



MANUAL TÉCNICO

# Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar

2ª Edição Revisada e Atualizada





Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS  
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO  
Avenida Augusto Severo, 84  
Glória – CEP 20021-040  
Rio de Janeiro, RJ – Brasil  
Tel.: (21) 2105 5000  
Disque ANS: 0800 701 9656  
Home page: www.ans.gov.br

Diretor Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar  
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO  
Fausto Pereira dos Santos

Secretário Executivo da ANS  
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO  
Alfredo José Monteiro Scaff

Gerente-Geral da Gerência-Geral Técnico-Assistencial dos Produtos – GGTAP/DIPRO  
Martha Regina de Oliveira

Gerentes da Gerência-Geral Técnico-Assistencial dos Produtos – GGTAP/DIPRO  
Andréia Ribeiro Abib e Karla Santa Cruz Coelho

Elaboração técnica:

Ana Carolina Rios, Ana Paula Silva Cavalcante, Andréia Ribeiro Abib, Cláudia Soares Zouain, Danielle Conte Alves, Graziela Soares Scalercio, Jacqueline Alves Torres, Jorge Carvalho, Jorge Luiz Pinho, Kátia Audi Curci, Luciana Massad, Michelle Mello de Souza Rangel, Renata Fernandes Cachapuz, Vânia Cardoso Leão de Magalhães.

Colaboração:

Afonso Teixeira Reis, Alzira de Oliveira Jorge, Cleber Ferreira da Silva Filho, Danielle Nogueira Ramos, Gislaine Afonso de Souza, Leila Maria Ferreira, Roberto Marini.

Organização e revisão:

Danielle Conte Alves, Kátia Audi Curci

Projeto gráfico:

Gerência de Comunicação – GCOMS/PRESI

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

---

Ficha Catalográfica

A265 Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).  
Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar : manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – 2. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2007.  
168 p.

1. Saúde suplementar. 2. Promoção da saúde.  
3. Prevenção de doenças. I. Título.

CDD – 614.4

---

Catálogo na fonte – Cedoc/ANS

MANUAL TÉCNICO

# Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar

2ª Edição Revisada e Atualizada - 2007





# Sumário

<b>Apresentação</b>	<b>9</b>
<b>Introdução</b>	<b>11</b>
<b>I. Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças</b>	<b>13</b>
1. Antecedentes e Conceituação .....	13
2. Estratégia para a Mudança do Modelo de Atenção à Saúde no Setor de Saúde Suplementar.....	15
3. Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde .....	17
3.1. Promoção da Alimentação Saudável .....	18
3.2. Atividade Física.....	19
3.3. Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde .....	20
4. Importância da Avaliação dos Programas de Promoção e Prevenção.....	22
5. Links importantes sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças .....	24
6. Referências Bibliográficas.....	25
<b>II. Áreas de Atenção à Saúde</b>	<b>29</b>
1. Saúde da Criança .....	32
1.1. Introdução.....	32
1.2. Principais Estratégias de Ação .....	33
1.2.1. Promoção do Nascimento Saudável .....	33
1.2.2. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento e Imunização.....	35
1.2.3. Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Saudável: Atenção aos Distúrbios Nutricionais e Anemias Carenciais.....	36
1.2.4. Abordagem das Doenças Respiratórias e Infeciosas .....	38
1.3. Dados para Monitoramento de Programas .....	38
1.4. Links .....	39
2. Saúde do Adolescente .....	40
2.1. Introdução.....	40
2.2 Principais Estratégias de Ação .....	40

2.2.1. Desenvolvimento de Ações de Promoção da Saúde, Prevenção, Tratamento e Reabilitação dos Agravos à Saúde do Adolescente .....	40
2.2.2. Crescimento e Desenvolvimento .....	41
2.2.3. Alimentação Saudável e Atividade Física .....	41
2.2.4. Saúde Reprodutiva e Sexualidade .....	43
2.3 Dados para Monitoramento de Programas .....	43
2.4. Link .....	43
<b>3. Saúde do Adulto e do Idoso.....</b>	<b>44</b>
3.1. Fatores de Risco .....	44
3.1.1. Sobrepeso e Obesidade .....	45
3.1.2. Inatividade física.....	50
3.1.3. Tabagismo.....	51
3.1.4. Consumo de Álcool .....	53
3.1.5. Dados para Monitoramento dos Fatores de Risco .....	54
3.1.6. Links dos Fatores de Risco .....	55
3.2. Doenças Crônicas Não Transmissíveis .....	55
3.2.1. Doenças Cardiovasculares.....	56
3.2.2. Diabetes Mellitus .....	59
3.2.3. Hipertensão Arterial Sistêmica .....	65
3.2.4. Neoplasias .....	67
3.3. Saúde do Trabalhador .....	77
3.4. Saúde do Idoso .....	83
<b>4. Saúde da Mulher.....</b>	<b>95</b>
4.1. Introdução.....	95
4.2. Planejamento Familiar .....	97
4.3. Atenção Obstétrica .....	98
4.4. Atenção ao Climatério.....	101
4.4 Câncer de Colo de Útero e de Mama Feminina.....	103
4.4.1. Câncer de Colo de Útero .....	103
4.4.2. Câncer de Mama.....	105
4.5. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar .....	109
4.6. Ações Sugeridas .....	109
4.7. Dados para Monitoramento de Programas.....	110
4.8. Links .....	111
<b>5. Saúde Mental .....</b>	<b>112</b>
5.1. Introdução.....	112

5.2. Programa para Portadores de Transtornos Mentais Graves e Persistentes ..	113
5.3. Programas de Prevenção ao Uso de Álcool e Outras Drogas.....	115
5.4. Programas de Prevenção ao Uso/Dependência ao Tabaco.....	118
5.5. Dados para Monitoramento de Programas .....	119
5.6. Links .....	119
<b>6. Saúde Bucal .....</b>	<b>120</b>
6.1. Introdução.....	120
6.2. Diretrizes .....	120
6.3. Abordagem dos Grupos Etários .....	123
6.3.1. Lactentes (0 a 24 meses).....	123
6.3.2. Crianças (2 a 9 anos) .....	124
6.3.3. Adolescentes (10 a 19 anos).....	124
6.3.4. Adultos (20 a 59 anos) .....	125
6.3.5. Idosos (60 anos ou mais) .....	126
6.3.6. Gestantes.....	127
6.4. Principais Agravos em Saúde Bucal .....	127
6.4.1. Cárie Dentária .....	127
6.4.2. Doença Periodontal.....	129
6.4.3. Câncer de Boca.....	131
6.4.4. Fluorose .....	132
6.4.5. Traumatismo Dentário.....	133
6.4.6. Maloclusão.....	134
6.5. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar .....	136
6.6. Dados para Monitoramento de Programas .....	138
6.7. Links .....	138
<b>7. Referências Bibliográficas .....</b>	<b>140</b>
<b>III. Roteiro para o Planejamento dos Programas</b>	<b>147</b>
<b>Lista de Abreviaturas e Siglas</b>	<b>149</b>
<b>Glossário</b>	<b>151</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>161</b>
<b>Links Informativos Sobre Saúde</b>	<b>163</b>



**A** Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem como objetivo estimular a mudança do Modelo de Atenção à Saúde no Setor Suplementar, entre outras, através da adoção, pelas operadoras de planos privados de saúde, de Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças.

Atualmente, o conjunto de recursos tecnológicos está alocado em ações desarticuladas, pouco cuidadoras, centradas na assistência médico-hospitalar especializada e incorporando de forma acrítica as novas tecnologias, configurando-se num modelo pouco eficiente e pouco efetivo.

A mudança do Modelo de Atenção à Saúde envolve a adoção de práticas cuidadoras e integrais. Pensar a saúde de forma integral significa, também, articular as diretrizes da ANS com as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde (MS), respeitando as peculiaridades do setor suplementar, fortalecendo parcerias e a discussão a respeito das necessidades de saúde da população.

A publicação da segunda edição deste Manual constitui-se em uma das estratégias de indução para a reorganização do Modelo de Atenção à Saúde. Nessa perspectiva, o presente Manual Técnico visa qualificar as ações de atenção à saúde, propondo a integralidade da atenção, fornecendo suporte teórico e técnico para o planejamento e organização dos programas.

Esperamos que esse trabalho sirva de inspiração e orientação para a implantação das ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças no Setor Suplementar, através da disseminação de informações, a fim de qualificar a atenção e contribuir para a melhoria das condições de saúde da população brasileira.

Fausto Pereira dos Santos  
Diretor-Presidente da ANS

**Apresentação**



**A** 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, onde 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. Nesta 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, através 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 estabe-

leceu 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 Doenças para seus beneficiários.

Essa iniciativa desenvolvida pela ANS tem levado as operadoras à discussão do tema, organização de seminários, capacitação de equipe multidisciplinar, apropriação de conceitos epidemiológicos, 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 destes 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.

# I. Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças

## 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 & 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 no 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 uma 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, através da divulgação do documento “A new perspective on the health of Canadians”, também conhecido como Informe Lalonde. A realização deste estudo teve como pano de fundo os custos crescentes da assistência à saúde e o questionamento do modelo médico-centrado no manejo das doenças crônicas, visto que os resultados apresentados eram pouco significativos (BUSS, 2003).

Através 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 concentravam-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. Este 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 este documento, “promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste 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, p.1).

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.

Desta 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 idéia de “responsabilização múltipla”, uma vez que envolve as ações do Estado (políticas públicas saudáveis), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2003). Vale ressaltar que termos como empowerment e autocuidado vêm sendo cada vez mais utilizados, uma vez que a promoção da saúde envolve o desenvolvimento de habilidades individuais, a fim de permitir a tomada de decisões favoráveis à qualidade de vida e à saúde.

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. Estratégia para a Mudança do Modelo de Atenção à Saúde no Setor de Saúde 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 planos de saúde, incluindo os conteúdos e modelos assistenciais”.

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 atendem 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, 2002); as operadoras buscam a redução dos gastos com assistência à saúde de alto custo.

Vale ressaltar que a incorporação de tecnologias no setor de saúde implica o aumento dos custos por não ser substitutiva, uma vez que não

significa o deslocamento das anteriores. Além disso, o consumo de novos equipamentos e medicamentos ocorre de forma acrítica, com poucas vantagens para o paciente (MENDES, 1980 apud SILVA JUNIOR, 2006).

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 conseqüências a elevação de custos, o baixo impacto na saúde da população, a grande especialização e o aumento das barreiras de acesso. Desta 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).

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 este 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. Nesta 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. Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde

A abordagem relacionada à adoção de uma alimentação saudável e à prática de atividade física torna-se imprescindível, independentemente da Área de Atenção à Saúde na qual a operadora irá elaborar seu Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, tendo em vista que as evidências científicas demonstram que fatores ligados à alimentação estão envolvidos com o desenvolvimento de obesidade, diabetes mellitus (DM) tipo 2, doença cardiovascular, câncer, doenças da cavidade bucal e osteoporose.

O consumo elevado de gorduras saturadas e colesterol dietético aumentam 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), 2,7 milhões de mortes, 31% das doenças isquêmicas do coração, 11% das doenças cerebrovasculares e 19% dos cânceres gastrointestinais ocorridos no mundo, anualmente, são atribuídos ao baixo consumo de frutas e hortaliças (consumo *per capita* diário inferior a 400 gramas ou menor que cinco porções diárias de frutas ou hortaliças). Além disso, as dislipidemias, causadas principalmente pelo elevado consumo 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 (WHO, 2002).

A pesquisa 'Vigitel Brasil 2006', realizada em 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, identificou que a frequência de adultos que consomem frutas em cinco ou mais dias da semana é de 51,4% entre as mulheres e de 35,5% entre os homens. O maior valor foi identificado em Porto Alegre (53,5%) e o menor em Boa Vista (24,4%). No que se refere ao consumo de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana, os percentuais foram ainda menores, sendo as frequências de consumo equivalentes a 29,1% e 17,8% nos sexos feminino e masculino, respectivamente (BRASIL, 2007a).

O consumo de carnes com excesso de gordura, por sua vez, foi mais frequente em homens (51,2%) do que em mulheres (29%). O maior percentual de consumo foi verificado em Palmas (53,1%) e o menor em Salvador (26,7%) (BRASIL, 2007a).

### 3.1. 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, 2003).

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, 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 (onde 1 dose corresponde a 1 lata de cerveja/350ml OU 1 cálice de vinho tinto/150ml OU 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).

### 3.2. Atividade Física

A atividade física é um fator determinante do gasto de energia, do equilíbrio energético e do controle de peso. A prática de atividade física aliada à alimentação saudável promove redução no peso corporal maior do que apenas a alimentação 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).

A prática de atividade física é importante para o alcance ou a manutenção do peso ideal. Além disso, os benefícios da atividade física para a saúde têm sido amplamente documentados. Esses benefícios incluem (BRASIL, 2001; BRASIL, 2006c):

- Melhoria da capacidade cardiovascular e respiratória;
- Melhoria do perfil lipídico, da pressão arterial em hipertensos, da tolerância à glicose e da ação da insulina;
- Redução no risco de desenvolver diabetes, hipertensão, câncer de cólon e de mama;
- Redução no risco de morte por doenças cardiovasculares;
- Prevenção da osteoporose / Ossos e articulações mais saudáveis;
- Aumento da força muscular;
- Melhoria do sistema imunológico;
- Melhor funcionamento corporal e preservação da independência de idosos;
- Correlações favoráveis com redução do tabagismo e do consumo de álcool e drogas;
- Melhoria do nível de saúde mental, com diminuição da depressão e alívio do estresse;
- Aumento do bem-estar e da auto-estima.

Cabe ressaltar que o conceito de atividade física não pode ser confundido com o de exercício físico. A atividade física pode ser definida como qualquer movimento realizado pelo sistema esquelético com gasto de energia, o que sugere a adoção de hábitos mais ativos em pequenas modificações do cotidiano, optando-se pela realização de tarefas no âmbito doméstico e no local de trabalho e por atividades de lazer e sociais mais ativas. Enquanto isso, o exercício físico é uma categoria da atividade física definida como um conjunto de movimentos físicos repetitivos, planejados e estruturados para melhorar o desempenho físico,

o que requer locais próprios para sua realização, sob orientação de um profissional capacitado e habilitado para este fim (BRASIL, 2006b).

### 3.3. 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 57<sup>a</sup>. 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 níveis 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 toda 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 pela 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 ou 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.

## 4. 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 do 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 apud SILVA, 2005), 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. Esta 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, 2007b).

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, 2007b).

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, 2007b).

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, 2007b).

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

1. Identificar os grupos de interesse: 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.
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, a fim de 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.

## 5. Links

**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](http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil_operadoras/promocao_prevencao.asp)

**Agency of Public Health of Canada**

[http://www.phac-aspc.gc.ca/new\\_e.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/new_e.html)

**Associação Brasileira de Promoção da Saúde**

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

**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 (CELAFISCS)**

[www.celafiscs.org.br/](http://www.celafiscs.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/>

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](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_saude_nv.pdf)

US Task Force on Preventive Health Care

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

World Health Organization – WHO

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

## 6. Referências Bibliográficas

BRASIL. Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 102 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de alimentação e nutrição. 2 ed. Ver. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. 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: INCA, 2004. 186p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica do Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n.14. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 210p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Cadernos de Atenção Básica n.12. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 108p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasil: Ministério da Saúde, 2007a. 92p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmen. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 233p.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. p.15-38.

In: CZERESNIA, D., FREITAS, CM. (org). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.

CARTA DE OTTAWA. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, 1986.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. p.39-53. In: CZERESNIA, D., FREITAS, CM. (org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.

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

MÉDICI, A.C. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. In: PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M. (Orgs.). Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, 1995. 298p.

NAVARRO, J.C. 1992. Evaluación de programas de salud y toma de decisions. Serie material de apoyo para la capacitación em gerencia de programas de salud materno infantil y planificación familiar. Washington, DC: OPAS/OMS.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial da Saúde. Genebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Estratégia Global para a Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. 57ª Assembléia Mundial de Saúde: Wha 57.17 8ª sessão plenária de 22 de maio de 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE (OMS/OPAS). Promoção e Proteção da saúde. 2004.

PAIM, J.S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: Rouquayrol, Z.; Almeida, N. Epidemiologia e Saúde. 5ª 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. p. 19-40. In: CASTRO, A., MALO, M. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: OPAS, 2006.

SILVA, L.M.S. 2005. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A., SILVA, L.M.S. (Org). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz. p.15-39.

SILVA JUNIOR, A.G. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 143p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO, 2002.



## II. Áreas de Atenção à Saúde

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.

Para tanto, é indispensável a criação de vínculos entre os diversos atores, fato que encontra-se dificultado diante do atual modelo de atenção praticado na Saúde Suplementar. Desta forma, a implementação de programas voltados às Áreas de Atenção à Saúde, com a organização e o monitoramento através 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 encontra-se 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 através das linhas de cuidado constitui-se em modelos matriciais de organização da atenção à saúde que visam a 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 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 à imagem de uma linha de produção voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades.

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 os ruídos produzidos.

Ao analisar o caminho do usuário em uma determinada linha de cuidado, pode-se verificar se este 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 da assistência ou fragmentação da mesma neste 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 nesta 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. Isto implica na organização de uma rede de serviços com infra-estrutura 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 a formulação e construção de políticas saudáveis para este 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 queda importante 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. Esta situação é agravada quando se reconhece que, em sua maioria, estas 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, para 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. Principais Estratégias de Ação

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 (BRASIL, 2005a).

Considerando-se as principais causas de morbimortalidade infantil no país, serão apresentadas, a seguir, as principais etapas desta área de atenção que devem ser priorizadas (BRASIL, 2005a):

- Promoção do Nascimento Saudável.
- Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento e Imunização.
- Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Saudável: Atenção aos Distúrbios Nutricionais e Anemias Carenciais.
- Abordagem das Doenças Respiratórias e Infeciosas.

### 1.2.1. 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 mantêm 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’;
- 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;
- Crianças com atendimento freqüente em serviços de urgências;
- Criança com asma sem acompanhamento;
- Crianças 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. Acompanhamento do Crescimento e 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;
- 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. 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, esta 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 demonstram 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 ao invés de leite materno tem sido associado ao aumento dos níveis pressóricos em fases posteriores da vida (WHO, 2002a).

As orientações podem ser realizadas através 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;
- Intervalo e duração das mamadas;
- Causas de diminuição da produção de leite materno;

- Técnicas para aumentar a produção de leite;
- 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;
- 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;
- Orientação sobre o consumo de alimentos fontes de vitamina C junto com alimentos fontes de ferro para aumentar a biodisponibilidade deste 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 Infeciosas

- Conhecer o número de crianças do programa que apresentam pneumonias freqüentes e/ou se internam ou utilizam com freqüência 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:

- Crianças de 0 a menos de 6 meses inscritas nos programas
- Crianças de 6 meses a menos de 2 anos inscritas nos programas
- Crianças de 2 anos a menos de 6 anos inscritas nos programas

- Crianças de 6 anos a menos de 14 anos inscritas nos programas
- Total de crianças em aleitamento materno exclusivo no sexto mês de vida
- Crianças de 6 meses a menos de 2 anos, com 6 meses ou mais em aleitamento materno
- Crianças de 0 a menos de 6 anos inscritas com a Caderneta de Saúde da Criança em dia
- 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  $< 2500g$
- 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

<http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/publicacoes.php>

[http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/pub\\_assunto/saude\\_crianca.html](http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/saude_crianca.html)

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

## 2. Saúde do Adolescente

### 2.1. Introdução

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

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

- 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;
- 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 neste 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). Desta forma, deve-se calcular IMC, obtido a partir da divisão do peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros

(kg/m<sup>2</sup>). O valor obtido deve ser comparado com a referência através das tabelas de percentil de IMC por idade e sexo. Para o diagnóstico de excesso de peso, o ponto de corte estabelecido para adolescentes é > Percentil 85, correspondendo à classificação de sobrepeso (BRASIL, 2004a apud BRASIL, 2006b).

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.

**Quadro 1.** Percentil de Índice de Massa Corporal (IMC) por idade e sexo, para adolescentes com idade maior ou igual a 10 e menor de 20 anos

		Percentil de IMC por Idade Adolescente Sexo Feminino							Percentil de IMC por Idade Adolescente Sexo Masculino				
Idade		5	15	50	85	95	Idade		5	15	50	85	95
10		14,23	15,09	17,00	20,19	23,20	10		14,42	15,15	16,72	19,60	22,60
11		14,60	15,53	17,67	21,18	24,59	11		14,83	15,59	17,28	20,35	23,70
12		14,98	15,98	18,35	22,17	25,95	12		15,24	16,06	17,87	21,12	24,89
13		15,36	16,43	18,95	23,08	27,07	13		15,73	16,62	18,53	21,93	25,93
14		15,67	16,79	19,32	23,88	27,97	14		16,18	17,20	19,22	22,77	26,93
15		16,01	17,16	19,69	24,29	28,51	15		16,59	17,76	19,92	23,63	27,76
16		16,37	17,54	20,09	24,74	29,10	16		17,01	18,32	20,63	24,45	28,53
17		16,59	17,81	20,36	25,23	29,72	17		17,31	18,68	21,12	25,28	29,32
18		16,71	17,99	20,57	25,56	30,22	18		17,54	18,89	21,45	25,95	30,02
19		16,87	18,20	20,80	25,85	30,72	19		17,80	19,20	21,86	26,63	30,66

Fonte: BRASIL, 2004a apud BRASIL, 2006b

No que tange à atividade física, estimular práticas de lazer como andar de bicicleta, jogar bola, futebol, dançar, fazer ginástica, nadar e práticas rotineiras para aumentar atividade física, tais como subir e descer escadas, fazer caminhadas curtas em lugar da locomoção por veículo são ações que devem fazer parte do acompanhamento da saúde do adolescente. 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 alterar o seu padrão alimentar, aumentando as necessidades nutricionais e modificando 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 nesta fase.

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 auto-estima 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 nutrição. Os adolescentes têm direito a escolhas, mas é preciso que as opções saudáveis sejam acessíveis no seu cotidiano (BRASIL, 2006b).

#### 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, dismenorréia e amenorréia 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. Link

[http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/pub\\_assunto/saude\\_adoles.html](http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/saude_adoles.html)

## 3. Saúde do Adulto e do Idoso

### 3.1. Fatores de Risco

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 sem uma certa doença, mas expostos a determinados fatores, adquiram esta 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, 2007a).

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, ser herdados ou representar hábitos ou costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural (INCA, 2007a).

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, e 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 fatores de risco comportamentais, ou seja, sedentarismo, dieta, fumo e álcool, uma vez que são preveníveis (BRASIL, 2001a).

Pequenas mudanças nos fatores de risco em indivíduos que estão sob risco moderado podem ter um enorme impacto em termos de morte e incapacidade. Através da prevenção de doenças em grandes populações, pequenas reduções na pressão arterial e no nível de colesterol sanguíneo poderiam acarretar na redução de custos na saúde. Caso esses fatores de risco fossem eliminados através 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 da 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 voltados à Área de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso.

### **3.1.1. 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, 2004a).

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, 2002a). Embora os custos diretos em outros países industrializados sejam menores, eles consomem uma grande proporção do orçamento nacional da saúde. Os custos intangíveis desta 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 freqüente do que a desnutrição infantil (BRASIL, 2003a).

O Relatório 'Vigitel Brasil 2006' demonstra que a maior freqüência de adultos com excesso de peso foi encontrada no Rio de Janeiro (48,3%) e a menor em São Luís (34,1%). O excesso de peso tendeu a ser mais freqüente em homens do que em mulheres, exceto nas cidades de Recife, Rio Branco, Salvador e São Paulo, onde as freqüências foram semelhantes nos dois sexos. No que tange à obesidade (IMC maior ou igual a 30 kg/m<sup>2</sup>), a freqüência mais elevada de adultos obesos foi encontrada em João Pessoa (13,9%) e a menos elevada em Belo Horizonte e São Luís (8,7%). A tendência de freqüências mais elevadas no sexo masculino encontrada para o excesso de peso não foi evidenciada no caso da obesidade (BRASIL, 2007a).

O relatório demonstra, ainda, uma tendência de aumento da freqüência tanto de excesso de peso quanto de obesidade com a idade até os 54 anos entre os homens e até os 64 anos entre mulheres. Ademais, no sexo feminino as freqüências de excesso de peso e de obesidade declinam com o aumento da escolaridade, enquanto no sexo masculino tais freqüências aumentam nas categorias extremas de escolaridade (BRASIL, 2007a).

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, 2004a). 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; SICHERI, 1998 apud BRASIL, 2006b).

Algumas desordens endócrinas também podem levar à obesidade, como por exemplo o hipotireoidismo e problemas no hipotálamo, mas estas 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 auto-estima. 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, 2004a).

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 ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Valores entre 25,0 e 29,9  $\text{kg}/\text{m}^2$  caracterizam sobrepeso. A obesidade é definida como um IMC igual ou superior a 30,0  $\text{kg}/\text{m}^2$ , podendo ser subdividida em termos de severidade. Desta forma, IMC entre 30-34,9  $\text{kg}/\text{m}^2$  denomina-se obesidade I, entre 35-39,9  $\text{kg}/\text{m}^2$  denomina-se obesidade II e maior que 40  $\text{kg}/\text{m}^2$  denomina-se obesidade III (WHO, 1998; BRASIL, 2006b).

**Quadro 2.** Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC)

Classificação	IMC (kg/m <sup>2</sup> )
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, 1998; BRASIL, 2006b

Entre as limitações do uso do IMC está o fato de que este 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<sup>2</sup> (BRASIL, 2004a 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, 2006c).

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, 2006c).

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, 2006c).

Além da alimentação e da atividade física, programas voltados ao controle e 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). Desta 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 obesidade, tanto em indivíduos quanto em coletividades (BURLANDY, 2004 apud BRASIL, 2006b).

### 3.1.2. 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, 2002b).

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, 2004a).

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 à TV ou usar computadores e jogos eletrônicos (BRASIL, 2006d).

Estimativas do Relatório 'Vigitel Brasil 2006' demonstram que a frequência de adultos na condição de completa inatividade física (indivíduos que não praticam nenhuma atividade física no lazer, não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho a pé ou de bicicleta e não são responsáveis pela limpeza pesada de suas casas) foi elevada em todas as cidades do país, variando entre 21,6% em Boa Vista e 35,1% em Natal. A inatividade física foi duas vezes mais freqüente em homens (39,8%) do que em mulheres (20,1%). Na faixa etária de 65 ou mais anos de idade os percentuais observados foram: 65,4% para homens e 50,3% para mulheres (BRASIL, 2007a).

No que tange à prática de atividade física, recomenda-se que indivíduos de todas as idades incluam um mínimo de 30 minutos de atividade física de intensidade moderada (como caminhada) na maioria ou em todos os dias da semana. O aumento da atividade física deve

ser gradual, 10 minutos 3x/semana até 30-60 minutos 3x/semana ou diariamente (BRASIL, 2006c).

Os programas de orientação aos indivíduos devem adotar uma linguagem clara e objetiva a fim de que incorporem a prática de atividades físicas no seu cotidiano como caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa, optar sempre que possível pelo transporte ativo nas funções diárias, sendo sempre observada a individualidade de cada caso.

### 3.1.3. 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, 2007a).

Evidências científicas demonstram 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 (ACTION ON SMOKING AND HEALTH, 2003 apud BRASIL, 2006d).

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, 2004a).

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 cidades 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, 2007a).

A recomendação para abandono do tabagismo deve ser universal, tendo em vista que o mesmo 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, 2006c).

No que se refere aos métodos utilizados para cessação de fumar para os quais existem evidências científicas sobre sua eficácia, estes 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. Este tipo de abordagem envolve o estímulo ao auto-controle para que o indivíduo possa tornar-se um agente de mudança de seu próprio comportamento (BRASIL, 2001b).

Desta forma, o programa deve estar estruturado para:

- Preparar o fumante para soluções de seus problemas;
- Estimular habilidades para resistir as 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).

### 3.1.4. Consumo de Álcool

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem 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, que o álcool esteja relacionado a 3,2% de todas as mortes e 4,0% das Disabilities Adjusted Life Year (DALY), e que nos países em desenvolvimento e 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, 2004a).

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 sobre 2,5% do total de anos vividos ajustados para incapacidade. Ainda segundo o mesmo estudo, esta 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, 2004a; 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. 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, 2006d). 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, contém entre 30% e 50% de

volume de álcool. Cada grama de etanol contém 7 quilocalorias (kcal) (WORLD CANCER RESEARCH FUND, 1997 apud BRASIL, 2006d).

Para indivíduos que consomem bebidas alcoólicas, preconiza-se a ingestão máxima equivalente a duas doses diárias para homens e uma dose diária para mulheres (onde 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, 2006d).

Os dados da pesquisa 'Vigitel Brasil 2006' demonstram 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, 2007a).

O uso do álcool é cultural, sendo permitido em quase todas as sociedades do mundo. Informações sobre "saber beber com responsabilidade e as conseqüências 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 deste transtorno, o que se amplia em uma perspectiva global de prevenção e promoção da saúde, e se agrava ao constatarmos 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).

### 3.1.5. Dados para Monitoramento dos Fatores de Risco

Seguem alguns exemplos de variáveis para a construção de indicadores relacionados à Prevenção de Riscos à Saúde.

- Pessoas inscritas no programa com IMC  $\geq$  25
- Pessoas inscritas no programa com IMC  $\geq$  25 que perderam pelo menos 10% de peso em 6 meses
- Pessoas inscritas fumantes

- Pessoas inscritas no programa que abandonaram o hábito de fumar por período  $\geq 6$  meses
- Pessoas inscritas em programas de atividades físicas
- Pessoas inscritas que realizam atividade física (pelo menos 30 minutos, 3 vezes por semana)
- Pessoas inscritas em grupos para abordagem do alcoolismo

### 3.1.6. Links dos Fatores de Risco

<http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/publicacoes.php>

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

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

<http://www.inca.gov.br/tabagismo/>

[http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=programa\\_de\\_tabagismo.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=programa_de_tabagismo.pdf)

<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=parar&link=consenso.htm>

<http://www.5aodia.com.br/upload/cartilha1.pdf>

[ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc\\_tec/cronicas/guia\\_alim.pdf](ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/cronicas/guia_alim.pdf)

<http://www.opas.org.br/protocao/temas200>

## 3.2. Doenças Crônicas Não Transmissíveis

O envelhecimento populacional resulta de um processo gradual de transição demográfica e tem como conseqüência um número maior de pessoas acometidas por DCNT (LITVOC & BRITO, 2004). Com isso, a transição epidemiológica inverteu a predominância das doenças infecciosas para os agravos crônicos (PEREIRA, 1995).

A carga econômica das DCNT produz elevados custos para os sistemas de saúde e da previdência social devido à mortalidade e invalidez precoces, e, sobretudo para a sociedade, famílias e as pessoas portadoras dessas doenças (BRASIL, 2006c).

Estima-se que nos próximos dez anos os óbitos devido às DCNT devem aumentar em 17%. Isso significa que da estimativa de 64 milhões de óbitos em 2015, 41 milhões serão em decorrência de uma DCNT, a menos que medidas urgentes sejam tomadas. Uma redução adicional de 2% nas taxas mundiais de mortalidade por DCNT, por ano, durante

os próximos dez anos, evitará 36 milhões de mortes prematuras até o ano de 2015 (OMS, 2005).

Sabe-se que 80% das mortes por doenças crônicas acontecem em países de baixa e média renda, e essas mortes ocorrem em igual número entre homens e mulheres. Entretanto, o aumento dos casos de DCNT pode ser minimizado usando-se o conhecimento já existente. As soluções são efetivas e apresentam uma ótima relação custo-benefício. Toda uma gama de possibilidades de intervenção sobre as DCNT é economicamente viável, bem como permite um ótimo retorno do investimento em todas as regiões do mundo. Muitas dessas soluções apresentam baixo custo para implementação (OMS, 2005).

A maior parte das DCNT não resulta em morte súbita. Ao contrário, elas provavelmente levarão as pessoas a tornarem-se progressivamente enfermas e debilitadas, especialmente se não tiverem o tratamento adequado (OMS, 2005). Tal fato tende a aumentar a utilização dos serviços de saúde, principalmente os de média e alta complexidade e, conseqüentemente, onerar a prestação da assistência à saúde. A prevenção e o controle dessas doenças, portanto, aumentam a longevidade e a qualidade de vida, além de contribuírem para a redução dos custos nos sistemas de saúde.

### 3.2.1. Doenças Cardiovasculares

A doença cardiovascular apresenta altas taxas de morbidade e mortalidade no Brasil. Esta situação tende a se agravar não só pelo processo de envelhecimento da população, como também pela manutenção de hábitos inadequados de alimentação, sedentarismo e tabagismo, somados a outros fatores de risco. A presença de nove dos fatores de risco abaixo descritos explica quase 90% do risco atribuível de doença na população ao redor do mundo (BRASIL, 2006c):

- 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/m<sup>2</sup>);

- Gordura abdominal;
- Sedentarismo;
- Dieta pobre em frutas e vegetais;
- Estresse psicossocial.

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, 2006c).

Para a promoção da saúde, as estratégias envolvidas no controle e redução dos fatores de risco devem abordar os diferentes níveis de atenção à saúde por meio da prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária deve estar voltada ao controle e redução dos fatores de risco. Desta forma, deve-se enfatizar o controle do tabagismo, da obesidade, do sedentarismo, do consumo de sal e de bebidas alcoólicas e o estímulo a uma alimentação saudável (BRASIL, 2001a).

A prevenção secundária, por sua vez, envolve a detecção e tratamento precoce da doença já instalada, e tem como objetivos: alcançar o controle da doença; evitar o aparecimento de complicações e retardar a progressão do quadro clínico. Deve-se identificar a presença de fatores de risco associados, de lesões em órgão-alvo e de co-morbidades. Quanto à prevenção terciária, busca-se minimizar as complicações, tendo como finalidade melhorar a qualidade de vida e evitar mortes precoces (BRASIL, 2001a).

### **Programa de Qualificação da Saúde Suplementar**

No setor suplementar, a ANS incentiva as operadoras a assumirem as Áreas de Atenção à Saúde como estratégia e a incorporarem ações de Promoção e Prevenção, para a melhoria da qualidade de vida e diminuição da morbimortalidade por doenças cardiovasculares nessa população. Entre as estratégias propostas, a Política de Qualificação das operadoras visa induzir à mudança de modelo assistencial, baseado na atenção integral ao beneficiário.

No que se refere aos dados do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar relacionados ao ano 2006, a análise dos dados referentes aos transtornos cardiovasculares mostra que, entre as 1226 operadoras que enviaram as informações referentes ao indicador “taxa de internações por DM”, 491 (40,05%) apresentam inconsistência nos dados enviados pelo Sistema de Informações de Produtos (SIP). Ainda entre a população total, 215 (17,54%) operadoras não se enquadraram no cálculo deste indicador e obtiveram o código “não se aplica”. Entre as 520 operadoras avaliadas, a maior parte delas recebeu pontuação média, correspondendo a 201 (38,65%), seguida pela pontuação máxima. Foi observada, no setor de saúde suplementar, uma taxa de internações por DM de 15,29 eventos para cada 10.000 expostos.

Considerando a “taxa de internações por doenças cerebrovasculares” observa-se que, entre as 1.226 operadoras, 469 (38,25%) apresentaram dados inconsistentes, 192 (15,66%) não tiveram seus dados calculados e 565 (46,08%) foram pontuadas. Destas 565 operadoras com pontuação, 69 (12,21%) obtiveram a pontuação zero, 118 (20,88%) a pontuação mínima, 219 (38,76%) a pontuação média e 159 (28,14%) a pontuação máxima. A taxa de internações por doenças cerebrovasculares, encontrada no setor suplementar, foi de 21,33 eventos para cada 10.000 expostos.

Para o indicador “taxa de internações por infarto agudo do miocárdio”, entre as 1226 operadoras, 421 (34,34%) apresentaram inconsistência no envio dos dados, 342 (27,9%) não tiveram seus dados calculados, e 463 (37,77%) receberam pontuação. Entre as 463 operadoras pontuadas, 49 (10,58%) receberam a pontuação zero, 95 (20,52%) a pontuação mínima, 206 (44,49%) a pontuação média e 113 (24,41%) a pontuação máxima. A taxa de internações por infarto agudo do miocárdio (IAM), encontrada no setor suplementar, foi de 7,47 eventos para cada 10.000 expostos.

Em relação ao indicador taxa de internações por amputação de membros inferiores por DM apenas 71 (5,79%) das 1226 operadoras foram avaliadas, porque a maioria apresentou um denominador menor que o valor mínimo necessário para a ocorrência do evento, estabelecido por testes estatísticos. Entre as 1.226 operadoras, 784 (63,95%) apresentaram o comportamento anteriormente citado, classificados como “não se aplica”, e 371 (30,26%) delas tiveram dados inconsistentes. Das operadoras avaliadas, 4 (5,63%) receberam a pontuação zero, 12 (16,90%) a pontuação mínima, 20 (28,17%) a pontuação média e 35 (49,3%) a pontuação máxima. A taxa de internações por amputação de membros inferiores por DM, encontrada no setor suplementar, foi de 0,88 eventos para cada 10.000 expostos.

A partir da análise dos dados do setor suplementar, observa-se que as taxas de internações em 2006 diminuíram em todos os indicadores em relação ao ano anterior, com exceção do indicador de internações por doenças cerebrovasculares. Identifica-se uma diminuição das operadoras com dados inconsistentes para todos os indicadores, aumentando a qualidade das informações e o número de operadoras avaliadas. Para o ano de 2006, houve um aumento de operadoras nas faixas de melhor pontuação, o que pode ser reflexo de uma melhor qualidade de assistência à saúde, mas também uma melhora no preenchimento das informações nos bancos de dados da ANS.

A análise do Programa de Qualificação permite mostrar que as taxas de internações no setor suplementar são superiores às taxas nacionais. Este fato pode ser indicativo de maior acesso aos serviços, considerando a disponibilidade da rede credenciada aos planos privados de assistência à saúde. Entretanto, atenção especial deve-se dispor à análise do preenchimento dos bancos de dados pelas operadoras, tendo em vista que o registro das informações sobre internações, de onde são retirados os dados para compor os indicadores do Programa de Qualificação, segue a lógica da competência contábil. Neste caso, as taxas deste item podem estar superestimadas, caso as operadoras, erroneamente, tenham declarado mais de um evento a cada aviso de cobrança, realizado em diferentes trimestres.

### 3.2.2. Diabetes Mellitus

O DM vem aumentando sua importância pela crescente prevalência na população brasileira. Calcula-se que, em 2025, possam existir cerca de 11 milhões de diabéticos no país. No Brasil, os dados do estudo multicêntrico sobre a prevalência de diabetes (1987/89) demonstraram uma prevalência de 7,6% na população de 30 a 69 anos (BRASIL, 2001a). Essa prevalência variava de 3% a 17% entre as faixas de 30-39 e de 60-69 anos. A prevalência da tolerância à glicose diminuída era igualmente de 8%, variando de 6 a 11% entre as mesmas faixas etárias (BRASIL, 2006e).

A incidência de DM na atualidade atinge proporções epidêmicas, o que acarreta um alto custo tanto econômico quanto social (SBD, 2005). Segundo estimativas da OMS, o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil, estima-se que o diabetes deve alcançar 10 milhões de pessoas em 2010. As conseqüências humanas, sociais e econômicas são alarmantes: são 4 milhões de mor-

tes por ano relativas ao diabetes e suas complicações, o que representa 9% da mortalidade mundial total (BRASIL, 2006e).

O DM 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, 2006e). Vale ressaltar que o DM e a HAS respondem por 50% dos casos de doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006c).

As conseqüências do DM 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 DM tipo 2 (SBD, 2005).

### Tipos de Diabetes Mellitus

Os tipos de diabetes mais freqüentes 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 freqüência 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, 2006e).

Outros tipos específicos de diabetes menos freqüentes 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:

- Idade > 45 anos.
- Sobrepeso (IMC >25).
- 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.
- HAS (> 140/90 mmHg).
- Colesterol HDL < 35 mg/dL e/ou triglicérides > 150 mg/dL.
- História de macrossomia ou diabetes gestacional.
- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos.
- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

Indivíduos de alto risco requerem investigação diagnóstica laboratorial com glicemia de jejum e/ou teste de tolerância à glicose. Alguns casos serão confirmados como portadores de diabetes, outros apresentarão alteração na regulação glicêmica (tolerância à glicose diminuída ou glicemia de jejum alterada), o que confere maior risco de desenvolver diabetes. Casos em que a investigação laboratorial for normal deverão ser investigados a cada 3-7 anos, dependendo do grau de suspeita clínica.

## Diagnóstico de Diabetes Mellitus

Os sintomas clássicos de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso. Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição.

Algumas vezes o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica. Entretanto, como já mencionado, o diabetes é assintomático em proporção significativa dos casos. A suspeita clínica ocorre, então, a partir de fatores de risco para a doença.

## Exames Laboratoriais para o Diagnóstico de Diabetes e de Regulação Glicêmica Alterada

Resumidamente, os testes laboratoriais mais comumente utilizados para suspeita de diabetes ou regulação glicêmica alterada são:

- 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 encontram-se dispostos a seguir (BRASIL, 2006e):

#### Quadro 3. Critérios laboratoriais para o diagnóstico de diabetes

Sintomas de Diabetes (poliúria, polipsia, polifagia ou perda de peso inexplicada)
+ glicemia casual $\geq 200$ mg/dL (realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições);
= OU =
Glicemia de jejum $\geq 126$ mg/dL*;
= OU =
Glicemia de 2 horas $\geq 200$ mg/dL no teste de tolerância à glicose*.

\* Devem ser confirmados com nova glicemia.

Fonte: BRASIL, 2006e

#### Quadro 4. Interpretação dos resultados de glicemia de jejum e teste de tolerância a glicose

Classificação	Glicemia jejum	Glicemia 2h após TTG-75g
Normal	<100 mg/dL	<140 mg/dL
Pré-diabetes	$\geq 100$ -125 mg/dL Glicemia de jejum alterada	140-199 mg/dL Tolerância diminuída a glicose
Diabetes mellitus	$\geq 126$ mg/dL	$\geq 200$ mg/dL

Fonte: BRASIL, 2006e

## 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.

Mudanças de estilo de vida reduziram 58% da incidência de diabetes em 3 anos. Essas mudanças visavam a discreta redução de peso (5-10% do peso), manutenção do peso perdido, aumento da ingestão de fibras, restrição energética moderada, restrição de gorduras, especialmente as saturadas, e 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, 2006e).

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).

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 a retirada do tratamento farmacológico (SBD, 2005).

O 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, 2006b).

## Monitoramento

O monitoramento dos pacientes portadores de diabetes mellitus inclui:

- 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 freqüentemente (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.

As metas de controle glicêmico, metabólico e cardiovascular, e a periodicidade do monitoramento seguem no quadro, conforme recomendação do MS (BRASIL, 2006e):

**Quadro 5.** Metas de controle glicêmico, metabólico e cardiovascular, e a periodicidade do monitoramento

Parâmetro	Meta	Periodicidade
Plano alimentar	Alimentação saudável 18,5 < IMC < 25Kg/m <sup>2</sup> 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

Fonte: BRASIL, 2006e

### 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 auto-monitorização (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;
- Inserir outros profissionais, especialmente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, profissionais de educação física, para enfatizar a ação interdisciplinar para a prevenção e tratamento do DM.

### 3.2.3. Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as co-morbidades associadas (BRASIL, 2006f).

Trata-se de uma doença altamente prevalente no mundo, sendo responsável por 7,1 milhões de mortes prematuras. Além disso, constitui-se em um problema de saúde crescente devido ao envelhecimento da população e da prevalência de outros fatores como a obesidade, o sedentarismo e a alimentação inadequada. É importante ressaltar que, embora se constitua em uma patologia, quando instalada, a HAS é também um fator de risco para outras doenças crônicas e debilitantes, estando envolvida no desenvolvimento de doença cerebrovascular, infarto agudo do miocárdio, doença isquêmica e insuficiências cardíaca e renal, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (WHO, 2003).

Tendo em vista o critério atual de diagnóstico de HAS (PA  $\geq$  140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido. A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular; doença

arterial coronariana; insuficiência cardíaca; doença renal crônica; e doença arterial periférica.

## Segmento Clínico

O Quadro abaixo apresenta a classificação da pressão arterial para adultos com mais de 18 anos. Os valores limites de pressão arterial normal para crianças e adolescentes de 1 a 17 anos constam de tabelas especiais que levam em consideração a idade e o percentil de altura em que o indivíduo se encontra.

**Quadro 6.** Classificação da pressão arterial para adultos com mais de 18 anos

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pré-hipertensão	120 - 139	80 - 89
<b>Hipertensão</b>		
Estágio 1	140 - 159	90-99
Estágio 2	≥ 160	≥ 100

– O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo.

– Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.

Fonte: BRASIL, 2006e

A investigação clínico-laboratorial do paciente hipertenso tem por objetivo:

- 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. Em atendimento primário, o paciente deverá ser submetido aos seguintes exames subsidiários (BRASIL, 2006f):

- Exame de urina rotina (tipo 1);
- Dosagem de potássio;
- Dosagem de creatinina (Cockcroft-Gault);
- Glicemia de jejum;
- Hematócrito;

- Colesterol total, LDL, HDL e triglicérides;
- Eletrocardiograma convencional.

## Monitoramento

O monitoramento dos pacientes portadores de hipertensão arterial inclui:

- Verificação da pressão arterial;
- Controle de peso;
- Adoção de hábitos alimentares saudáveis;
- Redução do consumo de bebidas alcoólicas;
- Abandono do tabagismo;
- Prática de atividade física regular.

## Ações Sugeridas

- Abordagem multiprofissional;
- Ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco através de divulgação de material educativo, atividades grupais, orientação individualizada durante a consulta clínica;
- Treinamento de profissionais da equipe;
- Ações assistenciais individuais e em grupo;
- Orientações gerais sobre alimentação, atividade física, consumo de álcool e abandono do tabagismo.

### 3.2.4. 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 (WHO, 2007). 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, 2002a). 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 2006, a ocorrência de câncer no Brasil foi de, aproximadamente, 472.050 novos casos. Desse total, cerca 234.570 casos novos ocorreram no sexo masculino e 237.480, no sexo feminino. Nesse ano, a neoplasia mais incidente na população brasileira foi o câncer de pele não melanoma com, aproximadamente, 116 mil casos novos. Entre os homens, os tipos mais comuns, excetuando o de pele não melanoma, foram os de próstata e pulmão, estimados em 47.000 e 27.000, respectivamente, enquanto que entre as mulheres, as neoplasias de mama, com 49.000 casos, e colo do útero, com 19.000, representaram as maiores incidências (BRASIL, 2005b).

## 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, 2005b).

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):

- 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 do 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).

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, 2002a). 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 através 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 destas 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, 2007b). 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).

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, 2007b). 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).

### *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% dos casos têm forte associação com o consumo de tabaco e seus derivados (INCA, 2007b). 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, 2007b). Dados da OMS revelam que tal hábito é capaz de aumentar este 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, 2002a).

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. Ultimamente, as mulheres fumam tanto quanto os homens, por isso, praticamente não existem diferenças entre a incidência do câncer de pulmão entre os sexos. 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, 2002a).

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, 2007b).

### *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, 2007c). 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 sobrevivência corresponde a 64%, enquanto nos países em desenvolvimento esse valor não passa de 41% (INCA, 2006a).

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).

Este tipo de neoplasia é o mais freqüente 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. 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 através 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, 2007c).

### *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. Contudo, é certo que o consumo habitual de frutas, ver-

duras, legumes, grãos e cereais integrais, bem como uma dieta pobre em gorduras, principalmente as de origem animal, estão relacionados à diminuição do risco desse tipo de câncer (INCA, 2007c).

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. Estes 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. 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, 2007c; 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, 2007d).

Esse tipo de câncer é o segundo mais prevalente no mundo, na população adulta geral, seguido pelo de mama e tem um prognóstico considerado relativamente bom. 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, 2007d).

Esses tumores malignos apresentam, a cada ano, cerca de 945 mil casos novos, e são a quarta causa mais comum de câncer no mundo. Nos países desenvolvidos, essa patologia representa a segunda causa de neoplasia maligna. 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, 2007d).

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 sobrevivência mundial desse tipo de neoplasia, em cinco anos, corresponde a 44% em média (INCA, 2006a; INCA, 2007d).

As estimativas de incidência de câncer no Brasil para 2006, publicadas pelo INCA, apontavam o câncer colorretal como o quinto tumor maligno mais freqüente 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 risco já aumentam a partir dos 40 anos (INCA, 2006a; INCA, 2007d).

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 estabelecidas, porém alguns fatores pare-

cem 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 tem 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, 2007d; SASSE, 2007).

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 através de endoscopia gastrointestinal superior e inferior com biópsia endoscópica para estudo histopatológico (INCA, 2006a; INCA, 2007d; 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 àquelas 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 contrair a doença (INCA, 2006a; INCA, 2007d; SASSE, 2007).

## Ações Sugeridas para Neoplasias

- 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, 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;
- Formar grupos de apoio e discussão para os portadores de neoplasias;
- Apoio psicossocial;
- Desenvolver programas específicos permanentes de anti-tabagismo;
- Formar grupos de apoio e cuidados paliativos para os pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

## Dados para Monitoramento de Programas de Neoplasias

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  $\geq 6$  meses

## 3.3. 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 porte.

Desta 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 serviços, a Lei 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:

- a. assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- b. 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;
- c. 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;
  - d. avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
  - e. 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;
  - f. participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
  - g. revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração de entidades sindicais;
  - h. 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, 2001c):

- A busca da compreensão das relações entre o trabalho, a saúde e a doença dos trabalhadores, para fins de promoção e proteção – nesta, 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 estes 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, 2001c).

Em relação aos trabalhadores, há que se considerar 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 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, 2001c).

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 através 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 compatível permanentemente 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 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 conseqüente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais. A elaboração, implementação, acompanhamento e avaliação do PPRA poderão ser feitas SESMT. 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 conseqüências, 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 (ANS, 1999).

Apesar da não obrigatoriedade de cobertura, pelos planos coletivos, dos eventos relacionados à 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.

### Links

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_12.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_12.pdf)

[http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/pub\\_assunto/saude\\_trabalhador.html](http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/saude_trabalhador.html)

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/nov\\_pub.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/nov_pub.html)

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/politicas.html>

[http://www.mte.gov.br/legislacao/normas\\_regulamentadoras/nr](http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr)

<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>

## 3.4. Saúde do Idoso

Um dos fenômenos de maior impacto no início deste novo século é o do envelhecimento da população mundial, resultante de um processo gradual de transição demográfica que, embora ocorra tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, encontra nestes últimos maiores dificuldades para a reorganização social e da área de saúde que seja adequada a atender as demandas emergentes. Vale destacar que o envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida (BRASIL, 2006g).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como “um processo seqüencial, 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, 2006g).

Nesse sentido, a senescência diz respeito ao envelhecimento natural, que possibilita o idoso ter uma vida ativa até fases tardias da vida, apesar das limitações impostas. A senilidade, por sua vez, apresentada por grande parte dos idosos, é o envelhecimento que ocorre de forma anormal ou patológica e se manifesta com uma incapacidade progressiva para a vida saudável. Portanto, é de suma importância o conhecimento sobre as alterações esperadas que ocorrem na senescência, para que as alterações que podem significar doença sejam investigadas e tratadas de forma multidisciplinar (BOTTINO et al, 2006).

O maior desafio na atenção à pessoa idosa 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. Portanto, parte das dificuldades destas pessoas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita.

As DCNT podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas. Estudos mostram que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre aqueles com 90 anos ou mais. Vale ressaltar que, dentro do grupo das pessoas idosas, aqueles com idade igual ou superior a 80 anos é o segmento populacional que mais cresceu nos últimos tempos, correspondendo a 12,8% da população idosa e 1,1% da população total.

É nesse contexto que a denominada “avaliação funcional” torna-se essencial para o estabelecimento de um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas (BRASIL, 2006g).

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 desempenho, de forma autônoma e independente, das atividades cotidianas ou atividades de vida diária desta população permitindo

o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado.

No final da década de 90, a OMS passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo” buscando incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. Pode ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (BRASIL, 2006g).

### Avaliação Global da Pessoa Idosa

É desenvolvida por uma equipe multiprofissional e tem por objetivo quantificar as capacidades e os problemas de saúde, psicossociais e funcionais do idoso de forma a estabelecer um planejamento terapêutico em longo prazo e o gerenciamento dos recursos necessários. 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;
- Déficits cognitivos.

A avaliação funcional determina não só o comprometimento funcional desta população, como também sua necessidade de auxílio. Usualmente, utiliza-se a avaliação no desempenho das atividades cotidianas, subdivididas em:

- As atividades de vida diária (autocuidado), relacionadas ao alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro e manter o controle sobre as necessidades fisiológicas;
- 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;
- Avaliação do suporte social - Avaliação da funcionalidade familiar, (inclui avaliação sobre existência de indícios de violência intrafamiliar ou maus tratos com as pessoas idosas); e

- Avaliação do estresse do cuidador - estudos afirmam que a institucionalização da pessoa idosa é decorrente da inexistência de serviços suficientes capazes de assistir às necessidades tanto dos idosos quanto de seus membros familiares.

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

- 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

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. Em relação às alterações do humor, a prevalência entre os idosos foi de 36,8%, dependendo fundamentalmente do instrumento utilizado, dos pontos de corte e da gravidade dos sintomas.

Uma outra questão relevante na terceira idade é a imunização, os idosos com mais de 60 anos devem receber ao menos uma dose de vacina anti-pneumocócica durante a vida. Os idosos institucionalizados e não vacinados deverão receber uma dose da vacina e outra um reforço após cinco anos da primeira, caso a indicação persista. A vacina dupla adulto (dT – contra difteria e tétano) deve ser administrada a cada dez anos podendo ser reforçada em cinco anos.

### Patologias mais freqüentes na população idosa

Além da HAS, que acomete cerca de 50% a 70% das pessoas idosas,

e do DM, já abordados anteriormente neste capítulo, são também frequentes na população idosa as patologias descritas a seguir.

## Osteoporose

Doença sistêmica progressiva que leva à desordem esquelética, caracterizada por força óssea comprometida, predispondo a um aumento do risco de fratura. 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, 2006g).

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.

### Quadro 7. Fatores de risco para osteoporose

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 <19 kg/m <sup>2</sup> )
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, 2006g

### *Diagnóstico*

É fundamental a investigação dos fatores de risco listados. 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. A osteoporose é uma doença assintomática, e geralmente o primeiro sinal é a fratura, que representa o agravamento da doença, sendo as mais freqüentes as da coluna lombar, colo do fêmur e terço médio do rádio.

Pode-se realizar a avaliação laboratorial, para verificar os distúrbios do metabolismo mineral; e a avaliação por imagem, através de radiografias (que só detectam diminuição da densidade óssea quando a perda é superior a 30%, sendo indicada para avaliação das fraturas) e de densitometria óssea, exame de referência para o diagnóstico da osteoporose, realizada pela avaliação da coluna lombar e do colo do fêmur, e antebraço, segundo os critérios da OMS. A busca ativa deste diagnóstico pode ser realizada em pacientes considerados de alto risco, especialmente os com risco de fratura. Quando se deseja acompanhar a eficácia do tratamento, pode-se repetir o exame dentro de 24 meses (BRASIL, 2006g).

### *Prevenção e Tratamento*

São essenciais, na prevenção e no tratamento da osteoporose, a promoção de uma alimentação saudável, voltada para a oferta dos componentes (oligo-elementos) essenciais na síntese óssea como as calorías, o cálcio, a pró-vitamina D, o magnésio, o zinco, o boro, a vitamina K e a vitamina C diariamente, a prática de atividades físicas, a exposição solar, a adoção de medidas para a prevenção de quedas, além de tratamento farmacológico.

### **Incontinência Urinária**

É definida como perda de urina em quantidade e freqüência suficientes para causar um problema social ou higiênico. Pode variar desde um escape ocasional até uma incapacidade total para segurar qualquer quantidade de urina. Deve-se, com freqüência, a alterações específicas do corpo em decorrência de doenças, uso de medicamentos ou pode representar o início de uma doença. A prevalência da incontinência urinária (IU) é maior nas mulheres que nos homens entre os 50 e 75 anos, não apresentando variações por sexo na idade mais avançada. Estima-se que entre as pessoas idosas, a prevalência de IU é de aproximadamente 10 a 15% entre os homens e de 20 a 35% entre as mulheres. Além disso, 25 a 30% dos idosos institucionalizados e os providos

de internação hospitalar recente apresentam incontinência urinária (BRASIL, 2006g).

#### *Recomendações Gerais*

- Evitar a ingestão de grandes quantidades de líquidos quando não houver disponibilidade de banheiros acessíveis;
- Evitar alimentos como cafeína e bebidas alcoólicas;
- Tratar adequadamente quadros de obstipação intestinal crônica.

Dentre as medidas não farmacológicas, destacam-se a adaptação e manipulação ambiental, facilitando acesso e uso do banheiro ou uso de coletores (urinol, papagaio ou comadre) à beira do leito, e as terapias de comportamento (exercícios de musculatura pélvica e treinamento vesical, treinamento do hábito e a micção programada).

#### **Demência**

É uma síndrome clínica caracterizada pelo comprometimento de múltiplas funções corticais superiores decorrente de doença ou disfunção cerebral, de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas, incluindo memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento. O comprometimento das 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, 2006g).

Ao envelhecer, a maioria das pessoas se queixa mais frequentemente de esquecimentos cotidianos. Esse transtorno da memória relacionado à idade é muito frequente. Um problema de memória deve ser considerado sério quando afeta as atividades do dia-a-dia, ou seja, quando a pessoa tem problemas para recordar como fazer coisas simples do cotidiano. O comprometimento das funções cognitivas é comumente acompanhado, e ocasionalmente precedido, por deterioração do controle emocional, comportamento social ou motivação. Entre as pessoas idosas, a demência faz parte do grupo das mais importantes doenças que acarretam declínio funcional progressivo e perda gradual da autonomia e da independência. A incidência e a prevalência das

demências aumentam exponencialmente com a idade. Os tipos mais comuns de demências irreversíveis são: a Doença de Alzheimer, a Demência Vascular, Demência dos corpúsculos de Lewy e Doença de Pick (BRASIL, 2006g).

Destacamos a seguir os fatores de risco associados à Doença de Alzheimer (DA), por ser esta a principal causa de demência, segundo dados MS (BRASIL, 2006g):

- Idade (a incidência dobra a cada cinco anos a partir dos 65 anos de idade);
- História familiar de DA;
- Síndrome de Down;
- Doença de Parkinson;
- Trauma crânio-encefálico;
- Mulheres após menopausa (queda de estrógeno);
- Hipotireoidismo;
- Exposição a alumínio e pesticidas;
- Baixo nível educacional;
- Hipertensão;
- Hipercolesterolemia;
- Episódio prévio de depressão maior, particularmente com início na terceira idade;
- Distúrbio cognitivo leve.

### Depressão

É a doença psiquiátrica que mais comumente leva ao suicídio, sendo que os idosos formam o grupo etário que com mais frequência se suicida. Costumam utilizar os meios mais letais, ainda que não se possa ignorar os chamados suicídios latentes ou passivos (abandono de tratamento e recusa alimentar). A maioria teve seu primeiro episódio depressivo não diagnosticado e, portanto, não tratado. A prevalência da doença na população em geral varia de 3 a 11% e é duas vezes maior entre as mulheres do que entre os homens. Nas Instituições de Longa Permanência, cerca de 50% dos residentes são portadores de algum problema psiquiátrico, sendo que os quadros demenciais são os mais comuns, seguidos por problemas comportamentais e depressão (BRASIL, 2006g).

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.

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, 2006g).

#### Fatores de risco

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

#### 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 esta pessoa, que possa subsidiar a construção de um projeto terapêutico adequado.

### *Sinais e Sintomas que Sugerem Depressão*

- Fadiga matutina;
- Lentidão psicomotora;
- Redução da afetividade;
- Intranquilidade ou nervosismo;
- Ansiedade;
- Alteração do ciclo sonovigília;
- 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, 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, 2006g).

Os principais recursos terapêuticos são: atendimento individual - psicoterapia e farmacoterapia; atendimento em grupo; atividades comunitárias; e atendimento à família.

## *Demência e Depressão – Formas de Associação e Diagnóstico Diferencial*

Até meados dos anos 80, o foco da atenção da maior parte dos estudos desenvolvidos nesta 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 E SCALCO, 2006 apud BOTTINO et al, 2006).

**Quadro 8.** 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 (pseudodemência)	Deficiências cognitivas muito pronunciadas, com o quadro clínico de depressão assemelhando-se ao de demência.

Fonte: Lauter e Dame, 1991 apud BOTTINO, 2006

Na prática clínica, a diferenciação entre as possíveis formas de associação, descritas no quadro acima, pode ser bastante difícil. Independente 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 freqüente 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 este 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 significa-

tivos antes que os sintomas depressivos se tornem evidentes (STOPPE E SCALCO, 2006 apud BOTTINO et al, 2006). O quadro a seguir auxilia nesta diferenciação.

**Quadro 9.** Diagnóstico diferencial entre depressão e demência

	Depressão	Demência
<b>Quanto à História Clínica</b>		
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 do apetite	Normal
Resposta ao tratamento com antidepressivos	Boa	Ausente
<b>Quanto ao Exame Clínico</b>		
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
<b>Quanto aos Testes Psicológicos</b>		
Se perde nos lugares	Não é habitual	Habitual
Rendimento nos diversos testes	Variável	Responde com aproximação
Apraxia, afasia ou agnosia	Ausente	Pode estar presente

Fonte: BRASIL, 2006g

## 4. Saúde da Mulher

### 4.1. Introdução

Segundo o Censo 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as mulheres representam aproximadamente 51% da população brasileira. O perfil epidemiológico deste 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 do útero; as pneumonias; o DM e as causas externas (BRASIL, 2004b).

Apesar de não constar entre as principais causas de óbito feminino, a mortalidade materna no Brasil possui valores muito elevados, situando-se atualmente em torno de 75 por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2004b). Este 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 este período são evitáveis.

A preocupação em desenvolver ações de atenção à saúde, específicas para este grupo, encontra apoio nos dados comentados, principalmente devido às diferenças de exposição aos vários tipos e graus de risco em saúde a que estão submetidas às mulheres em função das relações de gênero. Deste 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. Estas diferenças, construídas socialmente, são responsáveis por desequilíbrios e desigualdades de gênero (HERA, 2006).

Se neste 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 o controle social que busca impor modelos de normalidade atinja homens e mulheres, são estas 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).

Desta forma, se por um lado, na atualidade, não se questiona o sucesso feminino em diversos âmbitos da esfera pública, por outro, independentemente de possuírem formação intelectual equivalente a dos homens, as mulheres continuam sendo mais mal remuneradas no mercado de trabalho e possuindo maior responsabilização pelas tarefas domésticas, administração do lar, sucesso do casamento e educação dos filhos, possuam elas vínculo empregatício ou não, o que resulta em dupla jornada de trabalho, com conseqüente 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 desenvolver 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 estruturar 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 nesta linha, propõe-se como diretriz geral desta área de atenção a elaboração de programas que abordem a mulher em sua integralidade e ofereçam subsídios para que desenvolva sua auto-estima, autoconfiança, consciência sobre seu corpo e sobre os processos de saúde-doença que possam acometê-la e aos quais estão mais expostas, considerando-se os aspectos culturais, biológicos, emocionais, econômicos e sociais 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, estes programas devem buscar reorganizar a rede de serviços e instrumentalizar os profissionais de saúde para que atuem como co-responsáveis na melhoria da qualidade de vida das mulheres e na adoção de práticas saudáveis.

### Ações Sugeridas

- Formar equipe para conduzir o programa, composta por profissionais de saúde com formação específica em atenção à

saúde da mulher, com competência para cuidar de mulheres em sua integralidade, considerando além das questões biológicas, as epidemiológicas e de gênero;

- 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.

## 4.2. Planejamento Familiar

As ações de planejamento familiar devem ser desenvolvidas baseadas no conceito de promoção da saúde sexual e reprodutiva. O conceito para direito sexual e reprodutivo redigido na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1994) baseia-se na premissa de que saúde reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual segura e satisfatória, que tenham a capacidade de reproduzir e a liberdade de agir. É crucial para o bem-estar de homens e mulheres a informação sobre métodos de planejamento familiar eficientes e seguros (BRASIL, 2002b).

Assim, entende-se que as operadoras de planos de saúde devem reconhecer que muito embora o conceito de saúde 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.

### Ações Sugeridas

- Desenvolver programas de orientação para planejamento familiar de acordo com a perspectiva de promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres;
- Realizar programas de orientação sobre os riscos do aborto inseguro, promovendo a redução destes riscos e melhorando as informações sobre planejamento familiar;
- Promover ações de planejamento familiar que incluam atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas;
- Realizar programas de educação em saúde e orientações acerca da prevenção das DST/AIDS;
- Oferecer orientação e tratamento, no que couber, para infertilidade;
- 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.

### 4.3. 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, família e 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 saúde. As altas taxas de cesariana, mortalidade materna e perinatal são as maiores evidências destes 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 desenvolvendo esforços para redução das cesarianas desnecessárias.

As altas taxas de cesarianas na saúde suplementar apontam para a necessidade de maior esclarecimento e subsídios teóricos para a mãe/pai na escolha do tipo de parto, considerando-se os riscos de um parto cirúrgico sem indicação, bem como 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 cultura já difundida e apropriada pelas mulheres de que a cesárea é melhor e não lhe traz dor, dentre outras. Entretanto, em função da magnitude deste problema de saúde, especialmente no setor de saúde suplementar, a ANS não pode se furtar a enfrentar este desafio.

Assim, entendendo que o enfrentamento do problema das altas taxas de cesarianas implica no envolvimento de diferentes atores sociais, é preciso garantir que as políticas nacionais sejam, de fato, executadas e respondam às reais necessidades inerentes a situação, de forma a garantir um atendimento integral e humanizado à gestante e sua família.

### Ações Sugeridas

- 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 as 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);
- Instituir o uso do Cartão da Gestante, baseado no modelo do MS;
- Seguir as orientações dos protocolos do MS:
  - Mínimo de 6 consultas (preferencialmente, uma no 1º trimestre, duas no 2º trimestre e três no 3º trimestre da gestação);
  - Exames: ABO-Rh, hemoglobina/hematócrito (1ª consulta), VDRL, urina rotina e glicemia de jejum (1 exame na 1ª consulta e outro próximo à 30ª semana da gestação); Teste anti-HIV; sorologia para toxoplasmose;
  - Vacina dupla tipo adulto (completar esquema);
  - Realizar a consulta de puerpério.
- Realizar sorologia IgM para rubéola caso a gestante apresente quadro clínico compatível com a doença: exantema, febre, linfadenopatia, artralgia;

- Diagnosticar, tratar e acompanhar, por meio de equipe treinada para este fim, mulheres com intercorrências clínicas na gestação e/ou doenças crônicas, tais como diabetes e hipertensão; identificar gestantes de risco e garantir atendimento no pré-natal de alto risco;
- Avaliar a necessidade de realização do Papanicolau;
- Fornecer atenção especial à adolescente gestante;
- Desenvolver grupos educativos e de orientação que abranjam;
  - O incentivo ao aleitamento materno, ressaltando sua importância por um período de 2 anos, sendo exclusivo nos primeiros 6 meses;
  - O estímulo ao parto normal;
  - O incentivo a hábitos saudáveis de vida;
  - Sobre sinais de alerta na gravidez;
  - Os cuidados com recém-nascido;
  - A importância da consulta de puerpério;
  - O intervalo interpartal e os meios necessários à anticoncepção;
  - O planejamento familiar.
- Fornecer orientações sobre alimentação, visando ao ganho de peso ideal no decorrer da gestação; avaliar o estado nutricional da gestante, incluindo a avaliação de anemia;
- Fornecer orientações sobre a prática de atividade física;
- Fornecer orientações sobre os riscos do tabagismo e drogas ilícitas, o uso rotineiro de bebidas alcoólicas e o 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;
- Estimular a qualificação e humanização da assistência;
- Organizar rede hierarquizada, com maternidades de referência para atenção humanizada ao parto e nascimento por equipe multidisciplinar;

- 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 a gestante sobre esta necessidade;
- Incentivar a presença de acompanhante em tempo integral durante o trabalho de parto, parto e puerpério;
- Garantir 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;
- Conhecer o número de puérperas e recém-nascidos da sua carteira para programar as ações de saúde e estimular a realização de visita domiciliar na primeira semana após o parto.

#### 4.4. Atenção ao 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.

Esta 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-menopausa 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 neste período começa a ocorrer acentuada perda de massa magra e aumento da gordura corporal total, além de perda de cálcio ósseo. A abordagem deste 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, 2006b).

Aspectos relacionados à inserção maciça de mulheres no mercado de trabalho, em especial no meio urbano, com conseqüente 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, com conseqüente aumento dos casos de obesidade (BRASIL, 2006b).

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 à 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, 2006b).

A adoção de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças que abordem as modificações desencadeadas pela menopausa é fundamental para prevenir ou retardar a manifestação de agravos freqüentes nesta faixa etária, bem como para contribuir para a melhoria da qualidade de vida das mulheres.

### Ações Sugeridas

- Formar e capacitar equipe multidisciplinar de referência para atenção à saúde da mulher na faixa etária dos 40 aos 65 anos;
- Ações educativas e informativas sobre: reposição hormonal; estímulo à adoção de hábitos saudáveis de vida (combate ao

sedentarismo e tabagismo, bem como estímulo à prática de atividades físicas e adoção de alimentação balanceada);

- Utilização de escores de risco de osteoporose e criação de estratégias de acompanhamento para as mulheres com maior risco, visando a prevenção de fraturas;
- Abordagem das mudanças dos papéis sociais, expectativas e projetos de vida e não somente a questão biológica;
- Apoio a questões como: envelhecimento; aposentadoria; emancipação dos filhos; mudanças na aparência física etc.

## 4.4 Câncer de Colo de Útero e de Mama Feminina

Acompanhando a tendência mundial, os cânceres de mama e colo do 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.

### 4.4.1. Câncer de Colo de Útero

O câncer de colo do 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 por câncer de colo de útero atinge seu pico, geralmente, na faixa etária de 45 a 49 anos. No Brasil, estima-se que este câncer seja a terceira neoplasia maligna mais comum entre as mulheres, sendo 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 apontam a ocorrência de 19.260 novos casos de câncer do colo do útero (INCA, 2006b).

#### Fatores de Risco

Vários são os fatores de risco identificados para o câncer do colo do 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 relacionados 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. Este vírus está presente em mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero (INCA, 2006b).

Dados da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e Sociedade Brasileira de Cancerologia, do ano 2001, são coincidentes com os dados do INCA, indicando que a infecção pelo HPV e, secundariamente, alta paridade, grande número de parceiros, idade no primeiro coito, baixo nível socioeconômico e tabagismo são os principais fatores de risco para este tipo de neoplasia (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. Nestes países, os casos são encontrados em estádios relativamente avançados e, conseqüentemente, a sobrevida média é menor, cerca de 49%.

Considerando que este 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.

No Brasil, o câncer de colo do útero continua a ser um problema de saúde pública, o que levou o nosso país a assumir, nos anos 80, o seu controle como prioridade nas políticas de atenção à saúde da mulher. Junto à mortalidade elevada, observou-se, com base nas informações disponibilizadas pelos Registros Hospitalares de Câncer, que o diagnóstico desse câncer é realizado nas fases avançadas da doença (estádios III e IV) em cerca de 50% dos casos.

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 deste 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, podem reduzir cerca de 80% a incidência do câncer cervical.

### Sintomas

Existe uma fase pré-clínica (sem sintomas) do câncer do colo do útero, em que a detecção de possíveis lesões precursoras se dá através da realização periódica do exame preventivo. Conforme a doença progride, os principais sintomas do câncer do colo do útero são sangramento vaginal, corrimento e dor (INCA, 2006b).

## Estratégias de Prevenção

A prevenção primária 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).

Outras formas de prevenção dessa neoplasia baseiam-se na educação sexual, desmotivando a promiscuidade sexual e o início precoce da atividade sexual (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA & SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, 2001).

No Brasil, a principal estratégia utilizada para detecção precoce da doença por meio da prevenção secundária é através da realização do exame preventivo do câncer do colo do útero (conhecido popularmente como exame de Papanicolau).

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 do útero na população de risco. O INCA tem realizado diversas campanhas educativas com o fim de estimular a realização do exame preventivo, tanto voltadas para a população quanto para os profissionais da saúde.

### O exame preventivo (Colpocitológico)

O exame preventivo do câncer do colo do útero consiste na coleta de material citológico do colo do 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).

#### 4.4.2. 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 desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente (INCA, 2006b).

Este tipo de câncer representa uma das principais causas de morte em mulheres no ocidente. Segundo a OMS, nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência em diversos países, tanto em países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento (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 desta neoplasia é tão significativa, que estima-se que o câncer de mama é o que mais causa mortes entre as mulheres. De acordo com a Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil para 2006, o câncer de mama é o segundo mais incidente, com 48.930 casos.

Para agravar ainda mais a situação, maioria dos casos de câncer de mama em nosso país é diagnosticada em estágios avançados (III e IV), diminuindo as chances de sobrevida das pacientes e comprometendo os resultados do tratamento (INCA, 2006b).

### Sinais e Sintomas

Os sintomas do câncer de mama palpável são o nódulo ou tumor no seio, acompanhado ou não de dor mamária. Podem surgir alterações na pele que recobre a mama, como abaulamentos ou retrações ou um aspecto semelhante à casca de uma laranja. Podem também surgir nódulos palpáveis na axila (INCA, 2006b).

### Fatores de Risco

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).

### Detecção Precoce segundo Protocolo do INCA 2006

A mamografia é a forma mais eficaz para detecção precoce do câncer de mama seguido do exame clínico da mama.

### O Exame Clínico das Mamas

Quando realizado por um médico ou enfermeira treinados, pode detectar tumor de até 1 (um) centímetro, se superficial. O Exame Clínico das Mamas (ECM) deve ser realizado conforme as recomendações técnicas do Consenso para Controle do Câncer de Mama. Entretanto, a sensibilidade deste exame varia de 57% a 83% em mulheres com idade entre 50 e 59 anos, e em torno de 71% nas que estão entre 40 e 49 anos. A especificidade varia de 88% a 96% em mulheres com idade entre 50 e 59 e entre 71% a 84% nas que estão entre 40 e 49 anos (INCA, 2006b).

### A Mamografia

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).

Estudos sobre a efetividade da mamografia sempre utilizam o exame clínico como exame adicional. Sua sensibilidade varia de 46% a 88% e depende de fatores tais como: tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário (mulheres mais jovens apresentam mamas mais densas), qualidade dos recursos técnicos e habilidade de interpretação do radiologista. A especificidade varia entre 82%, e 99% e é igualmente dependente da qualidade do exame (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 estudos 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).

### O Auto-Exame das Mamas

As evidências científicas sugerem que o auto-exame das mamas não é eficiente para o rastreamento e não contribui para a redução da mortalidade por câncer de mama. Além disso, o auto-exame das mamas traz consigo conseqüências 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 auto-exame 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. Segundo as orientações do Consenso para o Controle do Câncer de Mama são recomendadas as seguintes ações para o rastreamento dessa neoplasia em mulheres assintomáticas:

- ECM realizado 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;
- Mamografia, para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o intervalo máximo de dois anos entre os exames;
- 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;

- As mulheres submetidas ao rastreamento devem ter garantido o acesso aos exames de diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento das alterações encontradas.

#### 4.5. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar

No que tange à Saúde Suplementar, dados referentes ao ano de 2005 do Programa de Qualificação demonstram que os indicadores de exames preventivos são os que mais mostram as atividades de cuidado nesta área de atenção.

Dentre as 1.266 operadoras que deveriam informar dados referentes aos exames preventivos, citologia oncótica de colo de útero e mamografia, 47,4% informaram dados consistentes e 52,3% dados inconsistentes para cálculo destes indicadores. Para o indicador de taxa de citologia oncótica de colo de útero, 48,6% das operadoras com dados consistentes (n=295) atingiram a meta do período para este indicador, ou seja, uma cobertura de 28% das mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos com pelo menos um exame no período. Um percentual de 11,5% das operadoras, com dados consistentes (n=70), não informou nenhum exame para as mulheres dentro desta mesma faixa etária. Para a taxa de mamografia, apenas 7,9% das operadoras atingiram a meta estabelecida, que objetiva uma cobertura para 80% das mulheres na faixa etária de maior risco da doença, que é de 50 a 69 anos, de pelo menos um exame no ano.

Tais dados demonstram que as operadoras de planos privados de saúde necessitam melhorar a consistência e o envio dos seus dados para o órgão regulador, assim como ampliar as coberturas destes exames de prevenção, principalmente, a cobertura de mamografia.

#### 4.6. Ações Sugeridas

- Realizar levantamento do universo de mulheres nas faixas etárias preconizadas pelos programas;
- Realizar periodicamente exame clínico das mamas; mamografia em mulheres entre 40 e 69 anos e naquelas com exame clínico das mamas alterado; assim como colpocitologia oncótica em mulheres de 25 a 59 anos;
- Orientar a mulher quanto ao auto-exame das mamas;

- Encaminhar as mulheres com resultado da citologia oncológica de colo de útero alterado, bem como exame clínico das mamas e resultado de mamografia alterados;
- Estimular a visita ao profissional de saúde, em faixas etárias específicas, para investigação e identificação de possíveis lesões precursoras;
- Incentivar a adoção de hábitos de vida saudáveis.

#### 4.7. Dados para Monitoramento de Programas

Para avaliar os programas, as operadoras poderão utilizar as informações fornecidas ao SIP e os indicadores do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar – Dimensão Qualidade da Atenção à Saúde, bem como criar indicadores específicos para os programas desenvolvidos. Seguem alguns exemplos de indicadores de saúde sexual e reprodutiva:

- Proporção da população usando pílula, esterilização feminina, esterilização masculina, preservativo e outros
- Percentagem da contracepção através de métodos contraceptivos masculinos entre todos os usuários de métodos contraceptivos
- Proporção de mulheres de 25 a 59 anos que realizaram exames citopatológicos cérvico-vaginais no ano
- Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos que realizaram mamografia no ano
- Proporção de mulheres em grupos de risco entre 40 e 69 anos que realizaram mamografia no ano
- Proporção de Gestantes inscritas nos programa
- Proporção de primeiras consultas de pré-natal no 1º trimestre da gestação
- Proporção de participantes em atividades em grupo para gestantes, com equipe multiprofissional
- 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, a consulta do puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a segunda dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica

- Proporção de parto hospitalar vaginal atendido por enfermeira obstétrica
- Proporção de partos em menores de 20 anos
- Proporção de gestantes com ganho ponderal adequado ao final da gravidez
- Proporção de internações por transtornos maternos hipertensivos no período da gravidez, parto e puerpério
- Proporção de internações por transtornos maternos infecciosos durante o puerpério
- Proporção de cesariana
- Taxa de Prematuridade
- Taxa de Natimortalidade

#### 4.8. Links

[http://bvsmis.saude.gov.br/html/pt/pub\\_assunto/saude\\_mulher.html](http://bvsmis.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/saude_mulher.html)

<http://www.iwhc.org.hera>

[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_50/v02/pdf/NORMAS.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v02/pdf/NORMAS.pdf)

[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=471](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=471)

<http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>

[http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/078.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/078.pdf)

[http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/034.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/034.pdf)

<http://www.febrasgo.org.br/manuais.htm>

## 5. Saúde Mental

### 5.1. Introdução

Segundo dados do Ministério da Saúde, 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; mais do que 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 (MURRAY E LOPEZ, 1996 apud BRASIL, 2003c).

A Lei nº 9.656/98, ao impedir a exclusão à cobertura das doenças listadas na Classificação Internacional das Doenças (CID), estabeleceu a cobertura obrigatória aos transtornos mentais e às lesões decorrentes destes, inclusive as auto-infligidas, em todos os planos de saúde comercializados a partir de 02/01/1999 (BRASIL, 1998). No período de, aproximadamente, dez anos desde a edição da lei supracitada, não só foram estabelecidas pelo MS algumas novas diretrizes com objetivo de evitar a cronificação e estimular a ressocialização dos portadores de transtornos psiquiátricos, como também tornou-se possível avaliar os avanços e os impasses da atenção à Saúde Mental na área da saúde suplementar. Estes fatos justificam a necessidade da incorporação da Saúde Mental às Áreas de Atenção à Saúde priorizadas pela ANS, tomando por fundamento as diretrizes da Política de Saúde Mental do MS abaixo:

- Redução da utilização do recurso da internação hospitalar, por meio da substituição desta 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.

Esta política, que encontra suporte jurídico na Lei nº 10.216/2001 e

dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial, deve ser respeitada por todos os serviços de Atenção à Saúde. Nela são assegurados diversos direitos ao portador de transtornos mentais, porém aqui destacamos aqueles que mais se relacionam às ações que as operadoras de planos de saúde devem adotar para que se efetive uma real reorientação do modelo assistencial na área de saúde mental (BRASIL, 2001d):

- O portador de transtornos mentais deve ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários (ambulatorios, consultórios, serviços de atenção diária, hospital-dia etc) de saúde mental;
- A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes;
- O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio;
- O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros;
- É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados nesta Lei e que não assegurem aos pacientes os direitos nela enumerados;
- A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Para que a assistência em saúde mental seja eficiente em qualquer dos níveis de atenção, deve contar com uma rede articulada, adotar uma abordagem psicossocial, realizar busca ativa dos pacientes e buscar o apoio e a parceria com os familiares. Além disso, é essencial contar com equipes multidisciplinares compostas por profissionais de saúde de várias formações, abandonando antigos paradigmas que têm se mostrado ineficazes e pouco resolutivos ao longo do tempo, tais como a abordagem estritamente médica e psicofarmacológica, centrada na hospitalização.

## 5.2. Programa para Portadores de Transtornos Mentais Graves e Persistentes

A expressão Distúrbios 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. Esta designação tem sido discutida e adotada pela literatura nacional e internacional da área no lugar dos termos “crônico” e “cronicidade”, pelo caráter estigmatizante que estes adquiriram em psiquiatria e em saúde mental (RIBEIRO, 2003).

A esquizofrenia talvez seja a principal condição designada como Distúrbio Mental Grave e Persistente, não só por ter a maior prevalência entre estes transtornos, como também por seu caráter estigmatizante, seu curso longo e persistente, e pelo grau de sofrimento que provoca.

Desse modo, a abordagem à clientela que apresenta esta condição deve pautar-se na reintegração à sociedade, na atenção psicossocial, no suporte ao desempenho de diversos papéis familiares e sociais, inclusive de inserção no mercado de trabalho (RIBEIRO, 2003), indo além da terapêutica centrada no manejo do quadro agudo a partir da remissão dos sintomas ativos.

Historicamente, o tratamento destinado a estes pacientes tem sido realizado por meio de internações longas e repetidas – com o conseqüente afastamento do sujeito de seu convívio social –, em instituições com características manicomiais e carcerárias, baseado em uma abordagem estritamente farmacológica que desconsidera não apenas os aspectos psicossociais destes transtornos como também o direito à cidadania de seus portadores.

Neste aspecto, 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. Desta maneira, os programas voltados para esta clientela devem ter como objetivo principal reorientar o modelo assistencial no sentido de evitar internações repetidas e o abandono do tratamento, proporcionando a melhoria da qualidade de vida e das relações familiares destes usuários e dando apoio a sua inserção no mercado de trabalho. Para tal, deve promover as 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.

### 5.3. Programas de Prevenção ao Uso de Álcool e Outras Drogas

A magnitude do problema do uso abusivo de drogas, verificada nas últimas décadas, ganhou proporções tão graves que hoje é um desafio da saúde pública mundial. Este problema se reflete em vários segmentos sociais devido à sua relação com acidentes de trânsito e de trabalho, violência domiciliar e crescimento da criminalidade (BRASIL, 2007b).

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 conseqüências para a saúde pública mundial (BRASIL, 2003c), 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, 2003c).

É alarmante a tendência do uso cada vez mais precoce de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes. Estudo realizado para levantar o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras identificou que 53,6% dos alunos que tinham feito uso de drogas na vida (exceto tabaco e álcool) faltaram às aulas nos trinta dias que antecederam à pesquisa. Além disso, observou-se que a falta às aulas atingiu cerca de 50% dos estudantes, o que é uma elevada porcentagem (GALDURÓZ et al, 2004).

Por tratar-se de um problema de saúde coletiva, com grande repercussão social, profissional, familiar e pessoal, trata-se de uma estratégia

prioritária a implantação de programas específicos para a prevenção desta condição.

Desta maneira, a necessidade da reorientação do modelo de atenção na saúde mental deve também contemplar o planejamento de ações voltadas para a atenção integral às pessoas que consomem álcool e outras drogas. Sendo este um problema que atinge ao conjunto da sociedade, faz-se necessário que também na saúde suplementar sejam elaboradas diretrizes para seu enfrentamento. Destacamos, a seguir, alguns aspectos da Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, publicada em 2003 pelo MS, e que vem servindo como fundamento para as ações desta Agência.

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 desta 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, 2003c).

Neste 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, 2003c, p. 30). 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 este 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.

**Quadro 10.** 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 auto-estima	Presença de habilidades sociais
Falta de autocontrole	Flexibilidade
Pouca assertividade	Habilidades para resolução de problemas
Comportamento anti-social precoce	Facilidade de cooperação
Co-morbidades (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, 2003c

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, 2003c).

#### 5.4. Programas de Prevenção ao 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 em 1993, na décima revisão da CID-10, 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 esta 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 da maioria dos fumantes iniciarem o hábito de fumar antes dos 19 anos de idade (BRASIL, 2003b).

Seguindo a lógica do 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. Estas campanhas podem ser pontuais, mas são mais efetivas quando se tornam ações permanentes, através 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-comportamen-

tal, que envolve a detecção de situações de risco de recaída e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Pode-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, 2001b);

- 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).

## 5.5. 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

## 5.6. Links

Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24134&tjanela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&tjanela=1)

Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infante-Juvenil, 2005

[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05\\_0379\\_M.pdf](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/>

## 6. Saúde Bucal

### 6.1. Introdução

O conceito de saúde bucal é uma abstração útil. A rigor, saúde é um estado do indivíduo que não pode subsistir como “saúdes parciais” dos diversos órgãos ou sistemas. A saúde bucal, como estado de normalidade ou higidez da cavidade bucal, só tem significado quando integrada a uma visão holística da saúde (CHAVES, 1986).

Por muitos anos, a assistência odontológica no Brasil deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. No ano 2000, o MS iniciou a discussão sobre a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos em saúde bucal (BRASIL, 2004c).

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 conseqüente revisão das práticas assistenciais.

É necessário pensarmos a reorganização da atenção em saúde bucal tendo o conceito do cuidado como eixo principal de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma concepção de saúde holística, não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, através da incorporação de ações programáticas multiprofissionais e do desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2004d).

Para a organização deste modelo é fundamental que sejam desenvolvidas ações voltadas para as “linhas do cuidado”, com a criação de fluxos que impliquem no redirecionamento do processo de trabalho, através de ações resolutivas centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência), possibilitando o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas (BRASIL, 2004d).

### 6.2. Diretrizes

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 de Riscos intervindo positivamente no processo saúde-doença-cuidado:
  - 3.1. Higiene bucal supervisionada e revelação de placa: a remoção da placa bacteriana 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;
  - 3.2. Fluoroterapia: além do incentivo à prática do autocuidado, através da escovação com dentifrício fluoretado e do uso do fio dental, a realização de fluoroterapia tópica complementar (com soluções para bochechos, gel ou verniz fluoretado) é indicada, dependendo do risco individual do beneficiário. A fluoroterapia não possui restrições no tocante à faixa etária, sendo sua frequência de aplicação dependente da avaliação do risco individual. A fluoroterapia tem ação otimizada nas superfícies lisas dos dentes (MARINHO et al, 2006);
  - 3.3. Selantes: efetivos na prevenção da cárie de superfície oclusal, são indicados para os dentes posteriores, recém-irrompidos na cavidade bucal, em ambas as dentições. Sua utilização faz parte da estratégia da odontologia minimamente invasiva (AHOVUO-SALORANTA et al, 2006);
  - 3.4. Terapia Básica Periodontal: é um conjunto de procedimentos terapêuticos que visam a 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 o controle, a manutenção e o monitoramento permanente da saúde periodontal (MCLEOD, 2000).
4. Utilizar ações educativo-preventivas como estratégia de ação, 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 (doenças 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. A indução de medidas preventivas, como a fluoroterapia (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 produtor de saúde bucal. Desta forma, as consultas educativas devem ter periodicidade maior (a cada 4 meses) para todo o conjunto de beneficiários, assim como para aqueles com patologias mais específicas, como os portadores de doença periodontal, que necessitam intervalos de manutenção ainda menores (a cada 3 meses após o tratamento). A indução dos procedimentos preventivos tem impacto positivo na redução de procedimentos cirúrgico-restauradores de média e alta complexidade, reduzindo custos. 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;
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 contra-referência do beneficiário nos diferentes estágios de complexidade do sistema (especialidades), devendo sempre retornar ao mesmo profissional, visando a continuidade/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 através 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.

## 6.3. Abordagem dos Grupos Etários

### 6.3.1. Lactentes (0 a 24 meses)

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 aos serviços de saúde, de crianças deste grupo etário, deverá ser estimulado a partir dos 6 meses de idade, aproveitando as consultas ao pediatra.

Investir nas atividades educativas e preventivas durante a dentição decídua é a melhor estratégia para se evitar gastos futuros com a realização de procedimentos restauradores na dentição permanente. O aparecimento de lesões cáries, nesta faixa etária, 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 dentifrício 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.
- Aleitamento materno: é um importante fator de prevenção da maloclusão 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.
- Sucção de chupeta: quando a necessidade de sucção não for satisfeita pelo aleitamento materno, a chupeta deve ser usada racionalmente, de forma complementar à sucção, não sendo oferecida a qualquer sinal de desconforto.

### 6.3.2. 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, durante os exames, deverão fazer o encaminhamento formal para o serviço odontológico (BRASIL, 2006h).

A escovação dentária continua sendo responsabilidade dos pais ou responsáveis, e à medida que a criança cresce, deve ser estimulada a realizá-la de forma autônoma, porém é importante que os pais/responsáveis supervisionem a escovação, tendo em vista que o desenvolvimento da motricidade se dá ao longo do tempo. Reforçar a importância de utilizar pequena quantidade de dentifrício, pois a ingestão ainda ocorre nessa idade.

### 6.3.3. Adolescentes (10 a 19 anos)

Na abordagem de adolescentes, é importante o uso de uma linguagem adequada, que considere as mudanças comportamentais típicas desta fase e aborde conceitos de saúde e estética como formas de aceitação pelo grupo.

Na adolescência, é comum a ocorrência de alguns problemas, como a bulimia, que pode levar à erosão dentária e cárie na face lingual

dos dentes anteriores, bem como o uso de piercing, que pode causar complicações de ordem inflamatória e infecciosa (BRASIL, 2006h).

Os riscos de acidentes e traumatismos dentários são comuns entre os adolescentes. Deve-se orientar 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.

#### **6.3.4. Adultos (20 a 59 anos)**

Em adultos as manifestações bucais podem estar associadas às doenças crônicas e sistêmicas, como DM, tuberculose, HIV/AIDS entre outras.

A doença periodontal é um dos principais agravos que acometem o paciente adulto. As diferenças 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 o 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 fatores de risco para a ocorrência do câncer de boca. Devem ser realizados exames periódicos nos grupos de risco, orientando quanto à realização de auto-exame da boca e estimulando a responsabilidade individual pela manutenção da saúde bucal.

#### **Orientações Específicas**

- Fumantes apresentam maior velocidade de progressão da doença 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.

### 6.3.5. Idosos (60 anos ou mais)

O conhecimento da situação sistêmica, emocional, social e econômica do idoso é importante para a formulação 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, da sua condição de vida e do acesso às ações e serviços em saúde bucal, com forte componente social (BRASIL, 2006h).

As manifestações bucais mais comuns são cárie de raiz, xerostomia, lesões de 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 conseqüências para a fala, deglutição e mastigação, comprometendo o processo digestivo, a ingestão de nutrientes, o apetite, a comunicação e a auto-estima, podendo acarretar a necessidade de uso de dieta pastosa e cariogênica.

### 6.3.6. 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 periodontopatógena, 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 mãe deverá ter acesso a orientações sobre os futuros cuidados com o bebê. A qualidade da saúde bucal da mãe está positivamente correlacionada com a 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 possibilidade de atendimento durante a gestação.
- Exame de tecidos moles e identificação de risco à saúde bucal.
- Diagnóstico de lesões de cárie e necessidade de tratamento curativo.
- Diagnóstico de gengivite ou doença periodontal crônica e necessidade de tratamento.
- Orientações sobre hábitos alimentares (ingestão de açúcares) e higiene bucal.

## 6.4. Principais Agravos em Saúde Bucal

### 6.4.1. 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 da placa bacteriana, 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).

Desta 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).

### Principais Fatores de Risco

- Fatores culturais e sócio-econômicos;
- Dificuldade de acesso aos serviços e programas de saúde bucal;
- Falta de acesso ao flúor;
- Deficiente controle de placa;
- Presença de fatores retentivos de placa;
- Consumo excessivo e freqüente de açúcar;
- Xerostomia;
- Doenças Endócrinas.

### Ações Coletivas Sugeridas

- Atividade educativa e preventiva multiprofissional (dentistas, pediatras, nutricionistas);
- Orientação sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da doença;

- Orientação Dietética;
- Orientações sobre o controle da placa (físico e químico);
- Distribuição de escovas, dentifrício fluoretado e fio dental;
- Revelação de placa e escovação supervisionada;
- Fluoroterapia.

#### Ações Individuais Sugeridas

- Exame Clínico e Radiográfico (bite-wings);
- Avaliação dos fatores de risco presentes;
- Avaliação dos sinais de atividade da doença (mancha branca ativa);
- Orientação Dietética;
- Orientações sobre o controle da placa (físico e químico);
- Remoção profissional de placa;
- Fluoroterapia;
- Aplicação de selantes oclusais;
- Consultas periódicas para avaliação e controle.

#### 6.4.2. Doença 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 dos 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 a placa bacteriana.

Esta 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 através de ações que visem à promoção da saúde, ao controle dos fatores de risco, acesso aos serviços de saúde, remoção de placa e cálculo.

### Principais Fatores de Risco

- Fatores culturais e sócioeconômicos;
- Doenças metabólicas (diabetes, hipertensão);
- Alterações hormonais;
- Tabagismo;
- Ausência de controle de placa;
- Presença de fatores retentivos de placa;
- Imunodepressão e stress.

### Ações Coletivas Sugeridas

- Atividade educativa multiprofissional (dentistas, médicos, nutricionistas);
- Orientação sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da doença;
- Orientação específica para os grupos de risco (diabéticos, gestantes, hipertensos);
- Orientações sobre o controle da placa (físico e químico);
- Distribuição de escovas, dentifício fluoretado e fio dental;
- Revelação de placa e escovação supervisionada.

### Ações Individuais Sugeridas

- Exame clínico e radiográfico;
- Sondagem periodontal;
- Avaliação dos fatores de risco presentes;
- Avaliação da presença de sangramento gengival, cálculo e perda de inserção periodontal;
- Orientações sobre o controle da placa (físico e químico);
- Remoção profissional de placa;
- Remoção de cálculo e polimento coronário;
- Remoção de fatores retentivos de placa;
- Consultas periódicas para avaliação e controle.

### 6.4.3. 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, gengivas, 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% destes tumores ocorrem na cavidade bucal (BRASIL, 2002c).

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 freqüente (90 a 95%) é o carcinoma epidermóide (BRASIL, 2006h).

Segundo a Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil para 2006, realizada pelo INCA, esta neoplasia apresentará 10.060 casos estimados entre homens e 3.410 entre as mulheres. Isto representa cerca de 6% e 2%, respectivamente, em relação a todos os tipos de câncer, à exceção do câncer de pele não melanoma (BRASIL, 2002c).

O câncer de boca é uma doença que pode ser prevenida de forma simples, através de ações que visem a promoção da saúde e controle dos fatores de risco, acesso aos serviços de saúde e o diagnóstico precoce.

#### Principais Fatores de Risco

- Hereditariedade;
- Fatores culturais e sócio-econômicos;
- Tabagismo (uso de cachimbos, hábitos de mascar fumo, etc);
- Etilismo;
- Exposição à radiação solar;
- Ausência de controle de placa;
- Uso de próteses dentárias mal-ajustadas;
- Deficiência imunológica.

#### Ações Coletivas Sugeridas

- Atividade educativa multiprofissional (dentistas, estomatólogos, médicos);

- Orientação sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da doença;
- Orientações sobre o auto-exame intra e extra-bucal e detecção de lesões precoces;
- Orientação quanto ao uso de protetor solar, controle do tabagismo e ingestão de álcool;
- Orientações sobre o controle da placa (físico e químico);
- Distribuição de escovas, dentifício fluoretado e fio dental;
- Revelação de placa e escovação supervisionada.

#### Ações Individuais Sugeridas

- Anamnese
- Exame clínico extra-bucal (face, regiões submentoniana e submandibular, ATM, linfonodos);
- Exame clínico intra-bucal (lábios, bochecha, língua, mucosas, gengiva e palato);
- Remoção de próteses mal adaptadas;
- Orientações sobre o controle da placa;
- Profilaxia profissional;
- Encaminhamento para a realização de biópsia das lesões dos tecidos moles que não regredirem em 3 semanas.

#### 6.4.4. Fluorose

A fluorose é uma anomalia do desenvolvimento dentário que ocorre por ingestão crônica de flúor durante o período de formação dos dentes e maturação do esmalte. As formas brandas de fluorose se apresentam como linhas finas ou manchas branco-giz que aparecem no esmalte dentário ou nas pontas de cúspides e são comuns em locais cuja água de abastecimento público é fluoretada, adicionados ao uso concomitante de outras formas sistêmicas e/ou à ingestão de fluoretos de uso tópico. Segundo vários autores, a prevalência de fluorose leve na população com acesso à água fluoretada está entre 15 a 25% (BRASIL, 2006h).

As formas mais severas são observadas, geralmente, em locais onde o flúor está presente em altas concentrações na água de abastecimento pública,

seja pelo processo de fluoretação artificial ou naturalmente presente nos mananciais, e por ingestão concomitante de flúor de várias fontes.

### Principais Fatores de Risco

- Presença de flúor em teores acima do recomendado nas águas de abastecimento público;
- Uso concomitante de duas ou mais formas de ingestão de flúor sistêmico. Ex: água fluoretada e uso de medicamentos contendo flúor;
- Ingestão de formas tópicas de aplicação do flúor durante a fase de formação dentária em locais com água fluoretada. Ex: ingestão de dentifrício fluoretado.

### Ações Coletivas Sugeridas

- Atividade educativa multiprofissional (dentistas, pediatras);
- Orientação quanto à ingestão crônica de dentifrício fluoretado em crianças;
- Orientação sobre os fatores de risco para o desenvolvimento do agravo;
- Orientação quanto às formas de utilização segura do flúor;
- Exame clínico e encaminhamento para consulta com dentista.

### 6.4.5. Traumatismo Dentário

As lesões dentárias traumáticas são agravos que têm um grande impacto na qualidade de vida da criança, do adolescente e do idoso: limitações ao morder ou falar, comprometimento da estética e problemas psicológicos no convívio social a ponto do indivíduo evitar sorrir e conversar. Os crescentes índices de violência (agressões, espancamentos), os acidentes de trânsito e outros provocados por diversas causas externas, como as atividades esportivas e brincadeiras realizadas em ambientes pouco seguros e sem o uso dos equipamentos de proteção, têm transformado o traumatismo dentário em um problema freqüente em saúde pública. As lesões dentárias traumáticas são agravos que têm um grande impacto na qualidade de vida da criança, do adolescente e do idoso: limitações ao morder ou falar, comprometimento da estética e problemas psicológicos no convívio social a ponto do indivíduo evitar sorrir e conversar (BRASIL, 2006h).

### Principais Fatores de Risco

- Quedas (crianças e idosos);
- Traumas e acidentes;
- Ausência de instrumentos de proteção (cintos de segurança, protetores bucais e faciais na prática de esportes, capacetes, uso de assentos especiais para o transporte de crianças pequenas);
- Mal oclusão (overjet acentuado);
- Hábitos parafuncionais (uso dos dentes para abrir ou cortar objetos).

### Ações Coletivas e/ou Individuais Sugeridas

- Atividade educativa multiprofissional (dentistas, pediatras);
- Orientação sobre os fatores de risco para o desenvolvimento do agravo;
- Orientação sobre primeiros socorros em casos de fraturas, avulsão dentária, intrusão ou luxação (cuidado imediato com os dentes danificados, manipulação e conservação dos dentes/fragmentos, assepsia da área traumatizada, controle do sangramento e dor).

#### 6.4.6. Maloclusão

A maloclusão 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 deste 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 maloclusões 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 maloclusões ou anomalias dento-faciais estejam causando dificuldades funcionais ou impedimento psicossocial, quando esta se desvia significativamente dos padrões estéticos aceitáveis pela sociedade.

### Principais Fatores de Risco

- Hereditariedade (padrões de crescimento dento-facial, tamanho dos dentes, tônus da musculatura facial);
- Alterações de desenvolvimento;
- Traumatismo pré e pós-natais;
- Fatores sistêmicos (distúrbios endócrinos, síndromes);
- Fatores locais (obstrução nasal, tumores, doença periodontal, cárie dentária, perdas ósseas e migrações dentárias);
- Extração precoce de dentes decíduos;
- Função mastigatória reduzida (alimentos processados ou refinados e ausência de alimentação fibrosa);
- Hábitos parafuncionais (sucção de chupeta, polegar, lábio, uso de mamadeira, onicofagia, respiração bucal, quadros infecciosos de repetição).

### Ações Coletivas e/ou Individuais Sugeridas

- Atividade educativa multiprofissional (dentistas, pediatras, fonoaudiólogos, nutricionistas);
- Orientação sobre os fatores de risco para o desenvolvimento do agravo;
- Orientação sobre a prevenção das doenças bucais (cárie e doença periodontal);
- Orientação sobre os hábitos parafuncionais, respiração e deglutição;
- Estímulo à amamentação e orientação quanto ao uso de mamadeiras e chupetas;
- Exame clínico;
- Encaminhamento para consulta com ortopedista facial ou ortodontista.

## 6.5. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar

O desenvolvimento da Política de Qualificação da ANS implica o reconhecimento da saúde suplementar como um local de produção de saúde. Em 2006, foram avaliadas pelo Programa de Qualificação da ANS 1.664 operadoras em todo o Brasil. Os indicadores odontológicos foram aplicados a 1.024 operadoras que comercializavam planos com assistência odontológica, dentre as quais 586 operadoras médico-hospitalares e 438 exclusivamente odontológicas.

A qualidade dos dados enviados ao SIP (data de corte 25/7/2007), referentes ao ano base 2006, e a pontuação das operadoras nos indicadores odontológicos são demonstradas nas tabelas abaixo:

Tabela 1. Qualidade dos dados das operadoras do segmento médico-hospitalar.

Segmento Médico-Hospitalar	Dados Consistentes		Dados Inconsistentes	
	n	%	n	%
Consultas Odontológicas Iniciais por exposto	164	28	399	68,09
Procedimentos Odontológicos Preventivos por exposto	173	29,5	390	66,55
Procedimentos de Periodontia por exposto maior de 12 anos	171	29,2	392	66,89
Procedimentos de Endodontia por expostos	153	26,1	397	67,75
Exodontias de Dentes Permanentes por expostos	146	24,9	402	68,6

Tabela 2. Qualidade dos dados das operadoras do segmento exclusivamente odontológico

Segmento Exclusivamente Odontológico	Dados Consistentes		Dados Inconsistentes	
	n	%	n	%
Consultas Odontológicas Iniciais por exposto	252	57,5	184	42,01
Procedimentos Odontológicos Preventivos por exposto	276	63	160	36,53
Procedimentos de Periodontia por exposto maior de 12 anos	260	59,4	176	40,18
Procedimentos de Endodontia por expostos	240	54,8	178	40,64
Exodontias de Dentes Permanentes por expostos	234	53,4	182	41,55

Quanto à qualidade dos dados, referentes à assistência odontológica realizada durante o ano base 2006, observou-se nas tabelas 1 e 2, que os dados usados para o cálculo dos indicadores das operadoras exclusivamente odontológicas apresentaram menor inconsistência e melhor qualidade, quando comparados ao segmento médico-hospitalar.

Tabela 3. Pontuação das operadoras do segmento médico-hospitalar

Segmento Médico-Hospitalar	Pontuação Zero		Pontuação Mínima		Pontuação Média		Pontuação Máxima	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Consultas Odontológicas Iniciais por exposto	44	26,83	73	44,51	34	20,73	13	7,93
Procedimentos Odontológicos Preventivos por exposto	86	49,71	63	36,42	15	8,67	9	5,2
Procedimentos de Periodontia por exposto maior de 12 anos	89	52,05	48	28,07	18	10,53	16	9,36
Procedimentos de Endodontia por expostos	87	56,86	13	8,5	17	11,11	36	23,53
Exodontias de Dentes Permanentes por expostos	17	11,64	11	7,53	15	10,27	103	70,55

Tabela 4. Pontuação das operadoras do segmento exclusivamente odontológico

Segmento Exclusivamente Odontológico	Pontuação Zero		Pontuação Mínima		Pontuação Média		Pontuação Máxima	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Consultas Odontológicas Iniciais por exposto	64	25,4	98	38,89	52	20,63	38	15,08
Procedimentos Odontológicos Preventivos por exposto	96	34,78	116	42,03	31	11,23	33	11,96
Procedimentos de Periodontia por exposto maior de 12 anos	68	26,15	82	31,54	56	21,54	54	20,77
Procedimentos de Endodontia por expostos	115	47,92	31	12,92	37	15,42	57	23,75
Exodontias de Dentes Permanentes por expostos	51	21,79	27	11,54	54	23,08	102	43,59

Observou-se nas tabelas 3 e 4 que, para os dois segmentos avaliados, “Procedimentos de Endodontia por expostos” foi o indicador onde as operadoras obtiveram o maior percentual de pontuação zero, e “Exodontias de dentes permanentes por expostos” o maior percentual de pontuação máxima.

De um modo geral, os resultados das operadoras do segmento exclusivamente odontológico foi superior quando comparado ao segmento médico-hospitalar.

## 6.6. Dados para Monitoramento de Programas

A avaliação em saúde tem como objetivos subsidiar o processo de trabalho e a tomada de decisões, através 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 sobre o estado de saúde da população.

Devem ser avaliadas, através do uso de indicadores, a eficiência, eficácia e efetividade as estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos indivíduos frente aos serviços de saúde na busca da resolutividade e qualidade assistencial.

### Indicadores para o Monitoramento de Programas

- Percentual de inscritos livres de cárie (0 a 5 anos e 6 a 12 anos)
- Percentual de inscritos com mancha branca sob controle (0 a 5 anos e 6 a 12 anos)
- Taxa fluorterapia em inscritos até 15 anos
- Taxa de fluorterapia em inscritos acima de 15 anos
- Taxa de selantes em inscritos até 15 anos
- Taxa de gestantes inscritas em programas
- Taxa de hipertensos e diabéticos inscritos
- Taxa de terapia periodontal básica em inscritos acima de 15 anos
- Índice de remoção de hábitos parafuncionais em inscritos de 0 a 12 anos
- Taxa de detecção precoce de lesões em mucosa oral

## 6.7. Links

### Diagnóstico e Tratamento da Doença Periodontal

<http://www.jdentaled.org/cgi/reprint/69/5/538>

### Odontologia Minimamente Invasiva

[http://jada.ada.org/cgi/reprint/131/suppl\\_1/13S](http://jada.ada.org/cgi/reprint/131/suppl_1/13S)

### Política Nacional de Saúde Bucal - 2006

[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/serie\\_tecnica\\_11\\_port.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/serie_tecnica_11_port.pdf)

### **Câncer de Boca**

<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/falandoso-brecancerdeboca.pdf>

[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=324](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=324)

### **Critérios para utilização dos indicadores epidemiológicos**

[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/manuais\\_sbbrasil.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/manuais_sbbrasil.php)

### **Publicações sobre Saúde Bucal**

[http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/pub\\_assunto/saude\\_bucal.html](http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/saude_bucal.html)

## 7. Referências Bibliográficas

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução CONSU nº 15, de 23 de março de 1999.

AHOVUO-SALORANTA, A. et al. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adolescents (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.

ALMEIDA, G.E.S. Pra que somar se a gente pode dividir? Abordagens integradoras em saúde, trabalho e ambiente. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

ALVES, R.B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1):319-322, jan-fev, 2003.

BARATIERI, L.N. et al. Dentística: procedimentos preventivos e restauradores. Rio de Janeiro: Quintessence; 1989.

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOTTINO, C.M.C., LAKS, J., BLAY, S.L. Demência e transtornos cognitivos em idosos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Comissão Nacional de Ergonomia - CNE. Segurança e Saúde no Trabalho. Manual da CIPA: a nova NR 5. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 102 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e tratamento do fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001b. 38p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Saúde do trabalhador. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

BRASIL. Lei Federal nº 10.216, promulgada em 6 de abril de 2001. 2001d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipe de atenção básica de saúde - módulo básico. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 169 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre câncer de boca. Rio de Janeiro: INCA, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de alimentação e nutrição. 2 ed. Ver. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer - modelo lógico e avaliação. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003c. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. 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: INCA, 2004a. 186p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano nacional de atenção integral à saúde da mulher. Plano de ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 130p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde

Bucal. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2005b. 94p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano nacional para o controle integrado das DCNT - promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, 2006a. Em revisão.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Cadernos de Atenção Básica n.12. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 108p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica do Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n.14. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 210p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica n.16. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. 64p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica n.15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006f. 58p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos da Atenção Básica n.19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006g. 92p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde bucal. Cadernos de Atenção Básica n.17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006h. 92p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasil: Ministério da Saúde, 2007a. 92p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde mental. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24134&tjanela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&tjanela=1)>. Acesso em 27/10/2007b.

BRITO, J. C., PORTO, M. F. S., 1991. Processo de trabalho, riscos e cargas à saúde. Rio de Janeiro: Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde pública, Fundação Oswaldo Cruz. (mimeo.)

CECILIO, L.C.O., MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas, SP, 2003.

CHAVES, M. Odontologia social. São Paulo: Artes Médicas, 1986.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. Rastreamento, diagnóstico e tratamento do carcinoma do colo do útero. 2001.

GALDURÓZ, J.C.F. et al. Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras 2004. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID – UNIFESP, 2004.

HERA - Health, Empowerment, Rights and Accountability. Disponível em: <<http://portugues.iwhc.org/docUploads/HERAactionsheets%5Fpo.pdf>>. Acesso em 21/11/2006.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Disponível em: <http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 16/09/2006a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Programa nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama - viva mulher. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=140](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140)>. Acesso em: 24/11/2006b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Fatores de risco. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=13](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=13)>. Acesso em: 30/09/2007a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Câncer de pulmão. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=340](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=340)>. Acesso em 11/10/2007b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Câncer de próstata. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=339](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=339)>. Acesso em 11/10/2007c.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Câncer colo-retal. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=325](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=325)>. Acesso em: 10/10/2007d.

LEFORT A., ALMEIDA J.C. Câncer de próstata: a importância das campanhas de prevenção. Monografia apresentada ao Centro Interdisciplinar de Assistência e Pesquisa em Envelhecimento como requisito à obtenção do título de especialização em Geriatria e Gerontologia. Belo Horizonte, MG, 2004.

LITVOC J., BRITO, F.C. Envelhecimento prevenção e promoção da saúde. São Paulo: editora Atheneu, 2004. 226p.

MALTA, D.C., JORGE, A.O., FRANCO, T.B. et al. Modelos assistenciais na saúde suplementar a partir da produção do cuidado. p. 143-160. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

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 Review). The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.

MARTINS, A.P.V. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX a XX. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

MCLEOD, D.E. A practical approach to the diagnosis and treatment of periodontal disease. JADA: vol. 131, n. 4, p. 483-491, 2000.

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

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (NCHS). Centers for Disease Control and

Prevention (CDC). Atlanta, GA: Department of Health and Human Services. CDC growth charts. 2000. United States. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/growthcharts>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão. 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Prevenção de doenças crônicas um investimento vital. 2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE /ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

PEREIRA, M.G. Epidemiologia: teoria e prática. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 596p.

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.

SASSE. Disponível em: <http://www.andre.sasse.com/colon.htm>. Acesso em 13/10/2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Consenso brasileiro sobre diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003. 72p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Atualização brasileira sobre diabetes. Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2005. 140p.

WEYNE, S.C. Impacto da sistematização de uma prática de promoção de saúde nos procedimentos clínicos em um atendimento coletivo privado. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro /Faculdade de Odontologia/ Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO expert committee. WHO Technical Report Series n.854. Geneva: WHO, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity: preventing e managing the global epidemic: report of a WHO consultation on Obesity. Geneva: WHO, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. WHO Technical Report Series n.916. Geneva, Switzerland: WHO, 2002a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO, 2002b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Society of Hypertension (ISH). Statement on management of hypertension. World Health Organization. International Society of Hypertension Writing Group. Journal of Hypertension, v.21, p.1983–1992, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>>. Acesso em 11/10/2007.

ZAMBONI, M. Epidemiologia do câncer do pulmão. J. Pneumologia, vol.28, n.1. São Paulo, Jan./Fev., 2002.

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. OBJETIVOS: o que se pretende obter com a adoção da estratégia;
5. Definir a POPULAÇÃO-ALVO: número de pessoas que se pretende alcançar com a atividade programada. Solicita-se sua distribuição por tipo de plano, sexo e faixa etária, devendo ser preenchido conforme o programa realizado;
6. 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, outros;
7. 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;
8. Definir a COBERTURA DO PROGRAMA: número de pessoas que participam de cada programa em relação ao total de pessoas que se pretende alcançar;
9. Definir quais ATIVIDADES serão DESENVOLVIDAS/PREVISTAS: informar se realizarão consultas; exames; palestras; grupos operativos, de auto-ajuda, terapêuticos, outros; atividades multidisciplinares (atividades físicas e lúdicas), entre outros. Em etapa posterior

## III. Roteiro para o Planejamento dos Programas

– 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. Estabelecer a PERIODICIDADE DE REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES: especificar para cada tipo de atividade;
11. Definir a PREVISÃO DE TEMPO DE PERMANÊNCIA DO BENEFICIÁRIO NO PROGRAMA: especificar o tempo previsto de permanência do beneficiário no programa;
12. Propor as METAS: cobertura prevista para o programa e os resultados esperados;
13. Definir como será realizada a AVALIAÇÃO do programa: especificar o tipo de sistema de informação existente para armazenamento e consolidação dos dados (formulários, softwares, etc...) e os indicadores utilizados (para os programas de prevenção, utilizando-se preferencialmente, os indicadores do Projeto de Qualificação da Saúde Suplementar). Especificar: cobertura alcançada (em relação à meta); periodicidade da avaliação e resultados encontrados;
14. Discriminar as referências bibliográficas utilizadas na elaboração do projeto.

# 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  
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



# Glossário

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 desta última pelo fato de os resultados ou conseqüências dos programas de saúde de serem medidos em unidades físicas (por exemplo, anos de vida ganhos ou casos detectados). Este método justifica-se quando os benefícios são dificilmente monetarizáveis (ROUQUAYROL & ALMEIDA FILHO, 2003). Além disso, também considera-se 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*.

**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 sócio-políticos.

**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 1999).

**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 destas doenças deste 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 conseqüências, 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).

**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 Auto-ajuda** – Os *self-help*, de auto-gestão, procuram auxiliar as pessoas a resolver 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. Essa 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, que foi introduzido pelo psicanalista argentino Pichon Riviére 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”. Através da realização de tarefas, os membros do grupo esclarecem suas dificuldades individuais, rompem com os estereótipos, 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 Riviére o indivíduo é a resultante de um interjogo dinâmico estabelecido entre o sujeito e os objetos internos e externos através 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).

**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 seqüencial, 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):

a) 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;

b) 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;

c) 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 estejam 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 conseqüências (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 & CLARCK, 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 através 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 através 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 seqüelas (MORAES, 1988; ROUQUAYROL, 1988; FORATTINI, 1992).

**Prevenção terciária** – corresponde às medidas adotadas após a sobrevivência das conseqüências da doença, representadas pela instalação de deficiências funcionais. O objetivo consiste em alcançar a recuperação total

ou parcial, através 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 freqüentemente utilizadas nesse nível (FORATTINI, 1992).

**Promoção da saúde** – medidas adotadas que não são dirigidas a nenhuma doença ou agravamento em particular; mas causam impactos positivos sobre a saúde da coletividade. Exemplos dessas medidas gerais: alimentação e moradia adequadas, educação em todos os níveis, condições de trabalho, lazer (LEAVELL & CLARCK, 1976).

**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 (OMS, 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 que é 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: a) informes de morbidade e mortalidade; b) informes especiais de investigações de campo sobre epidemias e casos individuais; c) dados relativos a isolamento e identificação de agentes infecciosos em laboratório; d) dados relativos à disponibilidade, ao uso e a efeitos adversos de vacinas, toxóides, imunoglobulinas, inseticidas e outras substâncias empregadas no controle de doenças; e) dados sobre níveis de imunidade em certos grupos da população; f) 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 Bibliográficas

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Glossário temático: economia da saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano nacional para o controle integrado das DCNT - promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, 2006. Em revisão.

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 LRS, ROUQUAYROL MZ. 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.

OWINGS MILLS, M.D. Dictionary of Health Services Management. 2 ed. National Health Pub., 1987.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e Vigilância da Saúde. 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: CESTE/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.

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 (WHO). International Health Conference. New York, 19-22 June, 1946.



# Links Informativos Sobre Saúde

**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](http://www.aborj.org.br/index.php)

**Associação Brasileira de Promoção da Saúde**

[www.abps.org.br](http://www.abps.org.br)

**Biblioteca Cochrane**

[www.cochrane.bireme.br](http://www.cochrane.bireme.br)

**Bireme**

[www.bireme.br](http://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/](http://www.celafiscs.org.br/)

**Centers for Disease Control and Prevention**

[www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)

**Diretrizes Médicas da AMB e CFM**

[www.projetodiretrizes.org.br/novas\\_diretrizes.php](http://www.projetodiretrizes.org.br/novas_diretrizes.php)

**Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria**

[www.febrasgo.com.br](http://www.febrasgo.com.br)

**International Network of Agencies for Health Technology Assessment**

[www.inahta.org/inahta\\_web/top.html](http://www.inahta.org/inahta_web/top.html)

**Institute for Clinical Systems Improvement**

[www.icsi.org/index.asp](http://www.icsi.org/index.asp)

**Instituto Nacional de Câncer**  
[www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)

**Medline – PubMed**  
[www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi)

**Ministério da Saúde**  
[www.portal.saude.org.br/saude](http://www.portal.saude.org.br/saude)

**National Guidelines Clearinghouse**  
<http://www.guideline.gov/>

**Organização Pan-Americana da Saúde**  
[www.opas.org.br](http://www.opas.org.br) e [www.opas.org.br/publicac.cfm](http://www.opas.org.br/publicac.cfm)

**Scientific Electronic Library Online**  
<http://www.scielo.br/>

**Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição**  
[www.sban.com.br](http://www.sban.com.br)

**Sociedade Brasileira de Cancerologia**  
[www.sbcancer.org.br](http://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/>

**World Health Organization**  
<http://www.who.int/>





Ministério  
da Saúde



---

[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)  
Disque-ANS: 0800 701-9656

Av. Augusto Severo, 84 - Glória  
Rio de Janeiro-RJ 20021-040