

Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar

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

Alzira de Oliveira Jorge
Secretária Executiva da ANS
Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos - DIPRO

Karla Santa Cruz Coelho
Gerente Geral – Gerência Geral Técnico Assistencial dos Produtos/
GGTAP/DIPRO

Afonso Teixeira dos Reis
Gerente
Gerência Geral Técnico Assistencial dos Produtos/GGTAP/DIPRO

Ana Paula Silva Cavalcante
Gislaine Afonso de Souza
Coordenadoras do Programa de Promoção da Saúde e Prevenção
de Riscos e Doenças/GGTAP/DIPRO

ORGANIZAÇÃO

Ana Paula Silva Cavalcante
Danielle Conte Alves
Gislaine Afonso de Souza
Graziela Soares Scalercio

EQUIPE TÉCNICA

Andréia Ribeiro Abib
Cláudia Soares Zouain
Cleber Ferreira da Silva Filho
Danielle Conte Alves
Danielle Nogueira Ramos
Graziela Soares Scalercio
Jacqueline Alves Torres
Jorge Luiz Pinho
Michelle Mello de Souza Rangel
Renata F. Cachapuz

CONSULTOR

Roberto Marini

A265	<p>Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).</p> <p>Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro : ANS, 2006.</p> <p>65 p.</p> <p>1. Saúde suplementar. 2. Promoção da saúde. 3. Prevenção de doenças. I. Título.</p> <p>CDD – 614.4</p>
------	--

SUMÁRIO

1. Apresentação	04
2. Introdução	05
3. Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar	06
4. Ações de Promoção da Saúde	08
4.1. Carta de Ottawa	08
4.2. Política Nacional de Promoção da Saúde – Portaria n° 687	08
5. Fatores de Risco	08
5.1. Alimentação Inadequada	09
5.2. Obesidade	10
5.3. Sedentarismo	12
5.4. Consumo de álcool	13
5.5. Tabagismo	13
6. Linhas de Cuidado	15
6.1. Saúde da Criança e do Adolescente	16
6.1.1. Saúde da Criança	16
6.1.2. Saúde do Adolescente	20
6.2. Saúde do Adulto e do Idoso	21
6.2.1. Doenças Cardiovasculares	21
6.2.2. Neoplasias	27
6.3. Saúde da Mulher	31
6.4. Saúde Mental	41
6.5. Saúde Bucal	46
7. Roteiro para o Planejamento dos Programas	52
8. Glossário	53
9. Referências Bibliográficas	59
Diretrizes Clínicas	62
Parâmetros Assistenciais	65
Links informativos sobre saúde	65

Apresentação

O presente manual técnico tem como objetivo principal estimular a mudança no modelo de atenção à saúde na saúde suplementar através da adoção, pelas operadoras de planos privados de saúde, de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, além de dar suporte teórico e técnico para que estas possam se orientar no planejamento e organização dos programas. Assim, qualificando a atenção prestada ao conjunto dos seus beneficiários.

Esta iniciativa constitui-se em uma das estratégias dentro da proposta de Política de Indução das ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, no âmbito da Saúde Suplementar, desenvolvida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Isso porque a ANS tem como meta induzir a uma mudança na lógica empreendida no setor, na qual 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. Este modelo ineficiente e caro encontra-se fadado ao fim.

Os custos em saúde têm crescido de forma exponencial sem que haja um impacto significativo na saúde das pessoas.

Tanto do ponto de vista humano e ético como do ponto de vista econômico-financeiro, rever a forma como organizamos os sistemas de saúde, bem como capacitamos os nossos profissionais é uma questão estratégica. Deste modo, este Manual surge como mais um passo desta Agência no sentido de induzir e qualificar a mudança na forma como a Saúde Suplementar brasileira tem pensado e estruturado o seu sistema.

É com prazer, que apresentamos ao público em geral e, em particular, às operadoras, prestadores, profissionais de saúde e beneficiários esta primeira edição do Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar.

Fausto Pereira da Silva
Diretor-Presidente da ANS

2. Introdução

Com vistas a contribuir para mudanças no sistema de saúde que possibilitem sair do modelo hegemonicamente centrado na doença 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 ao lado daquelas de recuperação e reabilitação, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, tem buscado estimular as operadoras de planos a repensarem o seu sistema. A ANS, através deste manual, propõe diretrizes que apontam para uma reorganização da atenção à saúde na saúde suplementar em todos os níveis de atenção.

Para promover mudanças na direção desse novo modelo de atenção, a ANS já vem lançando mão de outras ferramentas indutoras, entre as quais, o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar e o Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. Nesse sentido, cabe às operadoras serem gestoras do cuidado em todas as fases e em todos os níveis de atenção, além de assumirem a responsabilidade sanitária pelo conjunto de seus beneficiários; aos prestadores cabe a articulação dos diferentes saberes na perspectiva de um cuidado integral das necessidades de saúde do beneficiário e incorporação de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças; e aos beneficiários cabe a recuperação da sua autonomia individual, bem como se tornarem cidadãos com consciência sanitária.

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

Essa iniciativa desenvolvida pela ANS tem levado as operadoras à discussão do tema, organização de seminários, capacitação de sua equipe e apropriação dos conceitos epidemiológicos e de protocolos clínicos referentes aos programas.

Além disso, o tema da promoção da saúde e prevenção de doenças e riscos convida as operadoras à reflexão sobre o modelo de atenção praticado na saúde suplementar e subsidia a elaboração de propostas de mudança de um modelo assistencial pautado quase que exclusivamente em ações curativas e na demanda espontânea para um modelo de atenção pautado na qualidade e na integralidade das ações, bem como na demanda organizada e hierarquizada.

3. Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar

A ANS e as diretrizes da promoção e prevenção para a saúde suplementar

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, preconiza que o Estado deve garantir políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e de outros agravos e o acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. A Lei no 8.080/90 corrobora esta prerrogativa e acrescenta que a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, é um dos objetivos do Sistema Único de Saúde.

Incentivar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças na assistência privada à saúde é competência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma vez que, de acordo com a Lei no 9.961/00, esta tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Nesse sentido, 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. Além disso, promove-se a redução dos gastos com assistência médica de alto custo por parte das empresas.

Vale ressaltar que promoção e prevenção são aqui entendidas para além do conceito tradicional de atuar antes da instalação da doença no momento pré-mórbido, sendo consideradas práticas preventivas relativas não só ao desenvolvimento de novas patologias, como também das complicações e reagudizações em todas as fases do cuidado. Exemplo disso é a prevenção do Pé Diabético, Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Infarto Agudo do Miocárdio em pacientes com patologias

já instaladas, como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial.

Desta forma, cabe à ANS reconhecer que a necessidade de racionalização dos custos da assistência à saúde por parte das operadoras é importante na medida em que seja complementar à política do Ministério da Saúde – MS de buscar promover a saúde da população brasileira. Evidencia-se, então, que a perspectiva de indução da implementação de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, além de estimular a adoção de uma lógica preventiva na prática clínica é um desafio para a atividade regulatória da ANS.

A ANS e a promoção e prevenção como estratégia para a mudança de modelo assistencial

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 dos 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.

Na lei 9.961/00, alterada pela MP 2097-36, de 26/01/01, o tema de modelos assistenciais aparece em seu capítulo I – art. 4º, que estabelece como competência da ANS: "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, estando sempre aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua demanda (PAIM, 1999).

Uma das funções da Agência Reguladora é induzir as operadoras a estabelecerem uma nova proposta de atenção mais qualificada, centrada no beneficiário, levando em consideração as especificidades do setor suplementar, ao mesmo tempo em que se alinhe com as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde para todo o país.

Nesta nova perspectiva regulatória, pretende-se uma mudança no papel dos atores da saúde suplementar, na qual as operadoras 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.

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 pacientes, com estabelecimento de vínculo entre profissional de saúde e beneficiários e, principalmente, responsabilização das operadoras pela gestão da saúde de seus beneficiários.

Diferença entre Promoção e Prevenção

A Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, define promoção da saúde como:

"... 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).

Desta forma, a promoção da saúde enfatiza a modificação das condições de vida e de trabalho, demandando uma abordagem intersectorial (CZERESNIA & FREITAS, 2003). Ademais, aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde (SILVEIRA, 2004).

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 & FREITAS, 2003).

4. Ações de Promoção da Saúde

Visando estimular as práticas de ações de promoção da saúde e entendendo que elas fazem parte de uma política integrada e intersectorial, onde se faz necessário o diálogo entre os setores do Governo, setor privado e sociedade, compondo redes de compromisso em prol da qualidade de vida da população, apresentamos a seguir dois documentos de leitura indispensável – A Carta de Ottawa e A Política Nacional de Promoção da Saúde do MS.

4.1. Carta de Ottawa, 1986.

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

4.2. Política Nacional de Promoção da Saúde – Portaria nº 687, de 30 de março de 2006.

http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_687_30_03_06.pdf

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

5. 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, 2006).

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 do-

enças. 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, 2006).

A síndrome plurimetabólica (obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia) causada por fatores de risco resultantes de mudanças de hábitos de vida faz parte do grupo das doenças crônicas não transmissíveis. (WHO, 1998).

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 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.

Estima-se que nos próximos dez anos os óbitos devido às doenças crônicas não transmissíveis (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).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (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 (BRASIL, 2001a):

- Os de caráter hereditário
- Os ambientais e socioeconômicos
- Os comportamentais

Dentre os três grupos de fatores de risco, é de suma relevância a atuação sobre os fatores de risco comportamentais: sedentarismo, dieta, fumo e álcool, uma vez que são preveníveis.

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).

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (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 e da industrialização e da mídia na mudança dos padrões de consumo, assim como o fato da mulher ter ingressado no mercado de trabalho.

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, a ameaça das DCNTs pode ser superada 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 DCNTs é economicamente viável, bem como permite um ótimo retorno do investimento em todas as regiões do mundo. Muitas dessas soluções são também baratas de se implementar (OMS, 2005).

A maior parte das DCNTs 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, onera a prestação da assistência à saúde. A prevenção e o controle das DCNTs, portanto, aumenta a longevidade e a qualidade de vida, além de contribuir para a redução dos custos nos sistemas de saúde.

Nesse sentido, torna-se importante sensibilizar as operadoras, 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.

5.1. Alimentação Inadequada

A promoção de práticas alimentares saudáveis está inserida no contexto da adoção de estilos de vida saudáveis, sendo importante no contexto da promoção da saúde (BRASIL, 2003a).

Evidências científicas demonstram que fatores ligados à alimentação estão envolvidos com o desenvolvimento de obesidade, diabetes tipo 2, doença cardiovascular, câncer, doenças da cavidade bucal e osteoporose. Nesse sentido, a abordagem relacionada à adoção de uma alimentação saudável torna-se imprescindível, independentemente da linha de cuidado na qual a operadora irá elaborar seu Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças.

É importante ressaltar que o consumo elevado de gorduras saturadas e colesterol dietético aumenta o risco de doença coronariana, isquemia e outras doenças cardiovasculares. O alto consumo de gorduras totais e saturadas também está associado ao aumento no risco de alguns tipos de câncer, como os de intestino, reto, mama, endométrio e próstata (WORLD CANCER RESEARCH FUND; AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH apud BRASIL, 2004a).

Nesse sentido, a abordagem relacionada à adoção de uma alimentação saudável torna-se imprescindível, independentemente da Linha de Cuidado na qual a operadora irá elaborar seu Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), no contexto da promoção da alimentação saudável, criaram estratégias mundiais para a melhoria dos fatores de risco cardiovasculares na população. Elas recomendam o uso de verduras, legumes e frutas diariamente na população (OMS/OPAS, 2004).

Como ação estratégica foi criado o Programa "Cinco ao Dia", com o objetivo de promover o consumo diário de, pelo menos, cinco porções de frutas, legumes e verduras, a fim de contribuir para a prevenção de doenças crônicas associadas à alimentação.

O Programa "Cinco ao Dia" ressalta que o risco de adoecimento por doenças crônicas diminui com o consumo de pelo menos cinco porções diárias de frutas, verduras e legumes (cerca de 400g) e que a proteção é maior quanto maior for o consumo destes alimentos (OMS/OPAS, 2004). De acordo com o Ministério da Saúde, deve-se incluir as seguintes recomendações no que diz respeito à alimentação (BRASIL, 2006a):

- SAL** - Restringir pelo menos 5 gramas de cloreto de sódio (1 colher de chá) por dia. Reduzir sal e temperos prontos na cozinha, evitar comidas industrializadas e

- FRUTAS, LEGUMES e VERDURAS** - 5 porções (400-500g) de frutas, legumes e verduras por dia / 1 porção = 1 laranja, maçã, banana ou 3 colheres de vegetais cozidos / aumentar consumo de cereais integrais e leguminosas (feijões, ervilha, lentilha, grão de bico).

- GORDURA** - Reduzir o consumo de carnes gordurosas, embutidos, leite e derivados integrais / Preferir óleos vegetais como soja, canola, oliva (1 colher de sopa por dia) / Retirar a gordura aparente de carnes, pele de frango e couro de peixe antes do preparo.

- PEIXE** - Incentivar o consumo. > **ÁLCOOL** - Evitar a ingestão excessiva de álcool / Homens: Não mais que 2 doses por dia / Mulheres: Não mais que 1 dose por dia (dose = 1 1/2 cerveja, ou 1 cálice de vinho ou 1/2 drinque de destilado por dia).

- ÁLCOOL** - Evitar a ingestão excessiva de álcool / Homens: Não mais que 2 doses por dia / Mulheres: Não mais que 1 dose por dia (dose = 1 1/2 cerveja, ou 1 cálice de vinho ou 1/2 drinque de destilado por dia).

O quadro a seguir demonstra a recomendação de ingestão de nutrientes para prevenção de doenças crônicas.

Recomendações de nutrientes para a prevenção de doenças crônicas.

Fatores da Dieta	Recomendação (% do valor energético total da dieta)
Gordura total	15 - 30%
Gordura Saturada	< 10%
Gordura Polinsaturada	6 - 10%
Omega 6	5 - 8%
Omega 3	1 - 2%
Gordura trans	< 1%
Carboidrato Total	55 - 75%
Açúcar Simples	< 10%
Proteína	10 - 15%
Colesterol	< 300mg por dia
Cloreto de Sódio	< 5g por dia (Sódio: < 2,4g por dia)
Frutas e Verduras	≥ 400g por dia

Fontes : WHO , 2002.
Brasil, 2006a.

lanches rápidos. Consumir sal iodado.

- AÇÚCAR** - Limitar a ingestão de açúcar simples; refrigerantes e sucos artificiais, doces e guloseimas em geral.

5.2. Obesidade

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). 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, 2000).

Quase todos os países estão enfrentando uma epidemia de obesidade. Em 2002, estimativas da Organização Mundial da Saúde (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).

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).

Estima-se que os custos diretos da obesidade contribuíram com 6,8% (ou US\$ 70 bilhões) e o sedentarismo, com US\$ 24 bilhões do total dos custos na assistência à saúde, respectivamente, nos EUA em 1995 (WHO, 2002).

Embora os custos diretos em outros países industrializados sejam menores, eles consomem uma grande proporção do orçamento nacional da saúde. Os custos intangíveis desta doença envolvem dias perdidos de trabalho, mortalidade prematura e baixa qualidade de vida.

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).

Apesar de as morbidades associadas ao sobrepeso e à obesidade serem mais freqüentes em adultos, algu-

mas 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).

O diagnóstico de obesidade em adultos é feito a partir do Índice de Massa Corporal, que é obtido a partir da divisão do peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros (kg/m²). Valores de IMC acima de 25,0 kg/m² caracterizam excesso de peso, sendo que, valores de 25,0 kg/m² a 29,9 kg/m² correspondem a sobrepeso e valores de IMC ≥ 30,0 kg/m² à obesidade.

A classificação de sobrepeso e obesidade, de acordo com o IMC, encontra-se no quadro a seguir. Com o aumento do IMC aumenta também a proporção de indivíduos com uma ou mais co-morbidades, assim como a taxa de mortalidade.

Entre as limitações do uso do IMC está o fato de que este indicador pode superestimar a gordura em pessoas muito musculosas e subestimar gordura corporal de pessoas que perderam massa muscular, como no caso de idosos.

Para o diagnóstico de sobrepeso e obesidade em adultos pode ser associado ao IMC a avaliação de outros indicadores, como a Circunferência Abdominal ou de Cintura.

Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC)	
Classificação	IMC (kg/m²)
Baixo Peso	< 18,5
Peso Adequado	18,5 - 24,9
Sobrepeso	> 25,0
Pré-obeso	25,0 - 29,9
Obesidade Grau I	30,0 - 34,9
Obesidade Grau II	35,0 - 39,9
Obesidade Grau III	> 40,0

Fonte: WHO, 2002.

¹ Para utilização do IMC para avaliação nutricional de crianças em idade escolar e adolescentes os padrões utilizados são referenciados pelo CDC (2002) e WHO (1998).

A Circunferência Abdominal (CA) A 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 obesidade central, sendo utilizada para verificar a presença de risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. O aumento do risco é verificado em homens com CA > 102 cm e em mulheres com CA > 88 cm (BRASIL, 2006a). Todavia, no jovem a circunferência abdominal pode apresentar mais tecido muscular que adiposo, o que limita o método.

Os fatores genéticos desempenham papel importante na determinação da suscetibilidade do indivíduo para o ganho de peso, porém são os fatores ambientais e de estilo de vida, tais como hábitos alimentares inadequados e sedentarismo, que geralmente levam a um 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 mais rica em gordura e em alimentos com alta densidade calórica e são mais sedentários.

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

- Comer grandes porções de alimentos;
- Preferir alimentos de alta densidade calórica;
- Beliscar' alimentos a toda hora;
- Devorar' grandes quantidades de doces, esporadicamente;
- Ingerir alimentos compulsivamente ou comer exaustivamente em situações de estresse emocional;
- Manter-se em absoluta inatividade física.

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

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

Além da alimentação e da atividade física, programas voltados ao controle e 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.

5.3. Sedentarismo

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 (BRASIL, 2001a). Esses benefícios incluem:

- Redução no risco de morte por doenças cardiovasculares;
- Redução no risco de desenvolver diabetes, hipertensão e câncer de cólon e mama;
- Melhoria do perfil lipídico;
- Melhoria do nível de saúde mental;
- Ossos e articulação mais saudáveis;
- Aumenta a força muscular;
- Melhor funcionamento corporal e preservação da independência de idosos;
- Correlações favoráveis com redução do tabagismo e abuso de álcool e drogas;
- Aumenta o bem-estar e a auto-estima.

No que tange à prática de atividade física, recomenda-se que indivíduos de todas as idades devem incluir 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 ati-

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

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.

Quanto às crianças e adolescentes em idade escolar, recomenda-se que devam estar envolvidas em atividades físicas de intensidade moderada, apropriadas ao estágio de crescimento e desenvolvimento. É importante estimular a prática de atividades físicas na escola e fora do horário escolar, assim como desestimular o hábito freqüente de assistir TV, videogame e uso computadores como forma de lazer. As crianças e adolescentes com sobrepeso devem ser estimuladas a se integrar aos grupos de prática de atividade física a fim de fortalecer vínculos sociais e afetivos.

5.4. 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).

O consumo excessivo de álcool é um importante fator de risco para morbi-mortalidade 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).

Para indivíduos que optem por manter o consumo regular de álcool, os profissionais de saúde devem recomendar a ingestão de leve a moderada de bebidas alcoólicas, equivalente a duas doses para homens e

uma dose para mulheres (dose = 1 1/2 cerveja, ou 1 cálice de vinho ou 1/2 drinque de destilado por dia) (BRASIL, 2006a).

5.5. 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).

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 cérebro-vascular (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).

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 bilhões para 1,6 bilhões 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 (BRASIL, 2004a).

Além das conseqüências à saúde, o tabagismo provoca enormes custos sociais, econômicos e ambientais. Em países desenvolvidos, os custos relacionados aos cuidados com as doenças associadas ao tabagismo consomem de 6% a 15% do gasto total com saúde (BRASIL, 2004).

A recomendação para abandono do tabagismo deve ser universal, tendo em vista que o mesmo está envolvido com o aumento da incidência de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal. Tanto as in-

tervenções farmacológicas quanto as não farmacológicas, bem como o simples aconselhamento de parar de fumar, possuem benefício comprovado para efetivo abandono do tabagismo. No entanto, é fundamental que o paciente esteja disposto a parar de fumar (BRASIL, 2006a).

No que se refere aos métodos utilizados para cessação de fumar para os quais existem evidências científicas sobre sua eficácia, 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 stress

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).

Dados para Monitoramento

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

- Pessoas inscritas com IMC \geq 25
- Pessoas inscritas com IMC \geq 25 que perderam

pelo menos 10% de peso em 6 meses

- Pessoas inscritas fumantes
- Pessoas inscritas que abandonaram o hábito de fumar há \geq 6 meses
- Pessoas inscritas em programas de atividades físicas
- Pessoas inscritas com atividade física (Pelo menos 30 minutos, 3 vezes por semana)
- Pessoas inscritas em grupos para abordagem do alcoolismo

Links

<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=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

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

6. Linhas de Cuidado

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, p.144). Devem ainda procurar contribuir para que as pessoas, 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 tal, é indispensável a criação de vínculos entre as pessoas, fato que encontra-se dificultado diante do atual modelo de atenção à saúde praticado, na Saúde Suplementar, no qual não existe uma prática cuidadora por parte dos prestadores de serviços, bem como das operadoras de planos de saúde.

O estabelecimento e monitoramento de Linhas de Cuidado, por constituírem-se em um novo modo de organizar a atenção à saúde, no qual o beneficiário encontra-se no centro da organização do modelo do sistema de saúde, podem ajudar na organização 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 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, 2006b, p.5)

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

campo de necessidades.

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, por exemplo, saúde da mulher, 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.

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. Portanto, 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 facilitar 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 como 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.

6.1. Linha de Cuidado: Saúde da Criança e do Adolescente

6.1.1. Saúde da Criança

Introdução

A Atenção à Saúde da Criança representa um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde das populações. Para que essa Linha de Cuidado se desenvolva de forma mais efetiva e eficiente, além do conhecimento sobre as características relacionadas à morbimortali-

dade, tais como aspectos biológicos, demográficos e socioeconômicos, é importante salientar o papel que desempenham os serviços e os sistemas de saúde, onde incluem-se as ações desenvolvidas pelo setor suplementar.

Para promover a melhoria da Atenção à Saúde da Criança é necessário 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 públicas saudáveis deste segmento populacional.

Os Programas de Promoção e Prevenção voltados à Linha de Cuidado 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 são ainda 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 de destaque.

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 das ações de prevenção de agravos combinadas às ações 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.

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 morbidade e mortalidade infantil no país, serão apresentadas as principais etapas desta Linha de Cuidado que devem ser priorizadas (BRASIL 2005a):

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

1. Promoção do Nascimento Saudável

Introdução

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 bebês. A responsabilidade tanto das operadoras de planos de saúde como dos prestadores do cuidado se mantém sobre essa população, provendo a continuidade do cuidado e desenvolvendo ações de vigilância à saúde.

Ações para monitoramento da criança ao nascer:

- Verificar Peso;

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

Orientações Básicas:

- A importância do Aleitamento Materno;
- O aspecto do umbigo;
- Imunização;
- Realização do 'teste do pezinho' na primeira semana de vida;
- A importância da Caderneta de Saúde da Criança² no acompanhamento do crescimento, ganho de peso e desenvolvimento de suas crianças.

As crianças de risco

Devem ser priorizadas para o desenvolvimento das ações de vigilância à saúde, ou seja: captação precoce e busca ativa para a manutenção de atenção à saúde da criança, segundo 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.

Crianças de risco ao nascer:

- Peso ao nascer (< 2500 g);

² É importante que toda a criança tenha a Caderneta de Saúde da Criança adotada pelo Ministério da Saúde (2005), gratuitamente distribuída pelas maternidades e serviços de saúde, disponível no endereço eletrônico: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/menina_final.pdf e http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/menino_final.pdf

- Prematuro (< 37 semanas de gestação);
- Asfixia grave (Apgar < 7 no 5.º minuto de vida);
- Mãe adolescente (< 18 anos);
- Mãe com baixa instrução (< 8 anos);
- Recém-nascido com patologias graves, intercorrências ou internações.

Crianças de alto risco:

- Crianças que não realizaram na primeira semana de vida 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.

2. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento e Imunização

Ações

- 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 assistência, evitando internações desnecessárias.

3. Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Saudável:

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 Organização Mundial de Saúde e pela Política Nacional do Ministério da Saúde, que preconiza a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida.

As categorias de amamentação recomendadas pela Organização Mundial de Saúde consideram a amamentação a situação na qual a criança recebe leite humano, independentemente de receber outros complementos, e amamentação exclusiva quando o lactente recebe somente leite materno, sem nenhuma complementação sólida ou líquida.

A orientação das 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.

Segundo a WHO (2002), há evidências de que entre crianças nascidas a termo e pré-termo, a amamentação está associada a uma significativa redução dos níveis de pressão arterial na infância. Além disso, o consumo de leites artificiais ao invés de leite materno tem sido associado ao aumento dos níveis pressóricos em fases posteriores da vida.

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.

Atenção aos Distúrbios Nutricionais e Anemias Carentiais

- 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.

4. Abordagem das doenças respiratórias e infecciosas

- 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 e/ou asma;
- Orientar e tratar a criança com asma grave ou com evolução insatisfatória e dúvidas no diagnóstico à atenção secundária;
- Acompanhamento por equipe multidisciplinar.

Dados para Monitoramento

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

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

- Crianças de 6 anos a menos de 14 anos inscritas
- 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 6 a menos de 14 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
- Internações pediátricas

6.1.2. Saúde do Adolescente

Introdução

A Saúde do Adolescente tem como características as ações e o enfoque preventivo e educativo dirigido a todos os jovens entre 10 a 19 anos. Conhecer os conteúdos da atenção integral à saúde dos adolescentes e jovens é tarefa importante para as equipes de saúde. Para que o trabalho seja bem sucedido, as equipes de-

vem interagir com seu público-alvo, respeitar sua cultura e conhecimentos adquiridos, criando condições para o crescimento de ambas as partes. O desenvolvimento adequado desses conteúdos aumenta a possibilidade de absorção dos conhecimentos pela população, o que favorece o aperfeiçoamento da sociedade (BRASIL, 2002a).

Principais Estratégias de Ação:

1- Desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação dos agravos à saúde do adolescente e jovem através dos seguintes eixos:

- Compreender os conceitos ampliados de saúde e da origem multifatorial dos agravos à saúde, aplicando-os em sua prática;
- Identificar os principais problemas de saúde da carteira, 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 permeiam as ações dirigidas aos adolescentes e jovens, no âmbito individual e coletivo;
- Estimular a vacinação dos adolescentes de acordo com as normas do Ministério da Saúde;
- Fornecer Atenção Multiprofissional.

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.

3 – Saúde Reprodutiva e Sexualidade

- Indicar o exame ginecológico oportuno;
- Prevenir comportamentos de risco para DST/AIDS e encaminhar a profissionais habilitados, quando necessário;
- 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.

Dados para Monitoramento

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)

Links

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

http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/saude_crianca.html

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

http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/saude_adoles.html

Publicações sobre Saúde do Adolescente:

http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/saude_adoles.html

6.2. Linha de Cuidado: Saúde do Adulto e do Idoso

6.2.1. Doenças Cardiovasculares

Ao longo dos últimos dois séculos, com os processos de transição epidemiológica e demográfica, ocorreu uma mudança importante no perfil de morbimortalidade da população mundial, com predomínio de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como os transtornos cardiovasculares e neoplasias. Os países em desenvolvimento vêm presenciando, nas últimas décadas, o mesmo fenômeno. Essas mudanças têm contribuído para uma crescente elevação dos gastos em saúde, além de custos sociais importantes como invalidez precoce, exigindo abordagens que respondam de forma efetiva a esses problemas (BRASIL, 2006c).

Na Região das Américas existe atualmente uma das taxas mais altas de mortalidade por diabetes mel-litus entre todas as regiões do planeta (OMS, 2006). As doenças cardiovasculares são responsáveis por um terço do total de mortes no mundo, embora sejam passíveis de prevenção (WHO, 2003). As doenças crônicas não transmissíveis são hoje consideradas verdadeiras epidemias, mais devastadoras que a própria epidemia de AIDS. Em 2005, cerca de 35 milhões de pessoas em todo o mundo morreram de DCNT; é o dobro do número de mortes por doenças infecciosas (incluindo HIV/AIDS, malária e tuberculose), condições maternas e perinatais e deficiências nutricionais combinadas (OMS, 2006).

No Brasil, as doenças cardiovasculares (DCV) constituem-se a maior causa de morte. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c), estima-se que, no Brasil, existam 23 milhões de pessoas portadoras de Diabetes e Hipertensão Arterial. Estas taxas têm se elevado e tendem a se agravar, não só pelo processo de envelhecimento da população, como também e, principalmente, pela manutenção na população de nosso país de hábitos inadequados de alimentação; sedentarismo e tabagismo (BRASIL, 2006c).

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 do DM e da HA, com isso, destina-se aos indivíduos com DM e HA já instalados. Tem como objetivos: alcançar o controle do DM e HA; 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 comorbidades. Quanto à prevenção terciária, busca-se minimizar as complicações, tendo como finalidade melhorar a qualidade de vida e evitar morte precoce (BRASIL, 2001a).

Os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares são (BRASIL, 2006a):

- História Familiar de DCV
- Idade: Homem > 45 anos / Mulher > 55 anos
- Tabagismo
- Dislipidemia (LDL-c e Triglicerídeos elevados / HDL-c baixo)
- Presença de HAS
- Presença de DM
- Obesidade – IMC > 30 kg/m²
- Circunferência abdominal elevada
- Sedentarismo
- Alimentação Inadequada (Pobre em frutas e vegetais, rica em sal, açúcar e gorduras)
- Stress psico-social.

De acordo com dados referentes ao ano de 2005 do Programa de Qualificação da Saúde suplementar da ANS, a análise da linha de cuidado de transtornos cardiovasculares mostra que entre as 1.266 operadoras que enviaram as informações referentes ao indicador taxa de internações por diabetes mellitus, 47,2%

apresentam inconsistência nos dados enviados pelo Sistema de Informações de Produtos (SIP). Entre as 425 operadoras avaliadas, a maior parte delas, correspondendo a 37,6%, receberam pontuação média, seguida pela pontuação máxima. Foi observada uma taxa de internações por diabetes mellitus de 18,3 eventos para cada 10.000 expostos.

Segue gráfico que demonstra a situação das operadoras no Programa de Qualificação nesta Linha de cuidado.

Considerando a taxa de internações por doenças cerebrovasculares, observa-se que entre as 1.266 operadoras, 46,5% apresentaram dados inconsistentes, 17,2% não tiveram seus dados calculados e 36,2% foram pontuadas. Das 459 operadoras com pontuação, 15,2% obtiveram a pontuação zero, 20,7% a pontuação mínima, 37,0% a pontuação média e 27,23% a pontuação máxima. A taxa de internações por doenças cerebrovasculares encontrada no setor suplementar foi de 20,0 eventos para cada 10.000 expostos.

Para o indicador taxa de internações por infarto agudo do miocárdio, 42,1% das operadoras apresentaram inconsistência no envio dos dados, 27,7% das operadoras não tiveram seus dados calculados, e 30,2% receberam pontuação. Entre as 382 operadoras pontuadas, 16,2% receberam a pontuação zero, 15,4% a pontuação mínima, 42,4% a pontuação média e 26,0% a pontuação máxima. A taxa de internações por infarto agudo do miocárdio encontrada no setor suplementar foi de 12,8 eventos para cada 10.000 expostos.

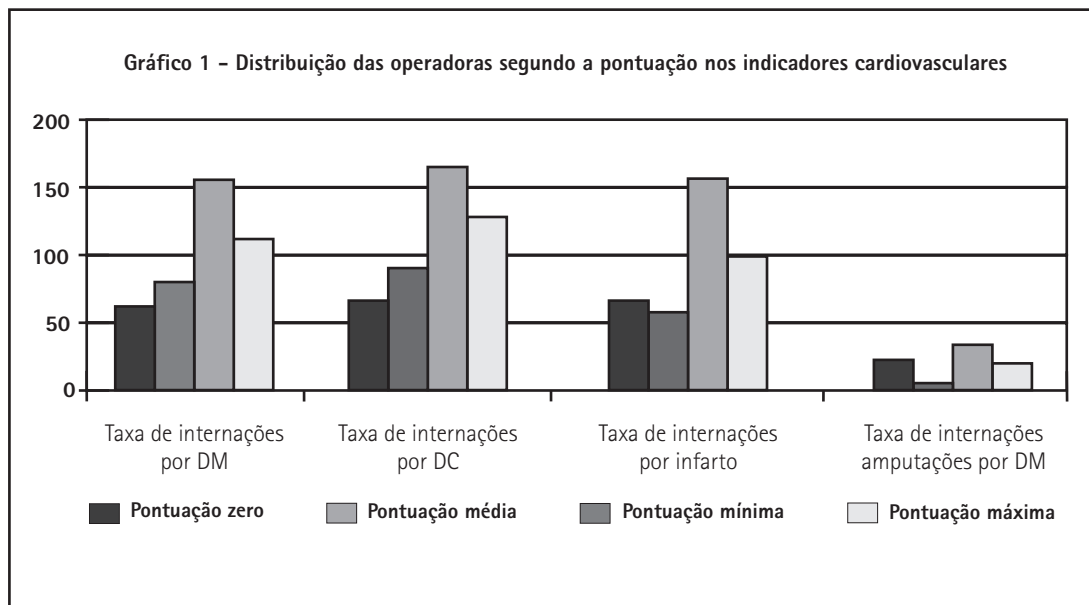
Em relação ao indicador taxa de internações por amputação de membros inferiores por diabetes mellitus, a pontuação seguiu parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS). Apenas 6,2% das 1.266 operadoras foram avaliadas. Destas, 25,3% receberam a pontuação zero, 7,6% a pontuação mínima, 40,5% a pontuação média e 26,6% a pontuação máxima.

Pode-se concluir, a partir da análise dos dados do setor suplementar, que as taxas de internação por transtornos cardiovasculares foram maiores do que as taxas nacionais. Este fato pode ser indicativo de maior acesso aos serviços de saúde, considerando a disponibilidade da rede credenciada aos planos de saúde.

Por outro lado, altas taxas de internação podem ser indicio de precário cuidado primário na assistência

à saúde, principalmente na prevenção dos fatores de risco para a instalação de doenças. Entre os principais fatores de risco, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus são críticos do ponto de vista de saúde pública. No Brasil, dados do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus de 2001, apontaram para uma prevalência destes fatores na população brasileira acima de 40 anos de idade de 36% e 10%, respectivamente (BRASIL, 2001a).

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 ao estado diabético per se e à agregação de vários



Além disso, considerando que para o conhecimento das condições de saúde da população beneficiária se faz a partir de estudos e análises de informações com qualidade; é necessário que as operadoras se apropriem do Sistema de Informações de Produtos – SIP, como ferramenta gerencial, voltada para uma abordagem do monitoramento e da qualificação da informação em saúde, como subsídio para o planejamento da intervenção das operadoras com vistas à melhoria da assistência prestada e da situação de saúde dos seus beneficiários.

A. Diabetes Mellitus

A incidência de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) na atualidade atinge proporções epidêmicas, o que acarreta um alto custo tanto econômico quanto social (SBD, 2005).

As conseqüências do DM a longo prazo decorrem

fatores de risco cardiovasculares, como obesidade, hipertensão arterial 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).

Conceito

Diabetes mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia. A maioria dos casos de DM se resume em duas amplas categorias etiopatogênicas: o diabetes tipo 1 (DM-1), anteriormente conhecido como diabetes juvenil; e o diabetes

tipo 2 (DM-2), também conhecido como diabetes do adulto. Na prática clínica, cerca de 90% dos casos são de DM-2, enquanto que os restantes 10% são de DM-1 (BRASIL, 2006d).

Sintomas

- Muita sede
- Vontade de urinar diversas vezes
- Perda de peso (mesmo sentindo mais fome e comendo mais do que o habitual)
- Fome exagerada
- Visão embaçada
- Infecções repetidas na pele ou mucosas
- Machucados que demoram a cicatrizar
- Fadiga (cansaço inexplicável)
- Dores nas pernas por causa da má circulação

Os sintomas podem não estar presentes, principalmente no Diabetes Mellitus tipo 2, por isso é importante o rastreamento indicado abaixo.

Rastreamento

Os testes de rastreamento devem ser repetidos a cada 3 a 5 anos, estão indicados em indivíduos que apresentem maior risco da doença, mesmo que assintomáticos, os quais estão resumidos a seguir (BRASIL, 2006d)

- Idade > 45 anos;
- Obesidade (Índice de Massa Corpórea – IMC >30 kg/m²)
- Obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas)
- Antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes
- Tolerância a glicose diminuída ou glicemia de

jejum alterada

- Hipertensão arterial >140/90 mmHg
- Colesterol HDL \leq 35 mg/dL
- Triglicérides \geq 250 mg/dL
- História de macrossomia ou diabetes gestacional
- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos
- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida

Avaliação laboratorial

Resumidamente, os testes laboratoriais mais comumente utilizados para o diagnóstico e o controle do DM são:

- Glicemia de jejum
- Teste de tolerância oral à glicose (TTG)
- Glicemia pós-prandial
- Teste de hemoglobina glicada (A1C)

Os testes de A1C e a glicemia pós-prandial não devem ser utilizados para diagnóstico de diabetes, mas apenas para seu acompanhamento. O teste de glicemia capilar por ser utilizado para programas de rastreamento da diabetes mellitus (GEORG et al, 2005).

Critérios para diagnóstico do Diabetes Mellitus tipo 2

Classificação	Glicemia jejum	TTG – 2 horas após 75gramas de glicose
Normal	< 100g/dl	< 140mg/dl
Pré-diabetes	> 100-125 mg/dl Glicemia de jejum alterada	140-199 mg/dl Tolerância diminuída a glicose
Diabetes mellitus	> 126 mg/dl	> 200mg/dl>

Monitoramento

O monitoramento dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 inclui:

- Controle glicêmico
- Auto-monitorização domiciliar da glicemia
- Hemoglobina glicada (A1C)
- Avaliação clínica e laboratorial adicional
- Orientação dietética geral
- Atividade física
- Orientação odontológica
- Controle da hipertensão arterial
- Controle da dislipidemia
- Controle do tabagismo
- Controle das complicações decorrentes da doença: pé diabético, retinopatia diabética, nefropatia diabética, neuropatia diabética.

Recomendações

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, 2006d).

O teste A1C deve ser realizado pelo menos 2 vezes ao ano em pacientes que estão atingindo a meta estabelecida e mais frequentemente (até 4 vezes ao ano) para aqueles com mudanças na terapia ou que não estejam atingindo controle glicêmico ideal (BRASIL, 2006d).

Os objetivos clínicos e laboratoriais do tratamento adequado do DM tipo 2 e dos fatores de risco associados recomendados pelo Ministério da Saúde são os seguintes:

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 a verificação dos níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal junto a profissionais de saúde.
- Orientar os beneficiários sobre as complicações da diabetes mellitus.
- Planejar grupos de seguimentos para Diabetes Mellitus.

Parâmetro	Objetivo
Hemoglobina glicada	< 7%
Glicemia pré-prandial	90-130 mg/dl
Glicemia pós-prandial	< 180 mg/dl
Pressão arterial	< 130-80 mmHg
Colesterol LDL	< 100 mg/dl
Colesterol HDL	> 40 mg/dl
Triglicérides	< 150 mg/dl
Proporção de diabéticos com peso adequado ou que obtiveram redução do mesmo	Peso adequado ou redução do mesmo se sobrepeso/obesidade
Proporção de diabéticos em atividade física	Prática regular de atividade física aeróbica e exercícios de resistência
Proporção de diabéticos fumantes	Abandono do hábito de fumar
Cobertura de vacinação para influenza	Vacinação anual de diabéticos

- Inserção de outros profissionais, especialmente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, professores de educação física, para enfatizar a ação interdisciplinar para a prevenção e tratamento do Diabetes Mellitus.

B.Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença altamente prevalente no mundo, sendo responsável por 7,1 milhões de mortes prematuras. Além disso, constitui-se 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 (WHO, 2003).

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 (WHO, 2003). Neste sentido, a HAS é responsável por pelo menos 40% das mortes por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e por 25% das mortes por doença arterial coronariana, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006e).

Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA >140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo seja conduzido. A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações (BRASIL, 2006e).

Conceito

Hipertensão Arterial Sistêmica (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 (BRASIL, 2006e).

Segmento clínico

A investigação clínico-laboratorial do paciente hipertenso objetiva explorar as seguintes condições:

Critérios diagnósticos e classificação (BRASIL, 2006e):

CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL EM ADULTOS		
Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão		
Estágio I	140-159	90-99
Estágio II	> 160	100
Sistólica isolada	> 140	< 90

- 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 hipertensão;
- Diagnosticar, quando houver, a causa da hipertensão arterial.

Para atingir tais objetivos, são fundamentais: História clínica, Exame físico, Avaliação laboratorial inicial do paciente hipertenso. Em atendimento primário, o paciente hipertenso deverá ser submetido aos seguintes exames subsidiários (BRASIL, 2006e):

- 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

Em alguns casos pode ser necessária a avaliação da pressão arterial em situações do cotidiano, sem interferência da equipe médica, através de MAPA ou MRPA.

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

- 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, abandono do tabagismo, consumo de álcool.

Dados para Monitoramento

Seguem alguns exemplos de variáveis para a construção de indicadores relacionados às doenças cardiovasculares:

- Pessoas com Diabetes Mellitus inscritas
- Consulta médica para pessoas com Diabetes Mellitus inscritas
- Consulta de enfermagem com glicemia capilar para pessoas com Diabetes Mellitus inscritas
- Glicemia de Jejum para pessoas com Diabetes Mellitus

inscritas

- Hemoglobina glicosilada trimestral > 7 para pessoas com Diabetes Mellitus inscritas
- Pessoas com Diabetes Mellitus inscritas com microalbuminúria realizados 1vez ao ano
- Participantes em atividades em grupo para pessoas com Diabetes Mellitus com equipe multiprofissional
- Pessoas com Hipertensão Arterial inscritas
- Consulta médica para pessoas com Hipertensão Arterial inscritas
- Pessoas com Hipertensão Arterial inscritas com Creatinina e ECG realizados 1vez ao ano
- Participantes em atividades em grupo para pessoas com Hipertensão Arterial com equipe multiprofissional
- Participantes em atividades em grupos para prevenção de DST/AIDS com equipe multiprofissional
- Participantes em atividades em grupo para idosos com equipe multiprofissional

Links

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

6.2.2. Neoplasias

Introdução

Na atualidade, existe uma grande importância do ponto de vista epidemiológico das doenças neoplásicas. Com o envelhecimento da população, o controle das doenças infecciosas, o aumento da expectativa de vida, alguns hábitos de vida e consumo e o contato com poluentes ambientais, as neoplasias, no âmbito das doenças crônicas não transmissíveis, também vêm aumentando sua importância relativa ao perfil de morbimortalidade das populações. Entre essas patologias, o câncer, de uma forma geral, ocupa o

segundo lugar entre as patologias dessa categoria que mais matam (INCA, 2006).

De acordo com a WHO (2002), entre 2000 e 2020, o número total de casos de câncer em países em desenvolvimento aumentará em 73% e, em países desenvolvidos, 29%, principalmente devido ao envelhecimento populacional.

A maioria dos casos de câncer está relacionada a fatores ambientais. As mudanças provocadas no meio ambiente pelos seres humanos e as escolhas de diferentes estilos de vida e de consumo podem aumentar ou diminuir o risco de câncer. O conhecimento científico atual evidencia 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 podem estar relacionados em maior ou menor grau com o desenvolvimento de determinados tipos de câncer (WHO, 1993 apud BRASIL, 2005b).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), estima-se que, para o ano de 2006, ocorrerão 472.050 casos novos de câncer. O mais incidente na população brasileira será o câncer de pele não melanoma (116 mil casos novos). Entre os homens, os tipos mais comuns, à exceção de pele não melanoma, serão os de próstata e pulmão, enquanto que entre as mulheres, as neoplasias de mama e colo do útero serão os de maior incidência (BRASIL, 2005b).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 30% dos casos de câncer poderiam ser evitados através da sua prevenção primária. Essa constatação mostra, portanto, que muito pode ser feito no âmbito da prevenção primária (BRASIL, 2005b).

O fumo é responsável por 90% dos casos de câncer de pulmão e está ligado à origem de tumores malignos em oito órgãos (boca, laringe, pâncreas, rins e bexiga, além do pulmão, colo do útero e esôfago). Dos 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).

Fatores relacionados à alimentação contribuem com 30% dos casos de câncer em países desenvolvidos,

fazendo com que seja considerada o segundo fator de risco prevenível para o câncer, depois do tabaco (WHO, 2002).

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

Diretrizes

Por sua importância no perfil de morbimortalidade da população brasileira é que se definiu que as neoplasias devem constar do monitoramento no Programa de Qualificação e de desenvolvimento de Programas de Promoção à Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças por parte da ANS.

As diretrizes assumidas pela ANS estão definidas na Política Nacional de Controle e Prevenção de Câncer estabelecidas pelo Instituto Nacional de Câncer / Ministério da Saúde. 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, o qual varia amplamente de região para região. As operadoras devem basear suas ações de acordo com o perfil demográfico e de morbi-mortalidade de sua carteira de beneficiários.

Câncer de Pulmão

O Câncer de pulmão é o mais comum em todo o mundo. O tabagismo é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento desta patologia. 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 não existindo dose ou quantidade segura estabelecida. Além disso, é responsável por 80% deste tipo de neoplasia em países desenvolvidos. Muitos estudos observacionais têm demonstrado que este tipo de câncer está relacionado a um baixo consumo de frutas, verduras e nutrientes tais como beta-caroteno, relacionados a uma alimentação saudável (WHO, 2002).

Entre os homens, o hábito de fumar é considerado o responsável pela maior frequência dos casos existentes e pode chegar a mais de 90% em algumas populações. Já entre as mulheres, o tabaco é responsável por cerca de metade dos casos de câncer pulmonar. Trata-se de um evento de alta mortalidade e de baixa sobrevida, apenas um percentual que varia entre 13 e 21% vive até em cinco anos nos países desenvolvidos e entre sete e 10% nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2005b).

No Brasil, a incidência de câncer de pulmão corresponde a 19 casos novos para cada 100 mil homens e 10 para cada 100 mil mulheres. Isso quer dizer que são esperados, por volta de 17.000 casos novos em homens e de 9.000 entre as mulheres em 2006 (BRASIL, 2005b).

Câncer de Próstata

Cerca de dois terços da frequência de casos de câncer de próstata no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. Por isso, entre todos os tipos de câncer, esse é considerado o da terceira idade. Trata-se de uma neoplasia de relativo bom prognóstico, conseqüentemente apresenta uma mortalidade relativamente baixa. A sobrevida média mundial estimada representa 58% em cinco anos. Nos países desenvolvidos esse percentual corresponde a 64%; enquanto que, para os países em desenvolvimento a quantidade não passa de 41% (INCA, 2006).

Tem sido verificado um aumento acentuado nas taxas de incidência desse tipo de câncer influenciado pelo diagnóstico de casos em indivíduos assintomáticos devido ao rastreamento sistemático através do teste Antígeno Prostático Específico (PSA). Porém, esse método de rastreamento, bem como outros métodos disponíveis, não mostraram, até o momento, impacto na redução da mortalidade, além do número elevado de indicações cirúrgicas precipitadas, resultando em baixa eficiência e efetividade de tratamento dos pacientes.

O câncer de próstata é o mais freqüente entre homens em todo o planeta. A estimativa de câncer de próstata para 2006 no Brasil gira em torno de 47 mil casos segundo cálculos do INCA. Esse número corresponde a uma incidência de 51 casos novos para cada 100 mil homens. No mundo, o número de casos novos

diagnosticados de equivale a 15,3% de todos os casos de neoplasias em países desenvolvidos e 4,3% dos casos em países em desenvolvimento (INCA, 2006).

Câncer de cólon e reto

O câncer colo-retal abrange tumores que atingem o cólon (intestino grosso) e o reto. Tanto homens como mulheres são igualmente afetados, sendo uma doença tratável e freqüentemente curável quando localizada no intestino (sem extensão para outros órgãos) (INCA, 2006).

O Câncer de cólon e reto representa o segundo tipo de câncer mais prevalente no mundo seguido pelo o câncer de mama e tem um prognóstico considerado relativamente bom. Uma condição fundamental para o impacto da morbimortalidade desse tipo de neoplasia é o tempo de evolução da lesão. A investigação clínica, a partir da suspeita, é crucial para uma intervenção favorável. A evidência de pólipos adenomatosos coloretais considerados precursores desse tipo de câncer e de tumores localizados a partir da investigação endoscópica tem mostrado efetividade. A pesquisa de sangue oculto nas fezes associada aos métodos endoscópicostem o seu valor como método investigativo para o diagnóstico, embora ainda não possam ser utilizados como métodos de rastreamento com base populacional (INCA, 2006).

As Estimativas de Incidência de Câncer no Brasil para 2006, publicadas pelo INCA, apontam o câncer colo-retal como o 5º tumor maligno mais freqüente entre homens (com 11.390 casos novos) e 4º entre as mulheres (13.970 casos novos). A maior incidência de casos ocorre na faixa etária entre 50 e 70 anos, mas as possibilidades de desenvolvimento já aumentam a partir dos 40 anos. (INCA c, 2006). Estima-se, ainda, que ocorram cerca de 11 mil casos novos de câncer de cólon e reto em 2006, em homens e de 13 mil em mulheres. Isso corresponde a uma incidência de 12 casos novos a cada 100 mil homens e 15 para cada 100 mil mulheres (INCA, 2006).

No mundo, esses tumores malignos representam a cada ano cerca de 945 mil casos novos, e são a quarta causa mais comum de câncer no mundo, a segunda nos países desenvolvidos. Nos últimos cinco anos, estima-se que foram diagnosticados aproximadamente cerca de 2,4 milhões de pessoas vivas com câncer de cólon e reto, com a sobrevida média mundial de 44% (INCA, 2006).

Fatores de Risco

Os principais fatores de risco são: idade acima de 50 anos; história familiar de câncer de cólon e reto; história pessoal progressiva de câncer de ovário, endométrio ou mama; dieta com alto conteúdo de gordura, carne e baixo teor de cálcio; obesidade e sedentarismo. Também são fatores de risco doenças inflamatórias do cólon como retocolite ulcerativa crônica e Doença de Cronh; algumas condições hereditárias (Polipose Adenomatosa Familiar (FAP) e Câncer Colorretal Hereditário sem Polipose (HNPCC).

Prevenção

Admite-se que uma dieta com alto consumo de frutas, vegetais frescos, cereais e peixe, baixo consumo de carnes vermelhas e processadas e de bebidas alcoólicas, além da prática de atividade física regular estão relacionados a um baixo risco de ocorrência desse tipo de neoplasia (INCA, 2006).

Detecção Precoce

O Câncer colo-retal quando detectado em seu estágio inicial possui grandes chances de cura, diminuindo a taxa de mortalidade associada ao tumor. Pessoas com mais de 50 anos devem se submeter anualmente ao exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes. Indivíduos com exame positivo devem realizar colonoscopia (INCA, 2006).

Atenção especial deve ser dada a pessoas histórico pessoal ou familiar de câncer de cólon e reto, portadores de doença inflamatória do cólon (retocolite ulcerativa e Doença de Chrohn) e de algumas condições hereditárias (FAP e HNPCC) (INCA, 2006).

Sintomas

Indivíduos acima de 50 anos com anemia de origem indeterminada e que apresentam a suspeita de perda crônica de sangue no hemograma, devem realizar endoscopia gastrointestinal superior e inferior. Outros sintomas que podem ocorrer são dor abdominal, massa abdominal, melena, constipação, diarreia, náuseas, vômitos, fraqueza e tenesmo.

Diagnóstico

O diagnóstico da doença é feito através de biópsia

endoscópica com estudo histopatológico.

Tratamento

A cirurgia é o seu tratamento primário, retirando a parte do intestino afetada e os linfonodos próximos a esta região. Muitos tumores do reto são tratados com cirurgias que preservam o esfíncter anal, através da utilização dos grampeadores, evitando assim as colostomias.

Após o tratamento cirúrgico, a radioterapia associada ou não à quimioterapia é utilizada para diminuir a possibilidade da volta do tumor (recidiva). Quando a doença está disseminada, com metástases para o fígado, pulmão ou outros órgãos, as chances de cura diminuem.

Ações Sugeridas

- Formar equipes multidisciplinares para a condução dos programas com vistas a cuidar da questão das neoplasias em sua integralidade, considerando além das questões biológicas, as epidemiológicas e os hábitos de vida;
- 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, consumo de álcool, atividade física, fatores hormonais e radiação;
- Grupos de Apoio e discussão para os portadores de neoplasias;
- Apoio Psicossocial;

- Desenvolver programas permanentes de detecção oncológica precoce, de acordo com as evidências científicas;
- Desenvolver programas específicos permanentes de anti-tabagismo;
- Grupos de apoio e medidas paliativas para os pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

Dados para Monitoramento

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
- Indicadores de combate ao tabagismo para prevenção de neoplasia de Pulmão, como por exemplo, o número de Pessoas fumantes inscritas em programas de prevenção e Pessoas inscritas que abandonaram o hábito de fumar há ≥ 6 meses

Links

http://www.projotodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/020.pdf

http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5

Neoplasia de Mama Feminina

http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=336

Neoplasia de Colo de Útero

http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=326

Neoplasia Colo-Retal

http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=325

6.3. Linha de Cuidado: Saúde da Mulher

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.

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 diabetes 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.

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 com reflexo em uma maior vulnerabilidade feminina no processo de adoecer e morrer na maioria das sociedades (HERA, 2006).

A abordagem de gênero também explica o desenvolvimento de 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).

A compreensão das questões de gênero é fundamental para que se desenvolvam programas de atenção à saúde da mulher com qualidade e resolutividade. Assim, a diretriz geral desta linha de cuidado deve ser 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. A adoção desta diretriz é de fundamental importância, pois permite que a mulher possa ser de fato encarada como sujeito e cidadã.

Ações Gerais:

- Formar equipe para conduzir a linha, 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;
- Abordar, nestes programas, temas 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.
- Desenvolver programas com 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.

Saúde de Mulheres Adolescentes

A adolescência é um período de rápido desenvolvimento pessoal, fisiológico, social e emocional. Tal etapa compreende o aprendizado e a experiência da sexualidade e demais formas de relacionamento humano, assim como o desenvolvimento da identidade e da autoestima. Este é um período onde se aprende sobre os papéis de gênero e as relações de poder e onde ocorre o despertar da capacidade reprodutiva. As ações para as jovens adolescentes devem considerar a faixa etária de 10 a 19 anos (HERA, 2006).

Cabe aos serviços e profissionais de saúde terem a sensibilidade para adotar uma aproximação positiva acerca da sexualidade como dimensão intrínseca da vida humana, promovendo a comunicação e o diálogo de forma aberta com as adolescentes, além de promover o contato e a sensibilização dos pais (BRASIL, 2002b).

Ações

- Criar programas integrais de educação sobre saúde e sexualidade, adequados a cada faixa etária, que abordem não apenas a sexualidade, mas também os papéis de gênero, as relações de poder, as questões relacionadas aos padrões de beleza e comportamento que influenciam diretamente a saúde mental das jovens e os demais aspectos concernentes a esta faixa etária;
- Oferecer informações completas e precisas sobre sexualidade, contraceptivos, gravidez e proteção contra doenças sexualmente transmissíveis;
- Ajudar as jovens a desenvolverem sua identidade e auto-estima, agindo de forma preventiva em relação a distúrbios emocionais, tais como os relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas e aos transtornos alimentares como bulimia e anorexia.
- Envolver as adolescentes nas diversas etapas de desenvolvimento e elaboração dos programas.

Planejamento Familiar

As ações de planejamento familiar devem ser de-

envolvidas 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 devem reconhecer que muito embora o conceito de saúde reprodutiva se aplique tanto aos homens quanto às mulheres, seu impacto é maior no caso das mulheres, o que implica em priorizar ações que reduzam os riscos para a saúde feminina.

Ações Sugeridas

- Desenvolver programas de orientação para planejamento familiar na 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.

Ações para 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 82% dado alarmante que contribui para a ocorrência de resultados perinatais desfavoráveis, especialmente em relação a prematuridade iatrogênica, à síndrome da angústia respiratória do recém-nascido e à mortalidade materna. Para reduzir esses riscos, a ANS está desenvolvendo esforços para impactar o indicador de proporção de cesarianas, assim como busca aliados que possam potencializar iniciativas que contribuam para a redução destas taxas.

Segundo dados da Política de Qualificação da Saúde Suplementar, referentes ao ano de 2005, 1.266 operadoras deveriam informar os dados referentes aos indicadores da linha de cuidado materno-neonatal. Para o indicador de proporção de parto cesáreo, 622 operadoras (49,1%) apresentaram dados com consistência e, dentre estas, 27 realizaram 100% de partos cesáreos; 544 não reduziram a proporção de partos cesáreos; e apenas 11 atingiram a meta proposta para o indicador. Porém, a média do setor não se alterou significativamente, permanecendo em torno de 84%. Foi identificada uma média elevada de cesariana na saúde suplementar, independentemente da modalidade da operadora. Vale ressaltar que, para cada indicador materno-neonatal, mais de 55% das operadoras atingiu a meta estabelecida, com exceção do indicador de proporção de cesarianas em que este percentual foi de 1,8% (n=11).

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, 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 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 a 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 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 4.º mês / 120 dias);

- Seguir as orientações do protocolos do MS:

- Mínimo de 6 consultas (preferencialmente 1 no 1º trimestre, 2 no 2.º trimestre e 3 no 3.º 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;

- 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/controlar as 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 Papanicolaou;

- Fornecer atenção especial à adolescente gestante;

- Desenvolver grupos educativos e de orientação que abranjam;

- O incentivo ao aleitamento materno, ressaltando a importância dele 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 o ganho de peso ideal no decorrer da gestação; avaliar o estado nutricional da gestante, incluindo a avaliação de anemia.

- Fornecer orientações sobre os riscos do tabagismo e drogas ilícitas, o uso rotineiro de bebidas alcoólicas e o uso de medicamentos;

- Avaliar as condições de trabalho;

- 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;
- Estimular o parto natural com 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;
- Adotar práticas de humanização da assistência;
- 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;
- Permitir acompanhante em tempo integral para o recém-nascido internado;
- 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;
- 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 exce-

dente e a doação a um Banco de Leite Humano;

- Avaliar a mama puerperal e orientar quanto à prevenção das patologias;
- Estimular a vacinação BCG e Hepatite B para o recém-nato na maternidade;
- Garantir imunoglobulina anti-hepatite B aos recém-nascidos de mãe HbsAg positivas;
- Garantir imunoglobulina anti-RH às mães de recém-nascidos isoimunizados.

Ações para 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, 2004)

A adoção de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças que abordem as modificações desencadeadas pela menopausa é de fundamental importância para prevenir ou retardar a manifestação destes e de outros agravos e melhorar a qualidade de vida das mulheres.

Ações:

- Formar e capacitar equipe multidisciplinar de referência para desenvolver as ações de promoção à saúde;
- Desenvolver grupos de apoio que abranjam:
 - 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.

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 (2006), 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.

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 torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. No Brasil, estima-se que o câncer de colo do útero 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, 2006).

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 vírus do papiloma humano (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, 2006). Dados de 2001 da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e a Sociedade Brasileira de Cancerologia são coincidentes com os dados do INCA, indicando que a infecção pelo papiloma vírus humano (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 o câncer de colo do útero 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 do câncer de colo de útero 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 é 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, 2006c).

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, 2006).

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 Papanicolaou).

É fundamental que todos os profissionais de saúde orientem sobre o que é e qual a importância do exame preventivo, pois a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco. O Instituto Nacional de Câncer (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, 2006c).

Neoplasia 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, 2006).

Este tipo de câncer representa uma das principais causas de morte em mulheres no ocidente. Segundo a Organização Mundial da Saúde (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, 2006).

Estima-se que no mundo ocorram 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 será 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, 2006).

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 a casca de uma laranja. Podem também surgir nódulos palpáveis na axila (INCA, 2006).

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, 2006).

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, 2006).

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, 2006).

Deteção Precoce segundo Protocolo do INCA 2006

A mamografia é a forma mais eficaz para deteção precoce do câncer de mama seguido do

exame clínico da mama.

O Exame Clínico das Mamas (ECM)

Quando realizado por um médico ou enfermeira treinados, pode detectar tumor de até 1 (um) centímetro, se superficial. O Exame Clínico das Mamas 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 (BRASIL, 2006f).

A Mamografia

A mamografia é a radiografia da mama que permite a deteção 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, 2006).

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, 2006).

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 deteção 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, 2006).

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, 2006).

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, 2006).

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:

- Exame Clínico das Mamas realizado anualmente, em todas as mulheres com idade superior a 40 anos. O Exame Clínico das Mamas 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;
- Exame Clínico das Mamas 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.

No Âmbito da Saúde Suplementar

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

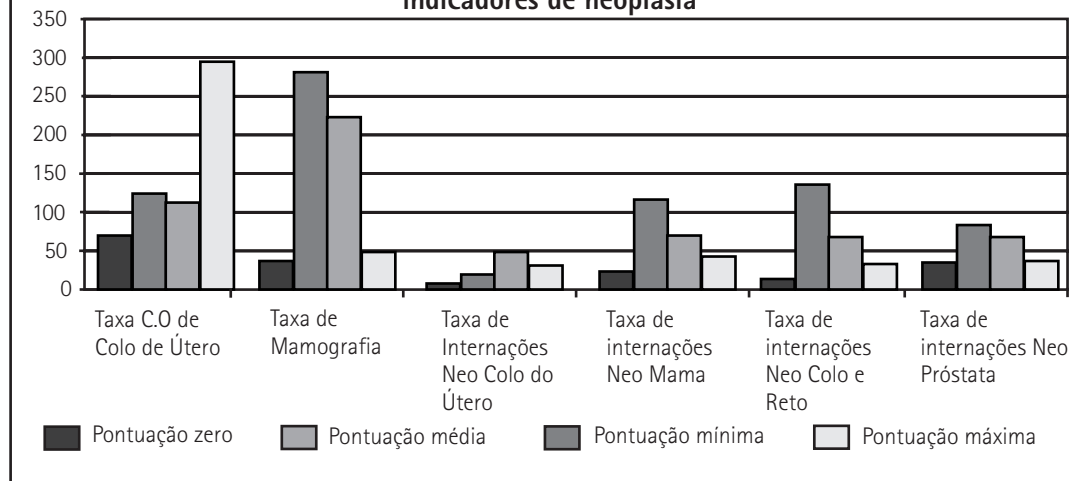
Dentre as 1.266 operadoras que deveriam informar dados referentes aos exames preventivos, citologia oncológica de colo de útero e mamografia, 47,4% informaram dados consistentes e 52,3% dados inconsistentes para cálculo destes indicadores. Para o indicador de taxa de citologia oncológica de colo de útero, 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 a Saúde Suplementar necessita 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.

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 oncológica em mulheres de 25 a 59 anos;

Gráfico 2 - Distribuição das operadoras segundo a pontuação nos indicadores de neoplasia



- Orientar a mulher quanto ao auto-exame das mamas;
- Encaminhar as mulheres com resultado da citologia oncótica 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.

Indicadores de Processo e de Resultado

Para avaliar os programas as operadoras poderão utilizar as informações que já enviam para o SIP e os indicadores da qualificação – dimensão atenção à saúde, bem como criar indicadores específicos para os programas desenvolvidos. Seguem alguns exemplos de indicadores de saúde sexual e reprodutiva:

- 1- Número de Gestantes inscritas nos programas;
- 2- Parturição de menores de 20 anos, por grupo de idade;
- 3- Primeiras consultas de pré-natal no 1o trimestre da gestação;

4- Número de gestantes com ganho de peso adequado ao final da gestação;

5- Participantes em atividades em grupo para gestantes, com equipe multiprofissional;

6- Proporção da população usando pílula, esterilização feminina, esterilização masculina, preservativo e outros;

7- Percentagem da contracepção através de métodos contraceptivos masculinos entre todos os usuários de métodos contraceptivos;

8- Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal até o 4o mês de gestação;

9- 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;

10- Proporção de parto hospitalar vaginal atendido por enfermeira obstétrica;

11- Proporção de mulheres de 25 a 59 anos que realizaram exames citopatológicos cérvico-vaginais no ano;

12- Proporção de mulheres entre 40 e 69 anos que realizaram mamografia no ano;

- 13- Proporção de partos em menores de 20 anos;
- 14- Proporção de gestantes com ganho ponderal adequado ao final da gravidez;
- 15- Proporção de internações por transtornos maternos hipertensivos no período da gravidez, parto e puerpério;
- 16- Proporção de internações por transtornos maternos infecciosos durante o puerpério;
- 17- Proporção de cesariana;
- 18- Taxa de Prematuridade;
- 19- Taxa de Natimortalidade.

Links

http://bvsm.sau.de.gov.br/html/pt/pub_assunto/sau.de_mulher.html

www.iwhc.org.hera

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/publicacoes/Consensointegra.pdf>

http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/078.pdf

http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/034.pdf

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

6.4. Linha de Cuidado: Saúde Mental

Introdução

Segundo o Ministério da Saúde 30% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; mais do que 60% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (BRASIL, 2006h). Dada a importância epidemiológica dos transtornos mentais, bem como a pouca atenção histórica que têm recebido por parte das políticas de saúde, justifica-se a incorporação da Saúde Mental como uma das Linhas de Cuidado priorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Vale lembrar que dados fornecidos por estudo realizado pela Universidade de Harvard indicam que, 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). Apesar de responsáveis diretas por somente 1,4% de todas as mortes, as condições neurológicas e psiquiátricas foram responsáveis por 28% de todos os anos vividos com alguma desabilitação para a vida. Exceto variações sem maior significado epidemiológico, a realidade acima encontra equivalência no Brasil (BRASIL, 2003c).

Além disso, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001 apud BRASIL, 2003c), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo, sendo o mesmo observado no território brasileiro.

A Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde tem como objetivo, entre outros, reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) - incluir as ações da saúde mental na atenção básica e implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.

Em relação ao alcoolismo e outras drogas, é importante destacar que o Ministério da Saúde preconiza ações de modo integral e articulado de prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários, tratando esta questão como um problema de saúde pública. Estas propostas atendem às diretrizes que foram recomendadas pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001 (III CNSM, Relatório Final, 2001 apud BRASIL, 2003c).

A ANS tem como pressuposto alinhar as práticas do setor suplementar de saúde às políticas de saúde gerais do Brasil. Deste modo, está incorporando a Saúde Mental como uma Linha de Cuidado prioritária para o setor. Nesta direção, a prática de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Linha de

Cuidado Saúde Mental tem sido estimulada em todos os níveis de atenção: primário, secundário e terciário.

Todas estas determinações do Ministério da Saúde, apoiadas e estimuladas pela ANS para o setor suplementar de saúde brasileiro encontra suporte jurídico na Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001, mas conhecida como a Lei da Saúde Mental, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial. Em seu parágrafo primeiro, esta lei assegura o direito à cidadania dos portadores de transtornos mentais:

“Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra” (Art. 1º da Lei 10.216/2001).

Toda a Atenção em Saúde ao paciente portador de transtorno mental no território nacional em qualquer sub-sistema de saúde, seja público, complementar ao público, suplementar ou estritamente privado está obrigado a seguir as determinações desta lei federal que, entre outras coisas, determina que ao portador de transtornos mentais sejam assegurados os seguintes direitos:

- Ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração, inclusive enquanto estiver em instituições de saúde;
- Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- Ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- Ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários (ambulatórios, 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 atenção 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, buscar o apoio e a parceria com os familiares Além disso, é essencial contar com equipes multidisciplinares composta por profissionais de saúde de varias formações, abandonando antigos paradigmas que tem se mostrado ineficazes e pouco resolutivos ao longo do tempo como a abordagem estritamente médica e psicofarmacológica, centrada na hospitalização.

Diretrizes Gerais:

- Redução da atenção hospitalar por meio da substituição por serviços ambulatoriais e de atenção diária;

- Respeito aos direitos e à cidadania do portador de transtorno mental;

- Políticas de Prevenção ao uso e dependência de Substâncias Psicoativas: álcool, tabaco e outras drogas, priorizando a Política de Redução de Danos;

- Apoio e Medidas Educativas aos familiares dos pacientes;
- Estímulo e apoio à reinserção social e familiar;
- Atenção Multidisciplinar.

Programa para Portadores de Transtornos Mentais Graves

Tem como objetivo evitar internações repetidas e abandono do tratamento, melhoria da qualidade de vida e das relações familiares, apoio à inserção no mercado de trabalho.

Ações Sugeridas

- Mapeamento dos pacientes graves e que necessitem de Programas específicos para manutenção do tratamento;
- Disponibilizar sistema de informações com a população inscrita nos programas para o monitoramento e avaliação dos programas desenvolvidos;
- Contar com equipe multidisciplinar;
- Grupos de apoio e educação em saúde para familiares;
- Grupos terapêuticos com pacientes;
- Busca ativa de pacientes que abandonam as consultas e/ou a medicação;
- Realização de grupos de apoio, estímulo e direcionamento de pacientes para inserção no mercado de trabalho;
- Grupos de Terapia Ocupacional e/ou Arteterapia;
- Programações culturais e de lazer assistidas;
- Equipe qualificada nas emergências psiquiátricas para redução de visitas em emergência e aumento da adesão ao tratamento continuado em serviços ambulatoriais e de atenção diária.

Programas de Prevenção ao uso de Álcool e Outras Drogas

Estes Programas devem estar pautados na Política Ampliada do Ministério da Saúde de Redução de Danos. Seguindo esta diretriz, a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado.

"Quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento" (BRASIL, 2003c).

Ações:

- Programas de educação em saúde sobre álcool e drogas para toda a população beneficiária;
- Programa de apoio e educação em saúde para familiares e usuários;
- Trabalhar com equipes multidisciplinares;
- Capacitar recursos humanos para o programa;
- Proporcionar tratamento específico na atenção primária;
- Criar vínculos com outros setores sociais como Alcoólicos Anônimos – AA;
- Estabelecer programas específicos para alcoolismo e outras drogas em todos os níveis de atenção;
- Quando trabalhar com planos empresariais, fazer programas preventivos junto às empresas;
- Estímulo, quando for o caso, à reinserção familiar e no trabalho;

- Equipe qualificada nas emergências psiquiátricas e clínicas para redução de visitas em emergência e aumento da adesão ao tratamento continuado em serviços ambulatoriais e de atenção diária.

Programa Antitabagismo

Segundo dados do governo americano que foram publicados em relatório no ano de 1988, vários estudos comprovam que o tabaco tem capacidade de causar dependência. Este relatório concluiu que o cigarro e outros derivados do tabaco causam dependência, sendo a nicotina a droga que provocaria dependência. Além disso, constataram que há semelhança entre o tabaco e outras drogas como a cocaína e a heroína nos processos químicos e comportamentais implicados na dependência (U.S. SURGEON GENERAL, 1988 apud BRASIL, 2003b).

Atualmente, tornou-se praticamente um consenso que o tabagismo é uma doença resultante da dependência de nicotina. Além disso, os usuários dos produtos de tabaco se expõem a cerca de 4.700 substâncias tóxicas. Apesar disso, apenas em 1993, na sua décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a Organização Mundial de Saúde (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).

Diante da magnitude e importância epidemiológica desta doença, que se constitui enquanto fator de risco para muitas outras, é que se destaca, neste Manual, duas seções referentes ao controle do tabagismo, uma no capítulo dos Fatores de Risco e uma na Linha de Cuidado Saúde Mental. Para se ter uma idéia, no início da década de 1990 estimava-se que cerca de 1,1 bilhão de pessoas eram tabagistas em todo mundo. Este número tem aumentado significativamente. Em 1998 já se estimava que 1,25 bilhões eram usuários de

tabaco (WHO, 2001 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, através da publicidade 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).

Esta é uma história longa, já no final do século XIX e na 1ª metade do século XX os fatores econômicos se tornaram preponderante na difusão maciça mundial do hábito de fumar devido à consolidação da indústria do cigarro por meio da produção de cigarros em escala industrial e a um processo de propaganda intenso em torno do hábito de fumar (PAHO, 1992 apud BRASIL, 2001b).

Para que ações antitabagistas sejam efetivas, o olhar tem que se ampliar para além do indivíduo fumante, considerando-se também os outros fatores da cultura para que se alcance resultados positivos. Seguindo a lógica do Programa Nacional do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer do Instituto Nacional do Câncer (INCA) (BRASIL, 2003b) existem três pilares para que os programas se sustentem: ações educativas, ações legislativas e ações econômicas.

As ações educativas são essenciais para a Saúde Suplementar, pois é a estratégia mais acessível para as operadoras e 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.

Um programa antitabagista na saúde suplementar deve se preocupar com três das quatro estratégias recomendadas pelo Programa Nacional do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer do Instituto Nacional do Câncer (INCA) (BRASIL, 2003b).

Estratégias:

- Prevenção do início do tabagismo, com o público-alvo prioritário para crianças e adolescentes;

- Estimulo ao abandono do hábito de fumar;
- Esclarecimento aos não fumantes dos riscos da exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados.

Atualmente, existem alguns métodos bastante utilizados e recomendados pela literatura para favorecer o abandono do tabagismo: a abordagem psicológica de base cognitivo-comportamental e alguns tratamentos farmacológicos, que podem ser nicotínicos ou não-nicotínicos.

Os componentes principais da abordagem cognitivo-comportamental envolvem a detecção de situações de risco de recaída e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Podem-se empregar várias estratégias para auxiliar o paciente a quebrar com o círculo vicioso da dependência como a automonitoração; o controle de estímulos; o emprego de técnicas de relaxamento e procedimentos aversivos (BRASIL, 2001b).

Quando necessário, e devidamente indicado através de uma avaliação criteriosa, pode-se lançar mão do tratamento farmacológico. Destes, entre os não-nicotínicos destaca-se o antidepressivo bupropiona por não apresentar, na grande maioria dos casos, efeitos colaterais importantes. Outras opções incluem o antidepressivo nortriptilina e o anti-hipertensivo clonidina. Os tratamentos farmacológicos nicotínicos são conhecidos como TRN - Terapia de Reposição de Nicotina. No Brasil, esta terapia se apresenta nas formas de adesivo e goma de mascar, de liberação lenta de nicotina. As formas de inalador e aerossol, de liberação rápida não estão disponíveis no mercado brasileiro (BRASIL, 2001b).

Ações Sugeridas

- Realização de perfil demográfico e epidemiológico da carteira;
- Realização de palestras e material educativo para a população beneficiária, priorizando crianças e adolescentes;
- Palestras educativas, inclusive em empresas;
- Grupos de orientação e esclarecimento sobre os riscos do fumo;

- Grupos terapêuticos ou de auto-ajuda para apoiar a decisão de parar de fumar;
- Consultas médicas e tratamento farmacológico, quando indicado.

Dados para monitoramento:

Seguem alguns exemplos de variáveis para a construção de indicadores relacionados à Linha de Cuidado de Saúde Mental:

- Número de consultas psiquiátricas;
- Número de pacientes em psicoterapia;
- Número de internações psiquiátricas geral;
- Número de internações de psicóticos e neuróticos graves;
- Número de internações psiquiátricas em hospital geral;
- 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 doenças.

Links

Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&tjanela=1

Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infante-Juvenil, 2005
http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0379_M.pdf

6.5. Linha de Cuidado: Saúde Bucal

Introdução

A saúde bucal historicamente no Brasil tem sido colocada à margem dos sistemas de saúde. Esta situação tem se modificado progressivamente. Na saúde suplementar, os planos podem ser segmentados em médicos com ou sem odontologia, existindo também a possibilidade de planos exclusivamente odontológicos. Também na odontologia, o modelo de atenção não foge à regra do restante da medicina. O atual modelo de assistência odontológica praticado pela saúde suplementar também é prioritariamente centrado na doença e baseado na produção de procedimentos, necessitando ser reorientado para um modelo de atenção integral que incorpore, progressivamente, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2006h).

Para identificar as principais ações em saúde bucal a serem desenvolvidas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, é necessário conhecer a infra-estrutura da rede de serviços bem como os prestadores disponíveis; as doenças de maior prevalência; o perfil epidemiológico de seus beneficiários; seus hábitos e estilos de vida, além de suas necessidades de saúde.

Para a efetividade deste novo modelo, é fundamental organizar a atenção em linhas do cuidado através de fluxos que possibilitem ações resolutivas de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar. As linhas do cuidado redimensionam o processo de trabalho, priorizando a integralidade da atenção, um de seus fundamentos mais importantes.

A produção do cuidado pressupõe a responsabilização das operadoras e dos prestadores da rede em construir coletivamente, com seus beneficiários, um atendimento adequado às suas necessidades, de forma que, o processo de consultar e atender produza conhecimento, responsabilização e autonomia em cada beneficiário.

Através do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS, constatou-se que em 2005 existiam 1.086 operadoras que prestaram assistência odontológica, sendo 629 operadoras médico-

hospitalares e 457 operadoras exclusivamente odontológicas. Apenas 30% das operadoras apresentaram dados consistentes para cálculo dos indicadores e, dentre estas, atingiram a meta: 7,5% para procedimento preventivo, 9,8% para consulta odontológica inicial, 12,6% para procedimento de periodontia, 25,9% para procedimentos de endodontia, e 32,55 para procedimentos de exodontia.

Das 1.086 operadoras somente 30% apresentaram dados consistentes para serem avaliados. Os resultados apresentados nesta fase do programa ainda apresentaram um percentual alto de operadoras com dados inconsistentes, que impossibilitaram a análise deste grupo de operadoras (n=826). Para aprimoramento da assistência à saúde prestada pelas operadoras é fundamental identificar as principais dificuldades enfrentadas pelas operadoras durante o processo de implantação do Programa de Qualificação na Dimensão de Atenção à Saúde, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados no setor de saúde suplementar. Segue gráfico sobre a situação das operadoras que atendem odontologia na Saúde Suplementar no ano de 2005:

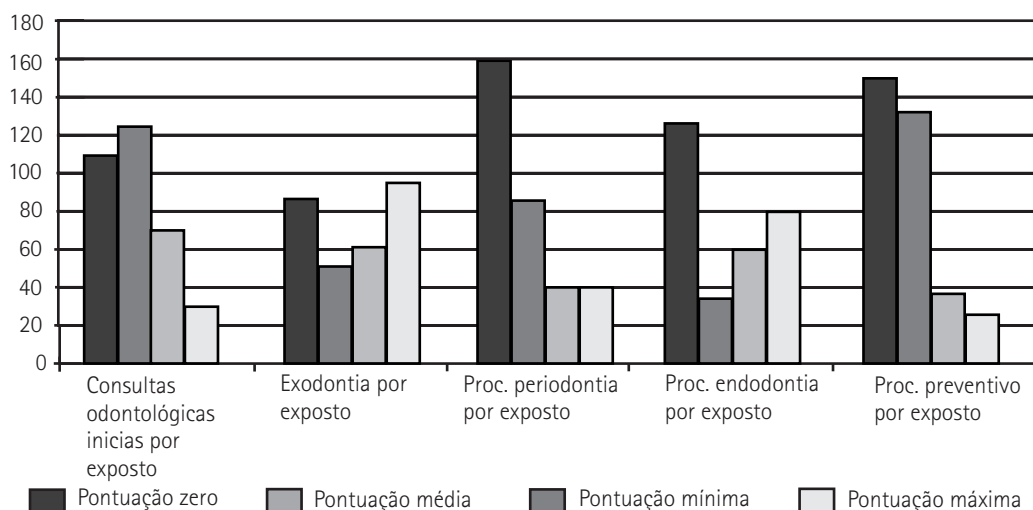
Este manual visa qualificar as ações de atenção à saúde, através da proposta de linhas de cuidado, responsabilização pela continuidade e integralidade da atenção, estimulando o desenvolvimento de ações de Promoção à Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, com a finalidade principal de produzir saúde e, como consequência, racionalizar de custos e despesas no que tange à saúde bucal.

Diretrizes

A reorientação do modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar possui algumas diretrizes baseadas na Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006h) e em algumas experiências publicadas da própria saúde suplementar (WEYNE, 2004):

- Criar uma porta de entrada para as ações de promoção e prevenção, articulada com toda a rede para assegurar a integralidade das ações da saúde bucal, sem prejuízo às situações de urgência;

Gráfico 3 – Distribuição das operadoras segundo a pontuação nos indicadores de saúde bucal



- Utilizar as informações epidemiológicas sobre o conjunto de beneficiários para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações, empregando indicadores de saúde adequados;
- Utilizar protocolos para as ações de promoção e prevenção na atenção básica;
- Estimular a interdisciplinaridade e o multiprofissionalismo, respeitando os limites da cobertura contratada;
- Definir uma política de educação permanente para a rede de prestadores, visando a uniformidade operacional e práticas centradas na promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças, pautando-se em evidências científicas.

Ações Sugeridas

Criação da Porta de Entrada do Sistema

No acesso ao sistema, no âmbito da atenção básica, o beneficiário deverá ser orientado por um clínico geral ou odontopediatra (por ele escolhido, dependendo da faixa etária), 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 pro-

cedimentos preventivos, intervindo, positivamente, no processo saúde-doença-cuidado (BEIRNE et al, 2006).

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 à continuidade/manutenção do cuidado (WEYNE, 2004).

Atividades Educativas

Compreende ações que objetivam 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.

Abordar os 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.

Higiene bucal supervisionada e revelação de placa

A higiene bucal é um componente fundamental da higiene corporal das pessoas, e realizá-la adequada-

mente requer aprendizado, principalmente em relação às práticas de autocuidado (revelação de placa, uso de dentifício fluoretado e fio dental).

Fluorterapia

Além do incentivo à prática do autocuidado, através da escovação com dentifício fluoretado e do uso do fio dental, a realização de fluorterapia tópica complementar (com soluções para bochechos, gel ou verniz fluoretado) é indicada, dependendo do risco individual do beneficiário. A fluorterapia não possui restrições no tocante à faixa etária, sendo sua frequência de aplicação dependente da avaliação do risco individual. A fluorterapia tem ação otimizada nas superfícies lisas dos dentes (MARINHO et al, 2006).

Selantes

Os selantes são efetivos na prevenção de cárie da 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).

Terapia Básica Periodontal

Estabelecimento de protocolos para o diagnóstico e acompanhamento do tratamento, assim como, a indução de procedimentos não-cirúrgicos, visando a manutenção e o monitoramento permanente da saúde periodontal (MCLEOD, 2000).

Utilização da Epidemiologia

Embora a experiência progressiva da doença cárie, especialmente na dentição decídua, esteja positivamente correlacionada com a futura experiência de cárie na dentição permanente, há pouca utilização dos indicadores epidemiológicos para avaliação do risco individual ou do estabelecimento de ações de promoção e prevenção.

Os indicadores e critérios de utilização podem ser encontrados na página da saúde bucal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004c).

Estratégia de Busca Ativa

As operadoras poderão, nos planos coletivos, utilizar "escovódromos" nas empresas contratantes, para a realização de atividades de promoção e prevenção. A utilização de unidades móveis de saúde ou de consultórios portáteis são opções que, em conjunto com ações programáticas, possibilitam a busca ativa, a manutenção e a vigilância em saúde bucal. As medidas preventivas terão impacto na diminuição das necessidades de tratamento, pois o diagnóstico precoce diminui a complexidade dos procedimentos reparadores.

Criação de protocolos para 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 fluorterapia, o uso de selantes na dentição decídua 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.

Orientações para os diferentes grupos etários

Gestantes e Crianças de 0 a 5 anos:

Estimular o ingresso compulsório de crianças deste

grupo etário no sistema, principalmente a partir de 6 meses, aproveitando as consultas ao pediatra. É recomendável que as ações voltadas a este grupo façam parte de programas integrais de saúde da criança compartilhadas por equipe multiprofissional. Uma dentição decídua saudável é a melhor garantia de uma dentição permanente também saudável.

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.

Crianças e adolescentes (6-18 anos):

A atenção deve ser adaptada à situação epidemiológica, identificando e encaminhando os beneficiários de maior risco para atenção curativa individual, com ampla utilização de consultas de educação em saúde e métodos preventivos (fluoroterapia). A partir dos 6 anos, a erupção da dentição permanente faz com que a utilização de selantes seja uma estratégia fundamental.

Gestantes:

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. Deve-se estimular consultas e garantir seu atendimento eletivo. Em trabalho conjunto com a equipe de saúde, a gestante, ao iniciar o pré-natal, deve ser encaminhada para uma consulta odontológica que minimamente inclua as seguintes ações:
- 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;

Adultos e Idosos:

A atenção ao adulto deve considerar um aumento do número de consultas preventivas e educativas, principalmente em relação aos procedimentos básicos (não-cirúrgicos e de manutenção) em periodontia.

Câncer de Boca

O câncer de boca é uma denominação que inclui os cânceres de lábio e de cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua oral e assoalho da boca). O câncer de lábio é mais freqüente em pessoas brancas, e registra maior ocorrência no lábio inferior em relação ao superior. O câncer em outras regiões da boca acomete principalmente tabagistas e os riscos aumentam quando o tabagista é também alcoólatra (INCA, 2006). Segundo a Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil para 2006, o câncer de boca apresentará 10.060 casos estimados entre homens e 3.410 entre as mulheres. (BRASIL, 2005d).

Fatores de Risco

- Idade superior a 40 anos;
- Fumar cachimbos e cigarros;
- Consumo de álcool;
- Má higiene bucal; e
- Uso de próteses dentárias mal-ajustadas.

Prevenção e Diagnóstico Precoce

Homens com mais de 40 anos de idade, fumantes e portadores de próteses mal ajustadas e dentes

fraturados devem evitar o fumo e o álcool, promover a higiene bucal, ter os dentes tratados e fazer uma consulta odontológica de controle a cada ano. Outra recomendação é a manutenção de uma dieta saudável, rica em vegetais e frutas (INCA, 2006).

Para prevenir o câncer de lábio, deve-se evitar a exposição ao sol sem proteção (filtro solar e chapéu de aba longa). O combate ao tabagismo é igualmente importante na prevenção deste tipo de câncer.

Exame Clínico da Boca

Deve-se considerar sua realização anual por profissional médico ou dentista, para indivíduos com alto risco para câncer de boca.

Sintomas

O principal sintoma é aparecimento de feridas na boca que não cicatrizam em uma semana. Outros sintomas incluem:

- Ulcerações superficiais com menos de 2 cm de diâmetro e indolores;
- Manchas esbranquiçadas ou avermelhadas nos lábios ou na mucosa bucal;
- Dificuldade para falar, mastigar e engolir;
- Emagrecimento acentuado;
- Dor e presença de linfadenomegalia cervical (caroço no pescoço).

Tratamento

A cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia são, isolada ou associadamente, os métodos terapêuticos aplicáveis ao câncer de boca. Em se tratando de lesões iniciais, ou seja, restritas ao local de origem, sem extensão a tecidos ou estruturas vizinhas e muito menos a linfonodos regionais ('gânglios'), e dependendo da sua localização, pode-se optar ou pela cirurgia ou pela radioterapia, visto que ambas apresentam resultados semelhantes, expressos por um bom prognóstico (cura em 80% dos casos) (INCA, 2006)

Nas demais lesões, se operáveis, a cirurgia está

indicada, associada ou não à radioterapia. Quando existe linfonodomegalia metastática (aumento dos 'gânglios'), indica-se o esvaziamento cervical do lado afetado, sendo o prognóstico do caso bastante reservado. A cirurgia radical do câncer de boca evoluiu sobremaneira, com a incorporação de técnicas de reconstrução imediata. Entretanto, as deformidades são ainda grandes e o prognóstico dos casos, intermediário.

A quimioterapia é empregada nos casos avançados, visando à redução do tumor, a fim de possibilitar o tratamento posterior pela radioterapia ou cirurgia. O prognóstico nestes casos é extremamente grave, tendo em vista a impossibilidade de se controlar totalmente as lesões extensas (INCA, 2006)

Dados para Monitoramento

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

- 1- Taxa de selantes em inscitos até 14 anos
- 2- Taxa de gestantes inscritas com consulta odontológica eletiva
- 3- Taxa de gestantes inscritas em atividades educativas
- 4- Taxa de atividade educativa, evidenciação de placa, escovação supervisionada e aplicação de flúor em inscitos até 14 anos
- 5- Taxa de atividade educativa, evidenciação de placa, escovação supervisionada e aplicação de flúor em inscitos acima de 14 anos

Justificativas

A aplicação de selantes, na dentição decidua e permanente, é uma medida importante para prevenção de lesões cáries, reduzindo, gradativamente, o número de procedimentos restauradores.

É fundamental que as gestantes passem por uma avaliação odontológica, realizem procedimentos de terapia básica, com a finalidade de diminuir o nível de infecção bucal, previamente ao nascimento do bebê, considerando que a cárie é uma doença infecciosa e

transmissível de mãe para filho.

As gestantes precisam receber informações importantes, relativas ao auto cuidado e ao cuidado da saúde bucal do bebê, o que implicará na futura experiência de cárie da criança.

Discriminamos as idades (até 14 anos e acima de 14 anos) pois as informações sobre autocuidado bucal, são diferenciadas para as faixas etárias, devendo ser adequadas a cada grupo de inscitos.

Links

Diagnóstico e Tratamento da Doença Periodontal
<http://www.jdentaed.org/cgi/reprint/69/5/538>

Odontologia Minimamente Invasiva
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

Câncer de Boca
<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/falandsobrecancerdeboca.pdf>
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

Publicações sobre Saúde Bucal:
http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/saude_bucal.html

7. Roteiro para o Planejamento dos Programas

1- Identificar a carteira de beneficiários (dados demográficos e epidemiológicos);

2- Identificar, a partir dessa análise prévia da identificação da carteira, quais programas devem ser implantados;

3- Elaborar a JUSTIFICATIVA PARA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA, ou seja, as motivações que levaram à adoção da estratégia;

4- Estabelecer os objetivos do programa. 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 à 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; palestras; grupos operativos, de auto-ajuda, terapêuticos, outros; atividades multidisciplinares (atividades físicas e lúdicas), entre outros. Em etapa posterior – referente ao monitoramento dos resultados enviados semestralmente – deverão ser informados: periodicidade da realização das atividades, número e frequência de beneficiários que participam de cada

atividade e de mais de uma atividade.

10- 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.

8. 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, 2005c).

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, 2005c).

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, 2005c).

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, 2005c). 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, 2005c). 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, 2005c). 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, 2005c). 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.

cio (BRASIL, 2005c). 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, 2005c). 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, 2005c).

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, 2005c).

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, 2005c).

Freqüência 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, 2005c).

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, 2005c).

Grupos de Auto-ajuda – Os self-help, de auto-sugestão, 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. Esta modalidade de grupo é amplamente difundida e faz parte do "Projeto Saúde para Todos no ano 2000", da Organização Mundial de Saúde – OMS.

Grupos Operativos – É um tipo de grupo terapêutico, que foi introduzido pelo psicanalista argentino Pichon Rivière na década de 40. Segundo seu criador "o grupo operativo é um instrumento de trabalho, um método de investigação e cumpre, além disso, uma função terapêutica". 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 Rivière 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, 2005c).

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, 2006b).

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, 2005c).

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, 2005c).

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, 2005c). 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, 1985; 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 agravo 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, 2005a). 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, 2005c).

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, 2005c).

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 (OPAS, 1997).

9. Referências Bibliográficas

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

BEIRNE P. et al. Recall intervals for oral health in primary care patients (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.

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

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

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

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

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

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. Parto, aborto e puerpério assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 189p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001b.

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/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4a edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

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 do Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer – Modelo lógico e avaliação. 2ª 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.

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. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 130p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2006b. 60 p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Hipertensão e Diabete. Programa de Prevenção de Doenças Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal no Sistema Único de Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Diabete Melito – Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d – em revisão.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Alta Complexidade. Programa de Prevenção de Doenças Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal no Sistema Único de Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Hipertensão Arterial Sistêmica – Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e - em revisão.

BRASIL. 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>. Acesso em: 24/11/2006. 2006f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1. Acesso em: 24/11/2006. 2006g.

BRASIL. Ministério da Saúde. A política nacional de

saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006h. 67 p.

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

CDC (Center for Disease Control and Prevention) 2002. National Health and Nutrition Examination Survey 2000. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nchs/aboutmaojr/nhanes/growthchartes/background.htm>>. Acesso em: 27/11/2006.

CECILIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas (SP), 2003.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. Cairo, Egito. 1994. Relatório Final.

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

DRUMMOND JP, et al. Medicina baseada em evidências. São Paulo: Atheneu, 1998.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Carcinoma do Colo do Útero, 2001.

FORATTINI OP. Ecologia, Epidemiologia e Sociedade. São Paulo: Artes Médicas/Universidade de São Paulo, 1992.

GEORG, AE; DUNCAN, BB; TOSCANO, CM; SCHMIDT, MI; MENGUE, S; DUARTE, C et al. Análise econômica de programa para rastreamento do diabetes mellitus no Brasil. Revista Saúde Pública 2005; 39(3):452-60.

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

INCA. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 10/09/2006.

KERR-PONTES LRS, ROUQUAYROL MZ. A medida da saúde coletiva. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & Saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

- LEAVELL HR, CLARK EG. Medicina Preventiva. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1976.
- 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). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.
- MCLEOD, D. E. A practical approach to the diagnosis and treatment of periodontal disease. JADA: vol. 131, n. 4, p. 483-491, 2000.
- MONTEIRO CA, MONDINI L, SOUZA ALM, POPKIN BM. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: MONTEIRO CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec; 2000.
- MORAES NLA. Níveis de saúde de coletividades brasileiras. In: Rouquayrol MZ et al. Epidemiologia e Saúde. 3ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1988.
- 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 MUNDIAL DA SAÚDE. Estratégia Regional e Plano de Ação para um Enfoque Integrado da Prevenção e Controle de Doenças Crônicas, inclusive Dieta, Atividade Física e Saúde. 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE (OMS/OPAS). Promoção e Proteção da saúde. 2004.
- OWINGS MILLS, MD. Dictionary of Health Services Management. National Health Pub., 1987, 2 ed.
- PAIM JS. Modelos de atenção e Vigilância da Saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia Et Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
- 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.
- PEREIRA MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 596 p.
- ROUQUAYROL MZ et al. Epidemiologia e Saúde. 3ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1988.
- ROUQUAYROL MZ, VERAS FMF, FAÇANHA MC. Doenças transmissíveis e modos de transmissão. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia Et Saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
- ROUQUAYROL MZ, ALMEIDA FILHO N. Epidemiologia Et Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
- SILVEIRA LS. Prevenção de doenças e promoção da saúde: diferenciais estratégicos na conjuntura do mercado de saúde suplementar. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Suplementar, 2004. 112 p.
- 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. Atualização brasileira sobre diabetes. Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro : Diagraphic, 2005. 140p.
- TAMBELLINI AT. Avanços na formulação de uma política nacional de saúde no Brasil: as atividades subordinadas à área das relações de produção e saúde. Rio de Janeiro: CESTEH/ENSP/FIOCRUZ, 1988.
- TEIXEIRA MG, RISI JÚNIOR JB. Vigilância epidemiológica. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia Et Saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
- THULER LC. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. Revista Brasileira de Cancerologia, v.49, n.4, p.227-238, 2003.
- VILASBOAS AL; TEIXEIRA MG Et TEIXEIRA CF. Vigilância à Saúde. Relatório da Oficina de Trabalho do III Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Salvador: ABRASCO, 1995. (mimeo.).
- WEYNE, S. C. Impacto da sistematização de uma prática de promoção de saúde nos procedimentos clínicos em

um atendimento coletivo privado. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro/Faculdade de Odontologia – Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica, 2004.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 584. 1995. Geneva: WHO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity: Preventing e Managing the Global Epidemic. 1998. Geneva, WHO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. WHO technical report series: 916. Geneva, Switzerland, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 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.

DIRETRIZES CLÍNICAS

Tomaremos como referência as diretrizes aprovadas pela Associação Médica Brasileira (ABM) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) através do "Projeto Diretrizes". Este projeto desenvolvido em parceria com o Ministério da Saúde tem como objetivo principal fornecer aos médicos orientações para aprimorar o atendimento aos pacientes. As diretrizes baseadas em evidências científicas foram elaboradas por especialistas brasileiros que orientam a utilização de exames e procedimentos mais indicados ou eficazes para cada caso. Atualmente o Projeto Diretrizes já conta com 120 diretrizes aprovadas e divulgadas em três volumes, todas disponíveis no sítio do Projeto (www.projetodiretrizes.org.br) e nos portais da AMB (www.amb.org.br) e do CFM (www.portalmedico.org.br).

- ABORDAGEM GERAL DO USUÁRIO DE SUBSTÂNCIAS COM POTENCIAL DE ABUSO
- ABUSO E DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL

- ABUSO E DEPENDÊNCIA DA ANFETAMINA
- ABUSO E DEPENDÊNCIA DOS BENZODIAZEPÍNICOS
- ABUSO E DEPENDÊNCIA DA COCAÍNA
- ABUSO E DEPENDÊNCIA DA MACONHA
- ABUSO E DEPENDÊNCIA DA NICOTINA
- ABUSO E DEPENDÊNCIA DOS OPIÁCEOS
- ABUSO E DEPENDÊNCIA DOS SOLVENTES
- ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
- ACUPUNTURA NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE NÁUSEA E VÔMITOS
- ACUPUNTURA NO TRATAMENTO DA DOR MIOFASCIAL
- ALERGIAS - IMUNOTERAPIA ESPECÍFICA
- ANEMIA APLÁSTICA
- ARTRITE REUMATÓIDE - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO
- ASMA BRÔNQUICA
- ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE
- AVALIAÇÃO DE CONDUTORES E CANDIDATOS A CONDUTORES DE VEÍCULOS AUTOMOTORES PORTADORES DE EPILEPSIA
- AVALIAÇÃO GENÉTICO-CLÍNICA DO RECÉM-NASCIDO
- CÂNCER COLORRETAL
- CÂNCER DA LARINGE
- CÂNCER DA TIREÓIDE
- CÂNCER DE BOCA

- CÂNCER DE MAMA - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO
- CÂNCER DE MAMA - PREVENÇÃO PRIMÁRIA
- CÂNCER DE MAMA - PREVENÇÃO SECUNDÁRIA
- CÂNCER FAMILIAL
- CARCINOMA BASOCELULAR
- CARCINOMA DE ENDOMÉTRIO
- CARCINOMA DO COLO DO ÚTERO
- ATARATA: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO
- CESARIANA - INDICAÇÕES
- CISTITES EM SITUAÇÕES ESPECIAIS: TRATAMENTO
- CLIMATÉRIO, ATENÇÃO PRIMÁRIA E TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL NO
- DEMÊNCIA - ELETROENCEFALOGRAMA E ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO
- DEPRESSÃO
- DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA
- DIABETES MELLITUS E RISCO NA DIREÇÃO VEICULAR
- DIABETES MELLITUS: USO DE ÁCIDO ACETIL-SALICÍLICO (AAS)
- DISLIPIDEMIA, PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE
- DISMENORRÉIA
- DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA
- DOR MAMÁRIA
- ECZEMA DE CONTATO
- ELETRONEUROMIOGRAFIA E POTENCIAIS EVOCADOS
- ELETRONEUROMIOGRAFIA NA ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DAS NEUROPATIAS PERIFÉRICAS
- ESCLEROSE MÚLTIPLA
- ESPASTICIDADE
- ESPONDILOARTROPATIAS: ESPONDILITE ANQUILOSANTE E ARTRITE PSORIÁSICA
- ESPONDILOARTROPATIAS: OUTRAS ARTROPATIAS
- FEBRE REUMÁTICA
- FIBROMIALGIA
- FRATURAS DE ESCAFÓIDE
- GENÉTICA MÉDICA: TESTE LABORATORIAL PARA DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS SINTOMÁTICAS
- HANSENÍASE: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA NEUROPATIA
- HANSENÍASE: EPISÓDIOS REACIONAIS
- HEMORRAGIAS DIGESTIVAS
- HIPERTEMIA MALIGNA
- HIPERTENSÃO ARTERIAL - ABORDAGEM GERAL
- HIPERTENSÃO ARTERIAL - SITUAÇÕES ESPECIAIS
- HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ
- HIPOGONADISMO MASCULINO TARDIO (ANDR PAUSA): DIAGNÓSTICO
- HIPOGONADISMO MASCULINO TARDIO (ANDR PAUSA): TRATAMENTO
- INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ALTO DE ORIGEM COMUNITÁRIA E HOSPITALAR: TRATAMENTO

- INFEÇÃO HOSPITALAR
- INFEÇÕES DO TRATO URINÁRIO NÃO COMPLICADAS: TRATAMENTO
- INFEÇÕES DO TRATO URINÁRIO: DIAGNÓSTICO
- INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA
- INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA
- INTUBAÇÃO TRAQUEAL DIFÍCIL
- LESÃO LIGAMENTAR DO CARPO
- LOMBALGIAS E LOMBOCIATALGIAS
- LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO - TRATAMENTO DO ACOMETIMENTO CUTÂNEO/ARTICULAR
- LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO - TRATAMENTO DO ACOMETIMENTO SISTÊMICO
- MELANOMA CUTÂNEO - ABORDAGEM DA LESÃO PRIMÁRIA
- MIOMATOSE UTERINA
- OSTEOARTRITE (ARTROSE) - TRATAMENTO
- OSTEOPOROSE EM MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA
- PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV): DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO
- PNEUMONIAS ADQUIRIDAS NA COMUNIDADE (PAC) EM ADULTOS IMUNOCOMPETENTES
- PRÉ-NATAL, ASSISTÊNCIA
- QUEDAS EM IDOSOS
- QUEIMADURAS
- REFLUXO GASTROESOFÁGICO: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO
- RINITE ALÉRGICA
- RINOSSINUSITE
- ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
- SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS
- SOBREPESO E OBESIDADE: AVALIAÇÃO
- TESTES DE FUNÇÃO PULMONAR
- TESTES PREDITIVOS
- TIREÓIDE, DOENÇAS DA: UTILIZAÇÃO DOS TESTES DIAGNÓSTICOS
- TRABALHO DE PARTO
- TRANSPLANTE RENAL - COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS
- TRANSPLANTE RENAL - COMPLICAÇÕES NÃO CIRÚRGICAS
- TRANSPLANTE RENAL - DOADOR E RECEPTOR
- TRANSPLANTE RENAL - INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES
- TRANSPLANTE RENAL - MANUSEIO DO DOADOR E RECEPTOR
- TRANSTORNOS DE ANSIEDADE
- TRANSTORNOS NA EXTREMIDADE INFERIOR DO PACIENTE DIABÉTICO
- TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO MODERADO E GRAVE POR FERIMENTO POR PROJÉTIMO DE ARMA DE FOGO: DIAGNÓSTICO E CONDUTA
- TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE
- TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE - SITUAÇÕES ESPECIAIS
- TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE
- TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO MODERADO
- ÚLCERA PÉPTICA

- URTICÁRIA
- USO DO CINTO DE SEGURANÇA DURANTE A GRAVIDEZ
- VACINA CONJUGADA CONTRA NEISSERIA MENINGITIDIS SOROGRUPO C
- VACINA CONTRA CAXUMBA
- VACINA CONTRA FEBRE AMARELA
- VACINA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZAE DO TIPO B (Hib)
- VACINA CONTRA HEPATITE A
- VACINA CONTRA HEPATITE B
- VACINA CONTRA INFLUENZA
- VACINA CONTRA O PNEUMOCOCO
- VACINA CONTRA O SARAMPO
- VACINA CONTRA POLIOMIELITE
- VACINA CONTRA RAIVA HUMANA
- VACINA CONTRA RUBÉOLA
- VACINA CONTRA TUBERCULOSE
- VACINA CONTRA VARICELA-ZOSTER
- VACINA DUPLA - DT OU Dt (CONTRA DIFTERIA E TÉTANO)
- VACINA TRÍPLICE DTP (CONTRA DIFTERIA/TÉTANO/COQUELUCHE)
- VACINA TRÍPLICE DTP ACELULAR (CONTRA DIFTERIA/TÉTANO/COQUELUCHE)

Parâmetros Assistenciais

A fim de facilitar a elaboração de Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças por parte das operadoras de planos de saúde, segue o link relativo às "Diretrizes para a Programação Pactua-

da e Integrada da Assistência à Saúde", do Ministério da Saúde (2006). Recomenda-se, em especial, o Anexo B deste documento, o qual contém os parâmetros para subsidiar a programação de Ações em Saúde por Linha de Cuidado.

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Diretrizes%20para%20a%20Programa%C3%A7%C3%A3o%20Pactuada%20e%20Integrada%20da%20Assist%C3%Aancia%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde.pdf>

Links informativos sobre saúde

Associação Brasileira de Odontologia (www.aborj.org.br/index.php)
 Associação Brasileira de Promoção da Saúde (www.abps.org.br)
 Biblioteca Cochrane (www.cochrane.bireme.br)
 Bireme (www.bireme.br)
 Canadian Task Force on Preventive Health Care <http://www.ctfphc.org/>
 Centers for Disease Control and Prevention (www.cdc.gov)
 Diretrizes Médicas da AMB e CFM (www.projetodiretrizes.org.br/novas_diretrizes.php)
 Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (www.febrasgo.com.br)
 International Network of Agencies for Health Technology Assessment (www.inahta.org/inahta_web/top.html)
 Institute for Clinical Systems Improvement (www.icsi.org/index.asp)
 Instituto Nacional de Câncer (www.inca.gov.br)
 Medline – PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi)
 Ministério da Saúde (www.portal.saude.org.br/saude)
 National Guidelines Clearinghouse <http://www.guideline.gov/>
 Organização Pan-Americana da Saúde (www.opas.org.br e www.opas.org.br/publicac.cfm)
 Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição (www.sban.com.br)
 Sociedade Brasileira de Cancerologia (www.sbcancer.org.br)
 Sociedade Brasileira de Cardiologia (www.cardiol.br)
 Sociedade Brasileira de Diabetes (www.diabetes.org.br)
 Sociedade Brasileira de Endocrinologia (www.endocrino.org.br)
 Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (www.sbgg.org.br)
 Sociedade Brasileira de Pediatria (www.sbp.com.br)
 The Pan American Health Organization (www.paho.org)
 US Preventive Services Task Force (<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfx.htm>)
 World Health Organization (www.who.int)