

ALMANAQUE
DANT

DOENÇAS E AGRAVOS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

Publicação da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
SMS - Coordenação de Vigilância em Saúde - COVISA
Edição Nº 5 - Janeiro de 2010
Distribuição Gratuita



ENVELHECIMENTO:
UMA CONQUISTA, UM DESAFIO

DANT

Vigilância das Doenças e Agravos Não-Transmissíveis

A vida em uma metrópole como São Paulo produz um grande impacto no perfil de saúde e doença da população. A luta pela sobrevivência, o desemprego, a poluição do ar, da água, sonora, a automatização do trabalho, o estresse, o consumismo e a violência têm determinado mudanças no modo de vida da população, que resulta em um grande aumento das Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (DANT). Para o trabalho de Vigilância em Saúde das DANT são priorizadas: doenças do coração (angina e infarto do miocárdio), cânceres, doenças do pulmão (bronquite e asma), doenças da circulação, hipertensão e cerebrovasculares, doenças



metabólicas como diabetes, hipercolesterolemia, obesidade, doenças relacionadas com o trabalho (Ex.: Síndrome de Burnout) e às condições de vida (estresse, depressão, ansiedade, síndrome do pânico) os agravos decorrentes da violência: homicídios, suicídios, acidentes. Muitos dos fatores que influenciam esses agravos são comuns a várias doenças e podem ser prevenidos: os maus hábitos alimentares, sedentarismo, alcoolismo, tabagismo, uso de drogas, estresse, violência e acidentes. A Subgerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis, Óbitos e Violência do Centro de Controle de Doenças (CCD) da Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA) tem a missão de recolher, sistematizar e analisar toda a informação sobre estas doenças, agravos, fatores de risco e de proteção, apoiando e participando das iniciativas que visem a redução da morbi-mortalidade, dentro dos princípios da promoção da saúde.



Equipe da Subgerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis do Centro de Controle de Doenças (DANT) / Coordenação de Vigilância em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Ruy Paulo D'Elia Nunes
Médico Psiquiatra - Subgerente da Vigilância de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis

Carmen Helena Seoane Leal
Médica Epidemiologista

Cleide de Paula
Assistente Social

Cristina Martín Vidal França
Psicóloga

Denise Condeixa
Assistente Social

Maria Lúcia Scalco
Psicóloga

Renata Yuriko Yida Ogawa
Nutricionista

Rosana Burguez Diaz
Enfermeira

Suely Miya Shiraishi R.Albuquerque
Médica Sanitarista

Vera Helena Lessa Villela
Nutricionista

Contato
DANT

Endereço do Centro de Controle de Doenças:
Rua Santa Izabel, 181, 4º andar
Telefone: (11)3397-8318
Fax: (11) 3350-6658
Envie contribuições para: smsvigdant@prefeitura.sp.gov.br

ALMANAQUE DANT DOENÇAS E AGRAVOS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

Gilberto Kassab
Prefeito do Município de São Paulo

Januario Montone
Secretário Municipal de Saúde

Inês Suarez Romano
Coordenadora da Vigilância em Saúde

Rosa Maria Dias Nakazaki
Gerente do Centro de Controle de Doenças

Ruy Paulo D'Elia Nunes
Subgerente de Vigilância de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis

Equipe Editorial

Denise Condeixa
Márcia Kersul
Renata Yuriko Yida Ogawa
Rosana Burguez Diaz

Equipe Técnica Científica

Luiz Cláudio F. Espíndola
Ruy Paulo D'Elia Nunes
Denise Condeixa
Rosana Burguez Diaz
Cristina Martín Vidal França
Cleide de Paula
Maria Lúcia Scalco
Carmen Helena Seoane Leal
Renata Yuriko Yida Ogawa
Suely Miya Shiraishi Rollember Albuquerque
Vera Helena Lessa Villela

Núcleo de Comunicação

Roberta Linnéa Maria Afalo

Janaina Fainer
Jornalista Responsável - MTB 32.325/SP

Ricardo Faller
Projeto Gráfico e Diagramação

Bruno Vespucci
Ilustrações

Victor Marchesini
Fotos

Nas fotos da capa e contra-capas:
João Marcolongo, funcionário da COVISA e Victor André Dias de Toledo, neto de funcionária da COVISA.
Nossos agradecimentos.

Editorial

“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.”

Cora Coralina

(poeta brasileira; publicou seu primeiro livro aos 75 anos de idade)

Esta edição aborda diversos temas palpantes que fazem parte da rotina daqueles que atuam em serviços de saúde. Ressaltamos a pauta da “Matéria Central” onde buscamos abordar alguns aspectos do envelhecimento. Com o aumento da expectativa de vida, a sociedade precisa se reorganizar, mudar valores e buscar hábitos para o envelhecimento ativo, hoje uma necessidade premente. Nossa revista busca quebrar preconceitos, questionar tabus e ressaltar o envelhecimento como uma conquista da humanidade. Com a participação do Prof. Dr. Wilson Jacob, a matéria traz dicas para envelhecer com saúde, enquanto a Dra Sandra M.F. Barbeiro mostra as influências do ambiente no envelhecimento e o Dr Sérgio M. P. Paschoal aponta as prioridades da SMS-SP para a Atenção à Saúde do Idoso.

Nossa entrevistada desta edição é a Profa. Dra. Márcia Westphal “A saúde é produzida no cotidiano de vida da população pela conjunção das condições em que as pessoas vivem” diz ela ao Almanaque sobre pesquisa nacional dos determinantes sociais da saúde sob sua coordenação. Não perca a entrevista na página 4.

A atualíssima Lei Antifumo, vigorando desde agosto de 2009, mostra que o governo e a população estão mudando sua postura quanto à aceitação do tabagismo. A cada dia surge uma nova controvérsia sobre o tema e a COVISA e a SMS-SP participaram do processo das mudanças. As profissionais Doralice Teixeira, Tânia Dionísio, Darlene Dias e Rosana Jurado contam suas experiências sobre o assunto em “Santo de Casa”.

E ainda tem mais: “Roteiro” revela a beleza do Parque do Carmo, muitas vezes esquecido pelo paulistano não residente na zona leste e a coluna “Qual é a sua dúvida?” faz esclarecimentos sobre o câncer. A seção “Comer Bem” indica os benefícios das fibras alimentares trazendo também receitas apetitosas, fáceis e baratas; “Gato por Lebre” explica de maneira prática os diferentes adoçantes, seu uso e limites diários de ingestão.

Esta é mais uma edição feita para você, profissional de saúde. Chegamos ao sexto número deste almanaque com muitas novidades. Apresentamos muitos assuntos polêmicos, atuais, e certamente inesgotáveis.

Boa leitura!



4



7



8



11



12

Sumário

21

22

24

27

29



14

Envelhecimento:
uma conquista,
um desafio



Determinantes Sociais da Saúde



Marcia Faria Westphal
Prof. Titular da Faculdade
de Saúde Pública - USP

Formada em Ciências Sociais pela PUC-SP, atualmente é Professora Titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo onde publica artigos e orienta estudantes de pós-graduação em projetos de Promoção da Saúde, é também Presidente do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis (CEPEDOC), colaborador da Organização Mundial de Saúde.

As desigualdades nas condições de saúde entre indivíduos ou grupos são vistas como “naturais”. No entanto são decorrentes da organização social que determina a inclusão ou exclusão social e que se revelam perversas. Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) incluem as condições mais gerais socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade. As políticas e programas de governo devem interferir nessas determinações. Em 13 de março de 2006, por Decreto Presidencial, instaurou-se a Comissão Nacional sobre os DSS (CNDSS). Desta complexa tarefa nossa entrevistada participou na coordenação de um dos grupos de trabalho.

A senhora poderia explicitar a linha de pesquisa de determinantes sociais que vem sendo desenvolvida pelo CEPEDOC e quais as expectativas sobre o resultado das pesquisas para a política de saúde municipal?

Desde que escolhemos a Promoção de Saúde como área de trabalho, assumimos que esta tem uma ampla causalidade: biológica, social, econômica, cultural, educacional, entre outras. A saúde é produzida no cotidiano de vida da população, pela conjunção das

condições em que as pessoas vivem e seu potencial genético. Nosso trabalho tem sido baseado em reflexões teóricas, relacionadas à contribuição das ciências humanas e sociais para o campo da saúde. Nossas pesquisas buscam subsídios empíricos que possam evidenciar a relação existente entre a justiça social, que inspira o enfoque dos Determinantes Sociais da Saúde, com o contexto social contemporâneo e paradigmas que vão de encontro à ideia de determinação social. Procuram, ao mesmo tempo, focalizar questões éticas

e reforçar a importância da dimensão social do processo saúde-doença, o que implica em uma re-politização do campo da saúde.

Um dos pilares da proposta é a participação de grupos da população nos processos de tomada de decisões, fundamental para o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos, o empoderamento comunitário e para que as políticas sejam implementadas.

Entretanto, reconhecemos as limitações para o enfrentamento dos desafios colocados pela fragmentação da sociedade e os novos níveis de pobreza e exclusão social. Desta forma, investigamos os determinantes sociais que podem ser equacionados ao nível das cidades ou de territórios menores da mesma, por exemplo, ou como os gestores de uma cidade conduzem as políticas dos diferentes setores de governo e fazem parcerias com ONGS e com o setor privado, para promover o desenvolvimento local e a melhoria das condições de vida e saúde.

Tudo isto está sendo colocado em prática em um projeto nacional de avaliação dos efeitos das agendas de desenvolvimento local, Agenda 21, Cidades Saudáveis, Desenvolvimento Local Integrado Sustentado, utilizando a consecução ou não das metas do milênio como indicadores de sucesso dos municípios brasileiros que desenvolvem uma destas agendas.

Esses indicadores referem-se à melhoria de condições de saúde, educação, saneamento básico, entre outros e têm como objetivo contribuir para uma análise das agendas de governo em todo país, avaliando se a adoção de uma delas por um município faz diferença, isto é, se a saúde positiva está sendo construída ao mesmo tempo em que está se ampliando o desenvolvimento do município.

Para isto escolhemos municípios “casos” e “controles” semelhantes a eles. Estudamos entre casos e controles 281 municípios e a conclusão que chegamos foi que, nos municípios estudados, estas agendas não influenciaram significativamente nos indicadores dos objetivos do milênio. No entanto, uma análise qualitativa de 24 municípios que desenvolviam agenda no final do ano passado, demonstrou influências positivas destas agendas, nas condições de vida das populações locais, e especialmente na construção da consciência de cidadania e participação democrática entre os participantes. Alguns gestores locais tornam-se mais transparentes e

“As estratégias de ação exigem do profissional não só sensibilidade para identificar as condições facilitadoras, como também as dificuldades de relacionamento, mas também, criatividade para pensar estratégias especiais para o grupo”

a população mais confiante de que as promessas poderão se tornar realidade, desde que a população exija aquilo a que tem direito.

Mais uma vez verificamos que o uso combinado de metodologias, abre a possibilidade de visualizar aspectos que só o uso de métodos epidemiológicos quantitativos não permite avaliar, especialmente quando o objetivo do projeto, como no caso, o desenvolvimento de um município, demora muito para

influenciar indicadores de resultado.

Estamos na contra mão da história, acreditando e trabalhando por integração, participação e cidadania, quando o mundo contemporâneo valoriza a fragmentação e o individualismo, pesquisando e acreditando no uso combinado de metodologias de pesquisa, quantitativas associadas a qualitativas, quando os valores atuais estão na quantificação e instrumentalização das práticas de pesquisa, desenvolvimento e melhoria das condições de saúde.

Com os resultados, ainda que parciais, das pesquisas e relatórios dos determinantes sociais da saúde, que exemplos a senhora poderia citar como sentinelas da desigualdade social em relação aos serviços de saúde?

Temos realizado pesquisas sobre a produção social da saúde tanto nos serviços de saúde como em cidades: subprefeituras, escolas, locais de trabalho, entre outros. Nas pesquisas sobre a avaliação e monitoramento de práticas de promoção da saúde relacionadas a doenças e agravos não transmissíveis, encontramos, por exemplo, a irregularidade na frequência das práticas corporais ou seu completo abandono como um evento sentinela a ser investigado, como sinal de dificuldades relacionadas ao fato das pessoas se sentirem desiguais e não terem compatibilidade com o grupo.

É claro que também há o afastamento por questões de saúde, mas isto é mais facilmente incorporado às questões dos profissionais de saúde. O que estou colocando aqui são questões culturais ou de dificuldade de acesso às unidades de saúde.

Outro sentinela importante pode ser a adesão a uma proposta de trabalho em grupo de mães, de crianças diabéticas, de crianças asmáticas ou somente de incen-

tivo ao aleitamento materno. Entre os convidados, alguns aceitam e permanecem trabalhando juntos, se mobilizando com as propostas. O evento sentinela se refere aos que não aceitam a proposta e suas características sociais, econômicas e culturais. No grupo não há nenhum residente das favelas locais ou morador da periferia, onde está a população mais carente, é uma realidade que identificamos. E às vezes, não é uma questão econômica somente, mas de identificação com o grupo. Os eventos sentinelas, quando reconhecidos, podem ajudar a controlar, por exemplo, a mortalidade infantil, que não abaixa a partir de certos percentuais, a ida das crianças ao pronto socorro por infecções repetidas nas vias aéreas superiores e outros problemas.

As estratégias de ação exigem do profissional não só sensibilidade para identificar as condições facilitadoras, como também as dificuldades de relacionamento, mas também, criatividade para pensar estratégias especiais para o grupo que sempre fica à margem dos programas e que é constantemente discriminado por suas características próprias, diferentes, da maioria da população que frequenta os postos de saúde ou hospitais.

Como a pesquisa foi realizada no Brasil todo, quais foram os ganhos e as dificuldades de gerenciar um projeto tão extenso?

Foi a primeira vez que tomamos esta iniciativa e foi muito difícil, mas foi muito proveitoso. As principais dificuldades foram de comunicação que acabaram sendo resolvidas com encontros virtuais e presenciais.

As sete instituições integrantes do grupo, Universidade Federal de Goiás, Universidade Federal de Pernambuco, Universidade Federal de Tocantins, Universidade Católica Dom Bosco do Mato Grosso do Sul, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Universidade da Amazônia e Universidade de São Paulo, participaram de diversos encontros e atividades objetivando a padronização dos procedimentos metodológicos realizados nas três fases da pesquisa e a capacitação e nivelamento

conceitual entre os pesquisadores.

Além dos seis encontros presenciais, foram realizados encontros virtuais, por meio de quatorze teleconferências e duas videoconferências e todos foram fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa e a possibilidade de consolidação da rede de universidades, um dos maiores ganhos do projeto.

“Construímos juntamente com toda equipe de DANT da COVISA e parceiros locais, um painel de monitoramento das práticas de Promoção da Saúde, desenvolvidas nas unidades de saúde ou em seus territórios de atuação”

As teleconferências e videoconferências foram importantes, uma vez que orientaram as etapas metodológicas da pesquisa, atualizaram os grupos regionais sobre o seu andamento, além de orientar novas atividades, solucionar dúvidas existentes e, em alguns casos, contribuíram para pactuar decisões do grupo nacional.

Nas reuniões presenciais foram revistos e pactuados os instrumentos da pesquisa (conceitos, terminologia, roteiro de entrevista individual, roteiro para observação de reunião de grupo, roteiro para análise documental) além dos critérios para seleção de entrevistados segundo representatividade dos atores sociais, do tempo de imersão no campo e dos relatórios desenvolvidos (pré-campo/no campo e pós-campo de cada município selecionado).

Ao longo de todo processo ocorreram oito seminários temáticos científicos na região sudeste, nos quais se discutiram temas como: os determinantes sociais da saúde e os diversos modelos que foram desenvolvidos para análise desta questão;

o empoderamento; os diferentes significados atribuídos ao sujeito (enquanto ator social ou passivo na dinâmica da sociedade); autonomia, entre outros. Procedimentos semelhantes ocorreram nas demais regiões. As discussões realizadas foram produtivas no sentido de colocar ao grupo as questões teóricas que necessitavam de maior compreensão para o desenvolvimento da pesquisa.

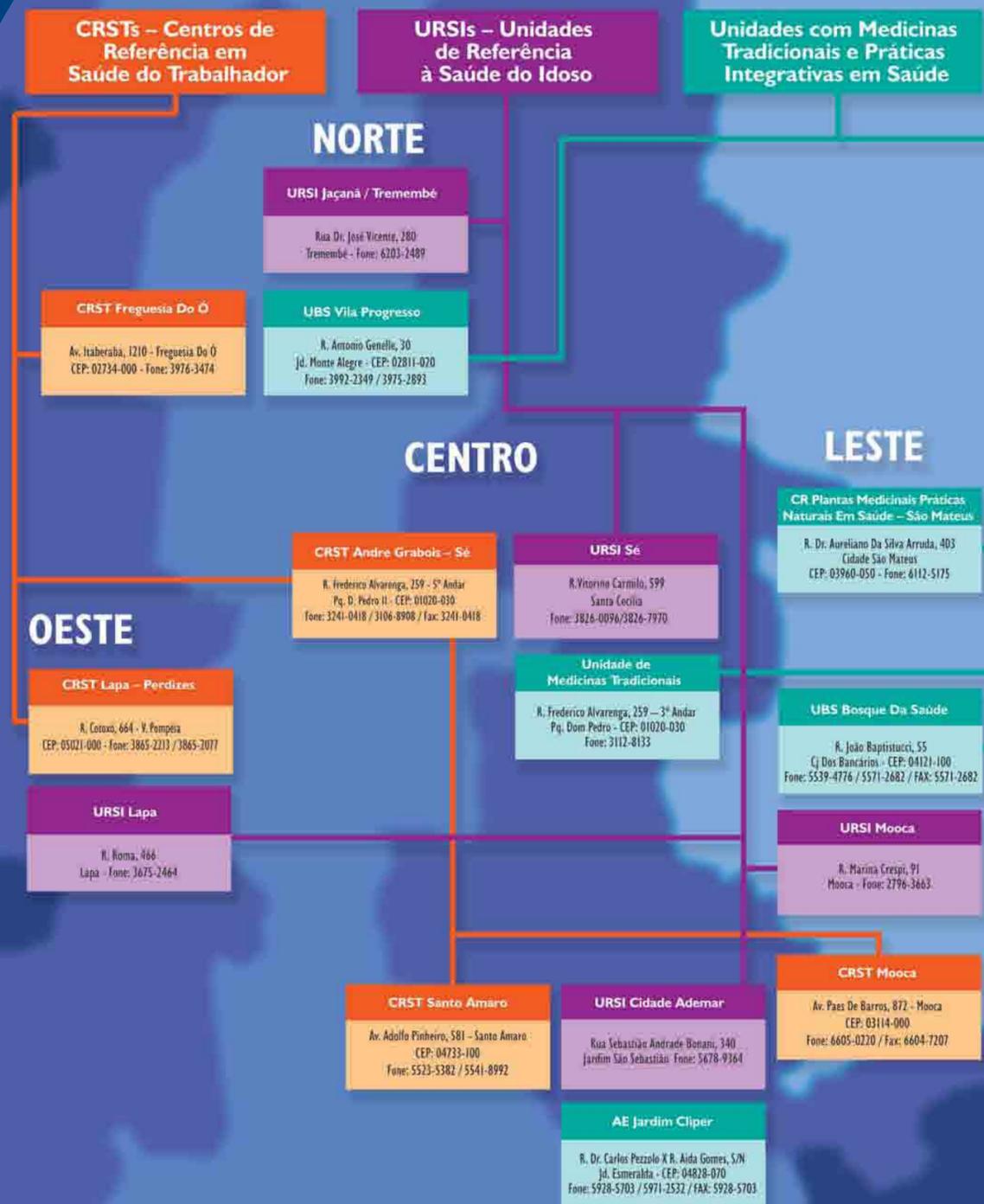
Que outras pesquisas o grupo do CEPEDOC desenvolveu nos últimos anos?

Conduzimos pesquisas relativas a serviços de saúde e com profissionais de saúde, em geral de avaliação e monitoramento de serviços, procurando entender como os diferentes grupos participam. A pesquisa que desenvolvemos com apoio do CNPq e acompanhando o projeto CAEPS, é um exemplo do tipo de propostas que o CEPEDOC acolhe.

Construímos juntamente com toda equipe de DANT da COVISA e parceiros locais, um painel de monitoramento das práticas de Promoção da Saúde, desenvolvidas nas unidades de saúde ou em seus territórios de atuação. Este foi um processo muito rico e envolveu a nossa equipe, a equipe da COVISA que trabalha com as DANT, funcionários de nível universitário que trabalham nas regionais da cidade de São Paulo, com capacitação ou gestão e funcionários que desenvolvem atividades de Promoção da Saúde junto à população.

Inicialmente todos se envolveram para aproximar conceitos e cada grupo local desenvolveu com orientadores projetos de pesquisa avaliativa para seus programas. Ao longo do tempo, o processo foi tornando-se mais claro para todos os grupos e o painel teve condições de ser montado em uma primeira versão e, depois de avaliado, refeito, mais uma vez reapresentado e reavaliado. Uma versão ainda manual poderá ser transformada em eletrônica, para ser utilizada pelos profissionais para auto-avaliação ou como instrumento para discussão e aprimoramento do trabalho realizado nas unidades de saúde.

Assessoria Técnica
Denise Condeixa
Ruy Paulo D'Elia Nunes





UNIDADES LIVRES DO TABACO

O tabagismo é um grave problema de saúde pública, O tabagismo passivo também é importante, já que não existem níveis seguros de inalação da fumaça de cigarros. “A fumaça que sai do cigarro e vai para o ar é 350 vezes mais tóxica do que aquela que sai do filtro”, conforme esclarece Darlene Dias, coordenadora Municipal do Programa de Tabagismo. Dentro desta perspectiva, a possibilidade de investigação sobre a questão do tabagismo surgiu dentro do projeto CAEPS.

Um dos desdobramentos do projeto CAEPS aconteceu na Coordenadoria Regional de Saúde Leste. Nas unidades de saúde da STS Ermelino Matarazzo o tema “Ambiente saudável livre de tabaco na visão do servidor público e funcionários terceirizados de equipes de saúde na regional leste de São Paulo”, originou uma interessante pesquisa em serviço. Doralice Severo da Cruz Teixeira, assessora da área técnica de saúde bucal da Coordenação de Atenção Básica, e Tânia Regina Felipe Dionísio, coordenadora do Centro de Convivência e Cooperativa de Ermelino Matarazzo, se uniram a membros da Faculdade de Saúde Pública interessados em desenvolver uma investigação sobre o assunto.

Naquele momento a política antifumo da Secretaria Municipal de Saúde ainda estava começando a caminhar. Coincidentemente, tão logo Doralice e Tânia deram início à pesquisa, a SMS publicou uma portaria proibindo o fumo nos equipamentos de saúde da cidade. Este fato gerou uma grande alteração no enfoque do trabalho: investigar a percepção dos funcionários sobre os ambientes livres do tabaco passou a ser o cerne da pesquisa.

Para desenvolvimento da teoria a campo, Doralice e Tânia escolheram duas

unidades de saúde de Ermelino Matarazzo: a UBS Carlos Muniz, mais tradicional, e a UBS Pedro de Souza Campos, já com a utilização da estratégia da saúde da família. “O mais interessante foi trocar informações com pessoas de formações diferentes e com escolaridades variadas”, lembra Doralice.

Mudanças significativas

Várias medidas foram tomadas no combate à pandemia do tabaco: a proibição da publicidade, da venda a menores de idade, o aumento do preço do cigarro, de seus derivados e de seus impostos, a criação de medidas de proteção ao fumante passivo, e a estimulação de programas eficazes para o abandono do tabaco e para o tratamento da dependência.

O projeto CAEPS - Capacitação em Avaliação da Efetividade em Promoção da Saúde em DANT (CAEPS-DANT), surgiu a partir de 2005 e foi realizado na equipe DANT-COVISA. O CAEPS tomou como base o modelo da Promoção da Saúde, incluindo análise de fatores determinantes e condicionantes da Saúde, resultando na composição de 21 grupos de pesquisa, com envolvimento de 117 Unidades e 150 profissionais, atuando nas cinco regiões da cidade de São Paulo.

A medida mais significativa para o Município foi tomada a partir de 7 de agosto deste ano, quando passou a vigorar a lei estadual nº 13.541. A lei proíbe o fumo em ambientes fechados de uso coletivo como bares, restaurantes, casas noturnas. A lei aboliu a existência dos antigos “fumódromos” estabelecendo assim ambientes 100% livres do tabaco, visando à defesa da saúde.

Outro ponto importante que a lei prevê é a possibilidade de tratamento gratuito para os fumantes que buscam ajuda. “Dos 60 entrevistados, muitos dos fumantes gostariam de ter ajuda para a cessação do vício”, garante Tânia hoje envolvida nas ações de suporte para os funcionários em busca de tratamento. O tratamento está disponível em algumas unidades dos SUS (Sistema Único de Saúde) e consiste na combinação de terapia cognitivo-comportamental, uso de tabletes de nicotina ou adesivos e medicamentos, se houver necessidade. Como faz questão de salientar Darlene, “Cada caso é avaliado individualmente de acordo com o histórico médico do paciente”.

Reações diversificadas, controvérsias e tendências

Antes da implantação da lei, as Secretarias de Estado e Municipal da Saúde realizaram blitz educativas em diversos bairros da cidade, para sensibilizar o fumante quanto às mudanças. A lei pune o estabelecimento que permite o fumo em áreas fechadas e comuns, mas não pune o fumante.

Rosana Alves Rodrigues Jurado, assistente técnica da Subgerência de Alimentos, faz parte da equipe que orientou e

hoje fiscaliza os estabelecimentos, admite que as reclamações por parte dos tabagistas não são poucas. Por outro lado, Darlene relata que houve diminuição da procura por tratamento por parte dos fumantes, relacionada ao autoritarismo da lei, e não espera novo aumento na procura.

A Confederação Nacional de Turismo moveu, no Supremo Tribunal Federal, uma Ação Direta de Inconstitucionalidade contra a lei antifumo paulista, alegando que é da União, e não dos Estados e/ou dos municípios, a competência para legislar sobre o assunto. Esta posição é compartilhada por vários constitucionalistas, incluindo a Advocacia-Geral da União.

Ainda que a ação da Confederação Nacional de Turismo tenha motivo econômico (a proibição do fumo pode causar queda na frequência dos estabelecimentos e, conseqüentemente, no faturamento), muitos vêm questionando publicamente a lei por cercear direitos civis. “É perigoso criminalizar o fumante”, coloca Doralice, “e a lei foi imposta de maneira brusca, desconsiderando que o fumante também tem direitos.”

Embora a controvérsia tenha surgido a partir da implantação da lei no estado de São Paulo, Rondônia foi o primeiro estado brasileiro a adotar a proibição do fumo em ambientes fechados e coletivos. Em Rondônia, desde outubro do ano passado existe a proibição do fumo (houve também a abolição dos “fumódromos”). Ainda não existem dados consistentes sobre o impacto da lei no âmbito da saúde, mas seguindo esta tendência, diversos estados já implantaram ou estão em vias de aprovar leis similares. A polêmica sobre o uso do tabaco em ambientes de uso comum ainda está longe de terminar.



“A fumaça que sai do cigarro e vai para o ar é 350 vezes mais tóxica do que aquela que sai do filtro”

Darlene Dias
Coordenadora Municipal do Programa de Tabagismo



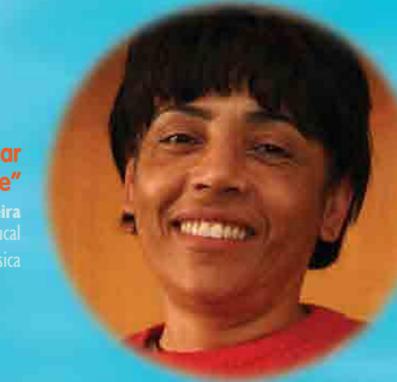
“De uma maneira geral, somos bem recebidos quando fazemos as blitz

Rosana Alves Rodrigues Jurado
Assistente técnica da Subgerência de Alimentos



“Muitos dos fumantes gostariam de ajuda para a cessão do vício”

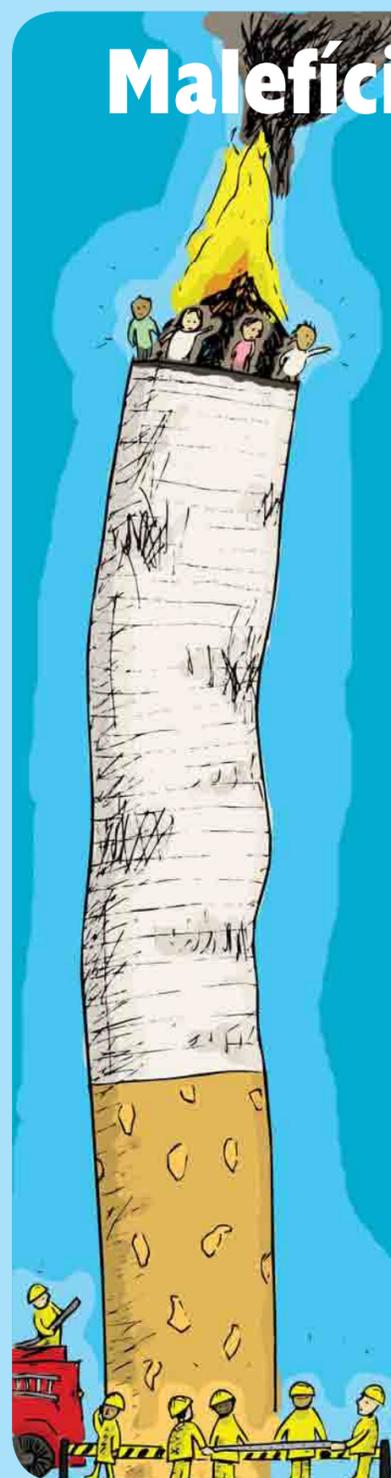
Tânia Regina Felipe Dionísio
Coordenadora do Centro de Convivência e Cooperativa de Ermelino Matarazzo



“É perigoso criminalizar o fumante”

Doralice Severo da Cruz Teixeira
Assessora da área técnica de saúde bucal da Coordenação de Atenção Básica

Malefícios do tabagismo



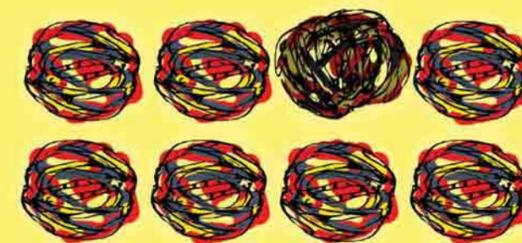
- A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta o tabagismo como uma das mais graves doenças da atualidade, constituindo uma ameaça real e importante à saúde pública;
- Fumar é um fator muito importante nas duas maiores causas de morte por doença em todo o mundo: as doenças cardiovasculares e o câncer;
- Estudos apontam pelo menos 50 doenças relacionadas ao tabagismo;
- Cerca de 90% dos casos de câncer de pulmão, 30% dos demais tipos de câncer, 85% das doenças pulmonares obstrutivas crônicas, 45% das doenças coronarianas e 25% das doenças cérebro-vasculares estão associados ao consumo de tabaco;
- O tabagismo é responsável pela morte de aproximadamente cinco milhões de pessoas por ano em todo o mundo, ou seja, uma morte a cada 6,6 segundos;
- No Brasil, segundo dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 200 mil vidas são perdidas devido ao consumo do tabaco, ou seja, morrem 23 pessoas por hora;
- O tabagismo favorece o envelhecimento precoce e a esclerose progressiva das artérias;
- Nas mulheres, a menopausa precoce é mais frequente entre fumantes. Estas, quando associam fumo com a pílula anticoncepcional, têm o risco aumentado de sofrer infarto do coração e/ou derrame cerebral;
- O tabagismo nas mulheres também aumenta o risco de câncer do colo de útero e da mama, de infertilidade, além de contribuir para o aparecimento precoce de rugas, ressecamento da pele e cabelo, amarelamento dos dentes, entre outras consequências;
- No homem o fumo provoca, além dos problemas cardiovasculares e pulmonares, diminuição da potência sexual;
- Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), sete brasileiros morrem a cada dia por doenças ligadas ao fumo passivo.

Fonte: Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo e Instituto Nacional do Câncer

Reportagem
Janaina Fainer
Assessoria Técnica
Carmen Helena Seoane Leal



Afinal, o que é o câncer?



O câncer não é uma única doença e sim um conjunto de muitas doenças. Estas doenças podem atingir qualquer parte do corpo (ossos, pulmão, sangue, boca, fígado, pele etc). Na verdade o câncer é um processo: no corpo saudável as células crescem e se multiplicam com harmonia. Por outro lado, as células cancerosas crescem e se multiplicam de maneira anormal, aceleradamente e desorganizada, sem respeitar os ciclos naturais do corpo, prejudicando o desenvolvimento e a nutrição das outras células.

As células cancerosas crescem e se multiplicam tanto que formam conjuntos gigantescos de células anormais, os tumores. Em alguns casos, dependendo dos órgãos atingidos não há a formação de tumores, mas o grande aumento de células anormais compromete o funcionamento do organismo; é o caso dos cânceres que atingem o sangue e a medula (leucemias).

Os cânceres sempre existiram, mas não eram causas de morte importantes. Antigamente morria-se muito mais por outras causas, especialmente por doenças infecciosas e a expectativa de vida era muito menor. Embora o câncer exista em todas as idades, ele se torna mais comum nas faixas etárias mais avançadas.

Nos países desenvolvidos o câncer já é a primeira causa de morte, já que lá as pessoas vivem mais. Na medida em que se fica mais velho a probabilidade de ter câncer aumenta.

Existem mecanismos de defesa em nosso organismo que impedem constantemente que as células cancerosas se desenvolvam e se multipliquem, numa verdadeira "patrulha anticâncer"; assim o mal pode ser "cortado pela raiz". Infelizmente estes mecanismos de defesa não são perfeitos, e tendem a se tornar mais lentos e ineficazes com o tempo. Isto explicaria, pelo menos em parte, a predisposição dos idosos ao câncer.

Existe o mito de que todo o câncer é incurável, o que não é verdade. O câncer não leva necessariamente a morte e existem muitas opções de tratamento. A vida do paciente com câncer pode ser produtiva e seu sofrimento aliviado com os devidos cuidados. Atualmente muitos tipos de cânceres são curáveis. Por exemplo, a leucemia, tem índices de cura superiores a 70%. É muito importante que o câncer seja descoberto ainda em um estágio inicial para que a cura seja possível.

Alguns tipos de cânceres são mais comuns dentro de certas famílias,

profissões, grupos humanos e regiões geográficas. São várias as causas dos cânceres e muitas ainda não são conhecidas. As causas estão relacionadas a carga genética e a várias condições externas, tais como a dieta, a situação sócio econômica, o contato com radiação e outros agentes físicos e químicos. Estas condições são conhecidas como fatores de risco, ou seja, fatores que aumentam a chance de uma pessoa ter um determinado tipo de câncer. Estes fatores podem ser responsáveis tanto pelo desencadeamento do câncer (aparecimento das primeiras células anormais) como pelo desenvolvimento contínuo do câncer.

Embora se fale muito em "genética do câncer" é importante ressaltar que estas doenças têm muitas causas que se misturam. Para a maioria dos cânceres não é só a predisposição individual, mas também a exposição ambiental que dá origem à doença. Exemplificando, o câncer de pele é muito frequente na Austrália onde ao mesmo tempo há uma população de pele clara, uma região geográfica muito quente e ensolarada e o hábito cultural dos indivíduos se exporem ao sol. O câncer é, portanto, uma doença multifatorial.

Não se conhece tudo sobre os cânceres, mas já se sabe que algumas atitudes são importantes para a prevenção destas doenças:

- Proteja-se do Sol para evitar o câncer de pele. Quanto mais clara é uma pessoa maior é o risco. O ideal seria usar filtro solar constantemente, mesmo na cidade; se isto não for possível, não se exponha ao Sol sem chapéu ou boné. Na praia, nas horas mais quentes, fique na sombra.
- Não pratique sexo sem proteção. O uso da camisinha é importante não só para evitar a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, mas também o HPV. O HPV é um vírus envolvido no câncer de colo uterino.
- Se você é mulher, faça acompanhamento com o ginecologista; o acompanhamento médico é importante para a prevenção dos cânceres tipicamente femininos: o câncer ginecológico e o câncer de mama.
- Procure ter uma alimentação rica em verduras, legumes e frutas (veja dicas de alimentação na pag. 27); uma alimentação saudável ajuda a prevenir os cânceres de estômago e intestinos.
- Se você trabalha em um local muito poluído por poeiras ou produtos químicos, exija acompanhamento médico constante e controle ambiental. Certos tipos de cânceres estão relacionados diretamente à profissão: são os cânceres ocupacionais.
- Evite fumar. O fumo está envolvido em um terço de todos os casos de câncer do mundo. Qualquer redução no consumo de cigarros é benéfica e os cigarros ditos "light" são tão perigosos quanto os cigarros comuns.

Assessoria Técnica:
Carmen Helena Seoane Leal



A SESTA reduz o risco de doenças coronarianas?

Vez por outra, vemos em jornais e revistas um artigo sobre os benefícios da sesta, aquela sonequinha após o almoço, que seria preventiva a infarto, além de benéfica a saúde dos idosos e para evitar acidentes de trabalho.

Como comentou Noel Coward, em climas quentes, só “loucos, cães e ingleses saem no sol do meio dia” e seguindo esse raciocínio, restaurantes e empresas, no Brasil e no mundo, reservam espaço e horário para que clientes e funcionários “tirem uma sonequinha” após o almoço.

Existem hoje no mundo moderno, vários adeptos deste hábito tradicional, há séculos na China, e em alguns países da América Latina. No entanto, a Espanha acaba de abolir a sesta no Serviço Público e espera que isto se estenda às outras empresas, com a alegação que seus funcionários, devido ao almoço de três horas, permanecem muito tempo no trabalho.

A origem da palavra é latina: sexta é o horário do dia romano, equivalente às doze horas ou meio-dia. Isto revela o quanto este hábito é antigo entre os ocidentais.

Em Portugal, a Associação dos Amigos da Sesta realiza congressos e palestras

com a participação de notáveis. Em seu site abordam os benefícios deste hábito e já está sendo criada a Federação Portuguesa da Sesta.

No Japão, certas empresas possuem salas com cerca de vinte cadeiras para a sesta. O conforto e o bem estar do funcionário é levado a sério, as cadeiras são reclináveis, fazem massagens relaxantes e possuem um sistema que acorda os adeptos de maneira agradável.

A Constituição da República Popular da China garante o direito universal da sesta, direito social, englobado na perspectiva da dignidade da pessoa humana.

No Orkut, site de relacionamentos muito popular no Brasil, existem mais de trinta comunidades voltadas ao tema, a maior delas com mais de 500 mil membros.

Quando pesquisamos, encontramos muitos artigos científicos sobre o assunto. Uns confirmam o benefício da prática à saúde, outros dizem até que a sesta é fator de risco para doenças coronarianas. Então, no que devemos acreditar?

O número de artigos científicos favoráveis parece ser bem maior que os desfavoráveis. Por outro lado, as pesquisas favoráveis não contam com uma

amostragem expressiva. A pesquisa desfavorável mais conhecida, realizada na Costa Rica, usou sobreviventes de infarto ao invés de indivíduos saudáveis.

A neurofisiologista Estella Márcia Tavares, do hospital Albert Einstein, diz que a sesta é benéfica, mas acredita ser uma questão de hábito. Segundo Tavares, deve-se ficar alerta se a prática da sesta não for diária. “Há pessoas que dormem mal à noite e tentam dormir de dia. A sesta pode estar camuflando problemas do sono”.

O neurologista Pedro Paulo Porto Júnior, também do hospital Albert Einstein, diz que não há regra para duração do cochilo pós-almoço. “O normal são 40 minutos, mas o tempo deve ser medido de acordo com o rendimento do trabalho à tarde.”

Verdade ou não, todos sabemos que um “cochilo” após o almoço renova nossas energias para o resto do dia. Mas não exagere: sestas maiores do que meia hora ou após às 15h podem perturbar o sono noturno principalmente naqueles que tem dificuldade para entrar em estágios normais de sono.

Acreditando ou não em seus benefícios, boa sesta para você!

PRÓS

- PREVENÇÃO DO INFARTO E DA HIPERTENSÃO
- PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO
- POSITIVO PARA A SAÚDE GERAL DOS IDOSOS



CONTRAS

- PODE PIORAR A INSÔNIA DOS IDOSOS (NO CASO DE SUBSTITUIÇÃO DO SONO)
- RISCO PARA RECIDIVA DE INFARTO (SEGUNDO ARTIGO DA COSTA RICA)
- AUMENTO DO TEMPO DE TRABALHO DIÁRIO COM O AUMENTO DO HORÁRIO DE ALMOÇO

Para quem quiser saber mais sobre o assunto:

1. Androniki Naska, PhD; Eleni Oikonomou, BS; Antonia Trichopoulou, MD; Theodora Psaltopoulou, MD; Dimitrios Trichopoulos, MD Arch Intern Med. 2007;167(3):296-301.
2. Campos H, Siles X. Siesta and the risk of coronary heart disease: results from a population-based, case-control study in Costa Rica. Int J Epidemiol 2000;29:429-37.[Abstract/Free Full Text]
3. Associação Portuguesa dos Amigos da Sesta: <http://www.amigosdasesta.pt/>
4. Federação Portuguesa da Sesta :<http://www.siesta.pt.vu/>

Assessoria Técnica:
Cristina Martin Vidal França
Renata Yuriko Yida Ogawa



ENVELHECIMENTO:

UMA CONQUISTA, UM DESAFIO

Considera-se idosa pessoa com sessenta anos ou mais. No entanto, pessoas com a mesma idade cronológica aparentam expressivas diferenças, em função dos “outros envelhecimentos”: biológico, psicológico e social, além da percepção que o indivíduo tem sobre sua própria idade. A idade cronológica é apenas uma das facetas do envelhecimento

O envelhecimento é uma conquista da humanidade, que ocorreu em função de avanços sociais, políticos e tecnológicos. Dois fatores foram determinantes para o crescimento da proporção de idosos na população:

- Aumento da expectativa de vida/queda da mortalidade em praticamente todos os países;
 - Queda do número de filhos por mulher nas últimas gerações.
- Salienta-se que não se deve associar a condição de idoso à decrepitude ou doença. Envelhecer é um processo natural. O envelhecimento normal deve ser saudável e é denominado senescência. Quando ocorrem doenças estas não fazem parte do processo normal de envelhecimento e,

neste caso, há a senilidade. Tal distinção é importante para que não se submeta o idoso a tratamentos desnecessários, nem se deixe de tratar e melhorar a vida de idosos com sinais patológicos, julgados inadvertidamente como normais para a idade.

Com a urbanização e a migração para os grandes centros, as pessoas aumentaram a exposição aos fatores de risco, especialmente para as doenças e agravos não transmissíveis (DANT). Certas atividades físicas, inseridas no contexto diário, deixaram de ser realizadas. Foi abandonada a alimentação natural, substituída por produtos industrializados e houve acréscimo da exposição a fatores geradores de estresse e violência.

Assim ocorreu a chamada transição demográfica-epidemiológica: a passagem de uma situação com altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas, para outra onde predominam os óbitos por doenças cardiovasculares (infartos e derrames), câncer e outras doenças degenerativas.

As doenças que podem acometer os idosos demandam cuidados prolongados e custos elevados. No caso de um derrame cerebral ou de fratura de fêmur

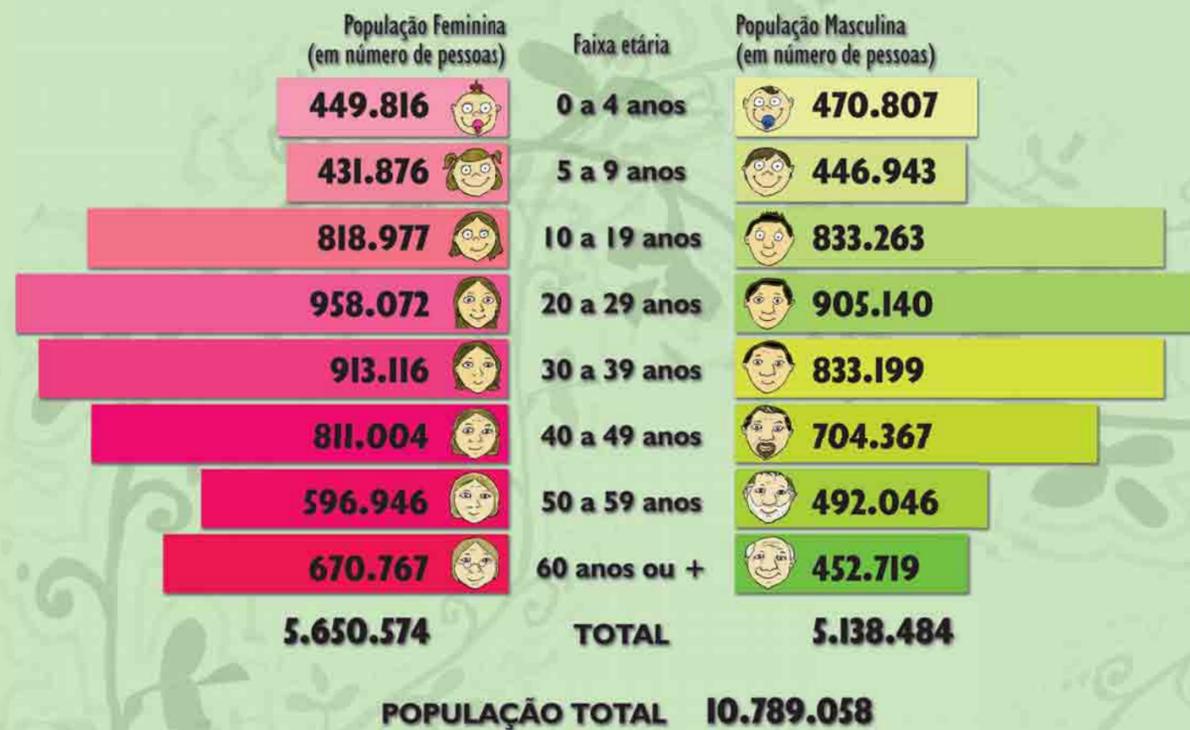
ocorrerão mudanças na vida do idoso e de sua família. Nem sempre a família terá estrutura para cuidar sozinho de seu idoso, necessitando de outros cuidadores. Alternativas como instituições de longa permanência (ILPIs) para atender tal demanda ainda são escassas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adota o termo “envelhecimento ativo” expandindo o termo anteriormente usado “envelhecimento saudável”.

O “envelhecimento ativo” é definido como o *processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida na medida em que as pessoas ficam mais velhas.*

A vulnerabilidade da pessoa idosa, caracterizada pelo aumento da suscetibilidade física e emocional em relação ao indivíduo jovem é dependente de uma complexa inter-relação de fatores físicos,

População da Cidade de São Paulo: Comparação entre as diferentes faixas etárias por sexo



As pessoas com mais de 60 anos já representam mais de 10% da população paulistana; é uma tendência brasileira e mundial - já existem mais idosos do que crianças pré-escolares. O grupo acima dos 60 anos apresenta também o maior crescimento proporcional, aumentando sua participação a cada ano. A proporção de mulheres em relação aos homens aumenta a medida em que a idade avança, existindo assim um número bem maior de mulheres idosas do que de homens idosos

Como envelhecer? O que depende de cada pessoa para a promoção de um envelhecimento ativo?

Estudos realizados no município de São Paulo revelaram que 78% dos idosos tinham pelo menos uma doença crônica que necessitava de tratamento medicamentoso. Torna-se necessário minimizar os efeitos deletérios da doença para que a maioria dos idosos tenha a perspectiva de um envelhecimento saudável. Enumero adiante as ações que vêm sendo propostas de reduzir a morbi-mortalidade para essa fase do desenvolvimento humano.

- **Avaliação Global do Idoso (AGI):** os parâmetros determinantes do “estado de pleno bem estar físico psíquico e social” devem ser conhecidos para que seja possível, na cronologia indicada, intervir adequadamente;
- **Estímulo a atividade física regular;**
- **Mudanças de hábitos,** com destaque para a cessação do tabagismo;
- **Adequação nutricional:** não existe uma “dieta ideal para o idoso”. Não raramente, porém, encontramos, mesmo em ambientes funcionalmente e financeiramente favorecidos, a existência de desnutrição protéica, porque foram oferecidos ao idoso nos últimos anos os “alimentos mais leves” constituídos em geral de carboidratos. Fatores outros como a dentição, as possibilidades de compra e de preparo do alimento, a necessidade de viver e de cozinhar sozinho, os distúrbios de humor e as alterações do aparelho digestivo, em meio aos efeitos deletérios da diminuição do apetite, secreção de saliva e paladar criam um cenário muito favorável ao prejuízo nutricional. A alimentação, uma interessante opção de busca pelo prazer pode, muitas vezes, ser a porta inicial da solução de importantes conflitos sociais;
- **Adiar o início das doenças:** bons exemplos são o controle da obesidade nas pessoas de maior risco para diabetes, a restrição de sal para os propensos à hipertensão;
- **Uso criterioso de fármacos:** infelizmente, faz parte da cultura que idosos tenham que tomar muito medicamento. Ao contrário, dentre os mecanismos mais importantes do comprometimento da saúde de quem envelhece, está a polifarmácia (uso de 3 ou mais drogas concomitantemente). Recomenda-se que qualquer profissional utilize seus conhecimentos para incentivar o paciente a conversar sobre a real necessidade do uso dos medicamentos. Atenção especial deve ser dada ao uso de medicamentos que visam retardar ou inibir o processo de envelhecimento. Todos (exceto talvez a indústria farmacêutica) serão privilegiados com atitudes como esta.;
- **Compensar as limitações:** é grande o contingente de pessoas que procura o profissional de saúde para corrigir um problema já manifesto. Aliada a toda gama de intervenções medicamentosas, fisioterapêuticas, nutricionais, psicológicas, etc, que possa ser benéfica, a adaptação do ambiente e das pessoas que o cercam para a sua nova realidade será fundamental para sua autonomia. O envelhecimento saudável decorre da menor prevalência de doenças crônicas e/ou das suas conseqüências funcionais;
- **Prevenir acidentes e traumas:** na linha de atuação no indivíduo, no ambiente e nos familiares/cuidadores aparece a questão da redução das lesões externas. Uma vez mais cabe a todos os profissionais envolvidos com a saúde do idoso atentar para as adaptações do indivíduo a seu ambiente em prol de uma convivência mais protetora;
- **Manutenção dos papéis sociais:** Continuar a se manifestar pelo voto, opinando nas reuniões de condomínio ou nas discussões familiares, contribuindo para as tomadas de decisão ou para a execução de trabalhos adequadamente escolhidos são exemplos importantes da manutenção da cidadania e da ampliação do desempenho social;
- **Ampliação da rede de suporte social:** estudos têm demonstrado que a magnitude da Rede de Suporte Social tem sido um dos fatores mais relevantes na Qualidade de Vida do idoso no extremo da sua longevidade.

Dr. Wilson Jacob
Professor Titular da Disciplina de Geriatria da Faculdade de Medicina da USP

psicológicos, e sociais, econômicos e culturais. A predominância de um ou mais fatores transforma a velhice em um fenômeno individualizado.

Uma sociedade que pretenda conquistar a longevidade, “acrescentando vida aos anos”, garantindo cidadania aos que envelhecem, precisa construir uma nova representação social de velhice. A mídia geralmente revela os idosos de forma depreciativa e divulga produtos milagrosos que oferecem “juventude eterna”. É fundamental conhecer o processo de senescência e buscar hábitos que realmente promovam

a saúde. Neste contexto estão incluídas as medidas de controle de práticas lesivas ao meio ambiente.

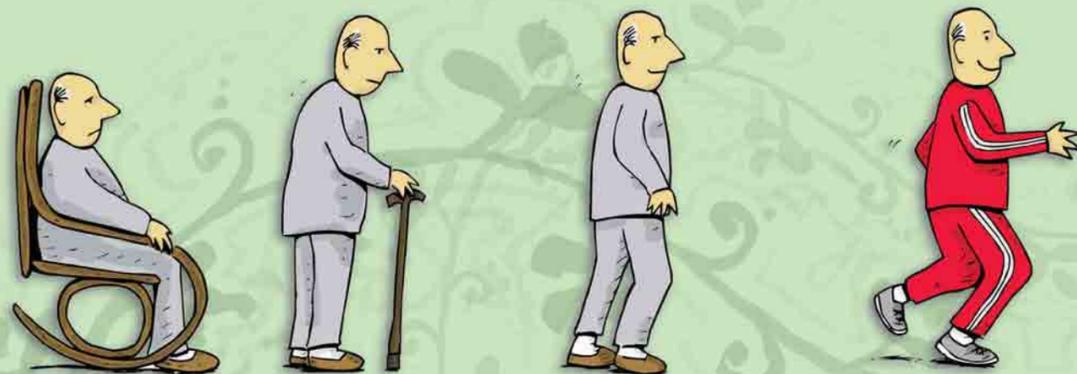
A chegada da aposentadoria deve ser precedida de preparo e alternativas para que o indivíduo assuma outros papéis sociais, evitando-se a perda da auto estima e o isolamento social. Quando cessam as relações de trabalho, outros vínculos sociais devem ser criados.

A aposentadoria é uma conquista assegurada pela Constituição, porém o indivíduo passa a ser excluído do mundo de produção e incluído em um grupo social

negativamente estigmatizado pela inatividade. Tal questão é crucial para os idosos e necessita ser reconsiderada; muitas vezes são os escassos recursos da aposentadoria que garantem o sustento de mais de uma geração.

Historicamente, a previdência social é deficitária, especialmente porque sofreu desvios de verba. Assim, não devemos aceitar que o déficit deva ser atribuído exclusivamente ao envelhecimento da população, embora tenhamos que discutir reformas no sistema previdenciário, já que a expectativa de vida vem aumentando.

Promoção do envelhecimento ativo: objetivo das políticas públicas e de todo cidadão



Violência contra o idoso

A violência contra o idoso assume várias formas, desde a doméstica que tem suas raízes na assimetria das relações de poder estabelecidas dentro da família, às situações de abandono e de negligência por parte da família e do Estado. A falta de acesso aos serviços e as várias ações que tutelam, criam ou reforçam a dependência e a infantilização do idoso, também são uma forma de violência.

Envelhecemos como vivemos e apesar de todas as dificuldades, as pessoas que hoje envelhecem, tiveram alguma condição de fazê-lo. Nem todos têm o direito ao envelhecimento ativo e digno, como podemos observar nos abrigos e ruas da cidade. Políticas públicas fragmentadas que não levam em consideração a desigualdade social estão sujeitas a reproduzir os mesmos preconceitos e as mesmas ações que levam ao isolamento e à exclusão, que se propõem a combater.

Existem várias redes de atenção e proteção ao idoso, mas vemos que apesar da intenção de se trabalhar na vertente da promoção da saúde, ainda estamos longe disso. Há de fato a preocupação com a participação, com a construção da cidadania? Ou estamos “isolando” nossos velhos em ações carentes de sentido em projetos psicossociais, ocupacionais e de lazer que nem sequer foram escolhidos por eles?

Por outro lado, apesar da violência ter grande repercussão na saúde, não é possível pensar um trabalho de enfrentamento só no âmbito da saúde. São necessárias ações que levem em conta a complexidade desse fenômeno, que necessita de trabalho intersetorial e em rede desde o seu diagnóstico. As ações, para serem efetivas, devem estar articuladas em um projeto que vise à integralidade, dentro de uma ampla política social.

Qual a influência das transformações ambientais no envelhecimento humano?

Quando o processo de envelhecimento humano atinge um grande número de indivíduos em uma sociedade, torna-se um fenômeno estrutural, que implica em várias questões sociais, com efeito direto em todos os ciclos de vida, seja nas relações sociais, econômicas, culturais, familiares, políticas e ambientais.

Na sociedade brasileira, a transição demográfica tem ocorrido rapidamente, tendo como agravante a desigualdade social e uma acelerada degradação ambiental o que, portanto, nos sugere a necessidade de um reexame das políticas públicas de modo a adequá-las a essa nova conformação etária e a realidade ambiental.

Sabemos que a ação do homem sobre o meio ambiente tem resultado em várias consequências nocivas, tais como o aquecimento global, o aumento do buraco na camada de ozônio, a diminuição das reservas de água doce e da biodiversidade, a extinção da fauna e da flora, os acidentes químicos e radioativos, o uso desmedido de agrotóxicos e de organismos geneticamente modificados, implicando diretamente na saúde da população. Estudos apontam para uma relação estreita entre a poluição do ar e as doenças crônicas degenerativas, afetando diretamente a nossa população idosa.

Alguns autores têm apontado o envelhecimento como um dos fatores que agravam o desequilíbrio ambiental, pois gera o aumento da população. Contestamos, pois a poluição é consequência do modo de produção e de vida da população, muito mais que do seu número de habitantes. Aqui fica uma reflexão: qual o verdadeiro vilão da depredação ambiental: crescimento populacional nos países pobres ou crescimento do consumo em países ricos?

Projeções para o ano de 2030 apontam que dois terços da população mundial viverão em grandes centros urbanos; portanto a urbanização acentuada da população, associada a importante iniquidade intra-urbana, levará à ocorrência de eventos nocivos à saúde. Estes eventos podem estar associados a atributos dos indivíduos aninhados no lugar urbano, ou seja, ao papel do ambiente físico, cultural e social do “lugar” em moldar a saúde das pessoas. Há a necessidade da formulação de políticas públicas que tratem do desenvolvimento das cidades e do planejamento urbano que considerando o envelhecimento populacional. O crescimento das cidades com transformações ambientais de impacto, urbanização sem planejamento, produto da industrialização e da globalização junto ao envelhecimento populacional são os fatores singulares de maior influência no desenvolvimento da humanidade e de uma nova civilização para o século XXI.

As políticas públicas implantadas ainda não foram capazes de promover um ambiente saudável, minimizando de forma efetiva os problemas de quem vai envelhecer ou já envelheceu. É necessário, portanto:

- Implantar uma política nacional de desenvolvimento urbano e ambiental socialmente sustentável, que esteja atrelada ao planejamento do país, que respeite a história e a cultura de seu povo e, ao mesmo tempo, procure voltar o olhar sobre o idoso, no sentido de contemplar não só sua participação como também as questões sociais relacionadas a esta população;

Fortalecer dos Conselhos Nacionais e Municipais de Desenvolvimento Urbano, com uma representação efetiva da população idosa para as formulações das políticas urbanas e ambientais, sem a tutela permanente dos Técnicos. A participação ativa do idoso com sua história e suas necessidades vêm a contribuir para que os interesses meramente econômicos não se sobreponham à qualidade de vida que queremos para esta geração e as futuras:

- Produzir indicadores que expressem a efetiva consequência das políticas urbanas ambientais e de desenvolvimento econômico, voltados ao bem estar da população, principalmente da idosa;

- Estabelecer a convergência entre a Política Nacional da Educação Ambiental (PNEA) e a Política Nacional do Idoso (PNI), no sentido de possibilitar ações comunitárias e institucionais, tendo como eixo o trabalho ambiental, onde o idoso exerça papel de relevância a partir de suas experiências passadas e presentes.

Enfim, enfrentar temas como transformações ambientais, planejamento urbano e envelhecimento populacional, não é só uma questão de justiça social, mas também de viabilidade de qualquer desenvolvimento socialmente sustentável com qualidade de vida.

Dra. Sandra Magali Fihlié Barbeiro, Médica Geriatra

Secretaria da Saúde do Município de Embú - Especialização em Saúde Pública pela FSP-USP e em Geriatria e Gerontologia pela UNIFESP; Colaboradora da Disciplina de Geriatria Gerontologia - UNIFESP

O velho é sempre o outro, em quem não nos reconhecemos. A imagem da velhice é sempre "externa"

FUTURIDADE

O Plano FUTURIDADE do Governo do Estado de São Paulo visa a promoção do bem estar da população idosa.

Objetivos:

- Promover campanhas educativas que deem visibilidade ao processo de envelhecimento e às especificidades dos idosos;
- Atuar de forma articulada com Secretarias Estaduais, governos municipais, idosos, família, mídia, universidades, conselhos de cidadania, terceiro setor e sociedade civil tendo como metas o fortalecimento e a expansão de ações direcionadas à promoção de direitos do idoso;
- Propiciar formação permanente de profissionais que atuam junto aos idosos enfocando as múltiplas dimensões do envelhecimento e os direitos do cidadão idoso;
- Estimular a discussão do envelhecimento no espaço escolar, ampliando-o para o ambiente da família e comunidade.

www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/portal.php/futuridade_apresentacao

Atualmente os idosos estão reivindicando seus direitos, com repercussão na vida social e política. São muitos os exemplos dessa evolução social: o Pacto Pela Vida é um compromisso dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a saúde da população, tendo entre elas a saúde do idoso; a Política Nacional do idoso (1994), as ações de Organizações Não Governamentais (ONGs) oferecendo programas de lazer, educação e assistência, também vêm contribuindo para a melhora da situação do idoso no Brasil.

Em especial, o Estatuto do Idoso (2003), veio para exigir do Setor Saúde uma reorganização do modelo de atenção. Os novos paradigmas passaram a ser a capacidade funcional e a qualidade de vida, com enfoque na prevenção, promoção e proteção da saúde.

A chamada "juventude" é um período da vida que vai do final da adolescência até os 30 anos. Com o aumento da expectativa de vida, as pessoas passarão muito mais tempo de sua existência como "idosos" do que como "jovens". A sociedade e seus representantes têm muito a organizar e modificar para que as perspectivas dos idosos sejam cada vez melhores – este é o nosso grande desafio.

Assessoria Técnica
Carmen Helena Seoane Leal
Maria Lucia Scalco
Rosana Burguez Diaz (coord.)

Quais as prioridades da SMS-SP para a Atenção a Saúde do Idoso?

As diretrizes da Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, para o estabelecimento de programas e políticas voltadas à população idosa, são: promoção do envelhecimento ativo; autonomia e independência; prevenção de doenças; recuperação da saúde dos que adoecem; manutenção e melhoria da capacidade funcional; reabilitação da capacidade funcional restrita e garantia de permanência em seu próprio meio.

A organização dos serviços, para atingir as diretrizes propostas, leva em conta a hierarquização dos níveis de complexidade da atenção, com a maioria dos problemas de saúde sendo resolvidos no nível primário, para que menor proporção de indivíduos necessite dos níveis superiores. Assim, a Rede Básica é o nível prioritário da atenção, local privilegiado da realização da promoção e proteção da saúde, da prevenção das doenças e da vigilância das condições crônicas, evitando a progressão para seqüelas e complicações, que irão gerar, não apenas mortalidade precoce, mas incapacidades, dependência e piora da qualidade de vida.

Prioridades:

1. Qualificação da Rede Básica (UBS e PSF) para atenção adequada às demandas de saúde da população idosa;
2. Educação permanente dos profissionais da Rede Básica nas condições crônicas mais prevalentes na população idosa;
3. Implantação e efetiva utilização da Caderneta de Saúde da População Idosa;
4. Consolidação das Unidades de Referência à Saúde do Idoso (URSI's) no nível secundário da atenção (média complexidade), com equipe interdisciplinar gerontológica, obedecendo ao protocolo de encaminhamento da Rede Básica, que define as competências de cada nível da atenção;
5. Ampliação do número de URSI's e de profissionais especializados em envelhecimento;
6. Oferta de diferentes modalidades de atenção para a população idosa fragilizada (além das unidades de referência de média complexidade):
 - a) Programa "Acompanhante de Idosos" – uma política pública inovadora de SMS (4 equipes implantadas e 10 equipes em implantação – set/08);
 - b) Serviços de Atendimento Domiciliar – não-exclusivos para a população idosa (11 UAD's implantadas);
 - c) Centros-Dia para idosos com alta dependência – 4 Centros sendo implantados junto com SMADS.

Dr. Sérgio Márcio Pacheco Paschoal
Geriatra. CODEPPS - SAÚDE DO IDOSO



Driblando a Carestia!

Alimentar-se de forma saudável é muito importante para a manutenção da saúde, prevenção e controle de doenças. Com o aumento dos preços dos alimentos, as pessoas ficam na dúvida se ao substituir um alimento mais caro por um mais barato ocorre prejuízo na qualidade da sua alimentação. O ideal é que as trocas aconteçam entre os alimentos de um mesmo grupo alimentar.

Teste seus conhecimentos com relação às substituições. Procure nos quadros do lado direito os alimentos do grupo alimentar que podem substituir o alimento destacado à esquerda da página.

ARROZ



FEIJÃO



FILE DE FRANGO



CENOURA



AZEITE DE OLIVA



LARANJA



LEITE



AÇÚCAR



61
acelga, alface, berinjela, beterraba, brócolis, cenoura, couve-flor, couve-manteiga, escarola, pepino, repolho, tomate, vagem.



62
carnes bovina, suína, peixes, ovos.



63
batata, macarrão, mandioca, polenta.



64
iogurtes, queijos, requeijão, coalhada, ricota, vitamina de leite com frutas.



65
feijão branco, feijão preto, grão-de-bico, lentilha, soja.



66
manteiga, margarina, óleos vegetais de soja, canola, girassol e milho.



67
abacaxi, acerola, ameixa, banana, goiaba, jaboticaba, kiwi, laranja, maçã, mamão, manga, melancia, melão, morango, pêra, uva, sucos naturais



68
açúcar mascavo, mel, bananada, geléia de frutas.



DICAS

- Dê preferência aos alimentos em sua forma natural. Evite consumir alimentos industrializados que, além de serem mais caros, apresentam maior quantidade de gorduras, açúcares, sal e aditivos.
- Procure comprar frutas, verduras e legumes da estação. Além de mais baratas, estas apresentam melhor qualidade.

Assessoria Técnica:
Renata Yuriko Yida Ogawa

RESPOSTAS: ARROZ: G1, FEIJÃO: G5, AZEITE DE OLIVA: G6, LARANJA: G7, LEITE: G4, AÇÚCAR: G8



O dilema dos adoçantes!

Você conhece os diversos tipos de adoçantes disponíveis no mercado e sabe como utilizá-los adequadamente? Nas prateleiras dos supermercados existe uma infinidade de marcas de adoçantes à disposição e é muito importante a leitura dos rótulos e a compreensão das informações nutricionais contidas nos mesmos para uma escolha acertada.

Existem dois tipos de adoçantes: de mesa e dietéticos e ambos possuem em sua formulação edulcorantes, substâncias naturais ou artificiais que conferem sabor doce aos alimentos e que geralmente possuem poder de adoçar muito superior ao da sacarose (açúcar branco), fornecendo menor valor energético.

A diferença é que o adoçante de mesa pode conter sacarose, frutose ou outros açúcares em quantidades ilimitadas, enquanto o dietético é um produto controlado que necessita de registro no Ministério da Saúde e tem a quantidade e/ou tipo de açúcares limitados por legislação específica já que se trata de um produto direcionado para condições específicas de saúde como, por exemplo, no Diabetes Mellitus.

Os edulcorantes mais utilizados pela indústria alimentícia na formulação dos adoçantes são: ciclamato, sacarina, acesulfame-k, steviosídeo, sucralose e aspartame.

É crescente o uso de adoçantes dietéticos e de mesa, além de alimentos classificados como diet e light, que também contêm edulcorantes em sua formulação. No entanto, a maioria das pessoas consome tais produtos sem saber as reais indicações e os possíveis danos à saúde que o excesso da ingestão pode acarretar.

Um exemplo é o uso abusivo de ciclamato de sódio e sacarina sódica, que por conterem sódio em sua composição, podem ser prejudiciais a pessoas com hipertensão arterial (pressão alta) e/ou com problemas renais. Pacientes que sejam diabéticos e também hipertensos devem optar por adoçantes que não contenham estes dois tipos de edulcorantes.

Vale destacar também que pessoas com fenilcetonúria (doença detectada pelo teste do pezinho logo após o parto) não podem consumir adoçantes e produtos alimentícios a base de aspartame, pois estes contêm fenilalanina, aminoá-

cido não metabolizado por estas pessoas, podendo provocar alterações cerebrais e em outros órgãos.

Diante do risco do consumo indiscriminado de adoçantes, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) através da RDC nº 18, de 24 de março de 2008, regulamenta e autoriza o uso de edulcorantes e seus limites máximos nos alimentos. Esta legislação reduziu o uso de sacarina, ciclamato e sucralose nos alimentos e aprovou o uso de três novos edulcorantes: eritritol, taumatina e neotame. Os limites aprovados e alterados pela ANVISA são fundamentados na IDA (Ingestão Diária Aceitável) de cada edulcorante. A IDA é uma recomendação de limite seguro para a média da ingestão diária, ao longo de toda a vida.

Avaliar os rótulos é fundamental e para isso, veja nos quadros ao lado informações obrigatórias que devem constar em destaque na rotulagem dos alimentos e que devem auxiliar no momento da escolha.

Para não ultrapassar os limites diários de ingestão desses produtos, é importante



Conheça os principais edulcorantes utilizados nos adoçantes comerciais:

| Edulcorante | Ano de descoberta | IDA (mg x kg) | Poder adoçante em relação à sacarose (açúcar de mesa) | Natureza |
|--------------|-------------------|---------------|---|------------|
| Sacarina | 1878 | 5 | 500 | Artificial |
| Ciclamato | 1939 | 11 | 40 | Artificial |
| Aspartame | 1965 | 40 | 200 | Artificial |
| Acesulfame-k | 1960 | 15 | 200 | Artificial |
| Steviosídeo | 1905 | 5,5 | 300 | natural |
| Sucralose | 1976 | 15 | 600 | Artificial |

Fonte: Site da Sociedade Brasileira de Diabetes

que o consumidor esteja informado sobre a quantidade de edulcorante no mesmo e também sobre a ingestão diária aceitável sem prejuízo à saúde - informações essas que deveriam constar na rotulagem dos produtos.

Dentre os diversos tipos de alimentos oferecidos no mercado que contêm em sua composição edulcorantes, apenas refrigerantes, sucos e pós para preparo de sucos por força da legislação informam a quantidade de cada edulcorante por 100g ou 100ml do produto.

De acordo com pesquisa realizada pelo IDEC - Instituto Brasileiro de De-

fesa do Consumidor (2006) que avaliou o consumo de refrigerantes, sucos e refrescos em pó, o limite diário de cada edulcorante pode ser ultrapassado facilmente apenas com uma unidade de determinado produto. **O consumo de uma lata de Sprite Zero por uma criança (30 Kg) excede o limite diário de ciclamato, o mesmo ocorre se um homem (70kg) consumir 2,8 latas de Coca-Cola Light Lemon ou se uma mulher (55kg) consumir 2 latas de Dolly Guaraná ou Limão Diet.**

São escassas as pesquisas científicas em relação ao uso seguro de adoçantes

artificiais por gestantes. Portanto, estas devem consultar médico ou nutricionista antes de optarem pelo uso dos mesmos.

Embora os adoçantes artificiais possam ajudar os consumidores a reduzir calorias e substituir açúcares em determinadas condições crônicas, o uso destes deve ser feito de modo criterioso e moderado. Lembrando sempre que é fundamental manter uma alimentação saudável priorizando o uso de alimentos em sua forma natural.

Assessoria Técnica
Martha Virginia Gewehr Machado
Renata Scanferla Siqueira Borges
Renata Yuriko Yida Ogawa

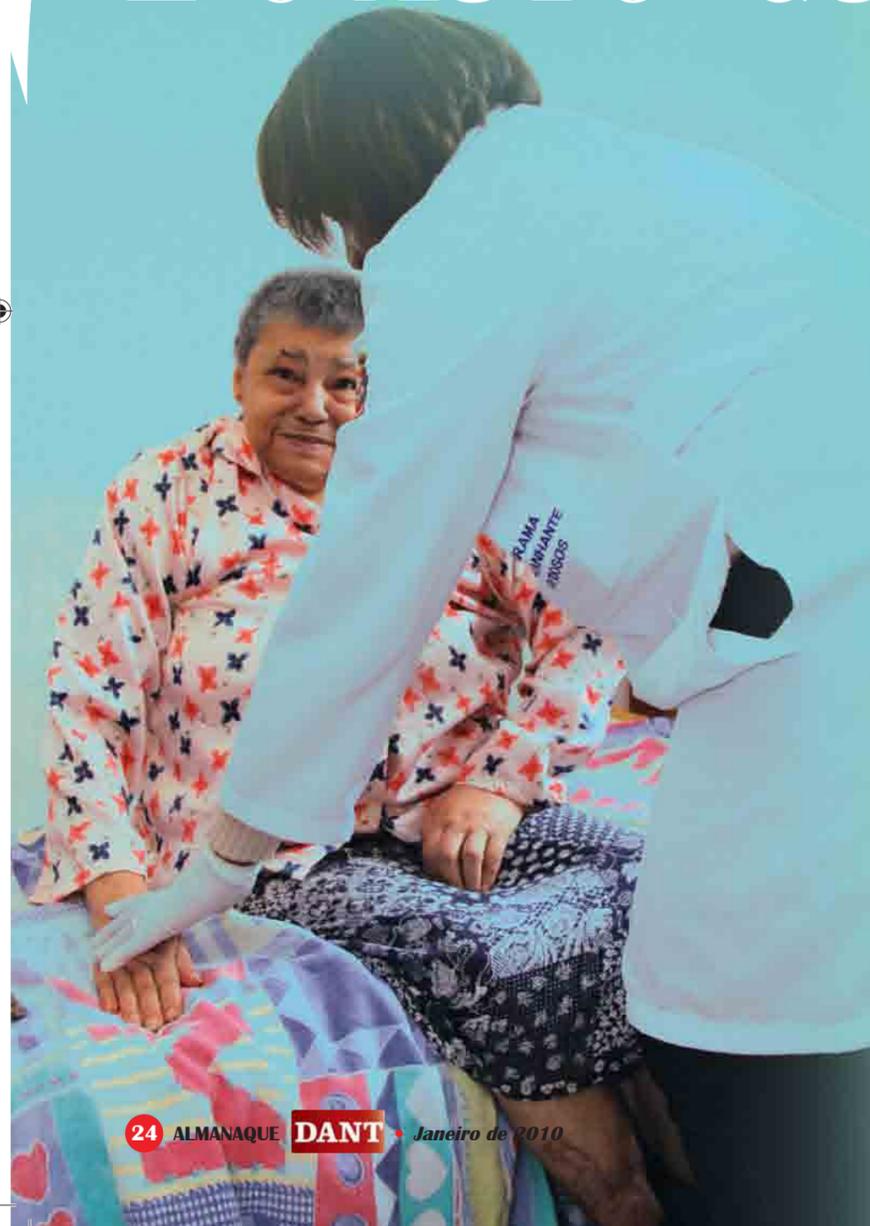


O CUIDADO DO OUTRO E O AUTO-CUIDADO

Os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho são responsáveis por grande parte de licenças e afastamentos em profissionais de saúde. É comum ouvir que pessoas que trabalham junto ao computador, bancários, caixas de supermercado, entre outros, apresentam inflamações musculares ou tendíneas. Esses processos inflamatórios atingem principalmente ombros e braços, mas também podem acometer coluna ou pernas causando sintomas como dor, limitações de movimentos ou alterações de sensibilidade.

Na maioria dos casos, os distúrbios osteomusculares instalam-se lentamente. No início, os sintomas desaparecem com repouso mas tendem a piorar até se tornarem crônicos. Neste estágio, os distúrbios prejudicam não só o desempenho no trabalho, mas também na vida pessoal, limitando cuidados pessoais e atividades cotidianas, tais como segurar objetos, dirigir o carro ou tomar transporte coletivo.

Embora possam acometer homens e mulheres indistintamente, os distúrbios tendem a ser mais prejudiciais para o gênero feminino, se considerarmos a sobrecarga gerada pelos afazeres domésticos e o cuidado de crianças pequenas.



AJUDANDO A SENTAR



1. Deixe a pessoa cuidada na posição de lado para que ela se apoie. Ao inclinar-se, afaste as pernas e flexione os joelhos de modo a sustentar o peso do seu corpo. **Isto possibilita manter a sua coluna retificada e não sobrecarregar os discos intervertebrais.** Com a outra mão, você auxilia a flexionar os joelhos da pessoa até a postura sentada. **NOSSA TENDÊNCIA É CARREGAR TODO O PESO DO OUTRO. CUIDADO!**



2. Apoie o peso da pessoa cuidada sobre o **próprio** antebraço para que **ela levante** o tronco. Ao mesmo tempo, você ajuda a trazer as pernas dela para fora da cama, o que alivia o peso da pessoa e facilita o posicionamento.



3. A mão da pessoa deve estar bem apoiada, enquanto você segura o cotovelo dela para ajudar na extensão do braço e na sustentação do corpo sobre este braço. Com o seu outro braço, você auxilia no impulso dela para levantar. **VOCÊ É SÓ O FACILITADOR DOS MOVIMENTOS DA PESSOA.**

Continua na próxima página

As mulheres têm, no entanto, a vantagem de intervir no curso da doença em estágios mais precoces, pois procuram mais rapidamente os cuidados de saúde. Os homens, culturalmente mais resistentes à busca de auxílio, deixam a doença evoluir, chegando aos serviços de saúde em estágios mais avançados.

Os profissionais da saúde, auxiliares de enfermagem, cirurgiões-dentistas e fisioterapeutas são os que mais sofrem desses males já que as atividades que desenvolvem requerem esforço muscular e posturas específicas.

Os auxiliares de enfermagem estão submetidos às posições viciosas em suas diversas atividades: transporte, higiene e manuseio de pacientes, arrumação de leitos, etc. Da mesma forma, fisioterapeutas e dentistas são obrigados a adaptar

sua postura, por longos períodos, ao mobiliário inadequado. Estas condições de trabalho são as causas mais comuns dos distúrbios osteomusculares nos trabalhadores da Saúde.

Esses fatores, associados ao ritmo e pressão no trabalho, tendem a aumentar o tônus muscular e dificultar o relaxamento, acarretando maior tensão e dores.

Além dos profissionais da Saúde, há situações na vida de todos em que temos que cuidar de um membro da família que esteja acamado ou com restrições físicas. Essas situações obrigam-nos a adotar posturas forçadas da coluna ou executar movimentos não habituais que podem causar ou piorar doenças osteomusculares pré-existentes, como lombalgias ou hérnias de disco.

Para prevenir problemas futuros, exis-

tem dicas de transferência ou de transporte de peso, que profissionais de saúde ou “cuidadores” podem adotar. Tomar consciência dos movimentos e da própria postura é uma maneira de evitar esses distúrbios.

Se você já estiver apresentando esses sintomas, procure um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador para uma avaliação e receber orientações.

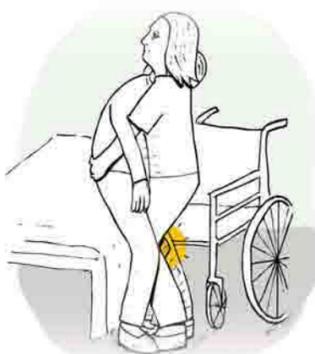
E ao verificar que o ambiente ou as condições de trabalho propiciam o aparecimento de tais sintomas não deixe de alertar a Comissão Interna de Prevenção de Acidente e Doenças do Trabalho para que se possa melhorar o seu trabalho.

Denúncias de condições de risco à saúde dos trabalhadores podem ser feitas pela internet ou por telefone para o Serviço de Atendimento ao Cidadão - SAC da COVISA.

TRANSFERINDO PARA A CADEIRA



4. O centro de gravidade do corpo localiza-se nos quadris. Para ajuda-la a se levantar abaixe-se o máximo para segurar nos quadris da pessoa cuidada (sinta a posição onde está o osso da bacia). Estimule que pessoa impulse o corpo inclinando-o para frente. Você somente desapoia os quadris da cama, puxando-o, e auxilia na extensão do tronco.



5. Trave com os seus joelhos um dos joelhos da pessoa e empurre o joelho dela para trás, para que ela estenda a perna, ao mesmo tempo em que você traz o quadril dela para frente. Com os joelhos e os quadris estendidos, a pessoa ficará em pé. O peso do corpo deverá estar sobre os pés bem apoiados e nos membros inferiores estendidos da pessoa cuidada e **NÃO SOBRE SEUS BRAÇOS.**



6. Dê um toque no quadril dela para o lado, para que todo o peso dela fique sobre a perna que você está travando. **É COMO UMA DANÇA!** A outra perna dela deve tocar o chão, mas, sem peso. Neste momento, com o peso dela na perna travada, você gira o quadril e posiciona na direção da cadeira. Com o peso dela, distribuído novamente nos dois pés, **VOCÊ VAI CONDUZIR O MOVIMENTO DE SENTAR, MAS SEM SEGURAR TODO O PESO.**

Fotos:
Pessoa acamada - Maria Santina Lopes
Aux. De enfermagem - Queli Regina Fernandes de Almeida da UBS JAIÍ (Programa PAI)
Assessoria Técnica:
Jenny Izumi Kose
Fisioterapeuta/Ergonomista
Vigilância em Saúde do Trabalhador- COVISA



Fibras alimentares



Conheça seus benefícios e veja como aproveitá-las em receitas saborosas e nutritivas!

Fibra Alimentar é o termo utilizado para nomear as partes dos vegetais que resistem ao processo de digestão.

Existem dois tipos de fibras alimentares: as insolúveis e as solúveis.

Fibras insolúveis: ajudam o intestino a funcionar melhor, pois retêm maior quantidade de água, produzindo fezes mais macias e com mais volume.

Principais fontes alimentares: farelo de trigo, grãos integrais, nozes, amêndoas, amendoim, casca de frutas, legumes e verduras.

Fibras solúveis: depois de ingeridas se transformam em "gel", permanecendo mais tempo no estômago, dando uma sensação maior de saciedade. Além disso, este tipo de fibra auxilia no controle dos níveis de colesterol e açúcar do sangue.

Principais fontes alimentares: feijão, ervilha, lentilha, farelos de aveia, de cevada, de arroz, frutas, verduras e legumes.

Sendo as frutas, legumes e verduras importantes fontes de fibras, vi-

taminas e minerais, e por esta razão, contribuirão para proteção à saúde e diminuição do risco de ocorrência de várias doenças, deve-se incentivar o consumo regular destes alimentos.

A OMS sugere um consumo mínimo de 400g/dia por pessoa desses alimentos. Estudos científicos mais recentes têm relacionado o consumo regular desta quantidade mínima recomendada ao menor risco de desenvolvimento de muitas doenças crônicas não transmissíveis e à manutenção do peso adequado.

Bolo de Laranja com Farinha de Aveia¹

Ingredientes:

1 laranja inteira com casca
1/2 xícara (chá) de óleo
2 xícaras (chá) de açúcar refinado
3 ovos grandes
1/2 xícara (chá) de leite desnatado
1 e 1/2 xícara (chá) de farinha de trigo
1 e 1/2 xícara (chá) de farinha de aveia
1 colher (sopa) de fermento em pó

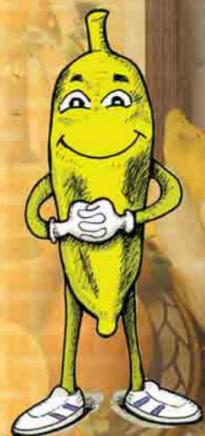
Modo de Preparo:

Lave bem as laranjas. Corte-a em quatro partes para retirar as sementes. Em um liquidificador coloque a laranja, o óleo, os ovos, o açúcar, o leite e o fermento. Em um recipiente coloque a massa já batida e acrescente as farinhas. Misture até obter uma massa homogênea. Em uma forma untada coloque a massa e leve ao forno médio pré-aquecido por 40 minutos.

Rendimento: 12 porções

Informação nutricional por porção:
Calorias 311 kcal / Fibras 2,6 g





Torta de Escarola¹

Ingredientes:

Recheio

1 maço de escarola, picada e refogada
2 colheres (sopa) de azeite
3 dentes de alho picado
Sal a gosto

Farofa

½ xícara (chá) de farinha de rosca
6 azeitonas pretas sem caroço picadas
3 a 4 xícaras (chá) de queijo fresco light amassado
Sal e pimenta a gosto

Massa

½ xícara (chá) de leite desnatado
1 xícara (chá) de óleo
4 ovos
½ xícara (chá) de farinha de trigo
½ xícara (chá) de farinha de trigo integral
1 colher (sopa) de fermento em pó
1 colher (sobremesa) de sal

Modo de Preparo:

Recheio

Refogue a escarola picada com azeite, alho e sal.

Farofa

Em uma tigela, misture a farinha de rosca, as azeitonas e o queijo amassado. Tempere com sal e pimenta. Reserve.

Massa

Bata no liquidificador o leite, o óleo e os ovos. Em um recipiente junte as farinhas, o fermento, o sal e a mistura liquidificada.

Em um refratário untado, coloque a metade da massa, e o refogado de escarola. Sobre o refogado espalhe a farofa e o restante da massa. Leve ao forno pré-aquecido a 180°C até que doure.

Rendimento: 6 porções

Informação nutricional por porção:

Calorias 336,5 kcal / Fibras 3 g

¹Fonte: MANCUSO AMC, SALGUEIRO MMHAO, WITZEL D, CHRISTOFOLETTI LC. Projeto: Intervenção Nutricional Educativa: promovendo a Saúde de Idosos com Constipação Intestinal Funcional - Departamento de Nutrição Faculdade de Saúde Pública - USP.

O consumo de frutas, verduras e legumes é muito baixo em nossa população!

O consumo de frutas, verduras e legumes no Brasil é tradicionalmente baixo. Dados das quatro Pesquisas de Orçamento Familiar - POFs (1974 a 2003), mostram que a participação de frutas, legumes e verduras na dieta manteve-se relativamente estável durante o período compreendido pelas quatro pesquisas, correspondendo a 3% a 4% da energia total da alimentação, estando muito abaixo do que é recomendado, 12% do Valor Energético Total para uma dieta-base de 2000kcal.

O brasileiro precisa aumentar a quantidade de consumo destes alimentos em três a quatro vezes para alcançar a recomendação para uma alimentação saudável.

Segundo o VIGITEL* 2008, a frequência de adultos que ingerem pelo menos cinco porções de frutas e hortaliças por dia em cinco ou mais dias da semana, denominado o consumo recomendado de frutas e hortaliças, foi modesta na maioria das cidades estudadas.

No município de São Paulo, apenas 18,8% dos adultos consomem tais alimentos de acordo com o recomendado e este comportamento foi menos frequente no sexo masculino (13,6%) do que no feminino (23,4%).

Quantidade de pessoas que consomem a quantidade recomendada de frutas, verduras e legumes



Os profissionais de saúde são importantes para auxiliar na promoção do aumento do consumo de frutas, verduras e legumes. Na orientação aos usuários das Unidades de Saúde, é importante destacar:

- Recomendação da ingestão diária de pelo menos três porções de legumes e verduras nas refeições principais e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches;

- Valorização dos alimentos de sua região e compra dos alimentos da estação;
- Estímulo para que as pessoas variem os tipos de frutas, verduras e legumes consumidos na semana.

Assessoria Técnica: Renata Yuriko Yida Ogawa

*Vigilância de Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Ministério da Saúde)



TESOURO DA CIDADE DE SÃO PAULO

Parque do Carmo

Localizado na área de Proteção Ambiental Região Leste da capital, ao lado do SESC Itaquera, encontra-se o Parque do Carmo.

Antiga fazenda Caguassu foi doada à Ordem Terceira do Carmo no final do século XVIII que nela cultivava café, laranja, chá, verduras e criava gado.

No início do século XX, os carmelitas dividiram a fazenda e em 1951 o em-

presário paulista Oscar Americano comprou o restante da antiga propriedade. Em 1976, a prefeitura da cidade de São Paulo desapropriou a área transformando-a em parque público.

Com 1.548.630 m², sua mata é composta por eucaliptos, em substituição às espécies nativas, e áreas remanescentes de Mata Atlântica de vital importância para a estabilidade do solo, manutenção do manancial hídrico, a fauna e clima da região.

Além de importante vegetação, o parque abriga rica fauna de répteis e anfíbios, aves como o mergulhão e a borralha-assobiadora, mamíferos de grande e médio porte, como gambás, bichos-preguiça, micos, e sagüis, que encantam com sua graça e leveza os frequentadores do parque.



O lago principal, com carpas e tilápias, é interligado a quatro lagos menores e alimentado por várias nascentes.

A flora é diversificada, com espécies de mata primária como o pau-de-tucano, o passuaré e o angico. Os gramados e os campos possuem espécies nativas e exóticas. Há ainda um bosque com 1.500 pés de cerejeiras, que florescem em agosto quando ocorre a Festa das Cerejeiras.

O viveiro fornece mudas de herbáceas e plantas ornamentais para colégios, jardins e parques municipais.





No Bosque da Leitura, acontecem aos domingos a feira de troca de livros além de encontro de contadores de histórias, peças de teatro e outros eventos culturais.

Há também um anfiteatro de 225m² com capacidade para 55.600 pessoas, bicicletários, bebedouros, churrasqueiras, áreas de estar, quiosques, ciclovia de 8.000 metros, pista de cooper de 1.500 metros, aparelhos de ginástica, campo de futebol, mesas para jogos e tanque de areia para uso comum do cidadão.

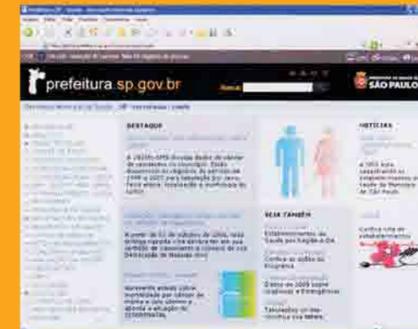
A mais nova atração do parque é o monumento do Centenário da Migração Japonesa realizado pelo artista Kota Kinutani, símbolo da coexistência pacífica entre os povos, uma mandala formada por cinco grandes peças representando os continentes e esculpidas no Japão em granito Inada da província de Ibaraki. As peças circundam uma parte central que representa o coração, esculpido em granito Red Dragon de cor avermelhada extraída da cidade de Sobral, no Ceará, que representa o Brasil, país que recebeu imigrantes do todo o mundo. As peças do monumento foram esculpidas para que as crianças possam brincar nas peças.

Embora seja um tesouro muito bem aproveitado pelos moradores da Zona Leste, o Parque do Carmo ainda merece ser descoberto pelo restante da população de São Paulo.

Assessoria técnica:
Márcia Kersul
Renata Yuriko Yida Ogawa



Conheça a página
Da Secretaria Municipal de
Saúde na Internet:
[portal.prefeitura.sp.gov.br/
secretarias/saude](http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude)



E veja também o
Almanaque Dant em:
[www.prefeitura.sp.gov.br/
covisa](http://www.prefeitura.sp.gov.br/covisa)



Edição nº0
dezembro de 2004



Edição nº1
maio de 2005



Edição nº2
dezembro 2006



Edição nº3
junho de 2007



Edição nº4
janeiro 2008

ALMANAQUE DANT

DOENÇAS E AGRAVOS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

Prefeito
Gilberto Kassab

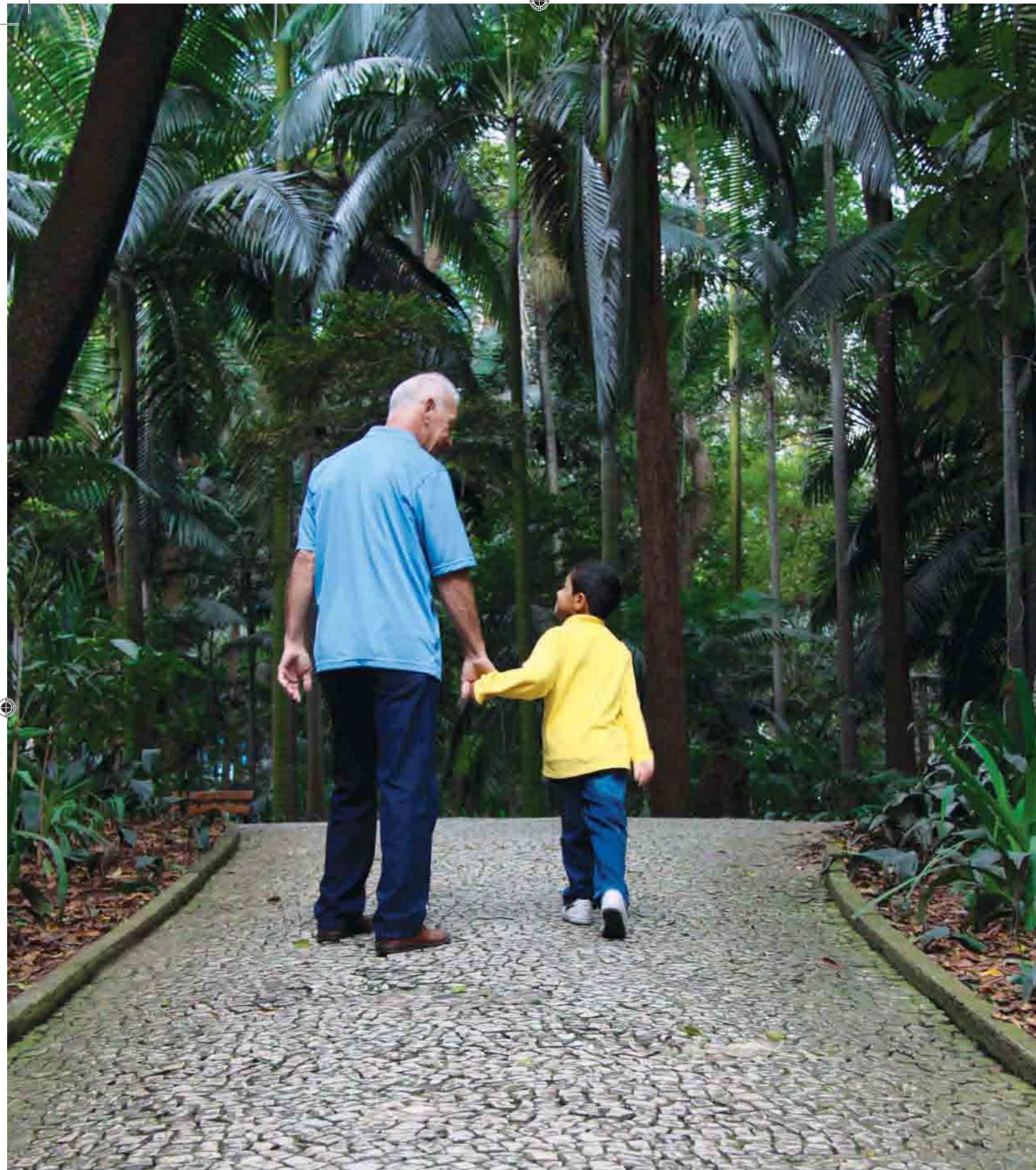
Secretário Municipal de Saúde
Januario Montone

Coordenadora da Vigilância em Saúde
Inês Suarez Romano

Gerente do Centro de Controle de Doenças
Rosa Maria Dias Nakazaki

○ **Almanaque DANT** é uma publicação interativa. Críticas, sugestões, avaliações podem ser enviadas para o e-mail: smsvidant@prefeitura.sp.gov.br ou para a Subgerência de DANT (Rua Santa Izabel, 181, 4º andar, Centro - São Paulo - CEP 01221-010 - São Paulo-SP) Telefone: (11)3397-8318

Esta publicação pode ser reproduzida no todo ou em partes, desde que citada a fonte



Realização:

