, DF, 1999.

BRITO, J. C., PORTO, M. F. S. **Processo de trabalho, riscos e cargas à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1991. (mimeo.).

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 58-71.

CASTRO-COSTA, E. et al. Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community-Dwelling Older Adults (The Bambuí Health Aging Study). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 2, p.104-109, 2008.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (United States).. **CDC growth charts**. Atlanta, 2000. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/growthcharts>>. Acesso em: 12 maio 2009.

COHEN, J. H. Oncology and aging: general principles of cancer in the elderly. In: HAZZARD, W. R. et al. **Principles of geriatric medicine & gerontology**. New York: McGrall Hill, 2003.

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução CONSU nº 15, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre as alterações nas Resoluções CONSU, publicadas no D.O.U de 04 de Novembro de 1998. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 mar. 1999. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>>. Acesso em: 16 jul. 2009.

DELGADO, P. G. A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. *Saúde em foco: informe epidemiológico em saúde coletiva*, ano 6, n. 16, p. 41-43, 1997.

DOMBROVSKI, A. Y. et al. Sex differences in correlates of suicide attempt lethality in late life. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 16, n. 11, p. 905-913, 2008.

DUEL, B. P. et al. A survey of voiding dysfunction in children with attention deficit-hyperactivity disorder. *The Journal of Urology*, v. 170, p. 1521-1524, 2003.

DUNCAN, B. B.; SILVA, O. B.; POLANCZYK, C. A. Prevenção clínica das doenças cardiovasculares. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.). *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ELBADAWI, A. The aging bladder: morphology and urodynamics. *World Journal of Urology*, v. 1, sup. 1, p. 10-34, 1998.

ESTRELLA, K. et al. Detecção de risco para internação hospitalar em população idosa: um estudo a partir da porta de entrada no sistema de saúde suplementar. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 3, p. 507-512, 2008.

FABBRI, R. M. A. et al. Validity and reliability of the Portuguese version of the Confusion Assessment Method (CAM) for the detection of *delirium* in the elderly. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 59, n. 2A, p. 175-179, 2001.

FARINATTI, P. T. V.; FERREIRA, M. S. Saúde, promoção da saúde e educação física: conceitos, princípios e aplicações. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2006.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. *Rastreamento, diagnóstico e tratamento do carcinoma do colo de útero*. São Paulo: AMB; Brasília, DF: CFM, 2001. (Projeto Diretrizes).

FICK, D. M. et al. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US Consensus Panel of Experts. *Archives of Internal Medicine*, v. 163, n. 22, p. 2716-2724, 2003.

FICK, D. M.; MION L. C. *Delirium* superimposed on dementia. *The American Journal of Nursing*, v. 108, n. 1, p. 52-60, 2008.

FISKE, A.; WETHERELL, J. L.; GATZ, M. Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, v. 5, p. 363-389, Apr. 2009.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S.; MACHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

FRANCESCHI, M. et al. Prevalence, clinical features and avoidability of adverse drug reactions as cause of admission to a geriatric unit: a prospective study of 1756 patients. *Drug Safety*, v. 31, n. 6, p. 545-556, 2008.

FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FRIES, J. F. Aging, natural death and the compression of mortality. *New England Journal of Medicine*, v. 303, p. 130-135, 1980.

FUCHS, F. D. Hipertensão Arterial Sistêmica. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.). *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FULTON, A.T. Treating depression in the older adult. *Medicine & Health Rhode Island*, v. 92, n. 6, p. 214-216, 2009.

GAZALLE, F. K. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 38, n. 3, p. 365-371, 2004.

GOLDBERG, J. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: TeCorá, 1994.

GOMES, M. B. et al. Prevalence of patients with diabetes type 2 within the targets of care guidelines in daily clinical practice: a multicenter study of type 2 diabetes in Brazil. *The Review of Diabetic Studies*, v. 3, n. 2, p. 73-78, 2006.

GORZONI, M. L.; FABBRI, R. M. A.; PIRES, S. L. Critérios de Beers-Fick e medicamentos genéricos no Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 54, n. 4, p. 353-356, 2008.

GORZONI, M. L.; PASSARELLI, M. C. G. Farmacologia e terapêutica na velhice. In: FREITAS, E. V., et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GOSNEY, M. Contribution of the geriatrician to the management of cancer in older patients. *European Journal of Cancer*, v. 43, n. 15, p. 2153-2160, 2007.

GUIMARÃES, G. C. et al. Penile squamous cell carcinoma clinicopathological features, nodal metastasis and outcome in 333 cases. *International Brazilian Journal of Urology*, n. 182, p. 528-534, 2009.

GUIMARÃES, J. M. N.; FARINATTI, P. T. V. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 11, n. 5, p. 299-305, 2005.

HERA: Health, Empowerment, Rights and Accountability. New York: IWHC, [200-]. Disponível em: <http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3396&Itemid=824>. Acesso em: 21 ago. 2009.

HERRERA JUNIOR et al. Epidemiologic survey of dementia in a community dwelling Brazilian population. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, v. 16, n. 2, p. 10-108, 2002.

HERRERA JUNIOR et al. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 25, n. 2, p. 70-73, 1998.

HYMAN, A. B, BROWNSTEIN, M. H. Tyson's 'glands': ectopic sebaceous glands and papillomatosis penis. *Archives of Dermatology*, v. 99, p. 31-36, 1969.

INOUE, S. K. A practical program for preventing delirium in hospitalized elderly patients. *Cleveland Clinical Journal of Medicine*, v. 71, n. 11, p. 890-896, 2004.

INOUE, S. K. et al. Clarifying confusion: the confusional assessment method: a new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, v. 113, n. 12, p. 941-948, 1990.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. Brasília, DF, 2002. (Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 9, 2000). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/população/idoso>>. Acesso em: 12 mar. 2008. Acesso em: 12 mar. 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). *Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001*. Rio de Janeiro, 2001.

____. *Câncer colorretal*. Rio de Janeiro, [200-]a. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=325>. Acesso em: 10 out. 2007.

____. *Câncer de próstata*. Rio de Janeiro, [200-]b. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=339>. Acesso em 11 out. 2007.

____. *Câncer de pulmão*. Rio de Janeiro, [200-]c. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=340>. Acesso em 11 out. 2007.

____. *Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2005.

____. *Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2007.

____. *Falando sobre câncer de boca*. Rio de Janeiro, 2002.

_____. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro, 2004.

_____. Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer: modelo lógico e avaliação. 2. ed. Rio de Janeiro, 2003.

_____. Programa nacional de controle do câncer do colo de útero e de mama: viva mulher. Rio de Janeiro, [200-]d. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140>. Acesso em: 24 nov. 2006.

JERGER, J. et al. Effects of age and gender on dichotic sentence identification. *Ear and Hearing*, v. 15, p. 274-286, 1994.

JOINT NATIONAL COMMITTEE ON DETECTION, EVALUATION, AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure [JNC VII]. *JAMA*, v. 289, p. 2560-2572, 2003.

JORM, A. F. et al. The prevalence of dementia: a quantitative survey of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 76, p. 465-479, 1987.

KALACHE, A. et al. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.

KANE, R. L.; OUSLANDER, J. G.; ABRASS, I. B. *Essentials of clinical geriatrics*. 5th ed. New Jersey: McGraw-Hill, 2004.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, v. 185, n. 12, p. 914-919, 1963.

KIM, H. H.; GOLDSTEIN, M. Adult varicocele. *Current Opinion in Urology*, v. 18, n. 6, p. 608-612, 2008.

KIM-COHEN et al. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a perspective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, v. 60, p. 709-717, 2003.

KLEIN, B. E, et al. Associations of visual function with physical outcomes and limitations 5 years later in an older population: the Beaver Dam eye study. *Ophthalmology*, v. 110, p. 644-650, 2003.

KOFF, S. A. et al. The relationship among dysfunctional elimination syndromes, primary vesicoureteral reflux and urinary tract infections in children. *The Journal of Urology*, v. 160, p. 1019-1022, 1998.

KOFF, S. A.; JAYANTHI, V. R. Non-neurogenic lower urinary tract dysfunction. In: WALSH, P. C. et al. *Campbell's Urology*. 8th ed. Philadelphia: Saunders, 2002. p. 2261-2283.

KOLON, T. F. et al. Cryptorchidism: diagnosis, treatment, and long-term prognosis. *The Urologic Clinics of North America*, v. 31, n. 3, p. 469–480, 2004.

KROGER, A. T. et al. General recommendations on immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Morbidity and Mortality Weekly Report*, v. 55, n. RR-15, 2006.

KUHN, S. et al. Clinical differences in daytime wetting subtypes: urge incontinence and postponed voiding. *The Journal of Urology*, v. 182, n. 5, p. 1967–1972, 2009.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, v. 9, p. 179–186, 1969.

LEAL, E. M. O debate sobre a “natureza” da clínica na reforma psiquiátrica brasileira. In: DELGADO, P. G.; LEAL, E. M.; VENÂNCIO, A. T. (Org.). *O campo da atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: TeCorá, 1997.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Revista Brasileira Epidemiologia*, v. 8, n. 2, p. 127–141, 2005.

LEDUC, M. M. S. Imobilidade e síndrome da imobilidade. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

LEFORT, A., ALMEIDA, J.C. *Câncer de próstata: a importância das campanhas de prevenção*. Monografia (Especialização em Geriatria e Gerontologia) – Centro Interdisciplinar de Assistência e Pesquisa em Envelhecimento, Belo Horizonte, MG, 2004.

LETENDRE, J. et al. Topical Triamcinolone for Persistent Phimosis. *The Journal of Urology*, v. 182, n. 4, p. 1759–1763, 2009.

LOURENÇO, R. A. et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 2, p. 311–318, 2005.

LOURENÇO, R. A., MOTTA, L. B. Prevenção de doenças e promoção de saúde na terceira idade. In: VERAS, R. P. (Org.). *Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, Unati-UERJ, 1999.

MALERBI, D. A.; FRANCO, L. J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30–69 yr.: The Brazilian Cooperative Group on the study of Diabetes Prevalence. *Diabetes Care*, v. 15, p. 1509–1516, 1992.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 15, p. 47–65, 2006.

MALTA, D. C. et al. Modelos assistenciais na saúde suplementar a partir da produção do cuidado. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar**. Rio de Janeiro, 2005. p. 143-160.

MANTINI, CATIA. **Integralidade em saúde bucal: a inclusão das próteses removíveis no rol de procedimentos odontológicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Federal Fluminense:Niterói,2010

MARINHO, V. C. C. et al. Combinations of topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels, varnishes) versus single topical fluoride for preventing dental caries in children and adolescents **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 1, 2006.

MARTINS, A .P. V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX a XX**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2004.

MAYO CLINIC. **Delirium: clinical features and course**. Rochester, 2000.

MCGREGOR, T. B. et al. Pathologic and physiologic phimosis: approach to the phimotic foreskin. **Can Fam Physician**, v. 53, p. 445-448, 2007.

MCLEOD, D. E. A practical approach to the diagnosis and treatment of periodontal disease. **JADA**, v. 131, n. 4, p. 483-491, 2000.

MENON, P.; RAO, K. L. What should mothers be counselled about the care of a child's foreskin? **Indian Pediatr**, v. 41, p. 200-201, 2004.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINASSIAN, V. A. Urinary incontinence as a worldwide problem. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 82, n. 3, p. 327-338, 2003.

MITTY, E.; FLORES, S. Suicide in late life. **Geriatric Nursing**, v. 29, n. 3, p.160-165, 2008.

MOFFATT, M. E. et al. Improvements in self-concept after treatment of nocturnal enuresis: randomized controlled trial. **The Journal of Pediatrics**, v. 110, p. 647-652, 1987.

MORI, M. M. et al. Does varicocele grade determine extent of alteration to spermatogenesis in adolescents? **Fertility and Sterility**, v. 90, p. 1769-1773, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: décima revisão**. Genebra, 1993.

____. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília, DF: OPAS, 2005.

____. **Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital.** Genebra, 2005.

OSTER, J. Further fate of the foreskin. *Archives of Disease Childhood*, v. 43, n. 228, p. 200-204, 1968.

PAIXÃO JUNIOR, C. M., HECKMAN, M. F. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. p. 950-961.

PAIXÃO JUNIOR, C. M.; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 1, p. 7-19, 2005.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PERSSON, J. Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. *Obstetrics & Gynecology*, v. 96, n. 3, p. 440-445, 2000.

PIMAZONI NETTO, A. Dados recentes reacendem a polêmica sobre o número de pessoas com diabetes no Brasil. *Debates*, 10 set. 2008. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/colunistas-da-sbd/debates/296-dados-recentes-reacendem-a-polemica-sobre-o-numero-de-pessoas-com-diabetes-no-brasi>>. Acesso em: 13 ago. 2009.

PROGRAM FOR APPROPRIATE TECHNOLOGY IN HEALTH; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO. **Atendendo às necessidades: fortalecendo programas de planejamento familiar.** Rio de Janeiro: BEMFAM, 2007.

RAICHE, M. et al. User guide for the PRISMA 7 questionnaire to identify elderly people with server loss of autonomy. In: HÉBERT, H.; TOURIGNY, A.; GAGNON, M. **Integrated service delivery to ensure person's functional autonomy.** [S.l.]: Edisem, 2005. p. 147-166.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003.

RIBEIRO, J. M. **A Agência Nacional de Saúde Suplementar e as políticas de saúde mental direcionadas para portadores de enfermidades mentais severas.** Rio de Janeiro: ANS, 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_09_JMendes_SaudeMental.pdf>. Acesso em 9 ago. 2009.

RICHIE, J. P, STEELE, G. S. Neoplasm of the testis. In: WALSH, P. C. et al. **Campbell's Urology**. 8th ed. Philadelphia: Saunders, 2002. p. 2876-2919.

ROMANI, F. A. Prevalência de transtornos oculares na população de idosos residentes na cidade de Veranópolis, RS, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 68, n. 5, p. 649-655, 2005.

SANTOS, F. S. Mecanismos fisiopatológicos do *delirium*. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 3, p. 104-112, 2005.

SASSE, A. Câncer de cólon e reto. [S.l., 200-]. Disponível em: <<http://www.andre.sasse.com/colon.htm>>. Acesso em 13 out. 2007.

SCAUZFCA, M. Versão brasileira da escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 1, p.12-17, 2002.

SCHMIDT, M.I. Diabetes Melito: diagnóstico, classificação e abordagem inicial. In: DUNCAN, B.B., SCHMIDT, M.I., GIUGLIANI, E.R.J. (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SCHNECK, F.X., BELLINGER, M.F. Abnormalities of the testes and scrotum and their surgical management. In: WALSH, P. C. et al. **Campbell's Urology**. 8th ed. Philadelphia: Saunders, 2002. p. 2353-2394.

SHEIKH, J.I., YESAVAGE, J.A. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. In: BRINK, T.L. **Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention**. New York: Haworth, 1986. p. 165-173.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO R., MATTOS R. A. (Orgs.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em saúde, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. p.77-89.

SNOWDON, J. How high is the prevalence of depression in old age? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, sup. 1, p. 42-47, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Clínica Terapêutica**, v. 24, n. 6, p. 231-272, 1998.

_____. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 89, n. 3, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Atualização brasileira sobre diabetes**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2005.

____. **Consenso brasileiro sobre diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2.** Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003.

STEIN, A., ZELMANOWICZ, A.M., LIMA, A.K. Promoção da saúde e detecção precoce de doenças no adulto. In: DUNCAN, B.B., SCHMIDT, M.I., GIUGLIANI, E.R.J. (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

TAMMELA, T. Endocrine treatment of prostate cancer. **The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology**, v. 92, n. 4, p. 287-295, 2004.

TASIAN, G. E. et al. Age at orchiopexy and testis palpability predict germ and leydig cell loss: clinical predictors of adverse histological features of cryptorchidism. **The Journal of Urology**, v. 182, p. 704-709, 2009.

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Marca D'água, 2001.

THOMAS, A.W. The natural history of lower urinary tract dysfunction in men: the influence of detrusor underactivity on the outcome after transurethral resection of the prostate with a minimum 10 year urodynamic follow-up. **British Journal of Urology**, v. 93, n. 6, p. 745-750, 2004.

TORQUATO, M.T.; MONTENEGRO JÚNIOR, R.M.; VIANA, L.A. et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. **São Paulo Medical Journal**, v. 121, n. 6, p. 224-230, 2003.

TSCHIEDEL, R.S **Programa de reabilitação audiológica para idosos usuários de aparelhos de amplificação sonora individual e seus interlocutores mais frequentes.** Tese (Doutorado)–Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

UN. High-Level Meeting on Non-Communicable Diseases. Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, Resolution adopted by the 66th General Assembly. United Nations, september, 2011

VERAS, R.P. **Terceira idade: gestão contemporânea em saúde.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

VERAS, R.P., CALDAS, C.P., ARAUJO, D.V. et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 497-502, 2008.

WACKER, P., NUNES, P.V., FORLENZA, O.V. *Delirium* e demência no idoso: existem fatores de risco comuns? **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 3, p. 113-118, 2005.

WETHERELL, J.L. et al. Older adults are less accurate than younger adults at identifying symptoms of anxiety and depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 197, n. 8, p. 623-626, 2009.

WEYNE, S.C. **Impacto da sistematização de uma prática de promoção de saúde nos procedimentos clínicos em um atendimento coletivo privado.** Tese (Doutorado)–Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

WOOD, H.M., ELDER, J.S. Cryptorchidism and testicular cancer: separating fact from fiction. *The Journal of Urology*, v. 181, p. 452-461, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer.** Genebra, Feb. 2009. (Fact sheet n. 297). Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>>. Acesso em 11 out. 2007.

_____. **Child and adolescent mental health policies and plans.** Genebra, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf>. Acesso em 24 jul. 2009.

_____. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation.** Geneva, 2002. (WHO Technical Report Series, n. 916).

_____. **Non-communicable diseases country profiles.** Geneva: World Health Organization, 2011

_____. **Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options.** Genebra, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf>. Acesso em 24 jul. 2009.

ZAMBONI, M. Epidemiologia do câncer do pulmão. *Jornal de Pneumologia*, v. 28, n. 1, p. 41-47, 2002.

ZARIT, S.H., REEVER, K.E., BACK-PETERSON, J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, v. 20, p. 64-551, 1980.

V. Critérios de análise do formulário de cadastramento dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças cadastrados na ANS

A ANS, considerando as exigências definidas no Art.2º da Instrução Normativa Conjunta nº 2, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE e Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, de 7 de julho de 2010 alterada pela Instrução Normativa Conjunta Nº 4, de 24 de fevereiro de 2011 e as instruções de preenchimento do Glossário disponível no sítio da ANS, torna público os critérios para análise dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças cadastrados juntos à ANS. Esses critérios referem-se à análise do Formulário de Cadastramento e, conforme decisão da ANS, poderão sofrer alterações a qualquer tempo.

A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO/ ANS analisará os Formulários de Cadastramento dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças conforme os critérios descritos abaixo e aprovará os programas que atenderem a todos os requisitos. Desse modo, os programas que não atenderem a um ou mais desses requisitos serão considerados reprovados.

1. Regularidade do envio dos sistemas

- A operadora está regular no que se refere ao envio completo do SIP?
- A operadora está regular no que se refere ao envio completo do Diops?

2. Pré-requisitos mínimos

- A meta de cobertura informada pela operadora é de, no mínimo, 20%?
- A operadora possui estratégias de identificação da população-alvo para o programa?
- A operadora possui estratégias de ingresso da população-alvo no programa?
- A operadora possui sistema de informação estruturado, utilizado para registro e acompanhamento dos beneficiários inscritos no programa?
- O sistema de informação permite realizar o controle de entrada e saída de inscritos?
- A operadora informou o coordenador do programa?

3. Detalhamento do plano de ação

- A operadora descreveu a população para a qual se destina o programa?
- A população descrita tem correlação com o tema e/ou área de atenção do programa?
- A operadora apresentou parâmetros demográficos e/ou epidemiológicos que justifiquem a realização do programa de acordo com o tema ou área de atenção selecionados?
- Os resultados esperados são alcançáveis por meio das estratégias descritas?
- O programa possui equipe multiprofissional, ou seja, pelo menos três profissionais de saúde com formação universitária?
- A operadora descreveu as atividades programáticas, informando a periodicidade e atuação dos profissionais em tais atividades?
- As atividades programáticas descritas são suficientes para o alcance das metas e resultados esperados com o programa?
- As atividades programáticas descritas são compatíveis com a área de atenção e/ou temas do programa?
- A alocação e a duração do investimento são compatíveis com os demais itens do plano de ação?
- A bibliografia descrita é compatível com a área de atenção e/ou temas do programa?

4. Indicadores para monitoramento

- A operadora descreveu numerador e denominador de ao menos 1 indicador de processo e 1 de resultado?
- O indicador de processo proposto permite avaliar as atividades desenvolvidas e a operação do programa?
- O indicador de resultado proposto permite avaliar a efetividade das ações do programa?
- As metas de ao menos 1 indicador de processo e 1 de resultado são adequadas?
- Ao menos 1 dos indicadores de processo e 1 de resultado propostos são compatíveis com a área de atenção e/ou temas do programa?

A seguir apresentamos alguns termos ou conceitos de saúde que são de importância no processo de desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Acessibilidade aos serviços de saúde - possibilidade econômica, ou geográfica, ou legal, ou cultural, ou organizativa que uma população possui para ser atendida em um serviço de saúde. Nota: a acessibilidade econômica é a utilização de um serviço a partir do poder aquisitivo da população, frente aos preços dos serviços e medicamentos (BRASIL, 2005).

Alocação de recursos em saúde - forma como o setor saúde distribui seus recursos, financeiros ou não, entre as diferentes alternativas de tecnologias, com vistas a atender às necessidades de saúde da sociedade (BRASIL, 2005).

Análise da situação de saúde - forma de avaliação em que se utiliza o conhecimento epidemiológico para a identificação, descrição e análise dos problemas de saúde de uma determinada população a partir de informações demográficas, epidemiológicas e sociais que permitam a caracterização dos determinantes, riscos e danos à saúde dos diversos grupos segundo suas condições e estilos de vida. Implica, portanto, a delimitação da população a ser analisada, em um território específico, seja a área de abrangência de uma unidade de saúde, um distrito sanitário, um município ou uma microrregião assistencial, um estado, uma região ou país (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Análise de custo em saúde - avaliação econômica parcial, no âmbito da saúde, que considera apenas os custos do uso da tecnologia. Ver Análise de custo/benefício; Análise de custo/efetividade; Análise de custo/minimização; Análise de custo/utilidade; Avaliação econômica em saúde (BRASIL, 2005).

Análise de custo/benefício - método de avaliação econômica que tem por objetivo identificar, medir e valorizar os custos e benefícios sociais de determinadas ações. Distingue-se dos outros métodos de avaliação econômica por valorizar tanto os custos como os resultados em termos monetários (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). Pode também ser considerada como a avaliação econômica completa de tecnologias, no âmbito da saúde, em que tanto os custos das tecnologias comparadas quanto seus efeitos são valorizados em unidades monetárias (BRASIL, 2005). Ver Análise de custo em saúde; Análise de custo/efetividade; Análise de custo/minimização; Análise de custo-utilidade; Avaliação econômica em saúde.

Análise de custo/efetividade – método de avaliação econômica teoricamente menos ambicioso do que a análise de custo/benefício. Distingue-se dessa última pelo fato de os resultados ou consequências dos programas de saúde serem medidos em unidades físicas (por exemplo, anos de vida ganhos ou casos detectados). Esse método justifica-se quando os benefícios são dificilmente monetarizáveis (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). Além disso, também se considera que seja a avaliação econômica completa, no âmbito da saúde, que compara distintas intervenções de saúde, cujos custos são expressos em unidades monetárias e os efeitos, em unidades clínico-epidemiológicas (BRASIL, 2005). Ver Análise de custo em saúde; Análise de custo/benefício; Análise de custo/minimização; Análise de custo/utilidade; Avaliação econômica em saúde.

Análise de custo/minimização – avaliação econômica que compara somente os custos de duas ou mais tecnologias. Nota: os efeitos sobre a saúde que resultam das tecnologias comparadas são considerados similares (BRASIL, 2005). Ver Análise de custo em saúde; Análise de custo/benefício; Análise de custo/efetividade; Análise de custo/utilidade; Avaliação econômica em saúde.

Análise de custo/utilidade – avaliação econômica completa que permite a comparação entre quaisquer tipos de intervenções de saúde e os efeitos dessas, medidos em Anos de Vida Ajustados pela Qualidade (Avaq) (BRASIL, 2005). Nota: os custos de intervenções de saúde são expressos em unidades monetárias. Ver Análise de custo em saúde; Análise de custo/benefício; Análise de custo/efetividade; Análise de custo/minimização; Avaliação econômica em saúde.

Atividade física – qualquer movimento corporalmente produzido pela musculatura esquelética que resulte em gasto energético (CASPERSEN, POWEL; CHRISTENSON, 1985). Trata-se de um comportamento humano caracterizado por determinantes de ordem biológica e cultural, igualmente significativos nas escolhas e nos benefícios derivados desse comportamento (NAHAS, 2006).

Avaliação econômica em saúde – análise comparativa de diferentes tecnologias, no âmbito da saúde, referentes aos seus custos e aos efeitos sobre o estado de saúde. Nota: as principais técnicas de avaliação econômica completa são a análise de custo-efetividade, custo-utilidade, custo-minimização e custo-benefício (BRASIL, 2005). Ver Análise de custo/efetividade; Análise de custo/utilidade; Análise de custo/minimização; Análise custo/benefício.

Cobertura – número de pessoas que participam de cada programa em relação ao total de pessoas que deveriam ser alcançadas, ou seja, de acordo com a população-alvo.

Coefficiente ou taxa – relação entre o número de eventos reais e os que poderiam acontecer multiplicando-se o resultado dessa relação pela base referencial do denominador, que é a potência de 10. No numerador é colocado o número de casos detectados e no denominador, todos os indivíduos sob risco. Utilizado para estimar a probabilidade de ocorrência de determinado evento.

Controle – uma série de atividades destinadas a reduzir a prevalência de um agravo até alcançar um determinado nível que não mais constitua problema de saúde pública (LAST, 1983 apud ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003); operações ou programas desenvolvidos com o objetivo de reduzir a incidência e/ou prevalência ou eliminá-las (WALDMAN; GOTLIEB, 1992 apud ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Controle de custos – estratégia utilizada para o controle dos custos advindos de qualquer sistema de produção de bens e serviços de saúde (BRASIL, 2005). Nota: o controle não significa, necessariamente, o corte ou a redução dos custos.

Custo em saúde – valor dos recursos empregados no uso de uma alternativa terapêutica, de um programa ou de um serviço de saúde durante um período de tempo (BRASIL, 2005).

Despesa em saúde – desembolso que se dá em virtude da obtenção de bens ou de serviços de saúde. Nota: o desembolso não implica uma preocupação com o produto ou serviço a ser gerado (BRASIL, 2005).

Diagnóstico epidemiológico – compreende o conhecimento adequado do que ocorreu no passado e somado ao que se observa no presente, o que possibilita uma perspectiva do futuro. Para tal, é formada uma “base de dados”, utilizada para gerar indicadores com objetivo de conhecer a situação de saúde de indivíduos, guiar programas, reorientar as atividades dos serviços ou formular prognósticos. São componentes básicos de um diagnóstico (coletivo) de saúde num determinado território: suas características demográficas; as características do processo saúde/doença (padrão de morbidade, mortalidade e distribuição de fatores de risco); as características dos recursos disponíveis (serviços de saúde) e seus aspectos ecológicos e sociopolíticos.

Doença – desajustamento ou uma falha nos mecanismos de adaptação do organismo ou uma ausência de reação aos estímulos a cuja ação está exposto. O processo conduz a uma perturbação da estrutura ou da função de um órgão, ou de um sistema ou de todo o organismo ou de suas funções vitais (JENICEK; CLÉROUX, 1982 apud ROUQUAYROL, et al 1988).

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) – grupo de doenças que se caracterizam por apresentar, de uma forma geral, um longo período de latência, tempo de evolução prolongado, etiologia não elucidada totalmente, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito. Compreende majoritariamente doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Muitas dessas doenças desse grupo têm fatores de risco comuns e demandam por assistência continuada dos serviços, envolvendo longos períodos de supervisão, observação e cuidado (OWINGS MILLS, 1987).

Eficácia – refere-se ao resultado de uma intervenção realizada sob condições ideais, bem controladas, como nos ensaios clínicos controlados ou em “centros de excelência”.

Efetividade – refere-se ao resultado de uma intervenção aplicada sob as condições habituais da prática médica que incluem as imperfeições de implementação que caracterizam o mundo cotidiano.

Eficiência – refere-se à análise da relação entre custos e consequências, podendo ser medida ou sob condições próximas do ideal ou na prática diária. Relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada atividade.

Equidade em saúde – princípio segundo o qual a distribuição de recursos é feita em função das necessidades de saúde de uma determinada população (BRASIL, 2005).

Exercício físico – atividade física planejada, sistemática e repetitiva que tem por objetivo a manutenção ou o desenvolvimento de um ou mais componentes da aptidão física (CASPERSEN, POWEL; CHRISTENSON, 1985).

Frequência de utilização – relação entre o número de eventos no item de despesa pelo número de expostos no mesmo item de despesa.

Gasto – entidade econômico-contábil que está relacionada com a aquisição de bens e serviços durante um período de tempo (BRASIL, 2005).

Gestão da enfermidade – ferramenta da gestão em saúde que tem como objetivo minimizar o custo global de atenção à determinada doença, por meio dos seguintes procedimentos: i) identificar todos os fatores de gastos que são produzidos durante a história natural da enfermidade; ii) analisar as relações entre os fatores de gasto; e iii) definir as intervenções sanitárias, necessárias para alcançar os melhores resultados clínicos e uma minimização nos custos (BRASIL, 2005).

Grupos de autoajuda – os *self-help*, de autogestão, procuram auxiliar as pessoas a resolverem seus problemas relacionados a eventos traumáticos decorrentes do acometimento de doenças de natureza aguda ou crônica (por exemplo, transtornos aditivos, Incapacitações, situações de causas existenciais, traumas etc). São grupos homogêneos no sentido de que seus participantes passam pelo mesmo problema. Esta modalidade de grupo é amplamente difundida e faz parte do “Projeto Saúde para Todos no ano 2000”, da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Grupos operativos – é um tipo de grupo terapêutico, introduzido pelo psicanalista argentino Pichon Rivière na década de 40. Segundo seu criador “o grupo operativo é um instrumento de trabalho, um método de investigação e cumpre, além disso, uma função terapêutica”. Por meio da realização de tarefas, os membros do grupo esclarecem suas dificuldades individuais, rompem com os Essereótipos, esclarecendo os obstáculos que impedem o desenvolvimento individual. Auxilia os componentes do grupo a encontrarem as próprias condições de resolver ou enfrentar os seus problemas. Para Rivière, o indivíduo é a resultante de um interjogo dinâmico estabelecido entre o sujeito e os objetos internos e externos por meio do vínculo. O indivíduo é visto não como um ser isolado, mas incluído dentro de um grupo social.

Grupos terapêuticos – visam fundamentalmente a uma melhoria de alguma situação de patologia dos indivíduos, quer seja estritamente no plano da saúde orgânica, quer no do psiquismo ou em ambos. Não há um específico corpo teórico existindo inúmeras vertentes, tais como grupo de orientação psicanalítica, psicodramático, da teoria sistêmica, da corrente cognitivocomportamental, de abordagem holística etc.

Indicadores de saúde – são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 1999).

Inquérito epidemiológico – o estudo epidemiológico das condições de morbidade por causas específicas, efetuado em amostra representativa ou no todo de uma população definida e localizada no tempo e no espaço. Estudo levado a efeito quando as informações são inexistentes ou, se existentes, são inadequadas em virtude de diagnóstico deficiente, notificação imprópria ou insuficiente, mudança de comportamento epidemiológico de determinadas doenças, dificuldade na avaliação de cobertura ou eficácia vacinais etc (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 1999; TEIXEIRA; RISI JÚNIOR, 1999).

Investigação de resultados em saúde – Atividade multidisciplinar que, em condições de prática clínica habitual ou efetividade, utiliza métodos de investigações experimentais ou observacionais para medir os resultados das intervenções de saúde (BRASIL, 2005).

Lazer ativo – conceito que propõe a inclusão de atividades físicas prazerosas e de livre escolha no tempo em que não se está trabalhando, de preferência com familiares e amigos e em contacto com a natureza (NAHAS, 2003).

Linhas de cuidado – constitui-se em “modelos de atenção matriciais que integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, como também, uma visão global das condições de vida” (BRASIL, 2006).

Medicina baseada em evidências – pretende ser um novo paradigma, proposto e desenvolvido por um Grupo de Estudos da Universidade McMaster, do Canadá, na década de 80, com finalidades assistenciais e pedagógicas. Trata-se de um processo sequencial, constituído pelas etapas: (1a) levantamento do problema e formulação da questão; (2a) pesquisa da literatura correspondente; (3a) avaliação e interpretação dos trabalhos coletados, mediante critérios bem definidos; (4a) utilização das evidências encontradas, em termos assistenciais, de ensino e ou de elaboração científica. Apóia-se no tripé epidemiologia clínica, bioestatística e informática médica, que constitui seu instrumento de pesquisa e análise, ou seja, o seu próprio processo, visando obter resultados que orientam suas ações, isto é, o seu produto (DRUMMOND et al, 1998).

Medicina preventiva – a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e promover a saúde física e mental e a eficiência (LEAVELL; CLARK, 1976).

Métodos de apuração de custos – Ferramentas voltadas para o dimensionamento dos custos de serviços ou de programas de saúde oferecidos por instituição ou órgão específico. Nota: os principais métodos de apuração de custos podem ser: i) custeio por absorção; ii) custeio direto ou variável; iii) custeio por procedimento ou doença; e iv) custeio ABC (BRASIL, 2005).

Modelo assistencial de saúde – combinação de tecnologias utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade (PAIM, 2003).

Modelos assistenciais alternativos – modelos que visam à integralidade da atenção à saúde, atentando fundamentalmente para as necessidades de saúde da população num dado território, e para o impacto sobre elas. Portanto, proporcionam uma oferta organizada em função dos principais agravos e grupos populacionais prioritários e, conseqüentemente, uma reorientação da demanda. É o modelo proposto pelo SUS (PAIM, 2003).

Modelo médico assistencial privatista – modelo voltado para “demanda espontânea”, isto é, tende a atender os indivíduos que, na dependência do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, procuram por “livre iniciativa” os serviços de saúde. Nesse modelo, as instituições de saúde se restringem a manter em funcionamento uma dada oferta de atendimento. Não é exclusivo do setor privado, estando presente nos serviços públicos enquanto não se reorganizam para atender às necessidades de uma população definida (PAIM, 2003).

Monitorização – termo que abrange três campos de atividade (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003):

- Elaboração e análise de mensurações rotineiras visando detectar mudanças no ambiente ou no estado de saúde da comunidade, não devendo ser confundida com vigilância. Para alguns, monitorização implica intervenção à luz das mensurações observadas;
- Contínua mensuração do desempenho do serviço de saúde ou de profissionais de saúde, ou do grau com que os pacientes concordam com ou aderem às suas recomendações;
- Em administração, a contínua supervisão da implementação de uma atividade como objetivo de assegurar que a liberação dos recursos, os esquemas de trabalho, os objetivos a serem atingidos e as outras ações necessárias Essejam sendo processados de acordo com o planejado.

Morbidade – variável característica das comunidades de seres vivos, que se refere ao conjunto dos indivíduos que adquiriram doenças num dado intervalo de tempo. Denota-se morbidade ao comportamento das doenças e dos agravos à saúde em uma população exposta (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 1999; TEIXEIRA; RISI JÚNIOR, 1999).

Mortalidade – variável característica das comunidades de seres vivos, refere-se ao conjunto dos indivíduos que morreram num dado intervalo de tempo (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 1999; TEIXEIRA; RISI JÚNIOR, 1999).

Necessidade – Carência, falta ou privação de algo estimado como desejável, associada à vontade de supri-la. Nota: as necessidades podem ser dos seguintes tipos: i) primárias ou básicas; ii) secundárias ou acidentais; e iii) coletivas ou sociais. (BRASIL, 2005).

Necessidades de atenção à saúde – Situações em que um indivíduo padece, ou crê que padece, de uma carência de saúde, percebida ou definida por um profissional de saúde, para a qual existe um tratamento efetivo e aceitável. (BRASIL, 2005). Ver Necessidade.

População-alvo – Número de beneficiários que devem ser alcançados pelo programa.

Prevalência – casuística do número de casos existentes de uma determinada doença que se destaca por seus valores maiores que zero sobre os eventos de saúde ou não-doença, em uma determinada população e em um dado momento do tempo.

Prevenção – termo que, em saúde pública, significa a ação antecipada, tendo por objetivo interceptar ou anular a evolução de uma doença. As ações preventivas têm por fim eliminar elos da cadeia patogênica, ou no ambiente físico ou social ou no meio interno dos seres vivos afetados ou susceptíveis. Os meios a serem empregados na profilaxia ou na prevenção poderão ser aplicados em vários períodos que constituem a história natural da doença. Em outras palavras, podem servir para impedir que o estímulo desencadeante atinja o organismo ou, ainda, para modificar-lhe as consequências (ROUQUAYROL, 1988).

Prevenção primária – prevenção realizada no período pré-patogênico e se compõe de dois níveis: promoção à saúde (ver definição em promoção à saúde) e proteção específica. A proteção específica compreende a aplicação de medidas dirigidas a determinado agravo à saúde com objetivo de interceptar suas causas antes mesmo que atinjam o indivíduo. São exemplos: imunização, quimioprofilaxia para certas doenças, proteção contra acidentes, controle de vetores, aconselhamento genético (LEAVELL; CLARK, 1976; MORAES, 1985; ROUQUAYROL, 1988; FORATTINI, 1992).

Prevenção secundária – prevenção realizada no indivíduo sob ação do agente patogênico, isto é, quando o período pré-patogênico já foi ultrapassado e o processo mórbido desencadeado. As medidas preventivas nesse nível incluem: diagnóstico precoce, tratamento imediato e limitação da incapacidade. O diagnóstico precoce pode ser feito por meio de: a) rastreamento (*screening*), ou seja, inquérito específico para descoberta de casos na população; b) controle geral (*check-up* orgânico), que se realiza após determinada idade, com fim de constatar a possível presença de doenças que, pelo seu lento decurso, podem passar despercebidas, durante muito tempo. As duas primeiras medidas citadas visam evitar a disseminação de doenças transmissíveis, além de prevenir a morte por meio da redução da gravidade da doença e, se possível, recuperação da saúde. Já a limitação de incapacidade, por meio de medidas de ordem terapêutica, consiste em evitar complicações posteriores e sequelas (MORAES, 1988; ROUQUAYROL, 1988; FORATTINI, 1992).

Prevenção terciária – corresponde às medidas adotadas após a sobrevida das consequências da doença, representadas pela instalação de deficiências funcionais. O objetivo consiste em alcançar a recuperação total ou parcial, por meio dos processos de reabilitação e de aproveitamento da capacidade funcional remanescente. A fisioterapia, a reeducação, a terapia ocupacional e a readaptação à vida normal são as medidas mais frequentemente utilizadas nesse nível (FORATTINI, 1992).

Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças – processo político que articula ações sanitárias, sociais, ambientais e econômicas voltadas para a redução das situações de vulnerabilidade e dos riscos à saúde da população; capacitação dos indivíduos e comunidades para modificarem os determinantes de saúde em benefício da própria qualidade de vida; e participação social na gestão das políticas de saúde. A prevenção de riscos e doenças orienta-se por ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de enfermidade específica. Dessa forma, esse amplo conceito fundamenta-se nos princípios de intersetorialidade, integralidade, mobilização e controle social, informação, sustentabilidade, entre outros.

Protocolo clínico – padronização de procedimentos diagnósticos, terapêuticos e preventivos, recomendando ou contra-indicando condutas, de forma a auxiliar o raciocínio e a tomada de decisão do profissional de saúde. Os protocolos clínicos são baseados na força de evidência científica.

Qualidade de vida relacionada à saúde – condição em que é possível identificar, de forma subjetiva e global, a satisfação de um indivíduo em relação ao seu estado de saúde, com base em critérios fundamentais estipulados no âmbito da Saúde (BRASIL, 2005). Ver Satisfação do usuário.

Rastreamento (screening) – exame das pessoas assintomáticas objetivando identificar aquelas com maiores chances de apresentar uma doença. Presume-se a identificação da doença ou alteração previamente desconhecida pelo paciente por meio da aplicação de testes que possam separar, dentre pessoas aparentemente saudáveis, aquelas que provavelmente têm a doença. Essas pessoas deverão ser encaminhadas para investigação epidemiológica (THULER, 2003).

Satisfação do usuário – condição que se percebe nos pacientes, no âmbito da Saúde, consubstanciada em um contentamento advindo da realização de suas expectativas em relação à atenção sanitária recebida (BRASIL, 2005).

Saúde - I) estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença (WHO, 1946);

II) é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, para sua promoção, proteção e recuperação (Art. 196 da Constituição Brasileira, 1988);

III) é um bem coletivo compartilhado individualmente por todos os cidadãos. Comporta duas dimensões – a dimensão do indivíduo e dimensão da coletividade. Essas dimensões devem ser respeitadas em suas contradições e preservadas enquanto formas de expressão das maneiras de viver possíveis num dado momento (TAMBELLINI, 1988).

Utilidade - Conceito empregado para indicar a satisfação obtida pelo indivíduo em consequência do consumo de bens e serviços de saúde. Nota: esse conceito é utilizado para denominar uma quantificação da qualidade de vida das pessoas, que pode não estar baseada necessariamente nas preferências dos consumidores, podendo resultar de avaliações feitas por profissionais (BRASIL, 2005).

Vigilância à saúde – visão ampliada de saúde e da formulação de modelos de interpretação dos determinantes, riscos, agravos e danos, à luz da moderna Epidemiologia, articulando-os em um esquema operacional que resgata e amplia o modelo clássico da História Natural das Doenças, incorporando desde as ações sociais organizadas pelos distintos atores até as ações específicas de prevenção de riscos e agravos, bem como as de recuperação e reabilitação de doentes (VILASBOAS, 1995).

Vigilância de doença – é o levantamento contínuo de todos os aspectos relacionados com a manifestação e a propagação de uma doença, que sejam importantes para o seu controle eficaz. Inclui a coleta e a avaliação sistemáticas de:

- informes de morbidade e mortalidade;
- informes especiais de investigações de campo sobre epidemias e casos individuais;
- dados relativos a isolamento e identificação de agentes infecciosos em laboratório;
- dados relativos à disponibilidade, ao uso e a efeitos adversos de vacinas, toxoides, imunoglobulinas, inseticidas e outras substâncias empregadas no controle de doenças;
- dados sobre níveis de imunidade em certos grupos da população;
- outros dados epidemiológicos importantes. Deve ser preparado um relatório sumário contendo os dados acima, o qual deve ser distribuído a todas as pessoas colaboradoras e outras que precisem conhecer os resultados das atividades de vigilância. O procedimento se aplica a todos os níveis de serviços de saúde pública.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário temático: economia da saúde. Brasília, DF, 2005.

_____. Plano nacional para o controle integrado das DCNT: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, DF, 2006. Em revisão.

CASPERSEN, C. J.; POWEL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, v. 100, n. 2, p. 126-131, 1985.

DRUMMOND, J. P. et al. Medicina baseada em evidências. São Paulo: Atheneu, 1998.

FORATTINI, O. P. Ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo: Artes Médicas, Universidade de São Paulo, 1992.

KERR-PONTES, L. R. S.; ROUQUAYROL, M. Z. A medida da saúde coletiva. In:

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1976.

MORAES, N. L. A. Níveis de saúde de coletividades brasileiras. In: ROUQUAYROL, M. Z. et al. *Epidemiologia e saúde*. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1988.

NAHAS, M. V. *Atividade física, saúde e qualidade de vida*. Londrina: Midiograf, 2003.

_____. *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 4 ed. rev. e atual. Londrina: Midiograf, 2006.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e Vigilância vigilância da Saúdesaúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

ROUQUAYROL, M.Z. et al. *Epidemiologia e saúde*. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1988.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

TAMBELLINI, A. T. *Avanços na formulação de uma política nacional de saúde no Brasil: as atividades subordinadas à área das relações de produção e saúde*. Rio de Janeiro: CESTEH/ENSP/FIOCRUZ, 1988.

TEIXEIRA, M. G.; RISI JÚNIOR, J. B. Vigilância epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 49, n. 4, p. 227-238, 2003.

TIMMRECK, Thomas C. *Dictionary of health services management*. 2nd ed. Owings Mills: National Health Pub., 1987.

VILASBOAS, A. L.; TEIXEIRA, M. G.; TEIXEIRA, C. F. *Vigilância à saúde: relatório da Oficina de Trabalho do III Congresso Brasileiro de Epidemiologia*. Salvador: ABRASCO, 1995. (mimeo.).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Health Conference*. New York, 1946.

Associação Brasileira de Alimentação e Nutrição
<http://www.asbran.org.br/>

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da
Síndrome Metabólica
<http://www.abeso.org.br/>

Associação Brasileira de Odontologia
www.aborj.org.br/index.php

Associação Brasileira de Promoção da Saúde
www.abps.org.br

Agência Nacional de Saúde Suplementar
<http://www.ans.gov.br>

Biblioteca Cochrane
www.cochrane.bireme.br

Biblioteca Virtual em Saúde
<http://saudepublica.bvs.br/html/pt/topic.html>

Bireme
www.bireme.br

Canadian Task Force on Preventive Health Care
<http://www.ctfphc.org/>

Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São
Caetano do Sul (Celafiscs)
www.Celafiscs.org.br/

Centers for Disease Control and Prevention
www.cdc.gov

Diretrizes Médicas da AMB e CFM
www.projetodiretrizes.org.br/novas_diretrizes.php

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e
Obstetria
www.febrasgo.com.br

International Network of Agencies for Health Technology
Assessment
www.inahta.org/inahta_web/top.html

Institute for Clinical Systems Improvement
www.icsi.org/index.asp

Instituto Nacional de Câncer
www.Inca.gov.br

Medline – PubMed
www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi

Ministério da Saúde
<http://portal.saude.gov.br/saude/>

National Guidelines Clearinghouse
<http://www.guideline.gov/>

Organização Pan-Americana da Saúde
www.opas.org.br
www.opas.org.br/publicac.cfm

Scientific Electronic Library Online
<http://www.scielo.br/>

Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição
www.sban.com.br

Sociedade Brasileira de Cancerologia
www.sbcancer.org.br

Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)
<http://www.cardiol.br/>

Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD)
<http://www.diabetes.org.br/>

Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH)
<http://www.sbh.org.br/novo/>

U.S. Preventive Services Task Force
<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>

World Health Organization
<http://www.who.int/>