

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



“Difusão de Informação sobre Tecnologias Utilizadas na Prevenção de Fraturas de Fêmur Osteoporóticas em Idosos, Incorporadas pelo SUS”

por

Maria de Lourdes Nobre Simões Arsky

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

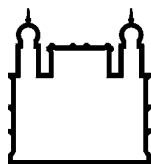
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Simone Terezinha Bortoliero

Rio de Janeiro, maio de 2009.

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Difusão de Informação sobre Tecnologias Utilizadas na Prevenção de Fraturas de Fêmur Osteoporóticas em Idosos, Incorporadas pelo SUS”

apresentada por

Maria de Lourdes Nobre Simões Arsky

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria das Graças Conde Caldas

Prof.^a Dr.^a Maria Lígia Rangel Santos

Prof.^a Dr.^a Simone Terezinha Bortoliero – Orientadora

Catlogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

A782 Arsky, Maria de Lourdes Nobre Simões
Difusão de informação sobre tecnologias utilizadas na prevenção de
fraturas de fêmur osteoporóticas em idosos, incorporadas pelo SUS. /
Maria de Lourdes Nobre Simões Arsky. Rio de Janeiro: s.n., 2009.
xvi, 141 f. il., tab., graf.

Orientador: Bortoliero, Simone Terezinha
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1. Osteoporose – prevenção & controle. 2. Comunicação em Saúde.
3. Saúde do Idoso. 4. Acidentes por Quedas. Título.

CDD - 22.ed. – 616.716

*Ao meu pai José, exemplo de vida e formação para mim,
fonte de ensinamento de uma vida saudável,*

À minha mãe Dirce, exemplo de amor incondicional e dedicação,

A Vadim, pelo amor, compreensão e companheirismo,

A Bruno e Victoria, por serem a razão principal de minha existência.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Simone Bortoliero pelos ensinamentos, orientação e amizade durante todas as etapas do trabalho.

À Dra. Letícia Krauss e Virginia Hortale, pelos ensinamentos e por terem me permitido uma inserção profunda no mundo das tecnologias em Saúde

Aos gestores da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde pela compreensão, credibilidade e pelo constante apoio durante a realização deste curso.

Às amigas Vera Carvalho e Lucia Montebello por seu constante incentivo e pela amizade,

Às colegas do Mestrado, em especial Sheyla , Ávila , Suzana, Misani, Cleonice e Dolores, para que se tornem amigas de uma vida inteira

À minha irmã Alice, sempre pronta a me incentivar nos momentos difíceis

Aos meus sogros e amigos Regina e Vadim, pelo permanente apoio, talento e sabedoria

A todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram neste trabalho, em especial à Raquel Santos e Maria José Menezes, que me ajudaram na organização das referências do texto.

Aos idosos brasileiros, tema principal desta dissertação.

*Se eu pudesse deixar algum presente a você,
deixaria aceso o sentimento de amar a vida.
A consciência de aprender tudo o que foi ensinado
pelo tempo afora.
Lembraria os erros que foram cometidos para que
não mais se repetissem.
Daria a capacidade de escolher novos rumos, novos
caminhos.
Deixaria, se pudesse, o respeito àquilo que é
indispensável:
Além do pão, o trabalho.
Além do trabalho, a ação.
Além da ação o cultivo à amizade.
E, quando tudo mais faltasse, um segredo:
O de buscar no interior de si mesmo a resposta e a
força para encontrar a saída.*

Mahatma Gandhi

Resumo

O crescente envelhecimento populacional global ocasiona o aumento da ocorrência de doenças crônicas, dentre elas a Osteoporose. Por se tratar de doença crônica silenciosa com alta prevalência entre os idosos, elevada taxa de morbi-mortalidade e altos custos, a osteoporose se traduz num sério problema de saúde pública no Brasil, principalmente em mulheres. As mais sérias consequências clínicas da osteoporose são as fraturas e suas complicações: dor, incapacidade a curto e longo prazo, hemorragia, tromboembolismo, choque e morte. A fratura de fêmur decorrente e a ela associada gera um custo social e econômico, agravado por complicações pós-operatórias e altas taxas de mortalidade após um determinado período de internação, cuidados médicos intensivos, reabilitação por longo período e diminuição da capacidade funcional do idoso. Face à sua relevância no Brasil, bem como pela importância de uma adequada estratégia de comunicação voltada à utilização de medidas de prevenção secundária da doença pelos idosos em geral, definiu-se o objeto específico deste estudo, o de identificar as principais barreiras existentes na difusão de informação e analisar o conteúdo informativo dos produtos de comunicação produzidos pelo SUS, relacionados à prevenção de fraturas de fêmur osteoporóticas em idosos, dirigido aos idosos. Foi realizada uma Análise de Conteúdo do material publicado e disponibilizado pelo Ministério da Saúde e INTO, no período de 1999 a 2008, dirigido ao idoso. Foram pesquisados 1.245 documentos relacionados direta ou indiretamente à prevenção da osteoporose em idosos, sendo 8 destes selecionados por critérios de exclusão e inclusão e analisados pela técnica de análise de conteúdo. Do material analisado concluiu-se que: há poucas publicações nacionais em linguagem simples sob o tema, falando diretamente ao idoso, quer seja através de guias, cartilhas ou folders. Os textos analisados são bem escritos tecnicamente, porém imperativos na maior parte das vezes, com linguagem nem sempre acessível, o que pode interferir na resistência e adesão à mensagem; as imagens utilizadas são de boa qualidade, porém não reproduzem as condições de vida da maioria dos idosos brasileiros; são condizentes com a proposta atual da OMS voltada à busca de um envelhecimento ativo e saudável, num contexto mais amplo de saúde; são voltados a temas relevantes, exemplificando questões essenciais, porém devido a algumas limitações de linguagem, podem comprometer os objetivos a que se propõem. Recomendações: necessidade de estruturação de política de comunicação em saúde voltada ao idoso no país, priorização da produção de materiais específicos sob o tema, utilização de estratégias de difusão voltadas a abranger as diferenças regionais e culturais do país; estímulo a estratégias de ensino que facilitem ao idoso, a incorporação de novos conhecimentos referentes ao uso de tecnologias atuais, principalmente as voltadas à prevenção e promoção da saúde; maior disponibilização e difusão de dados sobre osteoporose e quedas em idosos, bem como a produção de estudos nacionais sobre utilização de tecnologias voltadas à prevenção da doença.

Palavras-chave: comunicação em saúde, osteoporose, saúde do idoso, acidentes por quedas

Abstract

The growing of global elderly population causes an increase in occurrence of chronic diseases, among them, the osteoporosis. Known as a silent chronic disease with high prevalence among elderly people with a high rate of morbidity and mortality and high costs, osteoporosis is considered a serious public health problem in Brazil, especially on women. The most serious clinical consequences of osteoporosis are fractures and their complications: pain, disability in the short and long term, hemorrhage, thrombus, embolism, shock and death. The fracture of the femur due to osteoporosis creates social and economic costs, compounded by postoperative complications and high mortality rates after a period of hospitalization, intensive care, rehabilitation for a long period and decreased functional capacity of the elderly. Due to its relevance in Brazil, and the importance of a proper communication strategy focused on the use of secondary prevention actions for the disease by the elderly in general, it became the specific object of this study identify and discuss the strategies of communication used in the dissemination of information related to the prevention of osteoporotic fractures of femur in the elderly through the Brazilian Health System, SUS. It was performed a content analysis of the material published and made available by the Ministry of Health and INTA in the period 1999 to 2008, addressed to the elderly. One thousand two hundred and forty five documents related directly or indirectly to the prevention of osteoporosis in the elderly were searched and eight of them were separated by inclusion and exclusion criteria, and analyzed using the technique of content analysis. The material examined concluded that: there are few national publications in an accessible language on the subject, speaking directly to the elderly, either through guides, books or folders. The texts analyzed are technically well written, but in most cases in a imperative way, in a not so accessible language, which might interfere with the reluctance and intention of accepting the message. The images used have good quality, but do not represent the living conditions of most the elderly Brazilian. They are consistent with the current proposal of the WHO that aimed to find a healthy and active aging in a broader context of health. They are focused on relevant themes with key issues and examples, although there are some limitations of language that can compromise the goals that are proposed. Recommendations: The necessity of structure the health communication policy for elderly people in Brazil, with the priority on produce specific material about the issue and the use of disseminating strategies aimed to cover the regional and cultural differences of the country. Promote the teaching strategies that will help the elderly. Incorporate new knowledge concerning the use of current technologies. Focus mainly on prevention and health promotion. More availability and dissemination of osteoporosis' data and older people' falls, and promote national research on the use of technologies aiming the prevention of this disease.

Keywords: Health communication, osteoporosis, elderly health, accidents by falls.

SUMÁRIO

RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
LISTA DE TABELAS	xi
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE FIGURAS	xi
LISTA DE QUADROS	xiv
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xv
INTRODUÇÃO	1
JUSTIFICATIVA	6
OBJETIVOS	10
I. OSTEOPOROSE, UMA DOENÇA SILENCIOSA	11
1.1 Osteoporose, a necessidade da prevenção.....	14
II. POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AO IDOSO NO BRASIL	18
III. ASPECTOS CONCEITUAIS: TECNOLOGIAS EM SAÚDE, DIFUSÃO DE TECNOLOGIA E COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO SUS	22
3.1. Difusão de tecnologias em saúde.....	22
3.2. Comunicação e informação em saúde no SUS.....	25
3.3. Difusão x divulgação x disseminação de informação sobre tecnologias de saúde.....	32
IV. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	37
4.1. Descrição dos percursos metodológicos utilizados	39
4.1.1 Levantamento de dados	39
4.2. Dados utilizados	40
4.3. Metodologia propriamente dita	46

4.4. Materiais analisados	49
V. ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS MATERIAIS PRODUZIDOS OU DISPONIBILIZADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, DIFUNDINDO TECNOLOGIAS E MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE OSTEOPOROSE, DIRIGIDOS AO PÚBLICO IDOSO, NO PERÍODO DE 1999 A 2008	50
1. Cartilha “Viver Mais e Melhor”	50
2. “Um guia para viver mais e melhor” (versão 2006)	67
3. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	82
4. Manual de Preenchimento da Caderneta	84
5. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas- Medicamentos Excepcionais	102
5.1. Guia de Orientação ao Paciente com Osteoporose	103
5.2. Termo de Consentimento Informado do Paciente com Osteoporose ..	110
6. Informes do INTO- Dicas do especialista	115
6.1. O que é Osteoporose?	115
6.2. Quedas em Idosos	126
CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	134

Lista de Tabelas, Gráficos, Figuras e Quadros

Tabelas		Páginas
Tabela 1	Distribuição por temática “IDOSOS” em cadernos, cartilhas e manuais publicados pelo Ministério da Saúde nos anos de 1999 a outubro de 2008.	41
Tabela 2	Distribuição por temática “IDOSOS” em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde nos anos de 1999 a outubro de 2008.	42
Tabela 3	Distribuição por temática “IDOSOS” de informes publicados pelo Ministério da Saúde nos anos de 1999 a outubro de 2008.	43
Tabela 4	Distribuição por temática “IDOSOS” de legislação relacionada a idosos disponibilizadas pelo Ministério da Saúde nos anos de 1999 a outubro de 2008.	44
Tabela 5	Distribuição por temática “IDOSOS” de relatórios e notícias do portal eletrônico disponibilizados pelo Ministério da Saúde nos anos de 1999 a outubro de 2008.	45
 Gráficos		
Gráfico 1	Óbitos decorrentes de quedas e por fraturas de fêmur segundo sexo e idade no Brasil, 1997 a 2005.	6
Gráfico 2	Ocorrência de fraturas de fêmur internadas segundo sexo e idade, SUS, Brasil, 1998 a 2007.	8
Gráfico 3	Óbitos por quedas segundo faixa etária e sexo, Brasil, 1997 a 2005.	15
 Figuras		
Figura 1	Desenho estilizado da História Natural da Osteoporose e ocorrência de fratura decorrente da doença.	16
Figura 2	Cartilha “Viver Mais e Melhor”(capa)	50
Figura 3	Orientação “Siga estas dicas sem escorregar” para idosos.	54
Figura 4	Orientações para idosos “Doenças mais comuns e o que você pode fazer”.	55
Figura 5	Orientações nutricionais para idosos.	56
Figura 6	Sugestão de cardápio para idosos.	57
Figura 7	Imagens de idosos contidas na cartilha.	58

Figura 8	Imagens de idosos contidas na cartilha	59
Figura 9	Orientações sobre direitos da pessoa idosa no Brasil	60
Figura 10	Orientações sobre o “direito ao bem-estar, à saúde, aos planos de saúde e a quem recorrer para tal”.	60
Figura 11	Estímulo à integração e à independência da pessoa idosa.	62
Figura 12	Cuidando da saúde e prevenindo doenças na pessoa idosa	62
Figura 13	“Velho é o seu preconceito”.	65
Figura 14	“Um guia para Viver Mais e Melhor” (capa)	67
Figura 15	Orientação aos idosos sobre legislação específica a esta faixa etária.	70
Figura 16	Orientações para atividades físicas para a pessoa idosa.	71
Figura 17	Estímulo às atividades físicas e mentais para a pessoa idosa.	72
Figura 18	Estímulo às atividades sociais e orientações alimentares para a pessoa idosa.	73
Figura 19	Orientações sanitárias e nutricionais no consumo de alimentos.	74
Figura 20	Orientações para prevenção de quedas em idosos.	75
Figura 21	Orientações gerais para idosos.	77
Figura 22	Orientações referentes a medicamentos para idosos.	78
Figura 23	Doenças mais comuns e direitos da pessoa idosa.	80
Figura 24	Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (capa)	82
Figura 25	Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa- Manual de preenchimento (capa)	84
Figura 26	Auto-percepção do idoso frente à sua saúde.	88
Figura 27	Relato de problemas de saúde pelo idoso.	89
Figura 28	Apresentação e objetivos da Caderneta.	90
Figura 29	Dados de identificação do idoso.	90
Figura 30	Outros dados de identificação do idoso.	91

Figura 31	Informações sobre rede de apoio ao idoso.	91
Figura 32	Informações sobre internações e histórico de ocorrência quedas.	92
Figura 33	Conteúdo parcial orientando o clínico investigador sobre quedas e fatores desencadeantes em idosos.	93
Figura 34	Orientações ao médico para o preenchimento de existência de rede de apoio para o idoso.	95
Figura 35	Investigação sobre medicamentos utilizados pelo idoso, respectivas doses e frequências de uso.	96
Figura 36	“Coisas que o idoso não deve esquecer”	97
Figura 37	Controle de pressão arterial do idoso.	97
Figura 38	Orientações para identificação de uma pessoa frágil ou em processo de fragilização.	98
Figura 39	Conclusões e orientações finais ao médico no preenchimento da Caderneta.	99
Figura 40	Guia de Orientação ao paciente com Osteoporose (página de rosto).	103
Figura 41	Orientações ao paciente com Osteoporose que utiliza medicação.	106
Figura 42	Guia de Orientação ao paciente- Calcitonina de salmão.	107
Figura 43	Orientações para o uso da Calcitonina de salmão.	108
Figura 44	Termo de consentimento informado ao paciente com Osteoporose .	110
Figura 45	Dicas do especialista : “O que é Osteoporose?”	115
Figura 46	Orientações sobre prevenção de Osteoporose.	119
Figura 47	Medidas preventivas contra osteoporose.	120
Figura 48	Importância do cálcio e do leite na prevenção da doença.	120
Figura 49	Diagnóstico da osteoporose.	122
Figura 50	Recomendações ao idoso jovem para evitar a osteoporose.	122
Figura 51	Excesso de gordura e menstruação irregular na mulher e suas consequências.	123
Figura 52	Tratamento genérico para a dor na osteoporose.	124

Figura 53	Tratamento para a dor em fraturas osteoporóticas da coluna.	124
Figura 54	Uso da fisioterapia na osteoporose.	125
Figura 55	Dicas do especialista: “Quedas em idosos”.	126
Figura 56	Como prevenir quedas em idosos	129
Figura 57	Fotos de idosos no conteúdo da página	129

Quadros

Quadro 1	Levantamento de estratégias de comunicação utilizadas no estudo	38
----------	---	----

Lista de Abreviaturas e Siglas

AACE	-	Associação Americana de Endocrinologia Clínica
CHSFR	-	Fundação de Pesquisa para os Serviços de Saúde do Canadá
CICIS	-	Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	-	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB	-	Departamento de Atenção Básica
DAPE	-	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DATASUS	-	Departamento de Ciência e Tecnologia
DECIT	-	Método para mensuração de densidade óssea de partes centrais do esqueleto (coluna e fêmur) através de energia dupla de raios X
DEXA	-	
DMO	-	Densidade Mineral Óssea
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
FFOs	-	Fraturas de Fêmur Osteoporóticas
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	-	Índice de Massa Corpórea
INTO	-	Instituto de Traumatologia e Ortopedia do Rio de Janeiro
IOF	-	Fundação Internacional de Osteoporose
NICE	-	Instituto Nacional de Excelência Clínica, de Londres
NIH	-	Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos
NOAS	-	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	-	Normas Operacionais Básicas
OECD	-	Organização Internacional de Cooperação e

Desenvolvimento Econômico entre Países		
ONU	-	Organização das Nações Unidas
PCDT	-	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PNAD	-	Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílio
PNCT	-	Programa Nacional de Ciência e Tecnologia
PNGTS	-	Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde
PNSPI	-	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	-	Programa de Saúde da Família
RAM	-	Reações Adversas a Medicamentos
SAS	-	Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde
SIA	-	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	-	Sistema de Internação Hospitalar
SIM	-	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	-	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SININTOX	-	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SUS	-	Sistema Único de Saúde
USPSTF	-	E.U. Preventive Services Task Force

INTRODUÇÃO

Uma das transformações da atual sociedade é o envelhecimento populacional, que se tornou um grande desafio para a saúde pública no país. O envelhecimento aumenta a chance de doenças crônicas não transmissíveis, a necessidade de internações e o risco de dependência funcional parcial ou total. As doenças crônico-degenerativas têm determinado um incremento na utilização dos serviços de saúde.

No entanto, o envelhecimento aparece como uma ameaça para a qualidade de vida e o custo do setor saúde, a não ser que políticas efetivas de promoção da saúde e prevenção destas doenças sejam amplamente adotadas no país.

De acordo com Novaes,¹ o desenvolvimento econômico e social da sociedade a partir do século XIX gerou mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações, a redução da mortalidade por doenças infecciosas, um aumento e diversificação das doenças crônico-degenerativas e o aumento da esperança de vida, desencadeando novas necessidades de saúde e demandas aos serviços de saúde.

Estudo de Albuquerque² estima que, com o aumento do número de idosos, aproximadamente 15% da população em todo o mundo esteja na faixa superior aos 60 anos de idade. Segundo Firmo e colaboradores,³ esses indivíduos apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que necessitarão mais serviços sociais e médicos e por mais tempo e é notável, segundo Camarano,⁴⁻⁵ a carência de profissionais qualificados para os cuidados ao idoso, em todos os níveis de atenção.

Conforme Laslett,⁶ o aumento da longevidade e as melhores condições de saúde provocadas por uma tecnologia médica mais avançada tornam a vida do idoso, hoje, bastante diferente do que foi até recentemente.

Na Europa e nos EUA, já se reconhece a existência de uma quarta idade, sendo a terceira idade considerada um prolongamento da vida adulta. Deste modo, torna-se cada vez mais difícil determinar um limite de idade que possa definir “o idoso”.

De acordo com Veras,⁹ com estas mudanças, gradativamente, os recursos financeiros direcionados à saúde devem se voltar a dois diferentes desafios: oferecer resposta a problemas persistentes no país, como desnutrição, diarreia, sarampo; atender a um número crescente de casos de doenças crônicas como neoplasias, diabetes, acidentes vasculares cerebrais e doenças relacionadas ao idoso.

Num estudo conjunto com outros autores, Gordilho⁷ considera que novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados deverão ser implantados pelas autoridades sanitárias.

De acordo com Mendes,⁸ o primeiro atendimento ao idoso, quando utiliza os serviços de saúde, muitas vezes, ocorre dentro do hospital, já em estágio avançado da doença, o que gera custos maiores e menores chances de um prognóstico favorável. A falta ou insuficiência de instâncias intermediárias de atendimento como hospitais-dia e centros de convivência, a escassez de serviços domiciliares, a precariedade de serviços ambulatoriais refletem o atendimento de baixa resolubilidade.

Segundo Veras,⁹ outro fato a ser considerado é a distinção na abordagem clínica ao idoso, onde deve-se considerar que suas doenças se apresentam de forma crônica e múltipla, não apresentam uma queixa única, são constantes e requerem acompanhamento médico constante e medicação contínua.

Considerando este fato, em estudo de Lourenço e colaboradores,¹⁰ os autores sugerem um modelo ambulatorial que se caracteriza pela captação e identificação de fatores de risco de adoecimento e perda funcional em grandes grupos de idosos, estratificando a população-alvo em categorias com distintas chances de morbidade e mortalidade e permitindo assim aprofundar e abranger ações de acordo com os aspectos e complexidades dos riscos observados, visando uma assistência oportuna de idosos com perfis mórbidos e funcionais.

Algumas importantes características da população brasileira foram relatadas pela Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios (PNAD), realizadas pelo IBGE,¹¹ Brasil, em 2003, onde, em comparação a outras faixas etárias, observou-se um aumento considerável no percentual de doenças crônicas relatadas pela população com mais de 40 anos, onde, dentre elas, certamente, figura a osteoporose. Nesta pesquisa, apenas 24,6% da população brasileira teve acesso a cobertura por pelo menos, um plano de saúde, correspondendo a 43,2 milhões de habitantes; observou-se, ainda, que 29,7% da população brasileira com mais de 40 anos, tinha cobertura de plano de saúde. Dos que a possuíam, a cobertura por plano de saúde foi maior (28%) na população de área urbana do que a de área rural (6%). Ficou clara a forte e inversamente proporcional associação entre cobertura a plano de saúde e renda familiar. Observou-se que a busca por serviços de saúde foi maior nos grupos extremos de idade, sendo máxima no de 65 anos ou mais, nos quinze dias antes da entrevista da pesquisa (2,9 milhões de pessoas nesta idade). Esta busca se deu por motivo de doença (51,9%), vacinação e outros atendimentos de

prevenção (28,6%), problemas odontológicos (8,5%) e acidentes ou lesões (5,2%). Neste estudo, as principais barreiras de acesso referidas pelas pessoas que não procuraram serviços de saúde, quando precisavam, foram: barreiras financeiras (23,8%), a demora no atendimento (18,1%) e barreiras geográficas (27%).

Se considerarmos as estimativas da ONU,¹² em 2000, a população mundial igual ou maior de 60 anos era de 600 milhões; em 2050, pode chegar a 2 bilhões, sendo o percentual de pessoas idosas deve crescer globalmente de 10%, em 1998, para 15%, em 2025. As projeções indicam que este aumento será maior e mais rápido nos países desenvolvidos (de quatro vezes em 50 anos); este fenômeno também atingirá a América Latina e a proporção de pessoas classificadas como idosos passará de 8% para 15%, entre os anos de 1998 e 2025.

No Brasil, segundo dados tabulados por este autor, disponíveis no site www.datasus.gov.br,¹³ observou-se que, em 1991, 7,3% da população total era formada por indivíduos maiores de 60 anos; em 2005, foi de 9,2% em relação ao total; em 2007, a população com mais de 60 anos representou 10,5 da população total, sendo 9,5% de homens e 11,4% de mulheres nesta faixa etária e observou-se que, ainda que nasçam mais homens, as mulheres vivem mais (PNAD, 2007). A distribuição por sexo do contingente de idosos no Brasil, segue a tendência mundial, apresentando um maior número de mulheres: para cada 100 mulheres idosas, havia 79 homens idosos.

Ainda de acordo com dados do IBGE baseados na PNAD e disponíveis no <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/default.shtm>, no período de 1991 a 2005, o índice de envelhecimento da população brasileira foi de 21 idosos/100 jovens para 35/100 jovens, o que evidencia o seu grau de envelhecimento populacional.

Segundo o DATASUS,¹³ em 1991, a esperança de vida ao nascer da população brasileira foi estimada em 63 anos para os homens e 71 anos para as mulheres; em 2005, a mesma foi de 68 anos para os homens e 75 anos para as mulheres. Neste mesmo período, a esperança de vida aos 60 anos aumentou em mais 13 anos para o sexo masculino e em mais 22 para o sexo feminino.

De acordo com Veras,¹⁴ o aumento na esperança de vida é devido não somente aos avanços médicos dos últimos 30 anos, mas também pela melhoria na qualidade de vida da população, ainda que de forma não igualitária, porém com melhores condições de higiene pessoal, nutrição, infra-estrutura sanitária e ambiental domiciliar e no trabalho. No Brasil, estes fatores contribuíram para uma menor taxa de mortalidade,

principalmente nos primeiros anos de vida, o que, associado a uma baixa taxa de fecundidade, principalmente em áreas urbanas, levou a um aumento na população de idosos com mais de 60 anos.

Ainda segundo este autor,¹⁴ o intenso processo de urbanização ocorrido na população brasileira neste período de tempo, associados ao ingresso da mulher na força de trabalho, o aumento no uso de métodos contraceptivos, um menor número de filhos por casal, devido a fatores econômicos e mudanças sócio-culturais, levou a uma diminuição na fecundidade e um aumento decorrente na população idosa em médio prazo.

Segundo Lima-Costa e colaboradores,¹⁶ e Lima-Costa e Veras,¹⁵ os idosos tem história de vida e grau de independência funcional distintos, o que irão acarretar diferentes demandas por serviços, porém todos necessitam de uma avaliação de acordo com seu processo de envelhecimento e peculiaridades, adaptada à realidade sócio-cultural em que estão inseridos. Os prestadores de serviços para idosos devem se adaptar e atender a necessidades específicas e distintas dos serviços sociais e de saúde desta faixa etária, face à carga considerável de doenças crônicas e incapacitantes dos idosos, o que os torna potenciais consumidores de serviços de saúde e assistência em relação a outros públicos.

Para Verbrugge e Jette,¹⁷ in Giacomini e colaboradores,²¹ a incapacidade funcional é gerada por um problema físico ou de saúde que ocasiona dificuldade experimentada em realizar determinadas atividades. A presença de incapacidade gera um ônus para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade. Estudos brasileiros de base populacional em idosos de Giacomini e colaboradores,¹⁸ Lima-Costa e colaboradores,¹⁹ e Rosa e colaboradores²⁰ apontam a existência de incapacidade entre eles, dependendo da idade e do sexo, em cifras que variam de 2 a 45%, nesta faixa etária.

Ainda em estudos de Lima-Costa e colaboradores²²⁻²³ e Lima-Costa e Veras,¹⁵ a população idosa brasileira, que hoje representa cerca de 10% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS, fato este que tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira.

Todos os dados acima citados reforçam a necessidade de avaliarmos de que forma ocorre a difusão de informações sobre tecnologias utilizadas na prevenção de fraturas de fêmur osteoporóticas em idosos, incorporadas pelo SUS, tema principal

deste estudo. Para tal, foi escolhido, ponto de partida da investigação, analisar o conteúdo dos materiais de comunicação produzidos dentro do Sistema Único de Saúde, direcionados especificamente para o público idoso.

Assim sendo, será apresentado no capítulo I, a descrição da doença osteoporose e dados sobre ocorrência de fraturas em idosos e as formas de prevenção da doença, no Brasil. No capítulo II, são abordados alguns tópicos relevantes com o tema afim, das políticas públicas relacionadas ao idoso no Brasil. No capítulo III, há uma descrição dos aspectos relacionados à difusão de tecnologias e o papel da comunicação na difusão de tecnologias bem como na difusão da informação sobre a incorporação e utilização das mesmas.

No capítulo IV, constam os critérios metodológicos utilizados para a análise de conteúdo realizada dos materiais de comunicação instrucionais publicados pela área técnica do Ministério da Saúde, no período de 1999 a 2008.

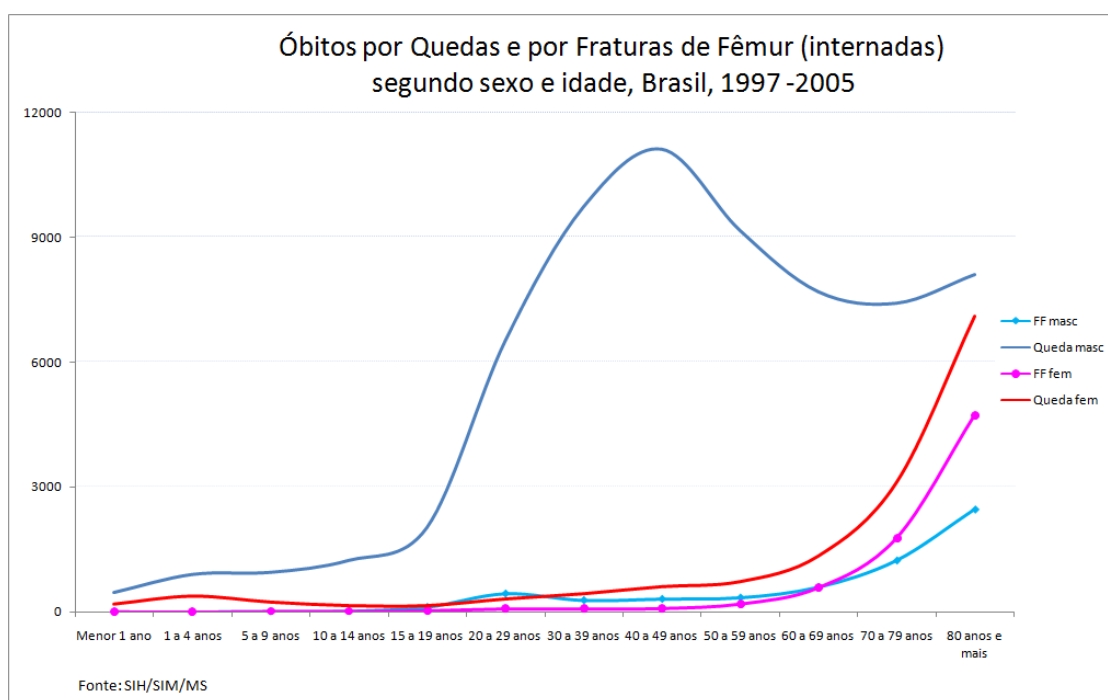
O capítulo V se refere à análise propriamente dita dos materiais encontrados e classificados como direcionados para o público idoso, sendo que utilizamos a linha teórica da análise de conteúdo.

JUSTIFICATIVA

Em estudo realizado em mulheres brasileiras na pós-menopausa, Oliveira e colaboradores²⁴ relata que, os fatores que resultam no envelhecimento da população também contribuem para o aumento da osteoporose, que assume especial atenção por se tratar de uma doença com alta prevalência entre os idosos, com elevada taxa de morbimortalidade e altos custos, o que a torna um sério problema de saúde pública, principalmente em mulheres.

Conforme relatado por Krauss Silva,²⁵ nas mulheres, a deficiência estrogênica causada pela menopausa acarreta uma perda de massa óssea mais acentuada. As mais sérias conseqüências clínicas da osteoporose são as fraturas, dada as complicações a ela associadas: dor, incapacidade a curto e longo prazo, hemorragia, trombo-embolismo, choque e morte.

Gráfico 1 - Óbitos decorrentes de quedas e por fraturas de fêmur, segundo sexo e idade no Brasil, 1997 a 2005.



Fonte: SIH/SIM/MS

Conforme gráfico 1, no Brasil, de acordo com dados do DATASUS, disponíveis no <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/mruf.def> e acessados em 29/05/2008, baseados nos Sistema de Internação Hospitalar (SIH) e Sistema de

Informação de Mortalidade (SIM), no período de 1999 a 2005, observou-se que a frequência de óbitos por ocorrência de quedas no sexo masculino é maior em todas as faixas etárias, quando se compara ao sexo feminino. Isto pode sugerir uma maior exposição destes indivíduos a situações de risco, principalmente na faixa de idade produtiva, provavelmente em situações de trabalho. Se observarmos o número de óbitos por fraturas de fêmur (FF) internadas no SUS, pode-se verificar que até a faixa de 60 a 79 anos, os indivíduos do sexo masculino apresentam maior ocorrência e morrem mais por fraturas de fêmur; a partir daí o número de casos de óbitos se torna maior em mulheres, sugerindo a ocorrência de osteoporose mais incidente a partir desta faixa etária, neste sexo.

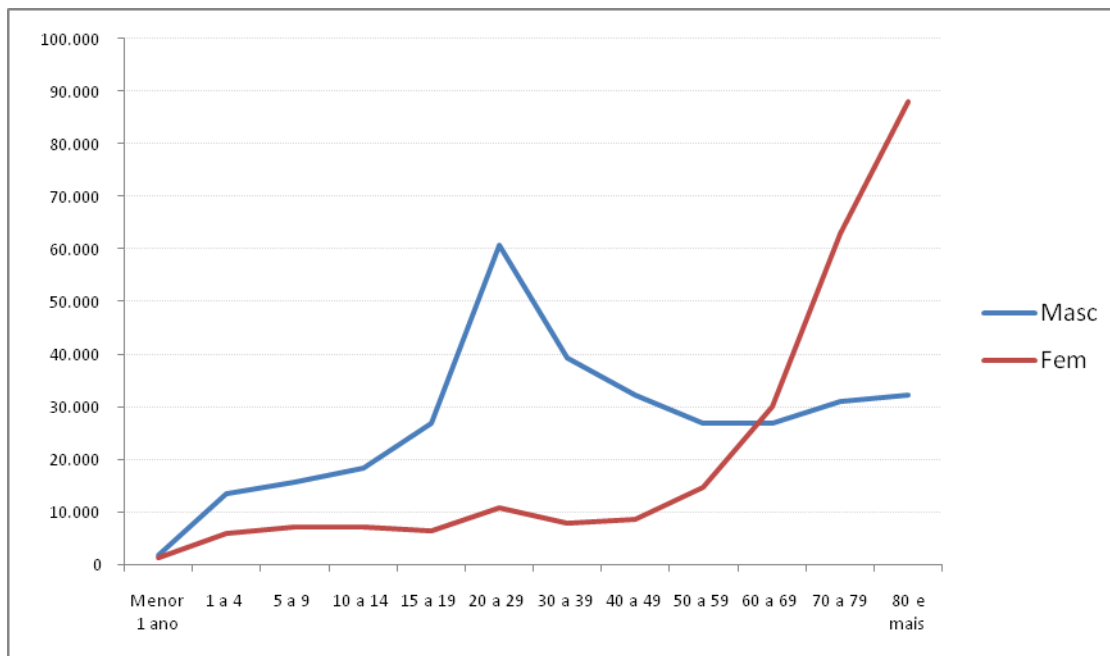
Segundo estudo de revisão realizado por Sakaki,²⁸ em fraturas de fêmur em pacientes com mais de 60 anos de idade, no período de 1998 a 2002, as taxas médias de mortalidade observadas foram de 5,5% durante a internação hospitalar, 4,7% ao fim de um mês de seguimento, 11,9% com três meses, 10,8% com seis meses, 19,2% com um ano e 24,9% com dois anos. Foram identificados quatro fatores intimamente relacionados com uma maior mortalidade nestes pacientes: idade avançada, grande número de doenças associadas, sexo masculino e presença de deficiências cognitivas.

O custo social e econômico da fratura de fêmur é agravado ainda mais pelo fato do paciente idoso enfrentar altas taxas de mortalidade, após um período de tempo variável de internação, necessitando de cuidados médicos intensivos e programas de reabilitação por longos períodos e pela diminuição de sua capacidade de deambulação pós-fratura.

Além do prejuízo social face à esta situação, o idoso tem sua reserva funcional diminuída, devido à ocorrência de doenças crônicas associadas no momento da fratura, ficando, pois, mais sujeito à complicações (três, em média) no pós-operatório imediato e tardio, e um conseqüente aumento no risco de morte (Van Balen *apud* Sakaki).²⁸⁻²⁹

Já em estudo realizado por Mosekilde e colaboradores³⁰ em mulheres na pós-menopausa, aproximadamente 13% destas, quando com fratura de quadril, morrem no primeiro ano após a fratura, o que representa uma mortalidade duas vezes maior comparada a de indivíduos com mesma idade, sem fratura de quadril. Além disso, aproximadamente metade das mulheres idosas que eram independentes antes da fratura, torna-se parcialmente dependente após sua ocorrência.

Gráfico 2 - Ocorrência de fraturas de fêmur internadas segundo sexo e idade, SUS, Brasil, 1998 a 2007.



Fonte: SIH/SUS

No Brasil, segundo dados tabulados disponíveis no <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/mruf.def> e acessados em 29/05/2008, no período de 1998 a 2007, ocorreram 577.547 fraturas de fêmur internados no SUS (média de 57.754/ano), sendo que a maior parte (56%) ocorreu na população masculina. Em indivíduos de até 59 anos, a ocorrência foi maior em indivíduos do sexo masculino (76% dos 306.028 totais), possivelmente associados a situações ligadas às condições de vida e trabalho, principalmente na faixa etária produtiva. Neste período, observou-se uma inversão na frequência relacionada ao sexo em indivíduos com mais de 60 anos, com tendência francamente ascendente em mulheres, onde 63% das fraturas desta idade (60 a 69 anos) ocorrem em mulheres, 68% das fraturas na faixa dos 70 a 79 anos e 74% das fraturas em maiores de 80 anos, ocorrem em mulheres, possivelmente associadas à osteoporose, sugerindo associação direta com a ocorrência de fraturas neste sexo com o avançar da idade.

Face à relevância da osteoporose na população idosa e sua expressiva ocorrência no Brasil, bem como da importância de uma adequada estratégia de comunicação voltada à utilização de medidas de prevenção secundária da doença pelos idosos em

geral, definiu-se como objeto de estudo, a “Difusão de informação sobre tecnologias utilizadas para a prevenção das fraturas de fêmur osteoporóticas em idosos, incorporadas pelo SUS”.

O presente estudo está relacionado a outros três temas que permeiam a Osteoporose, tema principal: “Rastreamento do Horizonte Tecnológico”, “Eficácia/Efetividade das tecnologias utilizadas pelo SUS na prevenção de Fraturas de Fêmur Osteoporóticas”, “Análise de Custo-efetividade destas tecnologias em uso e disponíveis pelo SUS”. Estes outros estudos foram realizados por um grupo composto por alunos do Mestrado de Gestão de Tecnologias em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, desenvolvidos no mesmo período da realização deste trabalho.

As tecnologias avaliadas por este grupo sobre a Osteoporose foram as de prevenção secundária – *screening* (rastreamento da Densidade Mineral Óssea – DMO, associado a tratamento com anti-osteoporótico) e atendimento às FFO após a sua ocorrência, tanto o tratamento corrente no SUS, como o tratamento realizado em Serviço Assistencial de Referência para Fratura (Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia – INTO/RJ). A análise comparativa, objeto de estudo do grupo, buscará responder à seguinte pergunta: o que seria mais vantajoso para o Sistema Único de Saúde, investir em intervenções anti-osteoporóticas ou investir em melhoria da qualidade no tratamento das Fraturas de Fêmur?

No entanto, o presente estudo irá abordar a difusão de informação de tecnologias utilizadas na prevenção de fraturas de fêmur osteoporóticas, voltadas à população idosa. As alternativas tecnológicas preventivas sugeridas atualmente e adotadas pelo SUS são as que: visam uma mudança na densidade mineral óssea (DMO), através da detecção de grupos com baixa DMO (tecnologias de rastreamento, como o uso da densitometria por DEXA) e administração de anti-osteoporóticos (bifosfonados, cálcio, teriparatida, raloxifeno, ranelato de estrôncio, etc); a que visa adotar uma suplementação de cálcio sem rastreamento para pacientes de risco; e, por último, as que visam alterar os fatores relacionados à prevenção de quedas em idosos.

O limite do estudo é o público idoso com mais de 60 anos, tendo em vista ser este, um grupo de maior risco e vulnerabilidade frente à doença e, deste modo, que necessita de informações educativas de modo contínuo e eficiente.

OBJETIVOS

Como objetivo geral, o presente estudo visa identificar e discutir as estratégias de comunicação utilizadas na difusão de informação relacionadas à prevenção de fraturas osteoporóticas em idosos, incorporadas pelo SUS, dirigidas ao idoso.

De modo específico, os objetivos do presente estudo são:

- Identificar as principais barreiras existentes para uma adequada difusão de informação sobre prevenção de fraturas osteoporóticas em idosos, na rede do SUS.
- Analisar o conteúdo informativo dos produtos de comunicação realizados pelo SUS (MS), relacionados à prevenção de fraturas de fêmur osteoporóticas em idosos, dirigido aos idosos.

I – OSTEOPOROSE, UMA DOENÇA SILENCIOSA

Segundo Krauss Silva,²⁵ a osteoporose é atualmente considerada um dos mais graves e mais comuns problemas de saúde pública dos países desenvolvidos, principalmente em mulheres . A doença se caracteriza pela baixa densidade mineral óssea associada à degeneração da micro-arquitetura óssea, provocando o aumento do risco à fratura e da fragilidade óssea. O Comitê de Especialistas reunido pela OMS definiu como parâmetro para osteoporose, uma medida de Densidade Mineral Óssea (DMO) igual ou abaixo de 2,5 desvios-padrão da densidade média local para o adulto jovem e para osteopenia, a medida de DMO entre 1 e 2,5 desvio-padrão abaixo da média para o adulto jovem (WHO, 1994 *apud* Krauss Silva).²⁵

De acordo com Binkley,³¹ ao redor de 40,5% das mulheres irão apresentar uma fratura osteoporótica durante a vida, motivo pelo qual os estudos focaram essencialmente esta população; porém, mesmo tendo acometido cada vez mais indivíduos do sexo masculino, neles, a doença continua sendo negligenciada. Segundo este autor, 25-33% dos homens de algumas populações, em algum momento de sua vida, apresentarão fraturas osteoporóticas. Segundo estudos atuais, apesar da testosterona exercer papel importante na integridade esquelética masculina, os estrógenos seriam realmente, os responsáveis pela regulação esquelética em ambos os sexos. O autor sugere que a medida da densidade mineral óssea possa ser utilizada no diagnóstico e também para avaliar o risco de fraturas no homem, sendo o escore T de -2.5 ou menos como medida para tal, conforme recomendado pela Sociedade Internacional de Densitometria Clínica.

A osteoporose é, de acordo com Riggs e Melton (1995 *apud* Krauss Silva),²⁵⁻²⁶⁻²⁷ reconhecida clinicamente pela ocorrência de fraturas não traumáticas, especialmente vertebrais, do antebraço e de fêmur . Segundo Ramalho e colaboradores,³² a ocorrência de fratura proximal de fêmur está associada à osteoporose, como também a outros fatores, tais como: diminuição da força muscular associada à idade, geometria do quadril, história familiar ou pessoal de fratura após a menopausa, ingestão prévia de cálcio e vitamina D, e fatores que influenciam a ocorrência de quedas (uso de medicações que alteram o equilíbrio, redução da acuidade visual, etc.).

Na década de 80, segundo Cummings e colaboradores,³³ vários fatores relacionados à ocorrência de baixa DMO haviam sido identificados, como: físicos (idade avançada, sexo feminino, antecedente de osteoporose na família, ciclos

menstruais irregulares, menopausa precoce, ausência de gestações e uso de medicamentos: corticosteróides, anticonvulsivantes, hidróxido de alumínio, diuréticos, antiinflamatórios) e comportamentais (baixa ingestão de cálcio, alta ingestão de proteínas, sódio e café, tabagismo, etilismo, vida sedentária).

De acordo com o Consenso de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Osteoporose do Instituto Nacional de Saúde (NIH) dos Estados Unidos,³⁴

(...) os riscos associados a uma baixa densidade óssea tem boas provas, incluindo grandes estudos prospectivos. Alguns preditores de baixa densidade óssea incluem o sexo feminino, aumento da idade, deficiência estrogênica, raça branca, baixo peso e índice de massa corporal (IMC), histórico familiar de osteoporose, tabagismo e história prévia de fratura; em contrapartida, atividades físicas, incluindo a aderência a exercícios de treinamento resistido. Menarca tardia, menopausa precocer e os baixos níveis de estrógeno também estão associados a uma baixa DMO.

Segundo este Consenso, embora uma baixa DMO tenha sido descrita como um importante preditor de risco de fratura futura, os resultados de vários estudos clínicos indicam que os fatores de risco relacionados com o risco de cair também servem como importantes preditores de fratura. O risco de fratura tem sido consistentemente associado a um histórico de quedas, baixa capacidade física, como a diminuição da velocidade de marcha, força dos quadríceps, cognição prejudicada, visão deficiente, bem como a presença de riscos ambientais (por exemplo, jogar tapetes). O aumento do risco de uma ruptura com uma queda inclui uma queda para o lado e os atributos da geometria óssea, tais como altura do quadril e comprimento do fêmur. Alguns riscos de fratura, tais como a idade, um baixo IMC, e os baixos níveis de atividade física, provavelmente afetam a incidência de fraturas tanto através dos seus efeitos sobre a densidade óssea e propensão para a queda como pela incapacidade de absorver o impacto por ela gerado.

Segundo Woolf e Akensson³⁵ em revisão de literatura, foram considerados fatores de risco (sem quedas) para a ocorrência de perda óssea, a osteoporose e fraturas em idosos, idade maior de 75 anos, sexo feminino, fratura anterior, evidência radiográfica de osteopenia, deformidade vertebral, ou ambos; perda de altura, cifose torácica (após confirmação radiográfica da deformidade vertebral), baixo peso (índice de massa corporal <19), tratamento com corticosteróides, história familiar de fraturas devido à osteoporose, amenorréia primária ou secundária, menopausa precoce natural ou cirúrgica (<45 anos), distúrbios associados à osteoporose (baixo peso corporal; artrite reumatóide; síndromes, incluindo doença hepática crônica e doença inflamatória

intestinal; hiperparatireoidismo primário; imobilização de longo prazo. Como fatores de risco comportamentais, são estabelecidos: baixa ingestão de cálcio (<700 mg/d); inatividade física, deficiência de Vitamina D (baixa exposição à luz solar); o hábito de fumar (atual) e o consumo excessivo de álcool.

Segundo Gali,³⁶ são considerados altos fatores de risco para a ocorrência de fraturas, baixo peso corpóreo, perda recente de peso, história de fraturas anteriores por fragilidade óssea ou casos de fraturas osteoporóticas na família e ainda o hábito de fumar. Pessoas com qualquer um desses fatores têm um risco maior de fratura, independentemente da massa óssea e a ausência de qualquer desses fatores de risco diminui o risco de fratura por fragilidade do osso. De uma maneira geral, a fratura de quadril é mais grave: uma média de 24% dos pacientes com fraturas de quadril e com mais de 50 anos de idade morrem dentro de um ano após a fratura; 25% dos pacientes com fratura do quadril requerem cuidados especiais por longo prazo e somente um terço recupera inteiramente o nível de independência de antes da fratura. Ainda segundo este autor, as mulheres apresentam uma frequência de fraturas de quadril é de 2 a 3 vezes em relação aos homens, porém a mortalidade após uma fratura de quadril é cerca de duas vezes maior nos homens do que nas mulheres.

De acordo com a Fundação Nacional de Osteoporose dos EUA,³⁷⁻³⁶ sintomas psicológicos que advém das fraturas, como a depressão, medo ou ira, podem atrapalhar a recuperação, principalmente quando decorrentes da dor, limitação física e mudança no estilo de vida conseqüentes das fraturas do quadril e das vértebras.

Segundo Hailey e colaboradores,³⁸ várias técnicas de medidas de densidade mineral óssea têm sido desenvolvidas com o objetivo de detectar indivíduos com alto risco de fraturas; dentre elas, a densitometria óssea fornece a medida da densidade mineral óssea, classificando-a como normal ou baixa (osteopenia ou osteoporose), embora tenha acurácia limitada para avaliação de risco de fratura na osteoporose. Sua efetividade final depende dos benefícios e danos gerados frente às intervenções de prevenção e tratamentos que estarão disponíveis para as pessoas com risco de fratura por ela detectado.²⁵⁻²⁶

A técnica de densitometria por DEXA, a mais utilizada no mundo, usa fonte única de raios X com duas energias, sendo capaz de medir partes centrais do esqueleto (coluna e fêmur). Sua dose de radiação é baixa e tem maior velocidade, acurácia e precisão que os outros métodos diagnósticos. O uso da densitometria óssea, segundo a mesma autora tem, como objetivo, identificar mulheres com baixa densidade óssea e um

maior risco de fraturas, para servir de base a uma terapia efetiva, resultando em sua menor ocorrência.

Segundo o “Protocolo Clínicos e Diretrizes Terapêuticas da Osteoporose” do Ministério da Saúde,³⁹ o tratamento preventivo das fraturas de fêmur osteoporóticas (FFO) se baseia na melhoria das condições gerais da saúde esquelética que consiste em uma alimentação balanceada rica em cálcio, atividade muscular regular com carga, melhoria nas condições de equilíbrio e visão do indivíduo e intervenção farmacológica, quando necessários. Os fármacos recomendados devem ser considerados em suas contra-indicações e precauções e as alternativas são : suplementação com cálcio e vitamina D (quando não administrados em doses adequadas na dieta), o uso de estrogênios, bifosfonados (alendronato, risendronato e pamindronato), o raloxifeno e a calcitonina.

As tecnologias avaliadas no escopo do tema geral do grupo serão as de prevenção secundária-screening (rastreamento da DMO, associado a tratamento com anti-osteoporótico, disponíveis no SUS) e atendimento às FFOs após a sua ocorrência, abrangendo o tratamento corrente no SUS assim como o tratamento cirúrgico realizado no Instituto de Traumatologia e Ortopedia (INTO). O tema acima será objeto de estudo de outros alunos do grupo, enquanto que o presente trabalho se limitará a abordar a difusão de informação sobre tecnologias de prevenção de fraturas de fêmur osteoporóticas em idosos.

1.1 Osteoporose: a necessidade da prevenção.

De acordo com o Consenso Brasileiro de Osteoporose,⁴⁰ a adoção de hábitos de vida saudáveis e colaboradores para a manutenção da boa saúde óssea ao longo da vida contribuem para a prevenção de osteoporose. Fatores genéticos parecem exercer influência na ocorrência da doença, assim como fatores fisiológicos, ambientais e mudança no estilo de vida, que podem desempenhar um papel significativo na prevenção da doença; dentre eles, estão alimentação balanceada e manutenção do peso corporal e atividade física regular.

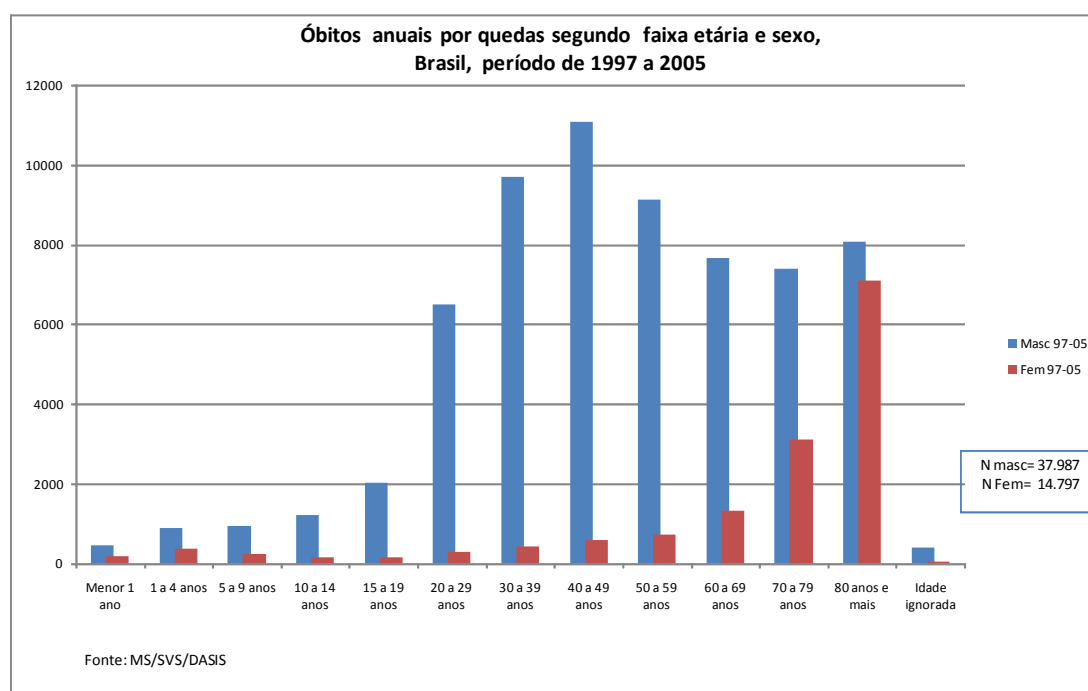
Segundo documento da Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos (AACE),⁴¹ são necessárias estratégias eficazes de prevenção que podem ser implementadas durante o desenvolvimento do esqueleto na infância e adolescência e mais tarde na vida, a fim de minimizar as consequências físicas, sociais e econômicas da

osteoporose. As principais metas dos programas de prevenção são: otimizar o desenvolvimento esquelético e tornar máximo o pico de massa óssea na maturidade esquelética; evitar causas relacionadas à idade e causas secundárias de perda óssea; preservar a integridade estrutural do esqueleto e evitar fraturas.

Em artigo de Dourador,⁴² o maior objetivo da prevenção é minimizar as perdas de massa óssea e evitar as quedas no idoso. Nesta faixa etária, os exercícios melhoram o equilíbrio, o padrão da marcha e as reações de defesa, o que mantém independência e amplia a qualidade de vida, dificultando a ocorrência de quedas, consideradas como a principal causa de morte acidental em indivíduos maiores de 65 anos. A correção de fatores ambientais onde o idoso vive, diminuem o risco de quedas e consequentemente, de fraturas.

Ao se observar o Gráfico 3, evidencia-se que, no Brasil, no período de 1997 a 2005, o número de óbitos por quedas foi significativamente maior em indivíduos do sexo masculino, quando comparados ao sexo feminino. É interessante observar que, após os 50 anos, aumenta-se consideravelmente o número de óbitos em mulheres, quanto mais velhas se tornam, sugerindo sua correlação com a ocorrência de osteoporose, maior nesta faixa etária.

Gráfico 3 - Óbitos por quedas segundo faixa etária e sexo, Brasil, 1997 a 2005.

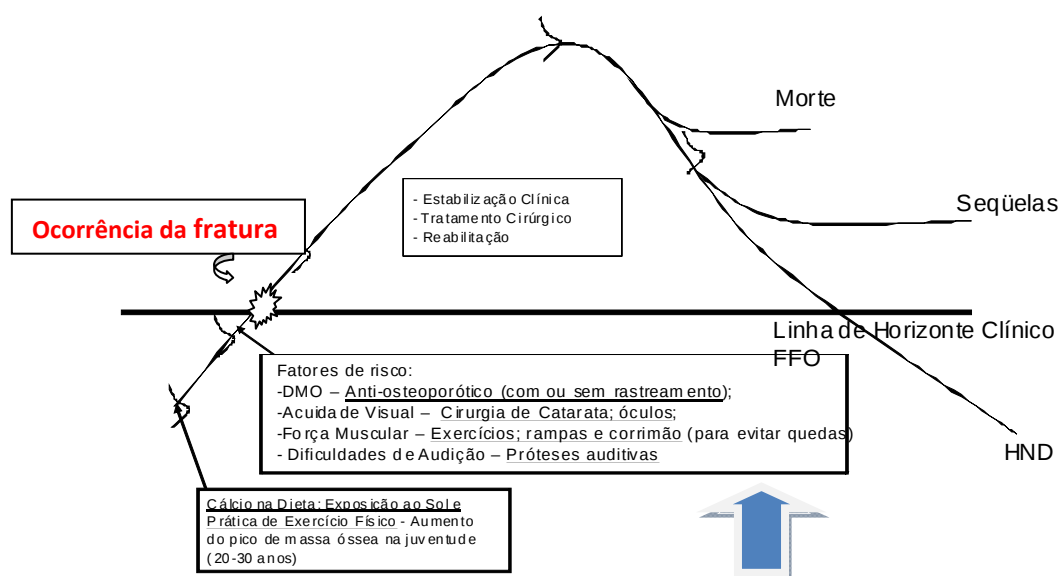


Fonte:MS/SVS/DASIS

Ao longo da história natural da osteoporose, várias intervenções podem ser propostas para prevenção ou diminuição dos danos causados pela mesma. Estas medidas vão desde a promoção da saúde até a fase de reabilitação, passando por todos os níveis de prevenção. A prevenção primária seria aquela voltada a uma população mais jovem e teria como objetivo o aumento do pico de massa óssea até os 30 anos de idade. Dentre estas intervenções, poder-se-ia citar a ingestão de alimentos ricos em cálcio (leite, por exemplo), o aumento à exposição solar, favorecendo a disponibilidade de cálcio e de vitamina D no organismo e a prática de atividade física regular.

O foco do presente trabalho irá abordar a prevenção secundária na população idosa, antes da ocorrência da fratura, conforme a figura abaixo:

Figura 1. Desenho estilizado da História Natural da Osteoporose e ocorrência de fratura decorrente da doença.



Elaborado por MLNS, 2008.

Considerando alguns fatores de risco para a ocorrência de fraturas de fêmur osteoporótica em populações idosas, algumas alternativas atuais, sugeridas pela literatura, podem ser adotadas, visando:

1. Mudar a densidade mineral óssea (DMO).
 - a) detectar grupos com baixa DMO (tecnologias de rastreamento) para administração de anti-osteoporóticos (bifosfonados, cálcio, teriparatida, raloxifeno, ranelato de estrôncio, etc);

b) utilizar suplementação de cálcio sem rastreamento para pacientes de risco;

2. Prevenir quedas em idosos, através de:

- a) medidas de atenção à acuidade visual – intervenções como cirurgia para remoção da catarata ou fornecimento de óculos a idosos necessitados, tratamento adequada aos diabéticos, cuidados com a iluminação e provimento de ambiente doméstico seguro para prevenção de quedas;
- b) problemas auditivos – acesso a otorrinolaringologista com fornecimento de próteses para idosos com dificuldades de audição;
- c) uso de órtese para apoio da deambulação Atividades para melhorar o equilíbrio (fisioterapia, tai-chi-chuan);
- d) uso racional de medicamentos – com observação dos efeitos colaterais e adversos como sonolência e alteração de equilíbrio;
- e) aumento da força muscular dos quadríceps – através do estímulo à prática de exercícios físicos regulares ou programas estruturados para a prática de exercícios para idosos;
- f) melhoria de acesso a espaços públicos como a colocação de rampas e de corrimãos em escadas, rampas de acesso para ônibus, estratégia importante para se diminuir o risco de quedas, porém fora da abrangência da saúde;
- g) conscientização da população, motorista de transportes coletivos e atropelamentos frente às limitação de locomoção e equilíbrio da população idosa, para diminuir os riscos de acidentes;
- h) campanhas educativas voltadas ao idoso, cuidados e familiares quanto à adequação do ambiente doméstico, estímulo à atividades em ambientes externos, e importância do banho de sol.

Estes tópicos serão enfocados no decorrer deste estudo, com base na literatura, que será citada no transcorrer da análise a ser realizada.

II – POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AO IDOSO NO BRASIL

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, disponível no endereço http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm e acessado em 12/06/2008, tem como princípios a atenção à saúde com prioridade à descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, incorporando em sua organização, o princípio da territorialidade, para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde. Isto significa que toda a pessoa tem o direito de ter acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a integralidade da atenção, de acordo com a sua realidade e necessidade de saúde.

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, disponível no endereço <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf> e acessado em 12/06/2008, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996, responsáveis por regulamentar e definir estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do Sistema.

O Programa de Saúde da Família (PSF) teve papel essencial e é voltado à reorganização da prática assistencial, numa política de reordenação do modelo de atenção à saúde, gerando uma nova dinâmica nos serviços de saúde e um vínculo mais direto com a comunidade, a humanização dos serviços e a intersetorialidade, e se tornando uma estratégia e não mais um programa, a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Simultaneamente à regulamentação do SUS, o Brasil tenta se organizar para responder às crescentes demandas relativas ao envelhecimento de sua população.

A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, é voltada a organizar as demandas referentes ao envelhecimento da população - assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (disponível no site http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm e acessado em 12/06/2008).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395, conforme o endereço

www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doc_disponiveis_idoso.pdf, acessado em 12/06/2008, anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, que determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionadas ao tema, promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Essa política assume que, o principal problema para o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas de sua vida cotidiana.

Em 2002, a Portaria nº 702/SAS/MS, citada no endereço <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>, acessado em 12/06/2008, estabelece a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Ainda neste ano, outra Portaria, a nº 249/SAS/MS, cria as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso, como forma de operacionalização da rede de atenção.

Finalmente, em 2003, o Estatuto do Idoso foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República, disponível no endereço www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm, acessado em 12/06/2008. Este foi elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos, visando ampliar a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, porém sem ainda definir os meios para o financiamento das ações nele propostas.

A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social.

Em 2006, a Portaria nº 399/GM/MS, disponível no http://portal.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_espelho_consulta.cfm acessado em 12/06/2008, estabelece o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. A Saúde do idoso é uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, a implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

Ao se considerarem as políticas para o idoso no Brasil, as diretrizes da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, do Ministério da Saúde, preconizou a sistematização, disseminação de informações e necessidade de disponibilizar de forma

ampla, as informações sobre o registro de medicamentos e produtos para a saúde aos diferentes atores envolvidos na gestão de tecnologias. Estas estratégias de comunicação devem considerar o público-alvo em linguagem adequada a cada um deles.

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) disponível no endereço <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>, acessado em 12/06/2008, é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todos os cidadãos brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

Dentro dessa Política, uma de suas diretrizes é promover a divulgação e informação para todos os profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS sobre um envelhecimento ativo e saudável e considera que prevenção e a promoção de saúde não é privilégio apenas dos jovens.

No documento “Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde”,⁸³ a OPAS propõe que:

(...) o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devem implementar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa. Deve-se considerar o cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a eles direcionadas.

Neste, ressalta a importância de

(...) se oferecer serviços de triagem que sejam comprovadamente eficazes e não onerosos a homens e mulheres em processo de envelhecimento e a facilidade ao acesso de idosos de baixa renda a tratamentos eficazes e baratos que reduzam as deficiências (como prótese de quadril, no caso dos osteoporóticos) e a eles prover serviços sociais e de saúde acessíveis, que aborde as necessidades e os direitos de idosos; deve-se reduzir fatores de risco associados às principais doenças e aumentar os fatores que protejam a saúde durante a vida.

O documento salienta a importância de se adotar abordagens baseadas na comunidade, palco para as intervenções, reconhecendo e incorporando crenças e modelos culturais da população envolvida, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis; deve-se estimular programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis em indivíduos idosos; disseminar informação adequada sobre o envelhecimento para os profissionais de saúde e para toda a população, em especial para a população idosa; implementar ações para

reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o auto-cuidado dos usuários do SUS.

O documento sugere, ainda que, em cada etapa da assistência ao indivíduo, os profissionais devem considerar as necessidades e preferências do idoso e de sua família, trocar informações sobre o uso, benefícios e riscos de determinada tecnologia a ser aplicada, levando-se em consideração elementos históricos do paciente, seus recursos individuais e sociais e aqueles da rede de suporte social disponível no local.

O Programa Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa propõe a elaboração de material de divulgação e informativos sobre seu conteúdo, normas técnicas e operacionais, protocolos e manuais de atenção, para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS. As medidas a serem adotadas buscarão:

- a) incluir a PNSPI na agenda de atividades da comunicação social do SUS;
- b) produzir material de divulgação, tais como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos;
- c) promover ações de informação e divulgação da atenção à saúde da pessoa idosa, respeitando as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, aos gestores, aos conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e à comunidade em geral;
- d) apoiar e fortalecer ações inovadoras de informação e divulgação sobre a atenção à saúde da pessoa idosa em diferentes linguagens culturais;
- e) identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em atenção à saúde da pessoa idosa; e
- f) prover apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em atenção à saúde da pessoa idosa.

As dificuldades observadas no planejamento de políticas específicas para idosos demonstram certo preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a este fato. Envelhecer com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, certamente exige promoção da saúde em todas as idades. Muitos idosos brasileiros de menor renda, sem escolaridade, e com seqüelas resultantes de quedas, acidentes do trabalho envelhecem e morrem, sem recursos e sem cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde.

III – ASPECTOS CONCEITUAIS: TECNOLOGIAS EM SAÚDE, DIFUSÃO DE TECNOLOGIA E COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO SUS

De acordo com a Política Nacional de Gestão em Tecnologias em Saúde,⁵⁰ as tecnologias de saúde são definidas como a “aplicação prática e sistemática de conhecimentos científicos voltados às melhorias da saúde da população”. São consideradas tecnologias em saúde: medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte e os programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados sanitários são prestados à população (DECIT, 2008). Estas auxiliam a tomada de decisões na definição de políticas e no planejamento em saúde e melhoria das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde e diminuição das desigualdades sociais.

De acordo com Krauss Silva,⁴³ as tecnologias de saúde possuem um ciclo de vida que corresponde às suas diferentes fases de evolução, desde o seu desenvolvimento, inovação, difusão, incorporação, uso até a obsolescência. Uma política de gestão de tecnologias em saúde pretende abranger todo o ciclo de vida da tecnologia e exige a articulação de um grande número de setores e gestores nos seus processos de decisão.

A trajetória de uma tecnologia não é um fenômeno isolado, pois seu impacto no sistema de saúde é influenciado por uma série de fatores, determinados pela natureza da própria tecnologia ou do problema relevante de outros, pelas ações e interesses dos diversos grupos envolvidos nos processos decisórios.⁴⁴

3.1 Difusão de tecnologias em saúde

O termo “Difusão de tecnologia”, segundo a Política Nacional de Gestão em Tecnologias de Saúde⁵⁰ é uma das etapas de seu ciclo de vida das tecnologias, onde ocorre a sua propagação e divulgação.

De acordo com a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico,⁴⁵ alguns dos fatores que influenciam a incorporação e difusão das tecnologias são: nível de renda, formas de financiamento nos sistemas de saúde, mecanismos de regulação, cultura em geral e cultura política e organizacional.

Para uma boa difusão de tecnologia, é necessário o desenvolvimento de processos e métodos de coleta de dados, análise e organização de resultados, permitindo um aprimoramento na gestão, disseminação das informações e uma avaliação dinâmica do processo. É importante desenvolver indicadores para monitorar a difusão de uma tecnologia entre os profissionais de saúde, usuários do sistema, provedores e população idosa.

De acordo com Krauss Silva,²⁷⁻⁴³ fatores políticos e operacionais podem dificultar a utilização e difusão de tecnologias, tais como: a qualidade metodológica de uma Avaliação Tecnológica de Saúde (ATS) (desde a adequação metodológica da evidência científica utilizada na tomada de decisão, limitação de estudos de boa qualidade, até o tamanho e seleção de amostras de pacientes para os estudos), e as preferências da sociedade em relação aos estados de saúde ao se utilizar ou não uma determinada tecnologia, a equidade/aceso/utilização de tecnologia/qualidade de serviços de saúde recebidos, sendo provável que, onde haja oferta de serviços não satisfatória, é provável que haja o comprometimento de sua efetividade ou do programa onde está inserida.

Segundo a autora, uma dificuldade observada na implementação e difusão de tecnologias é a dificuldade de acesso dos médicos à linguagem utilizada pelos pesquisadores, o que permite enfatizar a necessidade de elaboração de sumários executivos adequados a cada tipo de leitor, gestor, clínicos, pacientes, mídia e população. Objetivos não similares podem gerar desentendimentos entre pesquisadores e tomadores de decisão e sobre como é difícil recomendar ações pouco populares para os profissionais de saúde e população. Outras barreiras para uma boa difusão são a falta de recursos e de flexibilidade no orçamento disponível para a implementação ou difusão da tecnologia.

O fato das ATS serem, na maior parte das vezes, realizadas no exterior, contemplando populações diferentes do ponto de vista genético, demográfico e cultural em relação à população brasileira, pode afetar a validade e transferência de resultados e aspectos como acurácia, eficácia, adesão, aderência, continuidade do cuidado e suporte social, principalmente em doenças crônicas como a Osteoporose. Isto deve ser considerado ao tratar-se de difusão de informação para o idoso.

Segundo Novaes,⁴⁶ o processo de disseminação de tecnologias aprovadas nos sistemas de saúde é distinto no que se refere à rapidez, intensidade e ampliação do uso. Os fatores que influenciam a velocidade de disseminação incluem: o tipo de tecnologia,

especialidade a qual está associada, características das políticas e dos sistemas de saúde e cultura do país, o que está vinculado à questão de recursos, associados à persistência de iniquidades no acesso, utilização e resultados das tecnologias. Ainda segundo a mesma autora, na literatura, os autores que estudam ATS, têm citado a necessidade, dentre outras coisas, de haver novas formas de articulação entre as dimensões técnicas e políticas da atenção à saúde, com a participação de gestores, profissionais e a população, em todos os níveis, nas decisões de incorporação e utilização de tecnologias.

A difusão de uma tecnologia pode ser dividida em duas fases: a primeira, fase de adoção, requer uma interação entre produtores, governos e organizações de usuários. Quando esta fase é terminada, o uso da tecnologia depende da interação entre usuários profissionais e pacientes.

Geralmente, a difusão de uma tecnologia se dirige a grupos relevantes, por exemplo: tomadores de decisão na administração em saúde, políticos (locais, regionais e nacionais), hospitais, médicos e provedores de serviços de saúde, população em geral, pacientes e indústria farmacêutica. Os variados públicos acabam determinando os diferentes sistemas de informação para difusão destas tecnologias, bem como demandam uso de linguagens específicas para tal.

O conhecimento sobre as tecnologias efetivas e seguras na atenção à saúde deve ser disseminado de forma contínua e transparente aos profissionais de saúde e à população. Conhecendo-se as características, necessidades e preferências da população, a busca por uma comunicação adequada, poderá afetar o impacto de uma tecnologia de diagnóstico ou de prevenção, mesmo que já incorporada nos serviços de saúde.

De acordo com Teixeira,⁷⁸ as ações de promoção à saúde estão associadas ao desenvolvimento de tecnologias e, no futuro, haverá uma maior conscientização sobre a importância da pesquisa e práticas de prevenção para a saúde, o que deverá ser respondido por interações entre a universidade, ensino, pesquisa e extensão voltados ao idoso, estimulando a criação de alternativas inovadoras de produção de conhecimento, formação e aperfeiçoamento de profissionais e prestação de serviços. Para oferecer respostas aos problemas decorrentes da saúde desta faixa etária, novas tecnologias deverão estar disponíveis e, para sua difusão, necessitam de “métodos, técnicas e instrumentos de comunicação social e *marketing* sanitário, para obterem as mudanças desejáveis nas políticas públicas, nas condições e modo de vida dos idosos expostos a riscos e alterações nas relações de poder”.

O emponderamento de grupos sociais específicos e sua mobilização servirá para fazer valer os direitos de cidadania bem como de conectar pessoas e grupos com problemas e preocupações. A autora ressalta a idéia de que sociabilizar conhecimentos sobre estratégias e práticas de promoção da saúde e qualidade de vida terá como consequência, a formação de novos sujeitos das práticas de saúde, para além do Estado. Ao mesmo tempo, as comunicações favorecerão a interligação entre grupos com ideais, modo de vida e busca de solução para problemas comuns.

3.2 Comunicação e informação em saúde no SUS

Segundo Dellamea,⁴⁷ um objetivo central para o exercício da comunicação em geral e da comunicação de temas de saúde em particular, é a utilização de todos os modos ao alcance, para garantir o cumprimento de um direito fundamental do homem e do cidadão, de ter acesso à informação suficiente em quantidade, qualidade, relevância e atualização.

Segundo um artigo que versa sobre o partilhar do conhecimento, da Fundação de Pesquisa para os Serviços de Saúde do Canadá (CHSFR),⁵⁸ a comunicação pode ser uma estratégia eficaz para se incentivar os investigadores, tomadores de decisão política e os prestadores de serviços a trabalharem juntos para criar novos conhecimentos e colocação em prática de novas e promissoras descobertas no partilhar de novos conhecimentos.

Uma coletânea sobre Comunicação e Informação em Saúde do Ministério da Saúde,⁴⁸ relata que, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, no início das discussões sobre a criação do SUS, foi ressaltada a necessidade de fortalecimento da comunicação com o objetivo de se democratizar o acesso às informações em saúde a todos os indivíduos e contribuir para o exercício do controle social, oferecendo ferramentas para que a população pudesse participar efetivamente do planejamento e da fiscalização das políticas públicas de saúde. Durante a 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003, com mais de 4000 cidadãos participantes, discutiu-se a necessidade do Conselho Nacional de Saúde definir estratégias para elaboração e implementação de políticas articuladas de comunicação e informação em saúde para uma maior visibilidade às diretrizes do SUS, à política de saúde, às ações e à utilização de recursos, no sentido de fortalecer a participação e o controle social.

Tendo por objetivo contribuir na formulação da Política Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde, e para cumprir as deliberações para o exercício do controle social da 12ª Conferência Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2005, reativou a Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde (CICIS). Esta comissão busca democratizar as informações e ampliar a participação da sociedade na definição dessa política.

Dentre outras atividades, esta comissão realizou, em 2005, encontros regionais e nacional, onde foram deliberadas propostas para elaboração e execução de uma Política Nacional para comunicação, informação e informática nos conselhos de saúde, para práticas mais efetivas e uma visão ampliada de saúde e com as propostas de descentralização, participação e controle social e incentivo ao debate sobre comunicação e informação em saúde nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Essa construção coletiva de propostas tem mobilizado os conselheiros estaduais, municipais e nacionais de saúde em torno do chamado Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde. Este Pacto objetiva compromissos políticos e responsabilidades definidas entre sujeitos sociais em torno de uma agenda de consenso, estabelecendo estratégias de comunicação institucional para o fortalecimento do SUS e o controle social, a fim de permitir o acesso e a socialização das informações. Para tal, é essencial o compromisso dos conselhos municipais, estaduais e nacional, além dos respectivos movimentos representados nestes conselhos. Para a efetivação do Pacto será necessário cumprir alguns critérios como o respeito à diversidade regional e à simplicidade da linguagem nas informações prestadas tanto ao conselheiro como à sociedade. Para garantir o acesso aos serviços e insumos de saúde de forma integral e digna, a informação dos direitos e deveres e ações efetivadas pelo SUS, devem ser divulgadas ao conselheiro e à sociedade. Somente assim, teremos a certeza da ampliação e descentralização das informações e da efetiva participação da sociedade. Melhorar a qualidade dos serviços e ações de saúde, bem como da própria comunicação e informação em saúde é uma das principais metas.

Na mesma coletânea sobre comunicação em saúde, num dos artigos, Moraes⁴⁹ relata a luta pela igualdade nas condições de saúde do Brasil, onde se ressaltam o resultado das forças políticas em disputas por seus interesses na sociedade e onde melhores indicadores de saúde são conseqüentes à força e vontade política de seus governantes, pois a maior ou menor ‘participação’ dessas forças que defendem a saúde do conjunto da população (e não de parcelas), vão influenciar diretamente as ‘decisões

dos governantes'. Essa tensão de interesses é que irá gerar a definição das políticas de saúde, dentre outras. Neste jogo de interesses, o poder e o saber (apropriação do conhecimento) pertencem ao mesmo lado, pois a força política está diretamente relacionada à apropriação do conhecimento e informação para se melhor argumentar em espaços conquistados de participação. Não é apenas ter acesso, mas se apropriar de todo o potencial informativo relacionado a uma determinada informação, de seu significado e importância de um determinado argumento (embasado em conhecimento e informação) para o objetivo que se pretende.

Segundo a autora,⁴⁹ para tal, torna-se necessária uma agenda para proporcionar: o acesso contínuo da população sobre o processo saúde/doença/cuidado; estabelecer mecanismos que facilitem a compreensão do significado das informações disponibilizadas bem como de limitações de como foram produzidas e disseminadas; apropriar as informações, em linguagem adequada para o entendimento da população sobre os condicionantes e determinantes que interferem na saúde da população em seu local de trabalho e moradia; a efetiva participação dos conselheiros de saúde, principalmente os que representam os usuários, nos espaços que definem a Política de Informação e Informática em Saúde, direcionando-a para que seja cada vez mais democratizada e voltada para atender aos interesses da população e da gestão qualificada do SUS e não aos interesses privados de empresas. Deste modo, conclui-se que a democratização e a qualidade da informação em saúde são estratégias para se intervir de forma mais contundente no mundo em que está inserido.

O exercício do controle social pode ser obtido a partir da apropriação do conhecimento, através da informação e da inter-relação de indicadores sociais, econômicos e sanitários, para melhor intervir, reivindicando melhorias na condição de vida e de saúde da população.

Nos Conselhos de Saúde, há uma proposta denominada "Fique atento", onde, há uma Agenda Nacional (discussão de temas relevantes nacionais e busca de soluções pelos Conselhos de saúde) e uma Agenda regional (debate de temas relevantes regionais com reivindicações), onde serão debatidos assuntos locais e nacionais, frente às desigualdades sociais e sanitárias observadas por região do país.

Ainda, segundo Moraes,⁴⁹ para a emancipação e apropriação do saber/poder por parte da população e seus representantes, é fundamental o debate democrático sobre a produção, a disseminação e o uso das informações em saúde e suas tecnologias. Deste modo, segundo a autora, é falsa a imagem de que só os técnicos especialistas sabem e

podem decidir sobre a Informação em Saúde e as tecnologias a ela associadas, pois a população e os conselhos de saúde podem se apropriar, intervir e participar mais concretamente na gestão de poder de decisão de questões relacionadas à saúde.

Segundo Dellamea,⁴⁷ um objetivo central para o exercício da comunicação em geral e da comunicação de temas de saúde em particular, é a utilização de todos os modos ao alcance para garantir o cumprimento de um direito fundamental do homem e do cidadão de acesso a informação suficiente em quantidade, qualidade, relevância e atualização. De acordo com Janine Cardoso,⁴⁸ em outro artigo da referida coletânea denominado “Comunicação e saúde: desafios para fortalecer o SUS, ampliar a participação e o controle social”, a comunicação tem tido importância cada vez maior na sociedade contemporânea, face o desenvolvimento cada vez maior de tecnologias de informação e comunicação (o rádio, o telefone, a televisão vídeo, computador, DVD, celular, internet e interação entre estas mídias). Este fato aumenta o poder da comunicação como atividade econômica e influencia a seleção da agenda política. No entanto, na saúde, se considera que a comunicação é apenas a ação de transmitir informações ou de idéias de um pólo emissor para um pólo receptor.

Neste sentido, a utilização de linguagem e veículos adequados para assegurar o sucesso da comunicação são ressaltados, mas esta idéia considera a comunicação como um instrumento, um conjunto de meios e veículos que levam uma mensagem pronta e acabada; não se importa com o contexto da comunicação e os processos, ambiente ou situações envolvidos e o que significam as informações frente aos acontecimentos vividos por estas pessoas; não considera as desigualdades, as diferentes realidades e interesses sociais e por isso transforma qualquer discordância, resistência ou dificuldade em falta de informação ou ruído de comunicação. Apesar de ser uma visão que parece ser técnica, neutra e sem objetivos políticos, é a visão daqueles que podem falar e difundir suas idéias, priorizando deste modo, seus objetivos e interesses, o que pode ser excludente e concentrado em poucos indivíduos.

No campo da Comunicação para a Educação em Saúde, deve-se lembrar que a Educação é o ato de comunicar, socializar conhecimentos, atitudes, posturas, valores que o outro se aproprie disto e se transforme. De acordo com Donato,⁵¹ no caso da saúde não é saber quais doenças existem, mas que condições na vida vão possibilitar uma vida mais saudável ou uma vida mais doentia e que, depois do conhecimento deste fato, conseguir intervir nele, de alguma forma. Para a comunicação, torna-se essencial conhecer a vida, o cotidiano o que a população pensa, o que sente, como interpreta esta

vida, qual sua história e seus valores. Entender menos de meios de comunicação e formas de linguagem e mais daqueles com os quais queremos nos comunicar, pois os meios e a linguagem são decorrentes desse conhecimento. Ainda, segundo o mesmo autor,⁵¹ o ponto de partida é considerar as experiências cotidianas que essas pessoas têm, o que lhes é importante e tem sentido para suas vidas, sempre em busca de suas necessidades e preferências.

Ainda na referida coletânea,⁴⁸ as propostas de avanço do SUS no que dizem respeito à descentralização e controle social, envolvem outro modelo de comunicação, com práticas voltadas a uma visão ampla da saúde e reconhecendo que outros atores e interesses participam da saúde, além das autoridades sanitárias. A municipalização, a descentralização, a criação dos conselhos e as conferências de saúde, fortalecem e são fortalecidos por este processo, pois são espaços onde esses diferentes interesses e necessidades são discutidas e deliberadas. A participação popular é fundamental no processo de democratização do Estado e o tema comunicação tem relação próxima com o controle social, pois incentiva a esta participação; desta forma, busca-se uma comunicação que reconheça e expresse as diferentes realidades de saúde existentes no país. O fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), da participação e do controle social precisa de novas formas de fazer e de entender a comunicação.

A referida coletânea⁴⁸ relaciona as principais propostas relacionadas à comunicação em saúde, fortalecimento do SUS e participação social, frutos de debates de esferas municipais, estaduais e nacional nas 8ª à 12ª Conferência Nacional de Saúde:

- democratizar a comunicação com a sociedade, garantindo maior visibilidade ao direito à saúde, aos princípios do SUS, às políticas e aos orçamentos da saúde, visando ampliar a participação e o controle social;
- respeitar as diversas características regionais, culturais, étnicas, tecnológicas (possibilidades de acesso), para se buscar a universalidade, pluralidade de expressão e a imparcialidade da comunicação;
- divulgar permanentemente informações sobre as ações de promoção, sobre os serviços de prevenção e assistência do SUS e informações epidemiológicas de interesse para a população;
- democratizar as informações científicas e epidemiológicas, através da ampla divulgação dos conhecimentos, programas e projetos da comunidade científica para a saúde individual e coletiva, estimulando a discussão crítica e pública da ciência, tecnologia e saúde;
- garantir o acesso às informações e espaços de discussão nos serviços e ações de saúde;

- considerar as necessidades dos portadores de deficiências, desenvolvendo estratégias de comunicação específicas;
- os planos e ações de comunicação devem ser aprovados nas instâncias do SUS, com objetivos, orçamentos e formas de avaliação claramente definidos”.

Para tal, teremos como desafio na comunicação do SUS:

- reforçar aspectos fundamentais da comunicação como considerar os contextos, as situações concretas onde a comunicação acontece, a história de vida, interesse, preocupações, disposições e indisposições das pessoas reais que dela participam, pois estes são relacionados aos princípios do SUS, a descentralização, municipalização, humanização da atenção. Comunicar não é apenas passar uma informação, é um processo social mais complexo, que envolve relações entre pessoas e grupos, identidades, projetos, diferenças de saber e poder. É necessário se considerar com outros modelos que sejam representativos dos muitos discursos existentes na sociedade e considerem a força dos contextos nos processos de comunicação.

As campanhas são necessárias, porém fornecem resultados limitados e pontuais, quando na realidade, a saúde necessita de atividades e vínculos permanentes entre profissionais, serviços e usuários. Para tal, é necessário tempo e disponibilidade para conhecer, ouvir e dialogar com necessidades e expectativas da população.

- realizar uma comunicação no SUS mais descentralizada, inclusiva e plural, na atenção básica ou especializada, na prevenção, promoção da saúde, no consultório, na visita domiciliar, na reunião de equipe, nos encontros comunitários, conselhos de saúde, por todos os profissionais, conselheiros e usuários. O tema Comunicação não deve ser visto apenas por comunicadores, mas também pelos profissionais de saúde, enfermeiros, médicos, agentes, profissionais de educação e informação, focando a sua atenção no usuário, de forma integral e multiprofissional, para compartilhar o poder de falar de modo oral ou através de vídeos, folhetos impressos, rádio, internet, através de planos locais de comunicação com orçamento, equipe e infra-estrutura.
- mais espaço para a saúde na mídia – quer seja nos temas de promoção da saúde e prevenção de doenças, como divulgação do SUS, na discussão de temas de

interesse para a sociedade, no controle social, com estratégias de aproximação e esclarecimento; propostas de parceria com universidades, ONGs, entidades e rádios comunitárias para vencer as limitações técnicas; ampliar a democratização dos meios de comunicação e uma maior articulação dos conselhos de saúde; capacitação dos conselheiros de saúde com o Ministério Público, instâncias de defesa do consumidor e de defesa da cidadania plena. Outra estratégia é fortalecer o potencial de comunicação das rádios e TVs comunitárias, através de parcerias com universidades e entidades.

De acordo com o Fórum de Reforma Sanitária Brasileira, realizado em 2006, há necessidade de serem construídos canais de interação com a mídia para a divulgação de uma visão mais ampla de saúde e convoca gestores e parlamentares a criarem espaços de debates para novas possibilidades de comunicação. Os profissionais de saúde com experiência e domínio técnico podem e devem exercer uma mediação estratégica, atuando no limiar entre instituições, entidades, movimentos de saúde e a mídia:

- facilitar e democratizar o acesso às tecnologias de comunicação - a dificuldade de acesso a novas e velhas tecnologias de informação restringem a comunicação, dificultando a inclusão digital e aumentando as desigualdades sociais; facilitar a abertura de canais em rede que facilitem a circulação de informações e propiciem o debate de idéias e projetos, de forma transparente com a participação de diferentes setores que podem influenciar as decisões políticas; mais canais, maior diversidade na programação, regionalizar a produção, proporcionar mais opções de escolha nos programas gratuitos; exercitar a intersetorialidade da saúde, através das canais de comunicação mais próximos das áreas de cultura, arte e gestão.
- investir em pesquisa e ensino.

Principalmente na formação de profissionais que atendam às necessidades da população e não só as do mercado, de uma maneira mais integral, humanizada e participativa, princípios fundamentais do SUS. Deste modo, há necessidade de um amplo investimento em pesquisa, formação e capacitação, aproximando-se de outras áreas que permeiam o processo de saúde, como a educação e antropologia, dentre outros.

O Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde nos mostra alguns caminhos a seguir:

Articular com as faculdades de comunicação social a implementação e linhas de pesquisa em comunicação e saúde e a criação de cursos de extensão sobre comunicação para profissionais e estudantes da área da saúde.

Articular com as faculdades de saúde pública e de ciências da saúde, faculdades de medicina e escolas de enfermagem do Brasil, a criação, ao longo dos próximos 4 anos, de cursos de extensão sobre saúde pública para estudantes de comunicação, profissionais de imprensa, comunidades e movimentos populares

Comunicar não é mão única (como a reza de um terço), pois a população também quer e necessita participar, ser ouvida e o tipo de comunicação tradicional não serve, comunicar e educar é “chegar junto, trazer as pessoas para perto de nós”, considerando as grandes diferenças de saber e poder entre os diferentes indivíduos e garantindo o acesso a informações claras e confiáveis. Mas também é preciso práticas e relações nas quais os participantes, mesmo diferentes, possam falar e ouvir, mudar ou acrescentar, produzindo algo que seja comum a todos. Recuperar a comunicação com disposição para o diálogo e consideração de diferenças e proposições para busca de soluções devem ser o objetivo para a superação de obstáculos nas questões relativas à saúde no país.

3.3 Difusão x Divulgação x Disseminação de Informação sobre tecnologias de saúde

Ao se buscar a literatura pertinente a estes termos, pode-se perceber a evidente polêmica gerada pelos termos difusão, divulgação científica, difusão de inovações, difusão tecnológica, divulgação científica, sendo relacionados, abaixo, alguns destes conceitos, sob o ponto de vista de diferentes autores:

Segundo Silverberg,⁵² o processo de difusão de inovações é ativo, pois estas não se difundem sem que haja o esforço de quem as adota. Já para vários autores, difusão é colocar o conhecimento em ação. Para Dozet,⁵³ a difusão de tecnologia é um processo de fundamental importância para o desenvolvimento de benefícios e custos nos cuidados à saúde.

De acordo com Bizzo,⁵⁴ a difusão científica vem sendo apontada como instrumento, e mesmo como movimento social capaz de intermediar o fortalecimento da cidadania e a melhoria da saúde de populações. Para Reis,⁵⁵ a divulgação científica tem como propósito levar ao grande público, além da notícia e interpretação dos progressos

que a pesquisa vai realizando, as observações que procuram familiarizar esse público com a natureza do trabalho da ciência e a vida dos cientistas.

No documento do Conass,⁵⁶ difusão tecnológica, significa o progresso de uma inovação tecnológica em um dado sistema social durante um período particular de tempo, que, no caso das tecnologias de saúde, é a prática médica e dos serviços de saúde. Esse processo compreende uma série de estágios, incluindo a adoção e uso de novas tecnologias.

Segundo Guldbrandsson,⁵⁷ nos processos de difusão de tecnologias, a informação está disponível, mas não há uma comunicação intencional para sua difusão. Já na disseminação há necessidade de recursos para disseminar a informação sobre uma dada tecnologia.

O conceito a ser adotado e que irá embasar este estudo é o de Difusão como “propagação, divulgação de informação”, conforme citado no Dicionário da Língua Portuguesa, de Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, mais próximo ao de difusão como propagação, divulgação de uma determinada tecnologia, de acordo com a Política Nacional de Gestão em Tecnologias de Saúde do Ministério da Saúde.

Segundo a “*Communication Notes*” da Fundação de Pesquisa para os Serviços de Saúde do Canadá (CHSFR),⁶¹ disponível *on line*, no desenvolvimento de um plano de disseminação ou difusão, sob o ponto de vista da comunicação, alguns aspectos críticos, dentre outros, devem ser considerados:

- a) O que sua pesquisa irá mudar? A quem interessam os resultados dela? Deve-se esboçar resumidamente o projeto de pesquisa e seus objetivos, relatando como irá abordar o contexto ou os desafios identificados
- b) Divulgação de metas – saber o que se espera conseguir através desta divulgação. O objetivo a ser atingido pode ser de longo prazo, tais como uma mudança na política, nas práticas da população ou até mesmo na cultura, devendo-se planejá-las a curto, médio e longo prazo
- c) Público-alvo – Quem são as pessoas que poderão utilizar esta informação e que se pretende atingir nesta difusão? Os públicos podem ser divididos em primário e secundário e a alocação de recursos pode ser feita de acordo com este critério.
- d) Mensagens principais – Na primeira etapa de um plano de divulgação deve-se planejar o conteúdo global da mensagem, considerando que mensagens eficazes explicam os resultados da pesquisa e sua importância prática na vivência diária. As mensagens não são apenas um resumo dos resultados. Observe o contexto

mais amplo se for o caso e utilize mensagens claras, simples e orientadas para a ação. O estilo e conteúdo devem ser adaptados a cada público. As mensagens devem ser baseadas naquilo que o público quer saber, e não sobre o que emissor acha que eles deveriam ouvir. É tarefa difícil fazer as pessoas aceitarem os resultados de uma pesquisa ou englobar novas teorias inovadoras.

Segundo artigo de Fullilove e colaboradores,⁵⁹ é importante adaptar as estratégias de difusão de acordo com o público, bem como a aplicação de métodos inovadores voltados à aceitação de novas idéias. A realidade e as percepções populares são moldadas por experiências do passado, sendo difícil para estas pessoas receber informações que não se encaixam com seu conhecimento vivenciado e com suas crenças. Novas idéias que ameaçam o *status quo* são frequentemente recebidas com resistência – isto, apesar de muitas vezes as pessoas não compreenderem o motivo pelos quais se apegam a certas crenças, mesmo quando existem elementos de prova em contrário. Para levar as pessoas a mudarem sua maneira de pensar, há necessidade de lhes ser mostrado algo que suas crenças não podem explicar, como novas pesquisas e teorias e que levam a preencher este vazio em seu conhecimento. Um exemplo citado pelo autor mostra que, a abordagem convencional de comunicar a informação tem maiores chances de ser bem sucedida se um público particular já está aberto para recebê-la e, segundo, considerar que comunicar os resultados de pesquisa muitas vezes exige uma combinação de estratégias de difusão. Além de métodos de difusão mais óbvios, no entanto, muitas vezes torna-se necessário recorrer-se a estratégias atípicas quando se transmite informações conflitantes ou capazes de induzir resistência em sua aceitação. Quando se divulgam novos dados e teorias, há necessidade uma abordagem inovadora para se levar pessoas a aceitarem os resultados da pesquisa ou de novas teorias. Segundo o autor, divulgar novos conhecimentos para o público e incentivar a aceitação geral, exige uma variedade de métodos deverão ser utilizados e adaptados para uma audiência. Os métodos tradicionais funcionam melhor quando a informação a ser difundida se ajusta ao pensamento dominante. No entanto, embora estas estratégias sejam muitas vezes mais fácil de aplicar, não são necessariamente as mais eficazes quando se divulga novas informações sobre saúde ou de outros conhecimentos que possam gerar resistência em sua aceitação. Nestes casos, o desenvolvimento de novas e inovadoras estratégias é vital para difundir uma nova informação, especialmente quando se contesta o *status quo*.

Tomando-se como exemplo, um artigo de Gomes⁶⁰ em relação às recomendações profissionais sobre o hábito de ingestão de frutas, legumes e verduras na alimentação diária, recomendações e prescrições de metas à população, muitas vezes, são apenas baseadas em indicadores técnico-científicos, ignorando processos sócio-construtivos dos riscos que envolvem valores, percepções e experiências. Dessa forma, uma política de alimentação saudável pode ter dificuldades em seu avanço por este motivo. Na difusão de informação, quando uma nova recomendação é anunciada, mesmo existindo credibilidade e confiança na instituição ou fonte de informação responsável pela mesma, haverá, certa resistência em aceitá-la, no sentido de colocá-la em prática, principalmente se isto exigir uma mudança de comportamento que aflige valores e experiências anteriores. Por essa razão, a simples indicação sobre o que se deve fazer não tem valor para o leigo, que não a obedece, se esta não tiver significado e valor para ele, o que pode ocorrer, devido a uma não efetiva construção sócio-cultural do risco que envolve esta situação para ele.

Deste modo, na difusão de informação, devem ser consideradas as várias barreiras que podem interferir numa mudança de comportamento, tais como: a construção social do risco em não se aderir e mudar o comportamento da população, o porquê da não adesão aos apelos pela mudança, e porque não a população não muda, o que distancia o conhecimento das ações esperadas? Será que as preocupações sanitárias e da população são as mesmas? O que deve ser motivo de preocupação, qual a meta a ser atingida? Quem deseja atingir esta meta, os profissionais de saúde ou a população? Quais são os riscos em não se atingir esta proposta? Esses riscos podem ser questionados ou ignorados pela população se não forem consideradas suas experiências de vida relacionadas à causa dos danos e a magnitude dos danos vivenciados. Por exemplo, para a população brasileira, muitas vezes, a memória dos fatos e vivências está mais centrada na provisão de alimentos, no ato de se ter o que comer do que na qualidade do alimento que se ingere, tendo em vista sua vivência de fome, decorrida em função de aspectos sociais do passado; visão esta que não é centrada no futuro, como é o caso do profissional de saúde, que desenvolve atividades sob a perspectiva da visão preventiva de doenças, baseadas no futuro dos acontecimentos. O saber popular, resultado de sua vivência e crenças muitas vezes se confrontam com o saber técnico do profissional, que raciocina e se apropria da idéia de que o saber da população é insuficiente, frente ao seu, quando, na realidade, é apenas diferente em sua origem e concepção. Esta reflexão demonstra o longo percurso desde que uma recomendação ou

informação é dada, até a sua concretização comportamental e consolidação social, ressaltando que, por mais que haja sustentação técnico-científica que comprove os riscos ou a proteção contra a inserção de determinadas recomendações, só passará a ser um risco para a população, quando tiver passado por sua construção social.

IV - ASPECTOS METODOLÓGICOS

Inicialmente foi realizado um levantamento referente a aspectos de normatização e execução programada de ações voltadas à saúde da pessoa idosa no Brasil junto ao órgão governamental responsável pelas políticas públicas, o Ministério da Saúde; foram descritas a evolução e situação atual destas atividades no país bem como planejamento referente a um programa específico direcionado à osteoporose em idosos. Nos Estados e municípios do país, apesar de poucas publicações voltadas à prevenção de osteoporose, não foi localizado nenhum material sobre prevenção de fraturas osteoporóticas dirigido diretamente ao idoso, provavelmente por ser, o Programa de Saúde do Idoso, um processo novo e em implementação nestes locais.

Neste estudo, foram pesquisados, em revistas de associações e fundações que tem como objeto de foco, o idoso e sua saúde, bem como medidas relacionadas à prevenção de osteoporose; algumas publicações especializadas, artigos de comunicação em saúde, sites especializados, sites de comunicação científica, leitura de estratégias e atividades realizadas por agências de ATS, países, programas de governo do Brasil ou exterior, voltados à população idosa com osteoporose, visando levantar as estratégias por eles utilizadas, para difusão de informações sobre tecnologias usadas para a prevenção da fratura osteoporótica em idosos.

Para identificar e analisar as Estratégias de Comunicação utilizadas na difusão de tecnologias de prevenção secundária às fraturas osteoporóticas disponíveis no SUS (grafados em azul no gráfico estilizado da História Natural da Doença), no INTO/Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia e nas Secretarias Estaduais de Saúde, onde estivessem disponíveis, realizou-se um levantamento de estratégias de comunicação utilizadas por estes locais (quadro 13) determinou-se que a estratégia de comunicação a ser analisada seria a de materiais publicados num determinado período sobre o tema idoso pelo Ministério da Saúde e INTO, versando sobre o tema, de forma direta ou indireta.

Assim sendo, foram selecionados os materiais publicados pelo Ministério da Saúde e INTO, no período de 1999 a 2008, materiais estes que cumpriam determinados critérios de inclusão e exclusão, definidos, a seguir, no presente estudo(Quadro 1).

Tais materiais foram analisados utilizando-se a técnica de Análise de Conteúdo com metodologia descrita neste estudo.

Em seguida, elaboraram-se considerações, sugestões e propostas referentes ao material analisado, voltados a aprimorar a difusão de informação de tecnologias de prevenção secundária às fraturas osteoporóticas disponíveis no SUS e no INTO.

Quadro 1 – Levantamento de estratégias de comunicação utilizadas neste estudo.

Experiência	Instituição	População	Intervenções	Material disponível para difusão de Informação
No SUS	SUS/Brasil e Iniciativas e propostas das Secretarias de Saúde	População idosa usuária do SUS passível de ter osteoporose ou fratura de fêmur osteoporótica instalada	<i>Screening</i> (procedimentos diagnósticos e terapêuticos)	Material educativo e estratégias de comunicação referentes às medidas de prevenção utilizadas (<i>screening</i> e prevenção de quedas).
No INTO/RJ/MS	INTO/Instituto Nacional de traumatologia e Ortopedia do Rio de Janeiro	População idosa que sofreu fratura de fêmur osteoporótica	Tratamento cirúrgico das fraturas de fêmur osteoporóticas e reabilitação	Material educativo e estratégias de comunicação disponíveis no INTO para prevenção de FFOs
Em outros países, relacionadas ao tema (apenas para conhecimento geral)	Várias	População idosa em geral, pacientes ou assintomáticos	Medidas para prevenção de quedas e, se possível, após fratura	Levantamento de material e mídia utilizada

Fonte: Elaborado por Maria de Lourdes Simões Arsky, outubro de 2008.

4.1 Descrição dos percursos metodológicos utilizados

4.1.1 Levantamento de dados

Conforme citado anteriormente, o presente estudo tem como objetivo analisar o conteúdo das publicações impressas e disponíveis online, produzidas pelo Ministério da Saúde sobre o tema IDOSOS, com sub-temas relacionados de forma direta ou indireta à OSTEOPOROSE e medidas de prevenção da doença. Com isto, avaliamos o que tem sido publicado pelo Ministério da Saúde no que se refere ao tema em questão, no período de 1999 a 2008, elaborados especificamente para o público IDOSO.

Inicialmente, durante a busca e o levantamento, já foram excluídos todo o material relacionado à questão de “vacinação do idoso”, “doença de Alzheimer”, “hipertensão”, “diabetes”, “saúde bucal”, “estado e incapacidade funcional”, “doença mental” e outros agravos sem correlação com o tema “Osteoporose”, de forma direta ou indireta.

Deste modo, para o levantamento das publicações foram realizadas buscas ativa e eletrônica para levantamento do material no momento da pré-análise do material a ser escolhido, da seguinte forma:

- realização de busca ativa no Ministério da Saúde, especificamente na Secretaria de Atenção à Saúde, no DAPE - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, área técnica de Saúde do Idoso, dos documentos específicos lançados pelo Ministério da Saúde, no período de 1999 a 2008;
- busca ativa no Ministério da Saúde na Assessoria de Comunicação (Ascom);
- busca ativa no Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde;
- busca eletrônica no *site* do Ministério da Saúde, na Biblioteca Virtual de Saúde (www.saude.gov.br/bvs), na editora do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br/editora), para o levantamento de todas as publicações a respeito do tema escolhido;
- busca eletrônica no *site* do Ministério da Saúde em programas específicos, tais como na área de Saúde do Idoso/SAS (http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=153), no Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) (www.saude.gov.br/dab), no Conass - Conselho Nacional de Secretários

Estaduais de Saúde, coleção progestores (www.saude.gov.br/dab_progestores), na Assistência Farmacêutica (http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25315).

- busca eletrônica, através de envio de *e-mail* à área de Comunicação Externa, do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) , hospital da Rede Pública Federal (www.into.saude.gov.br) para levantamento de material informativo sobre o tema OSTEOPOROSE e fraturas de fêmur em Idosos;
- busca ativa na Secretaria de Saúde, área técnica de Saúde do Idoso, no Governo do Distrito Federal, sobre material educativo sobre Idosos, principalmente no tema prevenção de Osteoporose, prevenção de quedas e vida saudável (www.saude.gdf.gov.br).

4.2 Dados utilizados

Um levantamento prévio realizado junto ao Ministério da Saúde, dentro do período especificado pelo estudo, identificou diversas formas de publicação com o tema “idoso”: cadernos, guias, cartilhas, revistas, protocolos clínicos, informes periódicos impressos e eletrônicos, dicas de especialistas, notícias, legislação. O público alvo destas publicações foram os profissionais de saúde, gestores, prestadores de serviços, população em geral e idosos. No total, foram pesquisados **1245 documentos** publicados ou disponibilizados pelo Ministério da Saúde versando sobre o idoso e relacionados de forma direta ou indireta à prevenção da osteoporose, no período de 1999 a 2008, sendo 12 cadernos, 3 cartilhas, 2 manuais, 9 protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, 3 revistas, 19 Informes periódicos, 11 legislações referentes ao idoso, 8 publicações que contém o assunto idoso, 8 relatórios e 1180 notícias disponibilizadas no *site* do Ministério, relacionadas a este tema. Estes dados estão correlacionados nas Tabelas 1 a 5.

Tabela 1. Distribuição por formato e temática “IDOSOS” em cadernos, cartilhas e manuais publicados pelo Ministério da Saúde, nos anos de 1999 a outubro de 2008.

FORMATO E NOME	QUANTIDADE
Cadernos (12)	
✓ Cadernos de Atenção Básica	2
1.“Instabilidade postural e quedas” (1999)	
2.“Envelhecimento e saúde da pessoa idosa” (2007)	
✓ Caderneta de saúde da pessoa idosa (2006/2008)	2
✓ Caderneta de saúde da pessoa idosa - Manual de preenchimento (2006)	
✓ Cadernos de Saúde Pública (v.15,18,19,20,21,22,23,24)	8
Cartilhas (3)	
✓ Guia viver mais e melhor (1999)	1
✓ Guia para se viver mais e melhor (2006)	1
✓ Guia prático para o cuidador (2008)	1
Manuais(2)	
✓ Manual de atenção à mulher no climatério / menopausa	1
✓ Manual “Cuidando de quem cuida” (2003)	1

Fonte: tabela elaborada por Maria de Lourdes Simões Arsky em outubro de 2008.

Tabela 2. Distribuição por formato e temática “IDOSOS” de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde, nos anos de 1999 a outubro de 2008.

FORMATO E NOME	QUANTIDADE
Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas	
Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas da Osteoporose	1
✓ Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename (2006)	1
✓ Fluxograma de Dispensação de Bisfosfonados, Raloxifeno e Calcitonina- Osteoporose	1
✓ Fluxograma de Tratamento de Osteoporose- Bisfosfonados, Raloxifeno, Calcitonina, Terapia Estrogênica	1
✓ Guia de orientação ao paciente	1
✓ Termo de consentimento informado do paciente	1
✓ Ficha farmacoterapêutica	1
✓ Uso racional de medicamentos:	1
a. Teriparatida: o real valor (2007)	
b. A eficácia de Cálcio e Vitamina D	
c. Manejo racional da osteoporose	
✓ Parecer de inclusão – Carbonato de cálcio na prevenção de fraturas ósseas (2005)	1

Fonte: tabela elaborada por Maria de Lourdes Simões Arsky em outubro de 2008.

Tabela 3. Distribuição por formato e temática “IDOSOS” de Informes publicados pelo Ministério da Saúde, nos anos de 1999 a outubro de 2008.

FORMATO E NOME	QUANTIDADE
Informes	19
✓ Informes Epidemiológicos do SUS (v. 8, 9 e 11)	3
✓ Epidemiologia e Serviços de Saúde (v. 13)	1
✓ Vigilância de fatores de risco e proteção de doenças crônicas por inquérito telefônico (2007)	1
✓ Alerta	1
✓ Dicas em saúde (BVS)	1
✓ Informes (4) INTO	6
✓ Dicas dos especialistas (INTO) (2)	
✓ InformeSaúde	1
✓ Saúde, Brasil	5

Fonte: tabela elaborada por Maria de Lourdes Simões Arsky em outubro de 2008.

Tabela 4. Distribuição por formato e temática “IDOSOS” de legislação relacionada a idosos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, nos anos de 1999 a 2008.

FORMATO E NOME	QUANTIDADE
Legislação ligada ao idoso	11
✓ Constituição (1988)	1
✓ Leis	5
Lei nº 8080/90- Lei Orgânica da Saúde	
Lei nº 8142/90- participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde	
Lei 10048/00 e Lei 10098/00- prioridade de atendimento a pessoas que especifica e estabelece normas gerais de critérios básicos para a promoção da acessibilidade	
Lei 8842/94- Política Nacional do Idoso e criação do Conselho Nacional do Idoso	
Lei nº 10741/03- Estatuto do Idoso	
✓ Portarias	5
Portaria nº 2528/2006	
Portaria nº 249/2000	
Portaria nº 399/2006	
Portaria nº 470/2002	
Portaria nº 2529/2006	
✓ Decreto nº 5296	1
✓ Publicações relacionadas a legislações	8
Série Pactos da Saúde (2006 a 2008)	6
Guia Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso	1
Estatuto do Idoso (2002)	1

Fonte: tabela elaborada por Maria de Lourdes Simões Arsky em outubro de 2008.

Tabela 5. Distribuição por formato e temática “IDOSOS” de relatórios e notícias do portal eletrônico relacionados a idosos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, nos anos de 1999 a outubro de 2008.

FORMATO E NOME	QUANTIDADE
Relatórios	8
✓ Agita Brasil: Programa Nacional de Promoção da Atividade Física (2002)	1
✓ SUS Avanços e desafios –Conass (2008)	1
✓ Ministério da Saúde: Oito Anos de Gestão- 1994 a 2002	1
✓ Mais saúde-Direito de todos 2008-2011	1
✓ Conferência nacional dos Direitos da Pessoa idosa Eixo Saúde- comentários e deliberações (2006)	1
✓ 1ª Oficina de Diretrizes para Atenção à Pessoa Idosa Vítima de Fratura de Fêmur, realizada em 20 de maio de 2008 -Relatório	1
✓ Reunião do Comitê Assessor sobre Osteoporose e Quedas – MS (Portaria nº 2313/2007)- memórias	1
✓ II Seminário sobre atenção ao idoso no SUS – ampliando o cuidado: 06 e 07 de abril de 2006	1
Notícias disponibilizadas no portal eletrônico	1180
✓ Vacinação	316
✓ Osteoporose	257
✓ Vida saudável	95
✓ Menopausa	7
✓ Fraturas	131
✓ Quedas	343
✓ Densitometria	21

Fonte: tabela elaborada por Maria de Lourdes Simões Arsky em outubro de 2008

Estas publicações foram direcionadas a diferentes públicos tais como profissionais de saúde, gestores, prestadores de serviços, usuários e população em geral, de acordo com os objetivos propostos em cada material.

Neste estudo, para facilitar e orientar a análise das inúmeras publicações no período, foram utilizados critérios de inclusão e exclusão, frente ao material selecionado, relacionado a seguir:

- **Critérios de Exclusão:** todo o material que se relacionou a leis ou Estatutos associados ao Idoso, no período de 1999 a 2008; todo o material relacionado às políticas de vacinação e vacinação em idosos, assim como temas que não se referiam de forma direta ou indireta ao tema relacionado no estudo (tal como políticas de prevenção e tratamento de outras enfermidades, tais como Alzheimer, Tuberculose, Parkinson, Influenza, Hipertensão, Diabetes, etc); material destinado a profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços de saúde, além de cuidadores, de uma forma em geral.
- **Critério de Inclusão:** foram analisadas todas as publicações referentes ao tema IDOSOS, com associação direta ou indireta com o tema “Prevenção da Osteoporose”, ou ocorrência ou prevenção de quedas ou de fraturas, no período de 1999 a 2008, no Ministério da Saúde, voltado ao IDOSO.

Serão realizadas análises de conteúdo do material proveniente de publicações que se dirijam diretamente ao público idoso e que tenham alguma correlação com medidas preventivas de OSTEOPOROSE, e que a elas se refiram de forma direta ou indireta; as outras publicações serão excluídas e não farão parte da análise.

4.3. Metodologia propriamente dita

De acordo com Fonseca Júnior,⁶² ao citar Bardin⁶³ e Krippendorff,⁶⁴ uma análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa utilizada para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação, com objetivo de fazer inferências válidas e reaplicáveis de dados, dentro de seus contextos. Nesta análise, a inferência é

tida como uma “(...) operação lógica voltada a extrair conhecimentos sobre os aspectos latentes da mensagem analisada”. Deste modo, extrai conhecimentos da mensagem analisada para inferir, deduzir conhecimentos sobre o emissor ou destinatário da comunicação.

Atualmente, segundo Bardin,⁶³ a análise de conteúdo valoriza, ora o aspecto quantitativo, ora o qualitativo, dependendo do interesse e da ideologia do pesquisador.

Segundo o Manual sobre análise de conteúdo, elaborado por Berelson e Lazarsfield (1948 *apud* Fonseca Junior),⁶² os principais fundamentos da análise de conteúdo são: o perfil sistemático da análise de conteúdo, pois se baseia num conjunto de procedimentos que se aplicam sempre da mesma forma no conteúdo a ser analisado, favorecendo resultados únicos quando aplicados por diferentes pessoas. Portanto, a análise de conteúdo é confiável ou objetiva.

No presente estudo, utilizar-se-á uma análise de conteúdo de materiais de comunicação impressos, publicados e de materiais de nova mídia (*internet*), sendo que nesta há alterações em algumas características da comunicação de massa tradicional, tendo em vista direcionar-se a vários públicos.

De acordo com os marcos de referência da análise de conteúdo, propostos por Krippendorff,⁶⁴ para este estudo foram utilizados os dados de materiais publicados pelo Ministério da Saúde no período de 1999 a 2008 sobre o tema Idosos, Osteoporose e ocorrência e prevenção de quedas e fraturas nesta população. Foram utilizados critérios de exclusão e inclusão para a determinação do assunto a ser levantado.

Segundo Bardin,⁶³ uma análise de conteúdo possui cinco etapas:

1. Organização da análise.
2. Codificação.
3. Categorização.
4. Inferência.
5. Tratamento informático ou similar aos dados.

Dentro da organização da análise, há 3 fases cronológicas, que são a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. De todas estas fases, a pré-análise é considerada a mais importante, pois serve de estrutura de apoio às fases subseqüentes; é nela que se desenvolveu a escolha e seleção dos documentos a serem analisados frente aos objetivos propostos, assim como a elaboração de indicadores e interpretação final da análise de conteúdo.

Segundo o mesmo autor,⁶³ a primeira coisa a ser feita na pré-análise é organizar o trabalho e, frente aos objetivos, realizar uma leitura flutuante, um primeiro contato com os documentos a serem analisados, e deixar-se invadir por impressões e orientações. No presente estudo, levantou-se todo o material disponível, atendidos os critérios de inclusão e exclusão, numa primeira leitura.

Na escolha destas etapas definidas por Bardin,⁶³ escolhemos priorizar na análise algumas categorias baseadas na existência e frequência de termos-chave, encontrados nos textos das mensagens contidas nestes materiais, sejam impressos ou *on line*. Os termos utilizados para tal foram: “idosos”, “idosa”, “quedas”, “fraturas”, “osteoporose”.

Para determinação do “*corpus*”, isto é, definição do conjunto dos materiais que farão parte da análise, foram utilizadas todas as publicações do Ministério da Saúde, INTO e da Fiocruz, relacionada à área em questão, no período de 1999 a 2008, que continham as palavras indicadas acima, considerando-se as exclusões pré-estabelecidas como critérios de exclusão, por não estar diretamente relacionado ao tema a ser analisado no estudo. Na constituição do *corpus* foram consideradas as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Deste modo, no Ministério da Saúde, a busca direcionou-se, além, do material específico da área de Idosos, os publicados pelos “Cadernos de Atenção Básica”, “Protocolos e Diretrizes Clínicas”, manuais, guias e cartilhas, “Informes Epidemiológicos do SUS”, publicações mensais como “Alerta, Brasil” e “Informe Saúde”.

Foram descartadas as informações do “Portal da Saúde, Notícias”, do Ministério da Saúde, por apenas reportarem breves relatos de notícias importantes, porém de maneira superficial; as “Dicas dos Especialistas”, folhetos informativos e *releases* disponibilizados via eletrônica no *site* do INTO, publicações referentes a normas, relatórios e legislações referentes a Idosos, publicação “Coleção Progestores” do Conass, publicação “RADIS, Comunicação em Saúde” e “Cadernos de Saúde Pública” da Fiocruz.

Foram também excluídas as publicações a respeito da doença e medidas de prevenção da osteoporose e fraturas em idosos da Secretaria de Saúde do GDF, por não se dirigirem especificamente à população alvo do estudo. Outro mecanismo de busca realizado foi o do www.portal.saude.gov/buscapersonalizada, no Google, com as palavras “idoso”, “idosos osteoporose”, “idosos” e “idosos fraturas” “idosos quedas”, “idosos densitometria”.

A codificação é o processo de transformação dos dados brutos, visto de forma sistemática de acordo com regras de enumeração, agregação em unidades e classificação, para descrever e caracterizar exatamente o material selecionado para o pesquisador. A organização da codificação abrange três escolhas:

- o recorte, que é a escolha das unidades;
- a enumeração: escolha das regras de contagem
- a classificação e agregação: escolha das categorias

A partir daí, a análise será realizada por material selecionado.

4.4 Materiais analisados

Frente a todo o material levantado, o universo e o alcance da análise foram reduzidos, para aquelas publicações que estão diretamente associadas aos objetivos do estudo e público alvo, idoso e, deste modo, determinou-se os seguintes materiais para a análise:

1. “Guia viver mais e melhor”.
2. “Um guia para se viver mais e melhor”.
3. “Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa”.
4. “Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa- Manual de Preenchimento”.
5. Protocolos clínicos e Diretrizes terapêuticas:
 - 5.1. “Guia para orientação do paciente com Osteoporose”.
 - 5.2. “Termo de consentimento informado do Paciente com Osteoporose”.
6. Informes do INTO- Dicas do especialista:
 - 6.1. “O que é osteoporose?”(público em geral).
 - 6.2. “Quedas em idosos” (público em geral).

V – ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS MATERIAIS PRODUZIDOS OU DISPONIBILIZADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, DIFUNDINDO TECNOLOGIAS E MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE OSTEOPOROSE, DIRIGIDOS AO PÚBLICO IDOSO, NO PERÍODO DE 1999 A 2008

De acordo com os objetivos propostos neste estudo que são identificar e discutir as estratégias de comunicação utilizadas na difusão de informação relacionadas à prevenção de fraturas osteoporóticas em idosos, incorporadas pelo SUS, dirigidas ao idoso, segue-se abaixo, a análise de conteúdo dos materiais produzidos pelo Ministério da Saúde no período de 1999 a outubro de 2008:

1. MATERIAL: CARTILHA “VIVER MAIS E MELHOR”

Figura 2. Cartilha “Viver Mais e Melhor” (capa)



Fonte: Cartilha “Viver mais e melhor”, MS

-**Código:** lingüístico

-**Suporte:** oral

-**Número de pessoas** implicadas na comunicação: comunicação de massa através de cartilha

- **Unidades de registro:** “Velho é o seu preconceito”, “Sempre alerta” e “duro na queda”
- **Fonte:** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999.
- **Acesso** em 08/09/2008, **disponível no site:**
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=153
- **Formato:** cartilha, somente em formato eletrônico.

-**Total de páginas:** 24 páginas, sendo 12 especificamente relacionadas à osteoporose e medidas preventivas, com fundo em branco e preto, porém com imagens coloridas.

-**Temas:** orientações para se viver melhor com mais de 65 anos, cuidados para se evitar quedas, medidas preventivas no ambiente, prevenção de doenças da idade, prática de exercícios físicos regulares, importância de se controlar o peso, dieta saudável e sugestões de cardápio, questões relacionadas a uso correto de medicamentos, direitos do idoso e locais, endereços de instituições para busca de seus direitos.

- **Fotos, tabelas e ilustrações –**
- **Fotos-** 26 fotos
- **Tabelas -**5
- **Ilustrações:** 15 ilustrações
- **Número de exemplares** (tiragem)- desconhecido,
- **Anexos:** 2 (“a quem recorrer” e “agradecimentos”)
- **Referências:** material elaborado por grupo de técnicos da área, discriminados no material no item “agradecimentos” e instituições a quem o idoso deverá recorrer em caso de necessidade para fazer valer os seus direitos
- **Sub-títulos:** “Velho é o seu preconceito”, “Um guia completo para você melhorar sua saúde e sua qualidade de vida”, “Sempre alerta”, “Duro na queda”, “Siga estas dicas sem escorregar”, “Doenças mais comuns e o que você pode fazer”, “Cuidando da máquina”, “Alimento, sua fonte de vida”, “Os alimentos e suas funções”, “Dieta ideal”, “Sugestão de cardápio”, “De olho na balança”, “Mexe-se”, “De bem com a vida”, “Exercícios indicados”, “Chega de saudade”, “Remédios:Cuidado!”, “Não

compre gato por Lebre”, “Exija seus direitos”, “Direito de bem-estar”, “Direito à saúde”, “A nova lei dos planos de saúde”, “A quem recorrer”.

- **Editora:** 1ª edição Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde
- Criação e produção editorial L F&N /editores
- **Ano:** 1999
- **Corpo elaborador:** grupo técnico do SESI, Incor/SP, HC/SP, Ministério Público, FSPUSP, MPA/SAS, SBG, Unicesp, Secretaria de Saúde,/SP, Sesi/Osasco.
- **Capa:** Foto de um grupo de idosos, onde interpreta-se a valorização da miscigenação brasileira (branco, negro, amarelo), além da representação de fases distintas da vida, mostrando diferentes graduações de idade.
- **Título principal:** VIVER MAIS E MELHOR, Um guia completo para melhorar sua saúde e qualidade de vida.
- **Presença e frequência das categorias para seleção do texto**
- **Categorias:** foram encontradas, sob o ponto de vista quantitativo, a ocorrência dos termos: idosos(3), quedas (3), fratura/s(2), osteoporose (3). Houve co-ocorrência, isto é, a presença simultânea de uma ou mais categorias numa unidade de corpus e a distribuição dos elementos e de sua associação foi homogênea durante o transcorrer do texto. Estão associadas geralmente ao sub-títulos aos quais estão inseridos no texto, ao se falar sobre prevenção de quedas, sobre dietas e alimentação ou sobre exercícios físicos. Isto pode sugerir que elementos associados numa manifestação da linguagem estão igualmente associados no espírito do comunicador ao falar para os idosos sobre formas de se viver melhor.

Numa leitura flutuante inicial, pode-se verificar que o texto da cartilha sugere um tema central associado ao preconceito contra o idoso (Velho é o seu preconceito). . O texto também fornece subsídios ao idoso para permanecer sempre alerta a várias questões, inclusive esta, a do preconceito. Sempre alerta também se refere a prestar atenção sobre fatores predisponentes à ocorrência de doenças usuais na velhice e na prevenção da ocorrência de quedas e fraturas decorrentes, bem como sobre adotar uma alimentação saudável, peso adequado, questões relativas ao uso correto de medicamentos, direitos de usuário do SUS, frente à legislação específica. Fornece também endereços e telefones de órgãos de defesa do idoso para providências cabíveis, quando se sentirem explorados em seus direitos.

Análise temática do texto

Ao utilizarmos à análise temática, isto é, da contagem de um ou dos vários temas de significação, numa unidade de codificação previamente determinada, torna-se mais fácil a escolha da frase como unidade de codificação. Deste modo, o levantamento de atitudes psicológicas que são aconselhadas ou desaconselhadas as quais o leitor deve seguir ou se afastar, determinou frases que seriam o alvo para se chegar ao objetivo final que são “estar sempre alerta, estar saudável, e não se deixar invadir pelo preconceito à sua idade”. Desta forma, foram tabulados os modos verbais utilizados para se representar os valores presentes na cartilha, as quais o idoso deverá seguir. Observou-se que, 33% dos modos verbais do texto selecionado foram escritos no modo imperativo, demonstrando que o emissor produz autoridade e dá conselhos que, na realidade, são ordens ao receptor, no caso, o idoso, o que pode gerar o seu afastamento e a não adesão à uma mudança comportamental desejada, se não forem levados em conta os seus valores, crenças e experiências de vida.

Análise do texto

Segundo Paixão Júnior e Heckmann,⁶⁵ com o envelhecimento, as pessoas normalmente perdem a capacidade de detectar informação espacial que poderia auxiliar no equilíbrio, sofrem diminuição da acuidade visual, da percepção de profundidade, da sensibilidade do contraste e da percepção entre vertical e horizontal, além de apresentar doenças oculares como a catarata e o glaucoma, o que pode ocasionar quedas.

Segundo o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, disponível no endereço www.into.saude.gov.br estima-se ocorre uma queda em um em cada três indivíduos com mais de 65 anos e, que um em vinte daqueles que sofreram uma queda, poderão ter fraturas ou necessitarem de internação. As quedas estão associadas a fatores de risco mais frequentes: idade avançada (80 anos e mais); sexo feminino; história prévia de quedas; imobilidade; baixa aptidão física; fraqueza muscular de membros inferiores; fraqueza do aperto de mão; equilíbrio diminuído; marcha lenta com passos curtos; dano cognitivo; doença de Parkinson; sedativos, hipnóticos, ansiolíticos e polifarmácia. Atividades e comportamentos de risco e ambientes inseguros aumentam a probabilidade de cair, pois levam as pessoas a escorregar, tropeçar, errar o passo, pisar em falso, trombar, criando, assim, desafios ao equilíbrio.

É interessante citar a importância que se dá à queda no idoso, sem demonstrar uma tendência a citá-la com maior frequência no sexo feminino; porém, no Brasil, ainda dispomos de escassos dados e informações sobre a ocorrência de fraturas osteoporóticas em idosos, segundo Bandeira e Carvalho.⁶⁶

Estudo realizado por Shepard,⁶⁷ indica que a prática de atividade física na adolescência e idade adulta diminui a ocorrência de quedas, osteoporose e outras doenças crônicas. Segundo Ocarino e Serakides,⁶⁸ em artigo de revisão, mesmo com alguns resultados contraditórios, as evidências não deixam dúvidas quanto aos efeitos benéficos da atividade física sobre o tecido ósseo, tanto em indivíduos normais quanto na prevenção e tratamento da osteoporose, fator essencial para estimular a prática de atividades físicas nas escolas e faculdades.

Figura 3. Orientação sobre “dicas para seguir, sem escorregar” para os idosos.



Fonte: Cartilha “Viver mais e melhor”, MS.

Em relação às “siga estas dicas para não escorregar”, são citadas medidas ambientais preventivas para a ocorrência de quedas, em ambiente interno e externo, salientando a importância do idoso reclamar sobre os seus direitos de acesso a ônibus

com segurança, pistas e calçadas esburacadas (Figura 3). Conforme o guia “Clínica sobre quedas do Reino Unido”,⁶⁹ é importante que o idoso identifique riscos e promova intervenções individuais para sua independência física e psicológica, quando se oferecem informação à ela para prevenção de quedas.

No texto do material analisado, quando se descrevem os fatores de risco para quedas, as medidas de “siga estas dicas” estão de acordo com as medidas sugeridas por Woolf e Akenson,⁷⁰ que relatam que a prevenção inclui a redução do número de quedas, a redução dos traumas associados a quedas, e manutenção da resistência óssea em todas as idades (Figura 3).

Em relação ao conceito de “osteoporose” citado no texto como “enfraquecimento dos ossos”, apesar de uma tentativa em se descrever um conceito mais acessível à população, esta forma conceitual se distancia do conceito da doença pela OMS, já citada anteriormente no estudo, o que poderia comprometer o entendimento do idoso (Figura 4).

Figura 4. “Doenças mais comuns e o que você pode fazer” orientações para idosos.

DOENÇAS MAIS COMUNS. E O QUE VOCÊ		PODE FAZER.	
DOENÇAS	FATORES	SINTOMAS	PREVENÇÃO
Cardiovasculares: infarto, angina, insuficiência cardíaca	Pouca atividade física (sedentarismo), fumo, diabetes, alta taxa de gordura no sangue (colesterol) e obesidade (gordura).	Falta de ar, dor no peito, inchaço, palpitações.	Atividade física, não fumar e controlar peso, colesterol e diabetes.
Derrames	Pressão alta, fumo, sedentarismo, obesidade e colesterol elevado.	Tontura, desmaio, paralisia súbita.	Atividade física, não fumar, controlar pressão arterial, peso e colesterol.
Pressão alta (hipertensão)	Obesidade, sedentarismo e excesso de estresse.	Em geral, não há sintomas. Pode provocar dor de cabeça e tontura.	Atividade física, alimentação sem sal, controlar ou eliminar a bebida alcoólica.
Câncer	Fumo, tomar muito sol, alimentação inadequada, obesidade, casos na família, alcoolismo.	Depende do câncer. Um sintoma comum é o emagrecimento inexplicável.	Ir ao médico pelo menos uma vez por ano para fazer exames preventivos. Evitar sol em excesso. Não fumar.
Pneumonia	Gripe, enfizema e bronquite anteriores. Alcoolismo e imobilização na cama.	Febre, dor ao respirar, escarro, tosse.	Atividade física, boa alimentação, vacinação contra gripe e pneumonia.
Enfizema e bronquite crônica	Fumo, casos na família, poluição ambiental excessiva.	Tosse, falta de ar e escarro.	Parar de fumar, manter a casa ventilada e aberta ao sol.
Infecção urinária	Retenção urinária no homem. Na mulher, incontinência urinária.	Ardor ao urinar e vontade frequente de urinar.	É preciso tratar a infecção e a sua causa.
Diabetes	Obesidade, sedentarismo, casos na família.	Muita sede e aumento do volume da urina.	Controlar o peso e a taxa de açúcar no sangue.
Osteoporose (enfraquecimento dos ossos)	Fumo, sedentarismo, dieta pobre em cálcio. Na mulher, o risco é sete vezes maior.	Não há sintomas. Em geral, é descoberta pelas complicações (fraturas).	Atividade física, não fumar, comer alimentos ricos em cálcio (leite, queijo, coalhada).
Osteartrose (desgaste das articulações)	Obesidade, traumatismo, casos na família.	Dores nas juntas de sustentação (joelho, tornozelo, coluna).	Controlar o peso e praticar atividade física adequada.

Fonte: Cartilha “Viver mais e melhor”, MS.

Um outro ponto a ser salientado é a indicação de dietas, na cartilha, sugeridas para uma vida saudável em geral, não especificamente para osteoporose, onde deveriam focar um maior número de sugestões de alimentos contendo cálcio; de qualquer forma, não foi objetivo da cartilha discorrer especificamente sobre a osteoporose (Figura 5).

Figura 5. Orientações nutricionais para idosos.

Alimento, fonte da vida

Alimentar-se bem é importante sempre. Mas nesta idade a atenção tem que ser ainda maior. Com os anos, o corpo passa por mudanças que são compensadas com o que você come. No mundo todo, cinco em cada dez pessoas com mais de 65 anos têm algum problema de nutrição. Faça de sua alimentação uma arma fundamental para manter a saúde física e mental. Combine bem e varie os alimentos. Eles têm tudo o que seu corpo precisa.



ATENÇÃO!
Pessoas com doenças como diabetes, colesterol, pressão alta precisam de dietas especiais. Se for o seu caso, consulte um médico.

OS ALIMENTOS E SUAS FUNÇÕES	
NUTRIENTES/FUNÇÃO	FONTES
 Carboidratos e gorduras - espécie de gasolina do ser humano. Garantem a energia para se movimentar, trabalhar, ter atividade física ou mental.	Cereais – arroz, milho, farinha, macarrão, pão. Vegetais feculentos - batata, mandioca, inhame. Açúcar, mel e doces. Gordura – Óleo, azeite, margarina, amendoim, castanha, coco, abacate, açaí, manteiga, banha, carne gorda, maionese.
 Proteína, cálcio e ferro - constroem, mantêm e reparam o corpo: órgãos, sangue, dentes e ossos. Ajudam a formar hormônios, enzimas e anticorpos que combatem doenças.	Origem animal – carnes, fígado e rins, ovos, leite, queijos, iogurte, coalhada. Leguminosas secas – feijão, ervilha seca, lentilha, soja, grão de bico.
 Vitaminas, minerais e fibras - garantem o bom funcionamento do corpo: facilitam a digestão; protegem a pele, a visão e os dentes; aumentam a resistência às infecções.	Frutas – limão, laranja, goiaba, mexerica, caju, manga. Verduras – agrião, alface, repolho, couve, escarola, espinafre. Legumes - jiló, pimentão, pepino, chuchu, beringela, cenoura. Cereais integrais – arroz integral, pão de trigo, aveia.

10 

 11

Fonte: Cartilha “Viver mais e melhor”, MS.

Em artigo elaborado por Sichieri,⁷¹ o autor recomenda a retomada de hábitos saudáveis da dieta brasileira e estímulo ao consumo de alimentação saudável, ao invés de proibir determinados comportamentos alimentares. As principais mensagens incluem: consumo de alimentos variados em 4 refeições ao dia; manutenção de um peso saudável; aumento da atividade física diária; ingestão de arroz e feijão todos os dias, acompanhados de legumes e vegetais folhosos; ingestão de 4 a 5 porções de frutas todos os dias; redução do açúcar; evitar uso de refrigerantes; para lanches, comer frutas ao invés de biscoitos, bolos e salgadinhos; comer pouco sal; usar óleos e azeite ao invés de outras gorduras; tomar leite e comer produtos lácteos, com baixo teor de gordura, pelo menos 3 vezes por dia. Este trabalho teve por objetivo a manutenção de peso saudável e

a prevenção da obesidade, das doenças cardiovasculares, do diabetes *mellitus* tipo 2 e da osteoporose. A cartilha analisada, no entanto, alcança o objetivo geral que se propõe no tópico orientação alimentar ao idoso e prevenção da osteoporose (Figura 6).

Figura 6. Sugestão de cardápio para o idoso.



O que deve ser evitado...

Sal em excesso, temperos industrializados, gorduras de origem animal (banha, sebo, toucinho), frituras.

... e o que está liberado.

Temperos naturais (alho, cebola, ervas como salsinha, manjerição, coentro etc), óleos vegetais (soja, milho e azeite de oliva).

A dieta ideal

Faça no mínimo quatro refeições: café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar. Não pense em pular uma ou mais refeições, comendo tudo de uma vez só, e nem troque o almoço e o jantar por lanches ou café com leite. Comer tem de ser uma hora de distração e lazer. Para abrir o apetite, prepare refeições de encher os olhos: coloridas, cheirosas. Quando não puder sair para as compras, peça a um parente ou amigo para manter em sua casa um estoque mínimo e variado de alimentos.



De olho na

Controle seu peso uma vez por mês. Peso alto ou baixo pode ser prejudicial à saúde. Confira a tabela e, se o seu peso for abaixo do recomendado para sua altura, procure um médico.

Tome de seis a oito copos de água por dia entre as refeições.

SUGESTÃO DE CARDÁPIO
Coma pelo menos duas frutas durante o dia

	ALIMENTOS	SUBSTITUIÇÕES
Café da manhã	Leite	Queijo, coalhada
	Café	Chá
	Pão	Torrada, bolacha, tapioca, farinha, canjica, cuzcuz
Almoço/jantar	Arroz	Macarrão, batata, farinha, mandioca, batata doce
	Feijão	Lentilha, ervilha seca
	Carnes	Carne seca, charque e ovo
	Legume	Chuchu, cenoura, quiabo, pimentão, tomate, pepino
	Verdura	Alface, couve, repolho
Lanche da tarde	Café	Chá
	Pão	Bolo, bolacha, torrada

balança

Altura	Peso ideal em quilos*
1,45	46,2 – 56,7
1,50	49,5 – 60,7
1,55	52,8 – 64,8
1,60	56,3 – 69,1
1,65	59,3 – 73,4
1,70	63,6 – 78,0
1,75	67,3 – 82,6

* Válido apenas para maiores de 60 anos



Não deixe de comer nada por não conseguir mastigar: pique, moa, corte ou rale.

Para facilitar a digestão e evitar a prisão de ventre, não tome laxantes. Coma alimentos ricos em fibras: frutas, verduras e legumes, sempre que possível crus e com cascas.

Fonte: Cartilha “Viver mais e melhor”, MS.

Quanto às fotos utilizadas no interior da cartilha, os idosos são mostrados como personagens centrais em ambientes naturais, o que representa a utilização de seu tempo com lazer, diversão e prática de atividades físicas (Figura 7)

Figura 7. Imagens diversas de idosos contidas no interior da cartilha.



Fonte: Cartilha “Viver mais e melhor”, MS.

Apesar de utilizarem apenas uma foto com um casal idoso com roupas e aparência mais simples, e, portanto, mais próxima da realidade do povo brasileiro (Figura 3), a maioria das fotos que compõem a cartilha mostra idosos que aparentam estar em condições financeiras e com aparência saudável. Os idosos parecem estar bem alimentados e dotados de boa mobilidade, para estarem caminhando, andando de bicicleta, nadando e fazendo exercícios (Figuras 7 e 8).

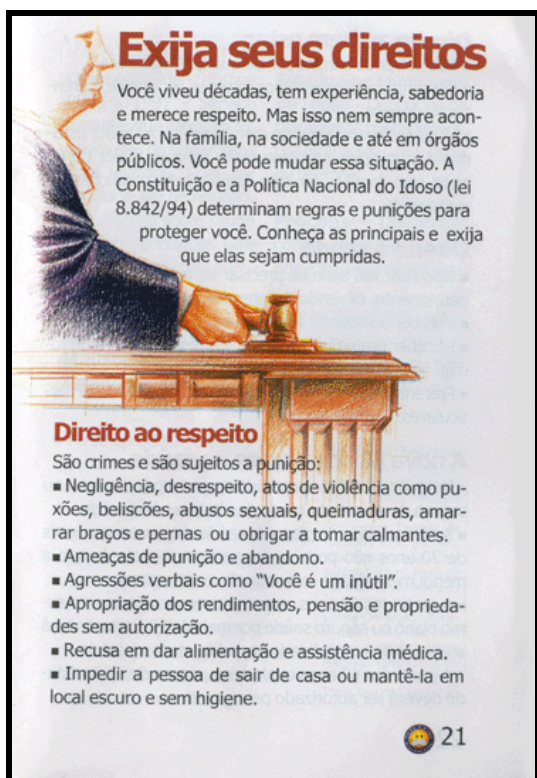
Figura 8. Imagens de idosos contidas na cartilha.



Fonte: Cartilha "Viver mais e melhor", MS.

Na capa da cartilha analisada, os idosos de diversas raças estão cuidados, bem vestidos e sorridentes, o que denota que estão em boas condições financeiras, evidenciando que viver mais e melhor após os 65 anos pode ter suas vantagens, o que os torna felizes para aproveitar a vida (Figura 2). Ao mesmo tempo, que mostra este lado positivo desta faixa etária, distancia-se da realidade de nosso país, pois não mostra o lado da luta pela sobrevivência, a falta de equidade na distribuição de renda e acesso a serviços de saúde, bem como a dificuldade financeira em manter uma dieta saudável e disponibilidade para a prática de exercícios físicos regulares. Esta cartilha fornece subsídios aos idosos para clamar por seus direitos de usuários do SUS, bem como frente à sociedade brasileira, fornecendo-lhe endereços úteis para se fazer valer suas reclamações, ofensas, maus-tratos, falta de respeito e direitos como cidadão (Figuras 9 e 10).

Figura 9. Orientações sobre direitos da pessoa idosa no Brasil.



Exija seus direitos

Você viveu décadas, tem experiência, sabedoria e merece respeito. Mas isso nem sempre acontece. Na família, na sociedade e até em órgãos públicos. Você pode mudar essa situação. A Constituição e a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/94) determinam regras e punições para proteger você. Conheça as principais e exija que elas sejam cumpridas.

Direito ao respeito

São crimes e são sujeitos a punição:

- Negligência, desrespeito, atos de violência como punções, beliscões, abusos sexuais, queimaduras, amarrar braços e pernas ou obrigar a tomar calmantes.
- Ameaças de punição e abandono.
- Agressões verbais como "Você é um inútil".
- Apropriação dos rendimentos, pensão e propriedades sem autorização.
- Recusa em dar alimentação e assistência médica.
- Impedir a pessoa de sair de casa ou mantê-la em local escuro e sem higiene.

21

Fonte: Cartilha "Viver mais e melhor", MS.

Figura 10. Orientações sobre direito ao bem-estar, à saúde, aos planos de saúde e a quem recorrer para tal.

Direito ao bem estar

- Não sofrer discriminação de qualquer natureza.
- Ser amparado pelos filhos maiores na velhice, carência ou doença.
- Viver preferencialmente com a família. A União, Estados e municípios providenciarão asilo ao maior de 60 anos sem família, ou com família sem condições de sustentá-lo.

Direito à saúde

- Não ficar em asilo se precisar de assistência médica permanente, devendo ser atendido em hospital.
- Receber assistência integral à saúde pela rede pública.
- Receber remédios, próteses e órteses (cadeira de rodas, óculos, aparelho auditivo etc).
- Preferência no atendimento em órgãos públicos e particulares.

A nova lei dos planos de saúde

- Ninguém pode ser impedido de participar de plano ou seguro de saúde por causa da idade ou de doença.
- A mensalidade do plano de saúde da pessoa com mais de 70 anos não pode custar seis vezes mais do que a menor mensalidade cobrada pelo mesmo plano.
- A partir dos 60 anos, quem estiver associado ao mesmo plano ou seguro saúde por mais de 10 anos não terá aumento de mensalidade ao mudar de faixa etária.
- A partir dos 60 anos qualquer aumento de mensalidade deverá ser autorizado pelo governo.

22

A quem recorrer

Disque Saúde - telefone: 0800-611997 - Serviço gratuito, que funciona todos os dias da semana das 8 às 18 horas. Pode ser acionado até de manhã. Tira dúvidas sobre saúde e recebe denúncias (até anônimas) de mau atendimento no SUS.

Delegacias de Polícia, Ministérios Públicos Estaduais, Conselhos

Estaduais e Municipais do Idoso - Denúncias de maus tratos contra idosos, pessoalmente, por carta ou telefone.

Procons - Denúncias contra empresas de planos e seguros de saúde.

Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde - Denúncias de problemas de atendimento no SUS.

■ Ao se aposentar, o trabalhador que tiver contribuído para um plano contratado pela empresa por, no mínimo, dez anos poderá continuar no plano desde que passe a pagar também a parte que antes era da empresa. Com menos de dez anos, o candidato à aposentadoria poderá continuar no plano durante um período igual ao tempo que contribuiu, também pagando as mensalidades.

Agradecimentos:
 André Rogério (Sen/SF), Carlos Eduardo Negrão (Incor), Cláudio Machado de Campos Ruffino (HC/SP), Fernando Thomaz de Carvalho Filho (HC/SP), João Orlando Silva (Instituto Público), Maria de Fátima Nunes, Mariceli (FAPESP), Nivaldo Lúcio Lemos (HBM/SB), Renato Haas (SBC), Tania Haas Borges (Unifesp), Vitor Herculano (Secretaria de Saúde/SP), Grupo de 2ª linha José de Olayo/SB

23

Fonte: Cartilha “Viver mais e melhor”, MS.

Apesar da adequação de conteúdo a ser passado para o idoso, esta cartilha nos leva a aferir que é dirigida a um público idoso em minoria e economicamente privilegiado da sociedade brasileira, com escolaridade, poder aquisitivo e condições de acesso e consumo. Neste caso, além desta, talvez fosse o caso de se questionar a elaboração de outra cartilha com conteúdo similar, porém com uma linguagem e imagens mais adequadas a público idoso distinto do primeiro (escolaridade, condições de vida e moradia, lazer, renda e acesso) para aumentar a sua efetividade.

Em relação ao envelhecimento da população, segundo Palácios,⁷² em seu “Fragmentos do discurso publicitário para idosos no Brasil”, “...até a década de 70, a maioria das imagens era negativa e desrespeitosa com os idosos, acentuando os estereótipos da dependência física e afetiva, da insegurança e do isolamento. Ainda segundo a autora, Dick Stroud⁷³ afirma que muitas coisas mudaram desde 1980, tendo em vista o envelhecimento da população. O mundo oriental e ocidental é historicamente voltado para a idade e Stroud⁷³ lembra as vantagens que a juventude, jovialidade sempre tiveram em relação à idade, maturidade, sabedoria e experiência, reforçando a idéia de que “ser jovem é bom” e ser velho é “chato e aborrecido”. Neste contexto, é provável que, baseado nesta concepção, o presente Guia substituiu a palavra “velho”, “idoso” pelo termo “melhor idade” ou “mais experientes e mais capazes”, utilizando uma nomenclatura mais positiva à esta faixa etária, como uma estratégia de posituação da velhice com a preservação de sua capacidade e independência funcional.(Figura 11 e 12).

Não se pode esquecer porém que, apesar da maturidade ocorrer para todos os indivíduos, no Brasil, as desigualdades e inequidades tornam-se mais extremas nesta idade, onde a pessoa que não conseguiu criar condições adequadas para atravessar este período de vida, irá sofrer as conseqüências disto na velhice, onde suas necessidades e, muitas vezes, a necessidade e dependência dos serviços de saúde, tornam-se obrigatórias. Isto é evidenciado pela cartilha na figura 12.

Figura 11. Estímulo à integração e independência da pessoa idosa.

Chega de saudade!

A esta altura da vida, a maioria já se aposentou e criou os filhos. Aproveite: é hora de finalmente cuidar de si. Fazer o que gosta. Procure não se isolar. A solidão pode levar ao desânimo e à depressão. Participe de bailes, cursos e passeios, aprenda coisas novas. Vale até uma nova profissão. Freqüente clubes como o Sesc e o Sesi. Exercite a memória para compensar as mudanças no cérebro.

- Leia jornais, veja TV e ouça rádio. Faça palavras cruzadas, jogue com amigos, faça trabalhos manuais.
- Aprenda a usar, sem o auxílio de parentes, aparelhos domésticos (televisão, aparelhos de som, fogão, videocassete).
- Cuide do seu dinheiro. Controle como e onde vai gastar.
- Para não se esquecer, anote tudo num bloco de recados.

Amor e desejo não têm idade. Algumas pessoas deixam de fazer sexo por vergonha ou preconceito. Outras têm medo de sofrer um infarto. Não se preocupe: o ato sexual consome tanta energia quanto uma caminhada de uma hora. E faz muito bem à saúde. Procure manter vida sexual regular. Se houver qualquer problema, procure um médico.

18

Figura 12. Cuidando da saúde e prevenindo doenças na pessoa idosa

Cuidando da máquina

O que você deve fazer a cada 10 anos

Este é o seu calendário de vacinas e exames para os próximos meses e o ano de cada exame e vacina. O próximo quadradinho dez anos. Anote em cada quadradinho amarelo o amarelo vai lembrar você a hora de repeti-los.

	1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	5º ANO	6º ANO	7º ANO	8º ANO	9º ANO	10º ANO	ATENÇÃO
VACINAS											
Tétano A cada 10 anos											Quem nunca tomou precisará de 3 doses. Evita a gripe e suas complicações. Evita pneumonia.
Gripe Anualmente											
Pneumonia A cada 5 anos											
EXAMES											
Pressão Anualmente											Mede a pressão do sangue. Mede um tipo de gordura no sangue. Detecta a possibilidade de diabetes. Detecta glaucoma.
Coolesterol Anualmente											
Glicemia Anualmente											
Pressão Ocular Anualmente											Fornece pistas de várias doenças. Previne câncer e doenças da mulher. Previne o câncer mais comum no homem.
Urina Anualmente											
Ginecológico Anualmente											
Próstata Anualmente											

Se os exames acima apresentarem alterações, seu médico recomendará controle mais freqüente

8 9

Fonte: Cartilha “Viver mais e melhor”, MS.

No Brasil, apesar da difusão da idéia de se manter a independência funcional nestes indivíduos, fatores como baixa renda, a solidão e a falta de apoio na família tornam-se fatores determinantes e que podem interferir numa vida mais ou menos saudável e um encarar da velhice, de maneira positiva e com saúde plena, como um bem-estar físico, social e mental.

Uma boa iniciativa para manter o idoso atualizado e integrado socialmente são os cursos e faculdades para a Terceira Idade, assim denominadas para se aproximar com os meios tradicionais de ensino, porém sem o rigor e exigência dos mesmos. Nestes cursos, há a oportunidade de se discorrer e discutir, através de palestras, desde aspectos relacionados ao envelhecimento, saúde, modos saudáveis de viver esta idade, comportamento do idoso e sua sociabilização com a população assim como com seus familiares, seus direitos como idoso até princípios da informatização, para que se apodere dos conhecimentos e utilização de novas tecnologias e, assim, tenha um envelhecimento mais pleno.

Berlinck e Berlinck⁷⁴ sugerem que sejam, nestes cursos, as atividades sejam enfocadas em quatro aspectos: físico, mental, educativo e operacional onde, neste último, o conteúdo seria baseado na inserção do idoso no uso de novas tecnologias, como a informática, para que se mantenha atualizado e inserido ativamente no mundo atual. Este conceito é passado pela cartilha quando sugere ao idoso procurar clubes como o Sesc e Sesi. (Serviço Nacional do Comércio e Serviço Nacional da Indústria) (Figura 11), que possuem atividades específicas para esta faixa etária.

Veras e Caldas⁷⁵ em um artigo onde relatam que, através da experiência da implantação em 1993, da Faculdade de Terceira Idade na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UnATI), através de uma estratégia de lazer, ensino, cultura e pesquisa, cria-se uma proposta fundamentada em saúde coletiva com cidadania para esta faixa etária. Segundo os autores, dificuldades teóricas e operacionais ocorreram na implantação e no decorrer do curso mas, atualmente, as propostas extrapolaram a idéia de ser apenas “um lugar de convivência para o idoso”, para se tornar um avançado exemplo de microuniversidade temática, com objetivos além dos de promover estudos, debates, pesquisas e assistência médica, jurídica e física à população idosa. Outras metas a serem atingidas são as de assessorar o governo na formulação de políticas específicas para o idoso, prestar consultorias em assuntos desta faixa etária, contribuir para a melhoria da saúde física, mental e social do idoso, ao utilizar recursos e alternativas da universidade, tornar aquela Universidade como unidade de referência em Saúde Pública, serviços da

comunidade, pesquisas em idoso e ações de gerontologia, além de capacitar profissionais de diversas áreas para atuar na área de idosos.

Ainda segundo estes autores,⁷⁵ a partir da inclusão social do idoso garante-se sua cidadania, tornando-os ativos e solidários, cordiais e conectados a tudo e todos. Neste artigo, o autor cita que, segundo Caldas,⁷⁶ a disseminação do conhecimento é fundamental para tornar o idoso a se conscientizar da importância da prevenção e promoção à saúde, sabendo identificar e prevenir situações de risco à manutenção de sua qualidade de vida e independência funcional, retardando o início de doenças, principalmente as crônicas, com o decorrer da idade.

Groisman⁷⁷ sugere que a prevenção seria a saída para se escapar da doença, onde “todos os sujeitos são passíveis de intervenção, independentemente de seu estado de saúde ou de sua inserção na “normalidade”. Segundo o autor,⁷⁷ não importa quando se inicia a velhice, a prevenção deve começar muito antes. Neste sentido, a Geriatria/Gerontologia tem o objetivo de disciplinar a vida humana em toda a sua extensão.

Ao envelhecer, o idoso se torna mais vulnerável à incapacidade devido às adversidades físicas, emocionais e sociais decorrentes da idade. Portanto, necessitam de apoio para que se mantenha ativo o maior tempo possível, retardando o processo natural de envelhecimento e incluídos na sociedade.

Neste sentido, Debert⁷⁹ relata que os programas de terceira idade visam disseminar a idéia de que o envelhecimento não é um processo de perdas contínuas, há ganhos pela experiência de vida e o saber acumulado, o que fornecerá ao idoso, a oportunidade de explorar novas identidades, realizar projetos abandonados em outras etapas da vida, estabelecer relações mais produtivas com o mundo dos mais jovens e dos mais velhos. Esta nova imagem do idoso ocupa um espaço cada vez maior na mídia que, através do crescente interesse por tecnologias de rejuvenescimento – abre novos caminhos para a articulação de demandas políticas e constituição de novos mercados de consumo.

Ainda segundo Debert,⁸⁰ os “consumidores idosos, como se refere o mercado de propaganda, “... gostam de manter a forma, são ativos física e psicologicamente, têm estilo de vida produtivo e grande envolvimento com outras pessoas. Eles conseguiram dominar, na maturidade, a arte de viver. São seguros e realizados. Vêem o futuro com otimismo, e a aposentadoria como uma época de prazeres.(...) Eles não se sentem velhos e não agem como velhos.” Deste modo, estes seriam os consumidores ideais, mas este

fato ocorre em uma parcela privilegiada da população brasileira e seria uma meta a ser atingida no Brasil, o de uma vida mais produtiva, com independência funcional e com mais lazer para pessoas com maior disponibilidade de tempo e maior experiência de vida, para desfrutar os anos que ainda lhe restam com maior plenitude.

Neste ponto, as políticas públicas de saúde tem se preocupado e, muito tem se normatizado desde 1980, através da Lei 8080 e da publicação do Estatuto do Idoso e políticas nacionais relacionadas a saúde da pessoa idosa, bem como através de diretrizes clínicas para o diagnóstico e tratamento da Osteoporose, dispensa de medicamentos essenciais, com o Programa de Saúde da Família, e tantos outros manuais que direta ou indiretamente contribuem com a atenção e a assistência ao idoso, com metas estipuladas a serem alcançadas, mas que, para que sejam atingidas, dependem de uma política social e econômica global do governo que ofereça condições para que isto se torne uma realidade no país.

Figura 13. “Velho é o seu preconceito”



Fonte: Cartilha “Viver mais e melhor”, MS.

Em relação à imagem da página final, onde está o logotipo da instituição, o desenho de um círculo com a mensagem “Velho é o seu preconceito”, foi motivo de campanha durante o ano todo, voltado ao preconceito contra a pessoa idosa, proposta de governo para aquele momento (Figura 13). A cartilha foi elaborada nos anos de 1999 e

2000, na época do governo de Fernando Henrique Cardoso. Houve, naquele período, uma campanha da Igreja Católica com o mesmo tema, evidenciando o idoso.

Concluindo, a cartilha, cumpre os objetivos aos quais se propõe, apesar de nem sempre atingir, com sua linguagem, uma considerável parcela da população brasileira mas fornece noções importantes de igualdade de tratamento e ferramentas para se viver melhor, relacionadas à saúde, alimentação e vida saudável, voltada à prevenção de doenças nesta faixa etária. Na análise, conclui-se que faltaram orientações de onde se devem buscar atividades físicas e de orientação nutricional em serviços públicos ligados ao esporte e lazer, o que poderia facilitar o acesso a estes serviços se soubesse onde buscá-los. Infelizmente, apesar de simples, a cartilha não cumpre seu papel de atingir a grande maioria dos idosos do país, apenas uma parcela desta, conforme discutido no decorrer do texto; entretanto, foi o único guia encontrado com todos estes temas relevantes englobados e que continua atual, apesar de ter sido publicado em 1999.

2. UM GUIA PARA SE VIVER MAIS E MELHOR (VERSÃO 2006)

Figura 14. “Um guia para viver mais e melhor” (capa)



Fonte: Ministério da Saúde

-**Código:** lingüístico

-**Suporte:** oral

-**Número de pessoas** implicadas na comunicação: comunicação de massa através de cartilha/guia

- **Unidades de registro:** “Qualidade de vida”, “Mexa-se”, “Dicas para garantir a sua segurança”, “Alimentação, fonte da vida”, “Tudo em ordem” com os alimentos, “Prevenção de quedas, todo cuidado é pouco!”, “Siga estas dicas, sem escorregar”, “Economize com o genérico”, “Remédios gratuitos”, “A higiene começa pela boca”, “Vacina, importante saber”, “Quem pode pegar DST, quais os sintomas, como tratar” “Doenças mais comuns e o que pode fazer” e “Direitos à saúde”.
- **Fonte:** Ministério da Saúde, Secretaria de Ações de Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2006.
- **Acesso** em 08/09/2008, **disponível no site**
- **http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=153**
- **Formato:** guia

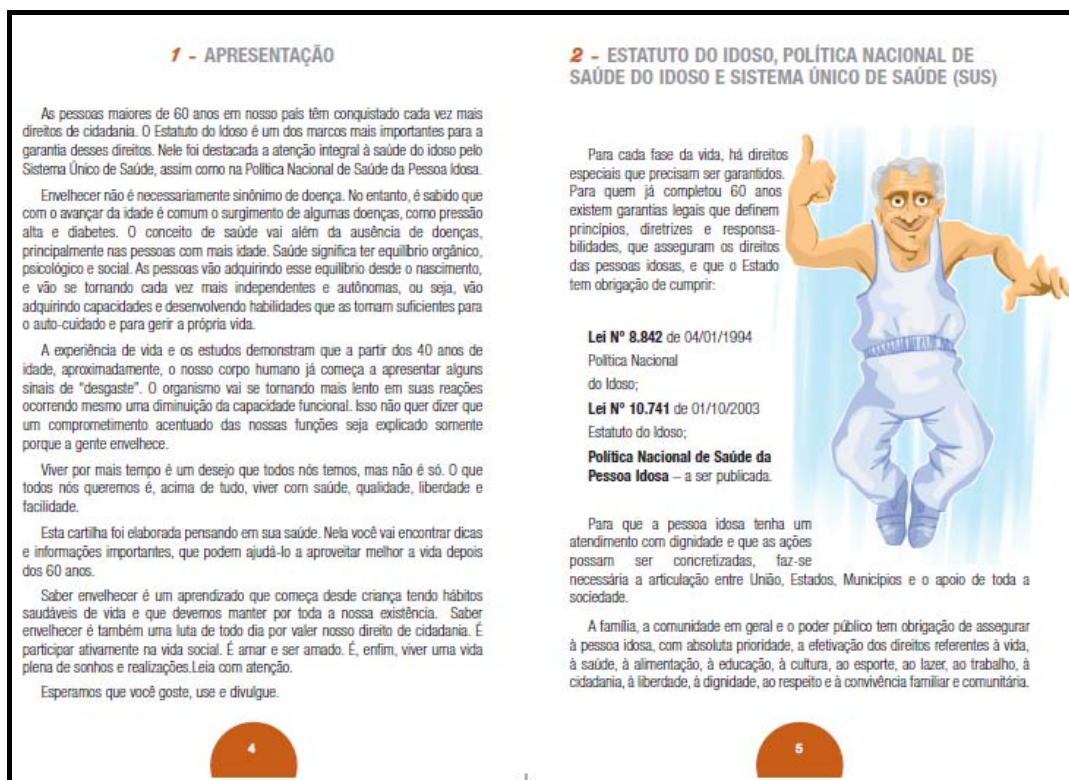
- **-Total de páginas: 17** páginas, sendo 9, especificamente relacionadas à osteoporose ou medidas preventivas da mesma, com fundo em branco e preto, porém com imagens coloridas.
- **-Temas:** Estatuto do Idoso, Política Nacional da Pessoa Idosa, envelhecimento, orientações para se viver melhor com mais de 60 anos, estímulo e orientação para atividades físicas, exercício da mente, alimentação adequada, prevenção de quedas, orientações úteis para dormir, orientações para aquisição gratuita e uso adequado de medicamentos, noções de higiene corporal e da saúde bucal, vacinas, sexualidade e envelhecimento, orientações e sintomas das doenças sexualmente transmissíveis, direitos da saúde e planos de saúde, outras informações importantes e telefones úteis para saber valer os seus direitos e necessidades do idoso.
- **Fotos, tabelas e ilustrações –**
- **Fotos-** 19 fotos
- **Quadros -**2
- **Ilustrações:** 14 ilustrações
- **Número de exemplares : disponível apenas em formato eletrônico, até o momento**
- **Referências: sem referências disponíveis**
- **Sub-títulos:**
- 1 – Apresentação
- 2 – Estatuto do Idoso, Política Nacional de Saúde do idoso e Sistema Único de de Saúde (SUS)
- 3- Exercícios físicos
- 4-Exercitando a mente
- 5- Alimentação
- 6- Prevenção de quedas
- 7 Recomendações para dormir
- 8- Medicamentos
- 9- Higiene
- 10- Vacinas
- 11- Sexualidade e envelhecimento
- 12- Direitos à saúde/planos de saúde
- 13- A quem recorrer

- **Editora: Ministério da Saúde**
- **Ano: 2006**
- **Corpo elaborador:** sem referência
- **Capa:** Foto sugerindo ser de uma família formada pelos pais, filhas e um casal de idosos, provavelmente os avós, casal este sentado em uma cadeira, demonstrando união e felicidade. A mão da senhora sobre a mão do idoso sugere a união da família e o sorriso na face de todos mostra que a família é unida e feliz.
- **Título principal:** Um guia para se viver mais e melhor-Qualidade de vida
- **Presença e frequência das categorias para seleção do texto**
- **Categorias:** foram encontradas, do ponto de vista quantitativo, a ocorrência dos termos: idosos(3), idosa(4), quedas (5), fratura/s(2), osteoporose (2). Houve co-ocorrência, isto é, a presença simultânea de uma ou mais categorias numa unidade de corpus e a distribuição dos elementos e de sua associação foi homogênea durante o transcorrer do texto. Estão associadas geralmente ao sub-títulos aos quais estão inseridos no texto, ao se falar sobre prevenção de quedas, sobre dietas e alimentação ou sobre exercícios físicos. Isto pode sugerir que elementos associados numa manifestação da linguagem estão igualmente associados no espírito do comunicador ao falar de sobre viver melhor para os idosos.

Análise do texto

Em primeiro lugar, já no início da cartilha, na página 4., observa-se que o texto orienta ao idoso que já existe legislação específica para sua faixa etária, que define princípios, diretrizes e responsabilidades que o Estado brasileiro deve cumprir. Chama a atenção para as vantagens em se ter 60 anos e a importância de ter uma vida saudável nesta faixa etária (Figura 15).

Figura 15. Orientação aos idosos para legislação específica a esta faixa etária.



Fonte: “Um guia para se viver mais e melhor”, MS.

O conceito de velhice tem variados significados, conforme a época, a cultura e as diferenças individuais da população, além de outras situações que envolvem uma multiplicidade de aspectos. Segundo Portela,⁸¹ ao citar Kalache, nas sociedades mais desenvolvidas, a questão social da velhice já encontrou resolvido ou, pelo menos encaminhados, os demais problemas sociais. Isso tornou menos difícil a formulação de políticas voltadas às necessidades específicas da população idosa, diferentemente da realidade do Terceiro Mundo, onde o resultado do processo de envelhecimento populacional, extremamente acelerado, como fator agravante a outros sérios problemas a serem enfrentados pelos países em desenvolvimento como o Brasil.

O texto do guia relata, ainda, que o envelhecimento deve ser planejado desde a infância, através de uma vida saudável, e isto se inclui perfeitamente na prevenção da Osteoporose, onde, com dieta adequada, ingestão de cálcio e prática de exercícios físicos regulares, é sabido que há benefícios ou menos perda óssea na idade avançada. Ainda de acordo com o guia da Associação Americana de Endocrinologia Clínica/AACE,⁴¹ estratégias eficazes de prevenção da Osteoporose podem ser implementadas durante o desenvolvimento (na infância e adolescência) e mais tardiamente e são

necessárias para minimizar as consequências físicas, sociais e econômicas da Osteoporose. Em outro estudo, Ocarino e Serakides⁶⁸ relatam que há evidências que, em humanos, exercícios físicos, desenvolvidos nas fases de crescimento e de desenvolvimento, determinam ganho de 7 a 8% de massa óssea no indivíduo adulto, o que reduz o risco de fraturas na idade avançada.

Na página 5, o teor do texto é confirmado pela ilustração de um idoso dando um salto num sinal de vitória, expressando felicidade por algo conquistado, com o polegar para cima, numa atitude positiva. A maior parte dos verbos está no modo presente, o que demonstra uma situação atual, exemplificados por “tem, é, demonstram, temos, existem” (Figura 15).

Na página 6, novamente é citado o Estatuto do Idoso, art 15, o que evidencia a importância que o emissor (no caso, o governo) tem em educar esta população para seus direitos de cidadania e um conseqüente envelhecimento saudável. Neste ponto do guia, é ressaltada a importância do exercício físico na prevenção de doenças. Apesar de não citar quais as doenças envolvidas, considera-se importante esta visão mais holística do idoso, não especificando os problemas decorrentes da doença por idade, mas sim voltado a um bem-estar geral e busca de melhor qualidade de vida geral (Figura 16).

Figura 16. Orientações para atividades físicas para a pessoa idosa.

É assegurada a atenção integral à saúde da pessoa idosa, por intermédio do Sistema de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente as pessoas idosas. (Estatuto do Idoso, Art. 15º)

3 - EXERCÍCIOS FÍSICOS

Cada ano que passa provoca transformações no nosso corpo. Cada fase da nossa vida traz junto novos riscos e possíveis problemas. Uma das formas de estarmos sempre preparados para essas transformações é conhecer o nosso corpo. E para isto, a atividade física é muito importante. Além de ser algo prazeroso, participar de atividades físicas auxilia na prevenção e tratamento de doenças, além de contribuir na melhoria da qualidade de vida.

O que os exercícios podem fazer por você

Fazer exercícios físicos evita várias doenças. E não é só isso. Os exercícios são muito importantes porque deixam você mais ágil, mais independente, com mais vontade de viver, se divertir. Quem se acostuma com atividades físicas tem mais disposição para sair com amigos e familiares, namorar, fazer novos planos ou realizar desejos antigos. Comece já!

MEXA-SE!

Exercícios fazem bem para o corpo e para a alma: aumentam sua segurança nas tarefas diárias e combatem a depressão. As juntas ficam mais flexíveis. Os músculos mais resistentes. Os ossos, mais rígidos. Ajudam a combater obesidade, diabetes, colesterol e pressão alta, diminuindo o risco de doenças do coração. Mas atenção: se você está parado há muito tempo, vá ao médico antes de começar; se já fez exercícios, vá ao médico periodicamente; evite exercícios fortes ou esportes coletivos, como futebol.

EVITE FAZER EXERCÍCIOS SOB SOL FORTE

- Tome água com moderação antes, durante e depois dos exercícios.
- Use roupas leves, claras e ventiladas
- Não faça exercícios em jejum. Mas também não coma exageradamente antes.
- Calce sapatos confortáveis e macios.

O QUE VOCÊ PODE FAZER POR VOCÊ

Faça algum exercício. São muitos para escolher: caminhadas, pedaladas, natação, dança, ioga, alongamento etc. o importante é escolher um de que mais goste e pratique sempre.

CAMINHADA

Caminhe de três a cinco vezes por semana, de 40 a 60 minutos. Se não puder caminhar por uma hora seguida, faça duas etapas separadas de 30 minutos. Procure uma companhia para estas horas. Vá a pé a lugares não muito distantes: mercado, banco, farmácia, parques, pequenas compras, visitas à amigos e parentes. Evite ladeira e pisos irregulares.

Fonte: “Um guia para se viver mais e melhor”, MS.

Na página 7, subtítulo “Exercício, Mexa-se”, ao falar sobre as vantagens do exercício físico, o autor cita que “as juntas ficam mais flexíveis. Os músculos mais resistentes. Os ossos, mais rígidos”. Isto é evidenciado pelos autores do trabalho que citam que as alterações no metabolismo, na absorção de cálcio e no perfil hormonal, principalmente em mulheres na pós-menopausa, aliados à falta de exercícios físicos, contribuem para um balanço negativo no equilíbrio da remodelação óssea nesta faixa etária, o que contribui para a ocorrência da osteoporose (Figura 16).

Nesta página, o emissor torna-se mais incisivo, utilizando de verbos na maior parte no modo imperativo “faça, não faça, use, calce, tome”, o que sugere conselhos que na realidade são ordens, quando o ideal seria que o material induzisse à sensibilização e reflexão do usuário para uma adesão à orientação dada e uma conseqüente mudança de comportamento.

Figura 17. Estímulo às atividades físicas e mentais para a pessoa idosa.



Fonte: “Um guia para se viver mais e melhor”, MS.

Na página 8, quando discorre sobre formas de alongamento, estudo de Gali,⁸² mostra que indivíduos que praticam tai-chi-chuan, tem uma diminuição de 47% de

quedas e 1/4 da taxa de fraturas de quadril comparados a não praticantes; portanto, a correlação com o a idéia sobre a importância do alongamento e da “melhoria da mobilidade e flexibilidade das articulações”, citada no texto, é coerente com a literatura citada, quando se enfoca prevenção de quedas e ocorrência de fraturas (Figura 17).

Figura 18. Estímulo às atividades sociais e orientações alimentares para a pessoa idosa

- Não deixe seu emocional enferrujar. Mantenha hábitos afetivos saudáveis, ou seja, namore, curta os amigos e a família.
- Participe de jogos que envolvam raciocínio.
- Leia pelo menos as manchetes de um jornal diariamente e comente com alguém.
- Mantenha-se ativo fazendo trabalhos manuais, visitas, cursos, etc.
- Anote tudo que for importante em um caderno ou agenda, para não esquecer.
- Procure não se isolar, solidão pode levar ao desânimo e a depressão.
- Frequente grupos de convivência, clubes ou grupos de universidades.

5 - ALIMENTAÇÃO

Para que nosso corpo e nossa mente se mantenham ativos é fundamental uma alimentação saudável.



ALIMENTO, FONTE DA VIDA

A energia, as proteínas, vitaminas e minerais que você precisa para manter a saúde física e mental estão nos alimentos, não nas farmácias. Cuide de suas refeições e coma na dose certa, prestando atenção na qualidade e quantidade. Alimentar-se bem é a melhor maneira de combater a desnutrição e prevenir outras doenças, como pressão alta e diabetes.

ALIMENTOS ENERGÉTICOS

Arroz, massas, todos os tipos de cereais, pães, milho, batata, mandioca (macaxeira), inhame, cará.

Estes alimentos formam a base da alimentação e dão a maior parte da energia que você precisa para suas atividades diárias. São ricos em carboidratos e representam o maior volume da alimentação. Se você não tem problema de açúcar no sangue (diabetes) esses alimentos podem ser usados em todas as refeições.

ALIMENTOS ENERGÉTICOS EXTRAS

Gorduras e óleos (margarina, manteiga, óleo vegetal, azeite de oliva), açúcares adicionais (doces e açúcar de mesa). As gorduras e óleos têm vitaminas A, D, E e K com alto teor de energia e devem ser consumidos com moderação. Açúcares adicionais (doces ou adoçantes para sucos, cafés etc) devem ser incluídos na alimentação, sempre com muita moderação.

ALIMENTOS CONSTRUTORES

Peixes, carnes, aves, ovos, leite, queijo e leguminosas secas (feijão, lentilha, soja, grão de bico etc).

Fontes de proteína constroem, mantêm e renovam as células do corpo. Ajudam a formar e conservar os tecidos – cabelos, músculos, órgãos, sangue, pele. Alimentos ricos em ferro e cálcio são essenciais para prevenir anemia e osteoporose. Use no almoço e jantar. Leite e derivados, no café da manhã e/ou lanche.

Fonte: “Um guia para se viver mais e melhor”, MS.

Na página 10, ao focar o subtítulo “Alimentos”, pode-se observar a chamada e que uma alimentação saudável é essencial para corpo e mente ativos (Figura 18). A palavra “ativos” pode ter sido utilizada tendo em vista as orientações da OPAS⁸³ que se intitula ‘Envelhecimento ativo’ como uma política de saúde a ser almejada para a terceira idade, política esta decorrente da Segunda Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, realizada na Espanha, em 2002. O termo “envelhecimento ativo” é voltado ao desafio na formulação de políticas e planos de ação que promovam um envelhecimento saudável e ativo à população que está envelhecendo. Segundo este conceito, envelhecimento ativo é o processo de otimização das

oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, à medida que as pessoas ficam mais velhas.

Segundo a Sociedade Internacional de Osteoporose,⁸⁴ nos adultos jovens e mais velhos, uma dieta nutritiva ajuda a preservar a massa óssea e a força e, para aqueles que tiveram uma fratura, auxilia sua velocidade de recuperação e redução do risco de uma nova fratura.

Na página 11, durante a descrição de tipos e fontes de alimentos, no sub-tópico “alimentos construtores”, orienta que “alimentos ricos em ferro e cálcio são essenciais para prevenir anemia e osteoporose. Use no almoço e jantar. Leite e derivados, no café da manhã e/ou lanche” (Figura 18). Segundo informações disponíveis em “dicas do especialista” do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia/INTO, a ser analisado posteriormente neste estudo, as necessidades diárias de cálcio, são de 1500 mg para mulheres com mais de 50 anos, disponíveis no leite e derivados, legumes verdes (espinafre, agrião, brócolis e couve-manteiga), cereais, frutos, secos e peixe, no entanto, o leite e os derivados têm muito mais cálcio e é de mais fácil absorção. Isto poderia ser evidenciado através de uma ilustração com os tipos de quantidades mínimas diárias de alimentos necessários com cálcio pela faixa etária, ficaria bastante inteligível e facilitaria o entendimento e fixação da mensagem pelo idoso.

Figura 19. Orientações sanitárias e nutricionais no consumo de alimentos



ALIMENTOS REGULADORES
Verduras, legumes e frutas.

Facilitam a digestão e são ricos em sais minerais, vitaminas e fibras. Aumentam a resistência contra infecções e entre muitos benefícios, ajudam no bom funcionamento do intestino. Use no almoço e jantar. E coma pelo menos duas frutas por dia.

Evite
Sal em excesso, temperos industrializados, gorduras de origem animal (banha, sebo, toucinho) e frituras.

Use à vontade
Temperos naturais (alho, cebola, ervas como salsa, manjericão, coentro etc).

TUDO LIMPO
Sempre lave as mãos antes de lidar com os alimentos. Verduras, frutas e legumes devem ser bem lavados antes do consumo. Lave também as embalagens dos alimentos antes de abri-los.

TUDO EM ORDEM

- Guarde alimentos e produtos de limpeza separadamente.
- As embalagens devem estar em boas condições. Mantenham-se sempre longe de insetos, ratos ou outros animais.
- Latas: não compre as que estiverem amassadas ou estufadas.
- Se você não consumir todo o conteúdo da lata, guarde o que sobrou em uma vasilha de plástico ou vidro com tampa.
- Não deixe de comer nada por não conseguir mastigar: pique, moa, corte ou rale.

Alimentos ricos em fibras evitam prisão de ventre. Coma frutas, verduras e legumes, de preferência crus e, se possível, com casca.

Vamos conhecer os dez passos para uma alimentação saudável:

- 1º passo: Aumente e varie o consumo de frutas, legumes e verduras. Coma-os 5 vezes por dia.
- 2º passo: Coma feijão pelo menos 1 vez por dia, no mínimo 4 vezes por semana.
- 3º passo: Reduza o consumo de alimentos gordurosos, como carne com gordura aparente, salsicha, mortadela, frituras e salgadinhos, para no máximo 1 vez por semana.
- 4º passo: Reduza o consumo de sal. Tire o saleiro da mesa.
- 5º passo: Faça pelo menos 3 refeições e 1 lanche por dia. Não pule as refeições.
- 6º passo: Reduza o consumo de doces, bolos, biscoitos e outros alimentos ricos em açúcar para no máximo 2 vezes por semana.

Fonte: “Um guia para se viver mais e melhor”, MS.

Na página 13, em “dez passos para uma alimentação saudável”, poder-se-ia reforçar a idéia de quantidade mínima de ingestão diária de leite ou derivados.

Em relação à linguagem utilizada na cartilha, observa-se que, na página 11, em referência ao termo “use no almoço e no jantar”, o emissor utiliza o verbo no modo imperativo, como na maior parte das vezes em que fala de alimentos e alimentação, o que demonstra uma orientação sob forma de ordem (Figura 19). Fotos coloridas e sugestivas de uma boa alimentação foram utilizadas para induzir o receptor a utilizar e incorporar estes alimentos em sua rotina. Outro termo considerado inadequado para uso da língua portuguesa é a palavra “Use” no sentido de “Ingira”, “Beba” ou “Coma”, que seriam mais corretos e pertinentes.

Figura 20. Orientações para prevenção de quedas em idosos

7º passo: Reduza o consumo de álcool e refrigerantes. Evite o consumo diário. A melhor bebida é a água.

8º passo: Aprecie a sua refeição. Coma devagar.

9º passo: mantenha o seu peso dentro de limites saudáveis.

10º passo: Seja ativo. Faça 30 minutos de atividade física todos os dias. Caminhe pelo seu bairro. Não passe muitas horas assistindo TV.

ATENÇÃO!

Pessoas com doenças como diabetes e colesterol alto (gordura no sangue), precisam de dietas especiais e devem consultar um médico.

6 - PREVENÇÃO DE QUEDAS

Uma queda, mesmo que pequena, em diversos casos é a principal causa de incapacidade entre pessoas mais velhas. Elas podem causar desde lesões leves, como contusões e torções, ou mais graves, como fraturas.

Conforme vamos envelhecendo, nossa coordenação motora e agilidade vão sofrendo algumas alterações. Com isso, em muitos casos, é comum que quedas aconteçam. Mas antes de encarar a queda como um simples acontecimento, sem maior importância, saiba que elas podem ser uma indicação de que o seu corpo precisa de cuidados. Uma queda pode sinalizar o início de fragilidade ou anunciar uma doença mais séria, como a osteoporose, comum em mulheres com mais de 50 anos. Quando devidamente tratados esses problemas podem ser contornados. Do contrário, podem se agravar e causar sérios transtornos.

Por isso, todo cuidado é pouco!

SIGA ESSAS DICAS. SEM ESCORREGAR

Tapetes soltos e desfiados podem deslizar ou causar tropeções. Procure evitá-los ou fixe-os bem para que não escorreguem.

Prevenção é sempre o melhor caminho. Além de manter os cuidados com a saúde, observe algumas dicas simples, mas que realmente ajudam a evitar quedas no dia-a-dia:

Use sapatos fechados, de preferência com solado de borracha, que aderem melhor ao chão.

Coloque tapetes de borracha no banheiro, no chuveiro, em frente à pia da cozinha e em outras áreas de circulação.

Evite andar em áreas com piso irregular, liso ou úmido.

Obstáculos no chão, como móveis e objetos espalhados pela casa, contribuem para as quedas.

Fonte: “Um guia para se viver mais e melhor”, MS.

No subtítulo Alimentação, subitem “ATENÇÃO!”, chama-se atenção para dietas especiais necessárias para determinadas doença. Talvez o melhor caminho fosse conseguir uma mudança de postura na população através de medidas educativas e não imperativas, onde realmente houvesse uma mudança de comportamento, chegando, pois

ao objetivo de incorporação permanente de hábitos saudáveis na alimentação e seu impacto positivo na saúde (Figura 20).

Outro fato a ser colocado é que, apesar de serem orientações ideais, ressalta-se a limitação em todas as orientações em se fazer corresponder, pois a maior parte da população não tem acesso e condições para aquisição destes alimentos. A orientação foi dada, mas as inequidades sociais e as desigualdades continuam dificultando esta incorporação por hábitos saudáveis de vida e alimentação, principalmente para faixas etárias mais vulneráveis como a criança e o idoso.

Ainda, no subtítulo Alimentação, subitem “ATENÇÃO!”, ao se chamar atenção para dietas especiais necessárias para determinadas doenças, talvez fosse importante ressaltar também a doença Osteoporose neste rol de agravos, por, nestes casos, haver necessidade de um reforço nutricional em determinados alimentos, principalmente no que se refere à ingestão diária de alimentos com alto teor de cálcio, voltados à prevenção da doença. Segundo Woolf e Akensson,⁸⁵ uma má nutrição é comum em idosos, especialmente os idosos frágeis, e diversos estudos demonstram baixo peso corporal e índice de massa corpórea associada à fratura do quadril.

No subtítulo “6. Prevenção de quedas”, o autor associa a ocorrência de quedas a uma fragilidade face à idade e a um possível prenúncio de Osteoporose, o que poderá gerar fraturas, principalmente em mulheres com mais de 50 anos. O texto enfatiza que “estes problemas” (osteoporose) têm solução se tratados, senão, “podem causar sérios transtornos”. Neste momento enfatiza que “todo cuidado é pouco” (Figura 20).

Esta informação procede, tendo em vista que, idosos que tem quedas recorrentes, devem ser investigados em sua causa, pelo fato de ser a osteoporose uma doença silenciosa, sem a manifestação de sintomas a não ser pela ocorrência de fraturas, que podem se dar de modo traumático, ou quando em estágios mais avançados, de forma espontânea. Segundo àqueles autores, as fraturas ocorrem em idosos por causa da fragilidade do esqueleto. Uma avaliação de quedas é necessária e inclui um histórico das circunstâncias envolvidas com sua ocorrência, tais como uso de drogas, doenças agudas ou crônicas, nível de mobilidade; deste modo, um exame de capacidade visual, alterações na marcha e no equilíbrio e função das articulações das pernas; função básica neurológica, incluindo saúde mental, força muscular, inervação periférica de membro, dentre outros e avaliação do estado cardiovascular, devem ser realizados nesta investigação.

Figura 21. Orientações gerais para idosos.



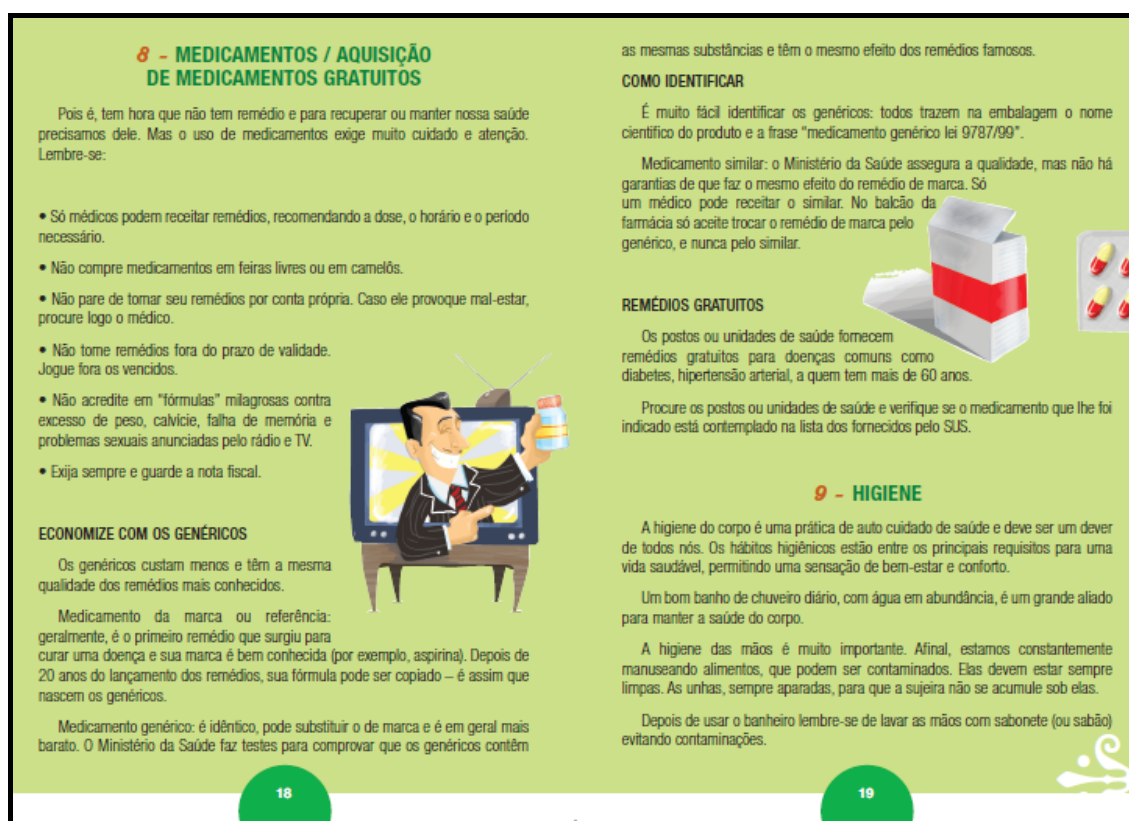
Fonte: “Um guia para se viver mais e melhor”, MS.

Nas páginas 15, 16 e 17, as mensagens são praticamente similares às das respectivas páginas do Guia “Viver Mais e Melhor”, publicado em 1999 pelo Ministério da Saúde e já foram analisadas neste estudo. As ilustrações são bastante coloridas e auxiliam a fixar a mensagem na memória, em pontos focais e prioritários (Figuras 20 e 21).

Na página 18, subtítulo “8. Medicamentos”, vários aspectos referentes à aquisição e o uso de medicamentos são abordados (Figura 22). No início da página, o termo “tem hora que não tem remédio e, para recuperar ou manter nossa saúde, precisamos dele”. O termo “tem hora que não tem remédio” ficou evasivo, pois a idéia presente nesta frase deveria ser completada, para favorecer o entendimento com expressões, tais como: “há momentos que não há remédio em casa”, ou “há momentos que não tem mais o remédio que precisamos” ou “quando faltar em casa o remédio que o médico indicou” seriam mais interessantes, pois orientaria a idéia para uma ação positiva, dentro do que seria esperado do idoso. Seria também oportuno neste momento, designar a situação de casas onde efetivamente “não há remédios disponíveis” por falta de acesso a serviços de saúde ou falta de condições para adquiri-los já que, à seguir, a

idéia passaria a ser complementada pela informação (que já existe na cartilha na página seguinte) constante em “remédios gratuitos”, o que tornaria a recomendação mais próxima da realidade de grande parte da população brasileira, orientando-a a buscar uma unidade de atendimento médico mais próxima para tal. Utilizar somente remédios com indicação médica, na dose e frequência correta e outros tópicos importantes foram abordados neste subitem, de maneira acessível.

Figura 22. Orientações referentes à medicamentos para idosos.



Fonte: “Um guia para se viver mais e melhor”, MS.

A orientação dada no texto sobre “não pare de tomar seu remédio por conta própria. Caso ele provoque mal-estar, procure logo o médico” é importante e bem colocada, tendo em vista que a interrupção do tratamento sem orientação médica pode trazer mais riscos que benefícios. Esta também é a orientação a pacientes com Osteoporose ou que fazem uso de medicação anti-osteoporótica visando prevenção da doença, conforme o “Guia de Orientação do paciente com Osteoporose” do Ministério da Saúde, acessado em 17/11/2008 e disponível site no endereço <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/index.htm>, que orienta o paciente a, se

sentir determinados sintomas descritos, não interromper o tratamento sem comunicar ao médico, informando também a ele se ocorrerem outros sintomas durante o tratamento.

É importante a abordagem desta temática para orientar o idoso, que é acometido por uma ou mais doenças no avançar da idade e tem necessidade de utilização de medicamentos, às vezes de uso permanente.

Conforme consta no Plano de Ação do Comitê Nacional para promoção do uso racional de medicamentos, do Ministério da Saúde, acessado em 17/11/2008 e disponível no endereço

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sumario_v_reuniao_urm.pdf, em 2003, os medicamentos foram responsáveis por 28% de todas as notificações de intoxicações, segundo o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX). Desse percentual, 45% correspondem à tentativa de suicídio. O restante está relacionado a circunstâncias como: uso terapêutico, prescrição médica inadequada, erro de administração, auto-medicação, abuso e uso indevido. Em relação ao total de óbitos registrados, no mesmo ano, as intoxicações por medicamentos foram responsáveis por 24% dos casos e desses, 52% caracterizaram-se por suicídio. Isto demonstra a magnitude do problema referente ao uso inadequado de medicamentos.

Por um outro lado há, ainda, outro aspecto importante a ser considerado na mensagem que chega aos usuários (e, dentre eles, o idoso) e que influencia diretamente a sua aquisição e consumo, muitas vezes, incorreto. Segundo um estudo de Barros e Joany,⁸⁶ em uma avaliação dos anúncios contidos nas edições de agosto/2000 a fevereiro/2001 do Jornal de Pediatria, Revista Brasileira de Medicina e Jornal Brasileiro de Medicina, foi observado que, nenhum dos critérios propostos pela Organização Mundial da Saúde para materiais de publicação, esteve presente nas propagandas das revistas analisadas e, em apenas 20% delas, houve referência a reações adversas, contra-indicações e interações que poderiam ocorrer derivados do uso dos medicamentos anunciados. Deste modo, constatou-se que houve omissões de dados importantes na informação, em especial contra-indicações, reações adversas e interações, comprovando serem os anúncios tendenciosos em sua informação, atendendo a propósitos mercadológicos, não sendo considerado um meio que subsidie a prescrição e a utilização correta e segura daqueles produtos. Este trabalho nos mostra, portanto, a importância da orientação médica para os pacientes que buscam um medicamento.

No guia analisado no presente estudo, isto fica bastante claro e evidenciado, pela linguagem utilizada e pela forma de expressão utilizada no texto, tais como “não acredite em fórmulas milagrosas, ou “não compre medicamentos de camelôs ou em feiras livres’ ou, ainda, “Só um médico pode receitar o (medicamento) similar” (Figura 22) . Em relação à mesma página, cita orientações sobre utilização de medicamentos genéricos e seu poder no tratamento da doença, é importante a mensagem “o Ministério da Saúde assegura a qualidade, mas não há garantias de que faz o mesmo efeito do remédio de marca”. Só um médico pode receitar o similar. No balcão da farmácia só aceite trocar o remédio de marca pelo genérico, e nunca pelo similar. São informações relevantes para quem usa medicamentos e de uso prolongado, como no caso da osteoporose e fornece orientações para o consumidor, que pode ser o idoso, para não ser facilmente enganado. É interessante observar o modo verbal imperativo negativo na maior parte das orientações, como se realmente fosse uma ordenação do emissor da mensagem para determinadas ações do idoso e não recomendação, pois são aspectos importantes a serem seguidos, o que é necessário e pertinente e isto fica bastante elucidado na mensagem.

Figura 23. Doenças mais comuns e direitos à Saúde da pessoa idosa.

DOENÇAS MAIS COMUNS. E O QUE VOCÊ PODE FAZER

DOENÇAS	FATORES	SINTOMAS	PREVENÇÃO
Cardiovasculares: infarto, angina, insuficiência cardíaca	Pouca atividade física (sedentarismo), fumo, diabetes, alta taxa de gordura no sangue (colesterol) e obesidade (gordura).	Falta de ar, dor no peito, inchaço, palpitações.	Atividade física, não fumar e controlar peso, colesterol e diabetes.
Derrames	Pressão alta, fumo, sedentarismo, obesidade e colesterol elevado.	Tontura, desmaio, paralisia súbita.	Atividade física, não fumar, controlar pressão arterial.
Pressão alta (hipertensão)	Obesidade, sedentarismo e excesso de estresse.	Em geral, não há sintomas. Pode provocar dor de cabeça e tontura.	Atividade física, alimentação sem sal, controlar ou eliminar a bebida alcoólica.
Câncer	Fumo, tomar muito sol, alimentação inadequada, obesidade, casos na família, alcoolismo.	Depende do câncer. Um sintoma comum é o emagrecimento inexplicável.	Ir ao médico pelo menos uma vez por ano para fazer exames preventivos. Evitar sol em excesso. Não fumar.
Pneumonia	Gripe, enfisemas e bronquites anteriores. Alcoolismo e imobilização na cama.	Febre, dor ao respirar, escarro, tosse.	Atividade física, boa alimentação, vacinação contra gripe e pneumonia.
Enfisema e bronquite crônica	Fumo, casos na família, poluição ambiental excessiva.	Tosse, falta de ar, escarro.	Parar de fumar, manter a casa ventilada e aberta ao sol.
Infecção urinária	Retenção urinária no homem. Na mulher, incontinência urinária.	Ardor ao urinar e vontade frequente de urinar.	É preciso tratar a infecção e a sua causa.
Diabetes	Obesidade, sedentarismo, casos na família.	Muita sede e aumento do volume da urina.	Controlar o peso e a taxa de açúcar no sangue.
Osteoporose (enfraquecimento dos ossos)	Fumo, sedentarismo, dieta pobre em cálcio. Na mulher, o risco é sete vezes maior.	Não há sintomas. Em geral, é descoberta pelas complicações (fraturas).	Atividade física, não fumar, comer alimentos ricos em cálcio (leite, queijo, couve-flor).
Osteoartrite (desgaste das articulações)	Obesidade, traumatismo, casos na família.	Dores nas juntas de sustentação (punho, tornozelo, coluna).	Controlar o peso e praticar atividade física adequada.

12 - Direitos à Saúde / Planos de Saúde



A pessoa idosa viveu décadas, tem experiência, sabedoria e merece respeito. Mas isso nem sempre acontece. Infelizmente abusos e preconceitos são cometidos no interior de determinadas famílias, na sociedade e até em órgãos públicos. Você pode mudar essa situação. A Constituição Federal, o Estatuto do Idoso (Lei Nº 10.741/03) e a Política Nacional do Idoso (Lei Nº 8.842/94) determinam regras e punições para proteger você. Conheça as principais e exija que elas sejam cumpridas.

Direito ao respeito

São crimes contra a pessoa idosa sujeito a punição:

- Negligência, desrespeito, atos de violência como puxões, beliscões, abusos sexuais, queimaduras, amarrar braços e pernas ou obrigar a tomar calmante.
- Ameaças de punição e abandono.
- Agressões verbais como "você é um inútil".
- Apropriação dos alimentos, pensão e propriedades sem autorização.
- Recusa em dar alimentação e assistência médica.
- Impedir a pessoa de sair de casa ou mantê-la em local escuro e sem higiene.

Fonte: “Um guia para se viver mais e melhor”, MS.

O quadro de doenças disponível na página 26 do presente guia, é o mesmo do Guia Viver mais e melhor e já foi abordado em análise anterior neste estudo (Figura 23).

Os subtítulos restantes não farão parte da análise, pois não estão diretamente correlacionados à prevenção de osteoporose.

Concluindo, a cartilha cumpre bem seu papel de difundir informações a respeito de uma vida saudável para o idoso, na busca destas condições, bem como ressalta um grande interesse do governo, emissor da mensagem, em ressaltar as conquistas derivadas da publicação de normas e legislações que amparam, protegem e dão orientações para uma saúde com a equidade e integralidade nas ações a serem desencadeadas para esta faixa etária, e oferece subsídios ao idoso em seus direitos e onde buscar estes direitos na atenção à sua saúde física, social e mental. Por um lado, deixa também claro a limitação do governo em lidar com questões que extrapolam o setor saúde, até que consiga resolver questões sócio-econômicas envolvidas para o alcance dos objetivos da saúde para a população brasileira em geral.

ANÁLISE DE CONTEÚDO CONJUNTO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA E MANUAL DE PREENCHIMENTO DA CADERNETA

3. CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Figura 24. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (capa)



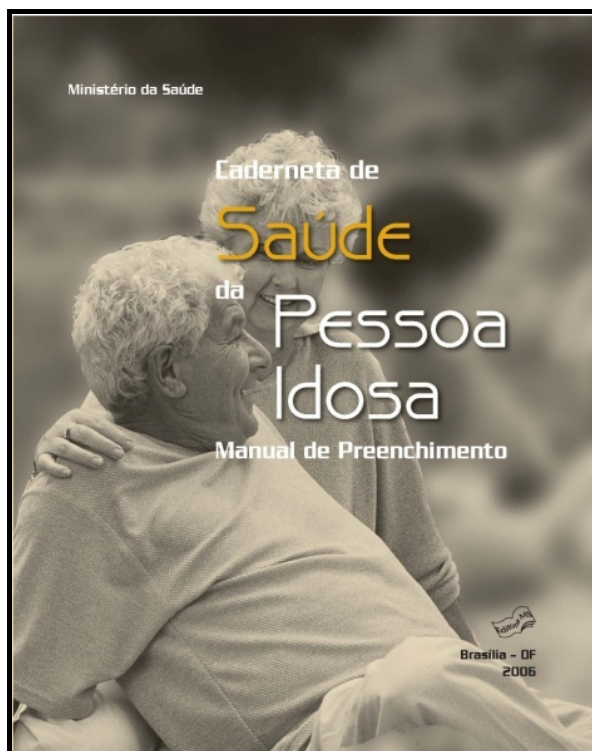
Fonte: Ministério da Saúde

- **Aplicação da Análise:**
- **-Código:** lingüístico
- **-Suporte:** oral
- **-Número de pessoas** implicadas na comunicação: comunicação de massa através de caderneta
- **-Público-alvo:** Idosos em geral
- **-Objetivo:** registrar informações importantes sobre as condições da saúde do idoso, para ele e para auxiliar os profissionais de saúde sobre ações necessárias à sua saúde
- **Unidades de registro:**
- **Fonte:** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

- **Formato:** retangular, medindo 13,5 x 10cm
- **-Total de páginas:** 22 páginas
- **-Temas:** dados pessoais, escolaridade, ocupação grupo sanguíneo, hábitos de vida (uso de bebidas, realiza atividades físicas), informações à respeito de com pessoas com quem mora, auto-percepção da saúde, problemas atuais de saúde, uso atual de medicamentos e posologia, informações referente à internações nos últimos anos e ocorrência de quedas (importante para prevenção secundária da FFO), presença de alergia a medicamentos, alimentos ou outros, coisas que não pode esquecer, vacinas e sobre as vacinas a serem aplicadas, disponibilização de serviços e telefones úteis, agenda de consultas médicas, marcações de controle de pressão arterial, controle de peso, controle de glicemia e anotações importantes.
- **Fotos, tabelas e ilustrações –**
- **Fotos-** 1 foto na capa
- **Tabelas** -11
- **Ilustrações:** não há
- **Número de exemplares** (tiragem)- a meta é distribuir 2.000.000 de exemplares em 2008
- **Referências:** material elaborado pelo Ministério da Saúde
- **Sub-títulos:**
- **Editora:** Ministério da Saúde
- **Ano:** 2006
- **Corpo elaborador:** Secretaria de Atenção à Saúde
- **Capa:** Foto de um casal de idosos felizes e juntos sentados em um banco, com uma imagem em terceiro plano que parece retratar uma área externa
- **Titulo principal:** Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.
- **Presença e frequência das categorias para seleção do texto**
- **Categorias:** idoso/s(4), osteoporose(-), quedas(2), fraturas(-)

4. CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA – MANUAL DE PREENCHIMENTO

Figura 25. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa-Manual de Preenchimento (capa)



Fonte: Ministério da Saúde

- **Aplicação da Análise:**
- **-Código:** lingüístico
- **-Suporte:** oral
- **-Número de pessoas** implicadas na comunicação: comunicação de massa através de caderneta, direcionada à todas as unidades de saúde que utilizarão o material
- **-Público-alvo:** Profissionais de saúde em geral
- **-Objetivo:** registrar informações relevantes sobre as condições de saúde do idoso, voltadas a subsidiar o profissional de saúde na identificação de sinais de fragilidade do idoso e direcionamento oportuno de ações de prevenção e promoção da saúde
- **Unidades de registro:**
- **Fonte:** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

- **Acesso** em 08/09/2008, **disponível no site**
- **http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=153**
- **Formato:** retangular
- **-Total de páginas:** 24 páginas
- **-Temas:** orientação técnica ao profissional sobre a importância do preenchimento de cada item da caderneta, sob o ponto de vista de saúde, relatando o motivo da inclusão de cada um deles, tais como dados pessoais, escolaridade, ocupação grupo sanguíneo, hábitos de vida (uso de bebidas, realiza atividades físicas), informações à respeito de com quem mora, auto-percepção da saúde, problemas atuais de saúde, uso atual de medicamentos e posologia, informações referente à internações nos anos e ocorrência de quedas (importante para prevenção secundária da FFO), presença de alergia a medicamentos, alimentos ou outros, coisas que não pode esquecer, vacinas e sobre as vacinas a serem aplicadas, disponibilização de serviços e telefones úteis, agenda de consultas médicas, marcações de controle de pressão arterial, controle de peso, controle de glicemia e anotações importantes.
- **Fotos, tabelas e ilustrações –**
- **Fotos-** 1 foto na capa
- **Tabelas –** 11 (idem manual)
- **Ilustrações:** não há
- **Número de exemplares** (tiragem)- 50.000 exemplares (2006)
- **Referências:** material elaborado pelo Ministério da Saúde
- **Sub-títulos:**
- **Editora:** Ministério da Saúde
- **Ano:** 2006
- **Corpo elaborador:** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações
- **Capa:** Foto de um casal de idosos felizes e juntos sentados em um banco, com uma imagem em terceiro plano que parece retratar uma área externa.
- **Titulo principal:** Manual de preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.
- **Presença e frequência das categorias para seleção do texto**
- **Categorias:** idoso/s(14), idosa(22), osteoporose(2), quedas(5), fraturas(-)

Análise do texto

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é instrumento preenchido no momento da realização da visita domiciliar, onde haja um morador com 60 anos ou mais de idade, ou na unidade de saúde quando a pessoa for se consultar.

O objetivo desta caderneta é fornecer subsídios aos profissionais de saúde para, através de indicadores pré-estabelecidos, prever sinais de risco e interceder, para melhorar a qualidade de vida individual do idoso e promover uma saúde pública mais consciente e eficaz.

O preenchimento da Caderneta de Saúde se dá a partir da própria fala da pessoa idosa, porém preserva sua privacidade e espontaneidade e tem como objetivo provocar um relato natural sobre o que é mais conveniente falar sobre sua vida e saúde. Esta caderneta deverá estar sempre em porte do idoso, o que facilitará a consulta por outras pessoas, se necessário.

Segundo a apresentação da Caderneta, foi relatada a presença de dois grandes grupos populacionais a serem investigados: a) idosos independentes e; b) idosos frágeis ou em processo de fragilização. Os primeiros são aquelas pessoas idosas que, mesmo sendo portadoras de alguma doença (principalmente hipertensão arterial e diabetes), se mantêm ativas no ambiente familiar e no meio social. Por outro lado, as pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização são aquelas que, por qualquer razão, apresentam determinadas condições que podem ser identificadas pelos profissionais de saúde. O objetivo da caderneta é justamente identificar indivíduos frágeis ou em processo de, para que sejam neles priorizadas as ações de recuperação, de promoção e de atenção, evitando, com isso, a piora do quadro do paciente.

A estratégia utilizada nesta Cartilha de aplicação de um breve questionário ao idoso a fim de identificar o que percebe sobre questões relativas à sua saúde, por meio de entrevista pessoal, é evidenciado por alguns autores. Segundo Veras,¹⁴ para o estudo com a população idosa, a entrevista é incontestavelmente o melhor procedimento para se , pois permite que se estabeleça uma relação entrevistado-entrevistador e uma maior consistência nas perguntas abertas. Ainda segundo este autor, o fato do questionário ser aplicado a várias dimensões da vida do idoso, torna-o mais abrangente e holístico, o que torna o conteúdo mais atual e menos focado em problemas específicos, como somente a presença de doenças, abrindo espaço para questões amplas como aspectos referentes à

saúde física e mental, atividade do dia-a-dia, e aspectos sociais e econômicos que possam permear o processo saúde-doença.

Segundo Uchoa,⁸⁷ um questionário voltado a idosos geralmente é voltado à identificação de problemas prioritários nesta população para serem definidas ações direcionadas ao enfrentamento destes problemas e, neste caso, estudos antropológicos tornam-se essenciais. Eles poderão nortear ações nas quais serão consideradas características sociais e culturais da população idosa, sobre o modo como os idosos brasileiros envelhecem, que significado dá ao envelhecimento em sua vida e como fazem parte desta experiência de envelhecer, assim como ele percebe e quão intensamente sente seus problemas de saúde, como procura resolvê-los e quais são as dificuldades que encontra nesse processo.

Ao relacionarmos o processo do envelhecimento à forma como este fato é considerado em diferentes culturas, a velhice e o envelhecimento deixaram de ser encarados como fatos naturais, para serem encarados como fenômenos profundamente influenciados pela cultura. Segundo a autora, em seus estudos, Geertz⁸⁸ oferece subsídios para a construção de um novo paradigma para o estudo da relação entre envelhecimento e cultura, definindo a cultura como um universo de significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar sua experiência e guiar suas ações. Para ele, “...a cultura é o contexto que torna inteligíveis os diversos acontecimentos e situações da vida, como por exemplo limitações e perdas tão freqüentes nesta fase da vida”. Já Corin⁸⁹ e Létourneau⁹⁰ interpretam o envelhecimento focalizando a interação entre parâmetros culturais, traços individuais e marcadores biológicos na construção formas de envelhecer e de viver o envelhecimento. No Ocidente, segundo Corin,⁸⁹ em vez da velhice ser valorizada socialmente, sob um aspecto positivo, é ressaltada em seu aspecto negativo (perda, falta). Isto seria uma contra-corrente frente a uma sociedade que valoriza a produção, o rendimento, a juventude e o dinamismo, conforme Gognalons-Caillard.⁹¹ Ainda, segundo a autora, os programas de idosos se estruturam focados em perdas (sociais, capacidades intelectuais) e isto se impõe ao idoso; portanto, sugere que os estudos do envelhecimento devem focar a articulação entre os fatores externos (ligados ao contexto sociocultural) e os internos (ligados à vivência pessoal), bem como sua contribuição para construir uma relação individual com o envelhecimento.

Conforme estudos antropológicos realizados por Meyerhoff e Simic,⁹² o envelhecimento é considerado um fenômeno universal que gera problemas comuns, e

devem ser vividos e resolvidos diferentemente através das culturas distintas, com estratégias adaptadas pelos idosos com uma articulação entre as capacidades do indivíduo e os recursos do meio, inseridos dentro de sua cultura.

Segundo um estudo realizado por Lima-Costa e colaboradores,⁹³ em idosos de Bambuí, Minas Gerais, verificou-se que a avaliação da gravidade e da relevância de um problema de saúde estaria mais relacionada à possibilidade de enfrentá-lo do que pelo próprio problema em si e diretamente relacionado ao apoio familiar e acesso aos serviços de saúde e cuidados médicos.

A dificuldade de acesso a serviços de saúde evidencia as desigualdades sociais, desde a dificuldade em se marcar uma consulta médica no sistema público até a falta de poder aquisitivo para compra do medicamento, evidenciando que a situação econômica do próprio idoso e de sua família interfere como fator fundamental para a manutenção da saúde, gerando uma aquisição parcial do medicamento ou uma redução de sua dose. Deste modo, representa-se a saúde como algo dependente de dinheiro, e dificulta a incorporação de hábitos saudáveis pelos idosos. É importante, pois entender como o idoso vive dentro do contexto saúde-doença, como a percebe e o que define como problema de saúde e como faz para resolvê-lo, a fim de se direcionarem as estratégias e políticas voltadas a esta população. Deste modo, a forma de aplicação de questionário focando esta percepção pelo idoso, torna-se algo positivo nesta cartilha (Figura 26), onde a pergunta mensura a percepção geral sobre o seu estado de saúde, descrevendo os problemas a ela relacionados, à seguir (Figura 27).

Figura 26. Auto-percepção do idoso frente a sua saúde.

6. EM GERAL, EU DIRIA QUE A MINHA SAUDE É:					
Data	Categoria				
	Muita Boa	Boa	Regular	Ruim	Muito Ruim

Fonte: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, MS.

Figura 27. Relato de problemas de saúde pelo idoso.

7. MEUS PROBLEMAS ATUAIS DE SAÚDE SÃO:	
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	
9)	
10)	
11)	
12)	
13)	
14)	

Fonte: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, MS.

Outro fato considerado por aquela autora é sobre a importância de se relatar e entender as reações do idoso frente às perdas conseqüentes da idade (auditivas, visuais ou motoras), afetivas ou perdas econômicas e sociais decorrentes e identificar recursos (individuais e coletivos) disponíveis para que estes indivíduos enfrentem estas dificuldades.

Análise de conteúdo

Na apresentação da referida Caderneta, há um breve explanação de direitos legais do idoso e o objetivo da Caderneta, para que o idoso tenha em mãos, informações pessoais e de saúde, que poderão ser úteis ao profissional de saúde, quando em consulta (Figura 28).

Figura 28. Apresentação e objetivos da Caderneta.

CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

1. APRESENTAÇÃO

O Estatuto do Idoso representou uma grande conquista social e um marco na garantia de direitos. Nele foi destacada a atenção integral à saúde do idoso pelo Sistema Único de Saúde, assim como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

A Constituição Federal coloca a saúde como um direito de todos e é um dever do Estado garanti-la. O Ministério da Saúde está disponibilizando agora a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Este documento faz parte de uma estratégia para o acompanhamento da saúde de nossa população idosa.

Nessa Caderneta serão registradas informações importantes sobre as condições de sua saúde e irá auxiliar os profissionais de saúde sobre quais as ações necessárias para que você tenha um envelhecimento ativo e saudável. Com ela você poderá acompanhar a evolução de sua saúde.

Fonte: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, MS.

A seguir, constam dados pessoais, de escolaridade, estado civil, ocupação antes e após aposentadoria, grupo sanguíneo, hábitos de vida (fumar, beber, frequência de atividade física) informações relacionadas pessoas com que mora, nome e endereço de possíveis cuidadores, perguntas relacionadas à auto-percepção de independência funcional, fragilidade física e emocional e seu estado de saúde, relato de problemas atuais de saúde, medicamentos, dose e frequência de uso (Figuras 29 a 31).

Figura 29. Dados de identificação do idoso

2. MINHA IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Como eu sou mais conhecido: _____

N.º Cartão do SUS: _____

Documento de identidade: _____

Sexo: () masculino () feminino

Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

N.º: _____ Complemento: _____

Bairro: _____

Ponto de referência: _____

CEP: _____ Cidade: _____

Estado: _____ Telefone: _____ Celular: _____

Estado civil: () casado () solteiro () viúvo () separado () outros

Fonte: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, MS.

Figura 30. Outros dados de identificação do idoso.

Minha escolaridade: () analfabeto () até 4 anos
 () 4 a 8 anos () 8 anos ou mais

Sou aposentado: () sim () não

Minha ocupação antes de aposentar: _____

Minha ocupação atual: _____

Grupo sanguíneo: _____ Fator RH: _____

Meus hábitos de vida: Fumo () não () sim
 () fumo frequentemente () fumo raramente () parei de fumar

Tipo: _____ Quantidade: _____ Tempo: _____

Bebida alcoólica () não () sim
 () bebo frequentemente () bebo raramente () parei de beber

Tipo: _____ Quantidade: _____ Tempo: _____

Atividade física () não () sim
 () faço frequentemente () faço raramente () parei de fazer

Tipo: _____ Frequência: _____ Tempo: _____

Fonte: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, MS.

Figura 31. Informações sobre rede de apoio ao idoso.

3. MORAM COMIGO _____ pessoas

4. FICO SOZINHO A MAIOR PARTE DO DIA? () sim () não

5. PESSOA QUE PODERIA CUIDAR DE MIM CASO EU PRECISASSE

Nome: _____

Grau de vínculo: _____

Esta pessoa mora próximo de mim? () sim () não

Endereço: _____ N.º: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Ponto de referência: _____

CEP: _____ Cidade: _____

Estado: _____ Telefone: _____ Celular: _____

Eu necessito de cuidados para o dia-a-dia? () sim () não

Obs.: _____

Fonte: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, MS.

Em “outras informações importantes”, há preenchimento de número de internações ocorridas nos últimos três anos e daqui para frente, semestralmente, até o ano de 2011 (Figura 32). No item 9.2., página 13, local mais específico e de nosso interesse, por estar relacionada a palavra-chave “quedas” e indiretamente à osteoporose, onde ocorre a pergunta sobre ocorrência de quedas, não lhe é explicado o motivo desta indagação, tendo em vista sua correlação com a possibilidade de fraturas e osteoporose

associada. Seria importante, neste momento, falar da doença, sua prevenção e suas conseqüências, sendo este, um momento de abertura para discorrer sobre o assunto, pois a simples pergunta não informa, apenas questiona a possibilidade de ocorrência, ato tão comum em idosos de uma determinada idade. O objetivo da caderneta não é este, mas seria o momento de ser relacionado com fatores ambientais envolvidos e a correção do mesmo para se evitarem fraturas.

Figura 32. Informações referentes à internações e histórico da ocorrência de quedas.

9. OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES									
9.1. Internações									
		Ano							
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Número de internações	1.º sem.								
	2.º sem.								
Obs: _____									

9.2. Ocorrência de quedas									
		Ano							
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Número de quedas	1.º sem.								
	2.º sem.								
Obs: _____									

Fonte: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, MS

A investigação sobre ocorrência de quedas anteriores é importante pois, segundo Woolf e Akensson,⁸⁵ a ocorrência de fratura anterior e baixa densidade óssea são fatores de risco bastante importantes e preditores para uma futura fratura e devem ser levados em conta, combinando-se estes com outros fatores de risco existentes. Isto fica claro no texto do Manual de preenchimento da caderneta, quando relata que “Conhecendo os fatores que podem causar uma queda, o profissional de saúde poderá planejar estratégias para prevenir que esta aconteça”.

Seguindo nas questões contidas na Caderneta, são levantados aspectos relacionados à ocorrência e motivo de alergias, algumas ações que o idoso não pode esquecer de realizar, descrição de vacinas tomadas e quando seriam administradas, serviços úteis, agenda de consultas, dados referentes à mensuração de depressão, glicemia e controle de peso, finalizando por informações importantes.

Se nos propuséssemos a realizar uma análise de conteúdo apenas da Caderneta, considerações totalmente distintas poderiam ser feitas, quando comparadas e

complementadas pelo conteúdo do “Manual de Preenchimento da Caderneta”. Esse manual que é uma publicação dirigida ao público que irá preenchê-la (profissionais de saúde), público este que irá aplicar o questionário e, assim, nortear o público idoso, é essencial compará-las, pois o resultado da difusão de informação estará diretamente relacionado à postura do profissional no preenchimento da Caderneta e da conscientização sobre a importância de seu papel como emissor para a difusão de informações referentes às tecnologias de prevenção de osteoporose e prevenção de quedas, apesar de não ser este o objetivo primário desta publicação (Figura 33).

Figura 33a. Conteúdo parcial orientando o clínico investigador sobre quedas em idosos e fatores desencadeantes.

9.2 Ocorrência de quedas

		Ano							
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Número de quedas	1.º sem.								
	2.º sem.								

Comentário ao item 9.2:

No espaço das observações devem ser anotados relatos de quedas ocorridas (inclusive antes de 2004) e se a queda referida teve alguma repercussão na saúde da pessoa, como, por exemplo, se ela deixou de fazer alguma atividade após o episódio da queda.

A queda em idosos é um importante problema de saúde pública. Além de contribuir para a diminuição da qualidade de vida das pessoas, a ocorrência da queda pode acarretar um gasto considerável tanto do ponto de vista financeiro quanto do familiar e social.

Apesar de ser um problema multifatorial, a queda em idosos pode ter os seguintes componente desencadeadores:

Fatores intrínsecos:

1. Perda da acuidade visual – catarata, glaucoma, degeneração de mácula, uso de lentes multifocais, etc.;
2. Uso de medicamentos – psicoativos e cardiológicos;
3. Pessoas em uso de quatro ou mais medicamentos;
4. Condições médicas específicas – doença cardiovascular, demências, déficit cognitivos, problemas no labirinto, etc.;
5. Osteoporose, principalmente em mulheres pós-menopausa;
6. Atrofia muscular e osteoartrose;
7. Perda de acuidade auditiva;
8. Sedentarismo;
9. Deficiências nutricionais;
10. Condições psicológicas – depressão, medo de cair (mais de 50% das

Figura 33b. Conteúdo parcial orientando o clínico investigador sobre quedas em idosos e fatores desencadeantes (continuação)

pessoas que relatam medo de cair restringem ou eliminam por completo o contato social e a atividade física);
 11. Diabetes;
 12. Problemas nos pés – malformações, úlceras, deformidades em dedos, etc.
Fatores extrínsecos:
 1. Riscos ambientais – má iluminação, chão escorregadio, uso de tapetes não aderentes, animais domésticos, etc.;
 2. Uso inadequado de sapato e de roupas;
 3. Uso inadequado de aparelhos de auxílio à locomoção (bengala, andadores, etc.).
 Conhecendo os fatores que podem causar uma queda, o profissional de saúde poderá planejar estratégias para prevenir que esta aconteça.
Independente da causa da queda, aquele indivíduo que referir ter caído duas ou mais vezes no mesmo ano será considerado frágil ou em processo de fragilização.

Fonte: Manual de preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, MS.

É importante frisar a linguagem acessível utilizada na caderneta como sendo um fator positivo, tendo em vista que os idosos do Brasil, em sua maioria, têm baixa escolaridade.

O estado civil do idoso também é importante, pois, está provado que, idosos que mais caem são aqueles que moram sozinhos e são viúvos. Em estudo realizado por Garcia e colaboradores⁹⁴ em 56 pacientes idosos, com 60 anos ou mais, com fratura de quadril decorrente de queda, internados em 2000, observou-se que as fraturas foram mais comuns em mulheres, brancas, viúvas e que a maioria das quedas ocorreu no domicílio.

A diminuição de sua fonte de renda após a modificação da ocupação antes e após aposentadoria pode ser fator de risco para depressão em idosos, depressão esta que pode aumentar o risco de quedas. Um estudo realizado por Lawlor e colaboradores,⁹⁵ em 4050 mulheres de 60 a 79 anos, provenientes de 23 cidades da Inglaterra, com histórico de queda nos últimos 12 meses, concluiu que doenças circulatórias, doença pulmonar obstrutiva crônica, depressão e artrite, foram associadas a um aumento do risco de ocorrência de quedas em idosos, por isto é importante sabê-lo.

As perguntas efetuadas na Caderneta em questão sobre hábitos pessoais do idoso, tais como consumo de álcool, fumo, atividades físicas, alimentação saudável são fatores de risco para ocorrências de várias doenças, dentre elas a osteoporose, as quais

são fundamentais. Estes fatores são relatados em uma revisão clínica elaborada por Woolf e Akesson,⁸⁵ onde citam que uma má nutrição é comum em idosos, especialmente os idosos frágeis, e diversos estudos demonstram baixo peso corporal e índice de massa corpórea associada à ocorrência de fratura de quadril.

Na questão referente à incapacidade funcional e auto-percepção de saúde, fica clara a importância e a correlação destes fatores como sendo de risco para a saúde (Figura 34). Com referência aos atuais problemas de saúde, a Caderneta deixa o idoso falar quer seja sobre o que acha ser sintoma ou doença como problema de saúde, tenta mensurar sua percepção sobre o que é problema de saúde sendo que, uma pontuação maior que cinco, nas respostas designadas, indicam fragilidade do idoso.

Figura 34. Orientações ao médico sobre existência de rede de apoio para o idoso que investiga durante o preenchimento da caderneta.

Comentário aos itens 3, 4 e 5:

Busca-se nestes itens, auxiliar a existência de uma rede de apoio, seja intrafamiliar seja na comunidade onde vive. A informação sobre quantas pessoas moram com o idoso é importante tendo em vista que a família é a maior fonte de apoio, principalmente quando o idoso já apresenta alguma limitação física ou mental para os cuidados das suas necessidades básicas. Diversos pesquisadores notaram que portadores de enfermidades tão diversas como hipertensão arterial, depressão e tuberculose, e ainda vítimas de acidentes relatavam com maior frequência o fato de não estarem (ou não se sentirem) inseridos em uma rede de apoio mútuo, ou ainda terem experimentado em maior grau perdas importantes de laços sociais (CHOR et al. 2001).

No espaço da observação, deverá ser registrado se existe alguma limitação para a locomoção, assim como o tipo de auxílio que o idoso necessita. Essas informações são elementos essenciais para se compor um diagnóstico de seu risco social e conhecer seu grau de independência para as atividades de vida diária (AVDs). Caso o idoso não saiba no momento da entrevista informar todos os dados, os mesmos poderão ser preenchidos posteriormente.

Se o indivíduo idoso mora sozinho ou já recebe algum tipo de cuidado, já pode ser denominado como uma pessoa idosa frágil ou em processo de fragilização.

6 EM GERAL, EU DIRIA QUE A MINHA SAÚDE É:

Data	Categoria				
	Muita Boa	Boa	Regular	Ruim	Muito Ruim

Comentário ao item 6:

Estudos com base populacional têm demonstrado que no Brasil cerca de 80% das pessoas idosas apresentam, pelo menos, uma enfermidade. No en-

10

Fonte: Manual de preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, MS.

Em relação ao uso de medicamentos, é importante para verificar o que usa e de que maneira utiliza o medicamento, se de forma errônea ou sistemática, com ou sem critérios, considerando que, se utilizar mais de 5, já demonstra fragilidade (Figura 35).

Figura 35. Investigação sobre medicamentos que o idoso está utilizando e respectivas doses e frequência de uso.

8. MEDICAMENTOS QUE ESTOU USANDO, DOSAGEM E QUANTAS VEZES AO DIA	
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	
9)	
10)	
11)	
12)	
13)	
14)	

Fonte: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, MS.

No tópico referente a internações, há espaço para observações e a orientação sobre o motivo que se deu a mesma, bem como conceitua o indicador (internação como mais de 3 dias), assim dimensionando fragilidade de saúde se houverem x internações/ano (Figura 32)

As perguntas referentes a “coisas que não posso esquecer”, o levantamento de situações como prática de exercícios, comer alimentos saudáveis e evitar cigarro e bebidas alcoólicas, têm correlação direta com a prevenção de inúmeras doenças como a osteoporose e poderiam ser evidenciadas pelo profissional de saúde, no momento do preenchimento da Caderneta (Figura 36).

Nas orientações que se seguem “O profissional deve ressaltar a importância da Caderneta de Saúde ser apresentada sempre no momento da consulta ou em casos de emergência/urgência” enfoca a importância do estímulo ao idoso e mostra o porquê de estar sempre de posse desta caderneta, que se tornará útil num momento de emergência, bem como por perda de memória no idoso e fornecer informações à respeito de sua saúde, num momento emergencial.

Figura 36. “Coisas que o idoso não deve esquecer”**10. COISAS QUE EU NÃO POSSO ESQUECER**

- SEMPRE CARREGAR A MINHA CADERNETA COMIGO PRINCIPALMENTE QUANDO EU FOR AO SERVIÇO DE SAÚDE.
- CONVERSAR COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE, TIRAR MINHAS DÚVIDAS E PEDIR ORIENTAÇÕES.
- TOMAR AS MINHAS VACINAS.
- MANTER, SEMPRE QUE POSSÍVEL, MINHA VIDA SOCIAL ATIVA, PRATICANDO EXERCÍCIOS, PARTICIPANDO DE REUNIÕES COM FAMILIARES E AMIGOS.
- COMER ALIMENTOS SAUDÁVEIS.
- EVITAR CIGARRO E BEBIDAS ALCOÓLICAS.
- MINHA ATIVIDADE SEXUAL NÃO TERMINA AOS 60 ANOS, LOGO, DEVO ME PREVENIR DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. O USO DO PRESERVATIVO É A MELHOR FORMA DE PREVENÇÃO. A PREVENÇÃO É UM ATO DE AMOR E CUIDADO POR SI E PELO COMPANHEIRO.
- SOLICITAR AO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE MANTENHA MINHA CADERNETA SEMPRE ATUALIZADA.

Fonte: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, MS.

Nos itens que se seguem, são relatados o que é e como é importante ter controle mínimo (pressão, glicemia e peso) sobre indicadores de saúde, e o que significam; está bem explicado na Caderneta, para ser repassado pelos profissionais de saúde para o idoso. A importância de se estabelecer um vínculo do idoso com as unidades de saúde é ressaltada nestes casos, tendo em vista tratar-se de doenças crônicas que exigem monitoramento clínico contínuo (Figura 37).

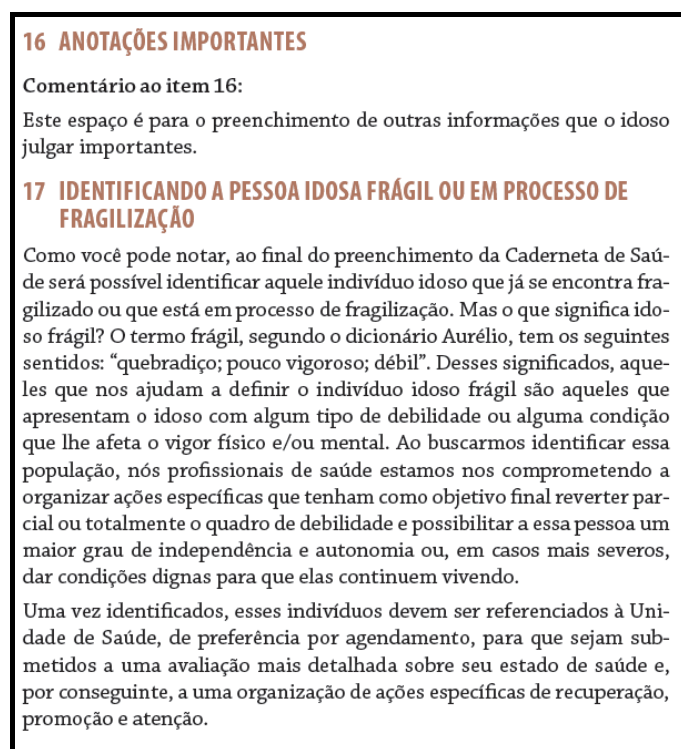
Figura 37. Controle de pressão arterial do idoso**13. MEU CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL**

Data							
PA							
Data							
PA							
Data							
PA							
Data							
PA							
Data							
PA							
Data							
PA							
Data							
PA							

Fonte: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, MS.

Na figura à seguir, observa-se no manual de preenchimento, que o médico é orientado a identificar a pessoa idosa frágil ou em Processo de Fragilização, sendo interessante ressaltar que uma pessoa assim considerada, face à somatória de inúmeras questões levantadas durante o preenchimento do questionário, deverá ser monitorada mais frequentemente, e aí a “queda ou internação nos últimos seis meses” é o primeiro fator para a realização deste monitoramento e investigação por parte da área de saúde. Neste momento, o manual incorpora a responsabilidade sobre o profissional de saúde a se comprometer no direcionamento e organização de ações específicas para estes indivíduos mais fragilizados (Figura 38).

Figura 38. Orientações sobre identificação de uma pessoa idosa frágil ou em processo de fragilização.

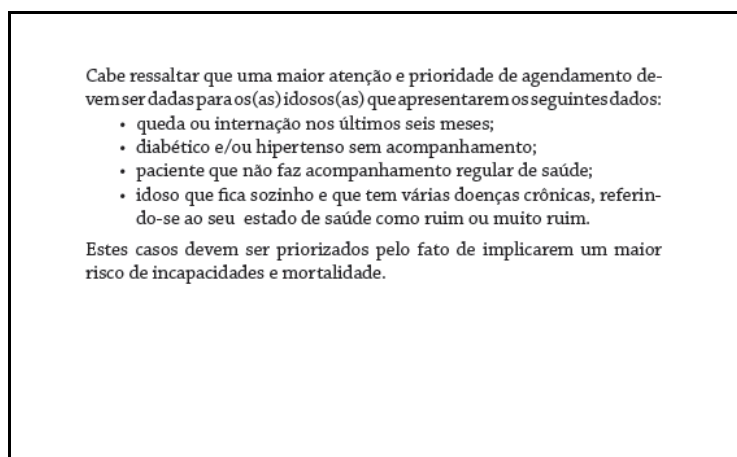


Fonte: Manual de preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, MS.

A importância destas ações na prevenção de quedas é relatada por Siqueira e colaboradores,⁹⁶ onde, num estudo transversal com amostra de 4003 idosos com mais de 64 anos, concluiu que, a prevalência de quedas entre os idosos poderia ser diminuída com o planejamento de ações voltadas às suas necessidades nas unidades de saúde, especialmente em relação aos fatores associados passíveis de prevenção.

Na elaboração das perguntas da Caderneta foram utilizadas perguntas claras para quem as elaborou, porém às vezes imprecisas para quem as responde, o que poderia limitar o valor do questionário; porém a utilização do Manual de Preenchimento orienta devidamente o profissional de saúde de o porquê de determinada pergunta e a ela associa informações científicas acessíveis referentes à importância de determinada resposta, como o idoso pode entendê-la e o que significa sob o ponto de vista técnico e antropológico. Referencia também um indicador para determinar o que seria um idoso frágil e prioritário, com maior necessidade de determinadas ações de promoção e prevenção a ser nele focadas (Figura 39).

Figura 39. Conclusões e orientações finais ao médico para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.



Fonte: Manual de preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, MS

As informações contidas no “Manual de preenchimento” esclarecem o profissional, sobre o objetivo da pergunta e o interesse da mesma, tornando claro e objetivo o processo em questão. Ao se ler apenas a Caderneta, nota-se uma ambigüidade e indefinição nas respostas que poderão ser dadas pelo idoso, mas, se o profissional de saúde esclarecer a questão e souber interpretá-las (o que o manual de preenchimento deixa claro), poderá obter uma informação bastante aproximada da questão de saúde do idoso.

Dada à sua utilização em grande escala, para aplicação por profissionais de saúde em unidades básicas, torna-se necessário monitorar a aplicação do questionário no sentido de se assegurar bons resultados de validade e confiabilidade do questionário utilizado.

Deste modo, considerou-se que este Manual cumpre o que se propõe e é bastante adequado para complementar as informações contidas na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, fornecendo ao profissional de saúde, informações técnicas relevantes a serem consideradas em seu preenchimento e no direcionamento das ações a serem desencadeadas, principalmente quando se reporta, mesmo que indiretamente, às medidas de prevenção de osteoporose e ocorrência de quedas.

Considerações técnicas gerais sobre os materiais referentes aos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, voltadas a pacientes com osteoporose, a serem analisados.

De acordo com os critérios da OMS, a osteoporose é definida como uma DMO, que se situa 2,5 ou mais desvios padrão abaixo do valor médio para adultos jovens e saudáveis (um T-score de $<-2,5$ DP) Abaixo dessa densidade óssea, o risco de fratura não traumática aumenta. Osteopenia foi definida como BMO entre 1 e 2,5 desvios-padrão abaixo da média para o adulto jovem. Este critério tem sido amplamente aceito e serve como tanto como limiar de diagnóstico como para intervenção.

Mas, de acordo com Krauss Silva²⁵ há uma ressalva: esta definição de caso foi baseada em população caucasiana com mais de 65 anos de idade, devendo ser validada para outras etnias e mulheres mais jovens. Outros fatores que vem sendo confirmados são a variação de sítio ósseo e de densitômetro, os quais podem gerar grandes diferenças na proporção da população considerada osteoporótica ou osteopênica quando se utiliza o conceito de osteoporose da OMS.

Segundo a autora, mesmo considerando que há vários fatores que contribuem para a ocorrência de fraturas em idosos, a ocorrência de fraturas nesta população raramente ocorrem sem a redução na massa óssea.

A técnica mais amplamente validada para medir a densidade óssea mineral é dual *energy x-ray absorptiometry* (DEXA), que mede as partes centrais do esqueleto (coluna e fêmur) e é a incluída na tabela do SUS.

O uso da densitometria óssea para diagnóstico e predição da osteoporose é o fato de identificar um subgrupo da população de mulheres com baixa densidade óssea e com risco maior de fraturas, e serviria de base para uma tomada de decisão para início de uma terapia efetiva (prevenção secundária), para resultar menos fraturas futuramente.

Analisar os efeitos e o custo-efetividade das principais terapias de prevenção anti-osteoporóticas em idosos não são objetos deste estudo e sim uma análise de conteúdo do material elaborado e publicado pelo Ministério da Saúde, sob o ponto de vista da comunicação. O texto é voltado ao idoso ou a qualquer paciente que necessite utilizar medicações anti-osteoporóticas fornecidos pelo SUS e termo de consentimento assinado pelo paciente, que normalmente é um idoso. Por isto, a análise do material a seguir:

5. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS-MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Segundo a Portaria nº 470 de 24 de julho de 2002, do Ministério da Saúde, que definiu o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da Osteoporose, através de critérios de diagnóstico e tratamento, prescrição médica, racionalizando a dispensa dos medicamentos preconizados para o tratamento, regulamentou também suas indicações e respectivos esquemas terapêuticos e estabeleceu mecanismos de acompanhamento de uso e de avaliação de resultados, garantindo assim a prescrição segura e eficaz. Por serem os dois documentos abaixo voltados à indivíduos que utilizam estes medicamentos, foram alvos da análise de conteúdo, por se entender que são prioritariamente voltados à população idosa, principal alvo da osteoporose.

O 5.1. “Guia de Orientação ao Paciente” é aplicado durante atendimento em unidade ambulatorial do SUS, onde o paciente é avaliado clínica e laboratorialmente de forma a cumprir os critérios de inclusão estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT, previstos para as doenças cobertas pelo Programa.

Já o 5.2. “Termo de Consentimento Informado do paciente”, cumpre a obrigação de se manter o paciente ciente de risco e efeitos colaterais referentes ao uso de determinado medicamento preconizado no Protocolo clínico do Ministério da Saúde. O paciente deve assiná-lo confirmando que está ciente de tais riscos

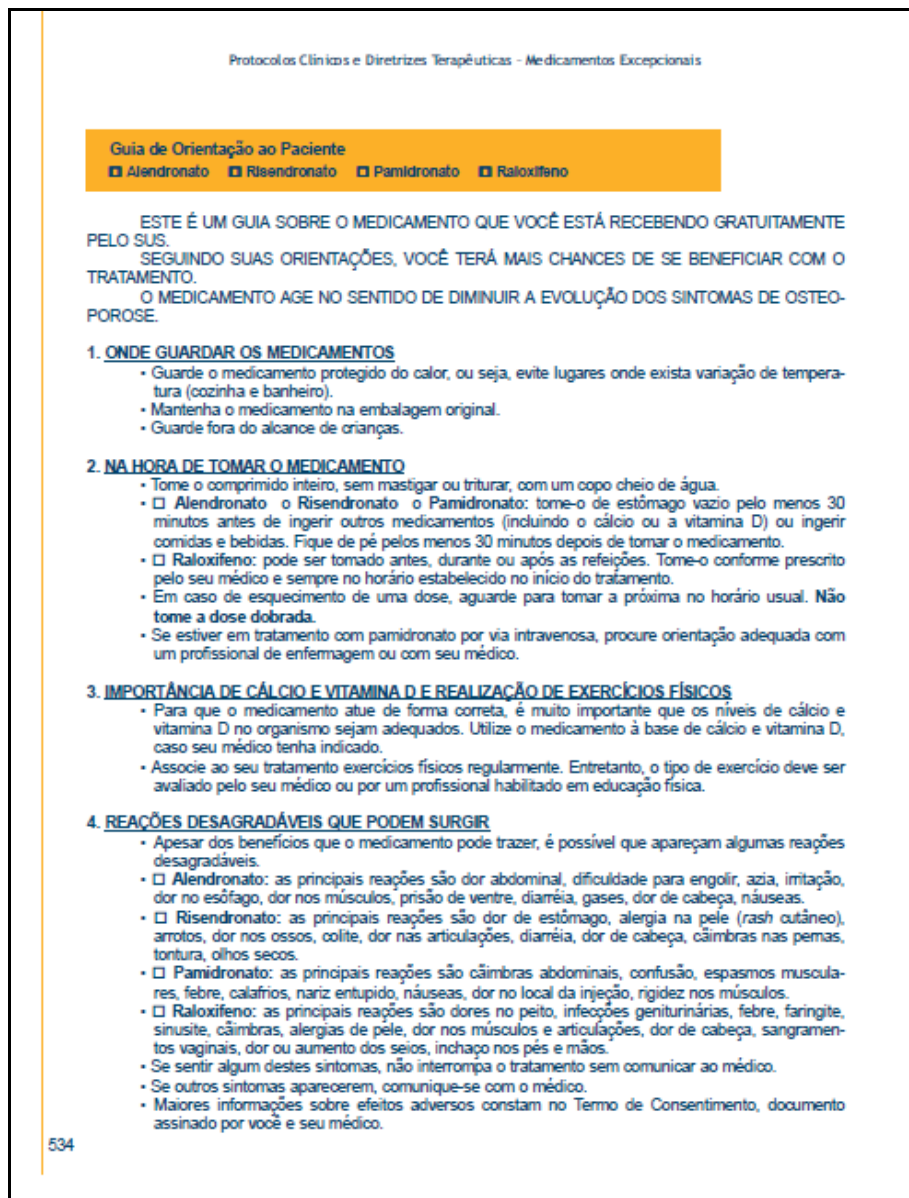
5. Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas

5.1. “Guia para orientação do paciente com Osteoporose”

5.2. “Termo de consentimento informado do Paciente com Osteoporose”

5.1. Guia de orientação ao paciente com Osteoporose

Figura 40. Guia de Orientação ao paciente com Osteoporose (página de rosto)



Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas, Ministério da Saúde

- **Aplicação da Análise:**
- **-Código:** lingüístico
- **-Suporte:** oral
- **-Número de pessoas** implicadas na comunicação: pacientes que utilizam medicamentos anti-osteoporóticos
- **-Público-alvo:** pessoas que utilizam medicação anti-osteoporótica

-**Objetivo:** fornecer orientações sobre o uso destes medicamentos, reações adversas que possam advir do uso, e orientações correlatas ao paciente

•**Fonte:** Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais

• **Formato:** retangular, no tamanho de uma página normal

-**Total de páginas:** 602 páginas, sendo apenas 5 (página 534 a 538) voltadas a paciente com osteoporose

-**Temas:** servir de material informativo e roteiro para apresentação do tratamento pelo profissional de saúde ao paciente, complementando o processo educativo do mesmo, bem como de local de registro dos medicamentos utilizados.

• **Fotos, tabelas e ilustrações** – 1 ilustração de medicamentos em pílulas coloridas em todas as 4 páginas referentes a osteoporose, menos na primeira

Fotos- não há, mas não tivemos acesso à capa da publicação

Tabelas – não há

Ilustrações: 1 ilustração única em cada página

Número de exemplares (tiragem)- sem informação

Referências: material elaborado pelo Ministério da Saúde

Subtítulos: “onde guardar os medicamentos”, “na hora de tomar o medicamento”, “importância de cálcio e vitamina D e realização de exercícios físicos”, “reações desagradáveis que podem surgir”, reações desagradáveis que podem surgir”, “uso de outros medicamentos”, “ outras recomendações importantes”, “realização dos exames de laboratório”, “para seguir recebendo o tratamento”, em caso de dúvidas” e “outras informações”.

• **Unidades de registro:** “guia sobre o medicamento que está recebendo”, “seguir para ter chances de se curar” e “medicamento diminui os sintomas da doença”

• **Editora:** Ministério da Saúde

• **Acesso** em 17/11/2008, disponível no site

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/index.htm>

• **Ano:** 2006

• **Corpo elaborador:** Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais

• **Capa:** não disponível

• **Título principal:** Guia de Orientação ao Paciente com osteoporose.

• **Presença e frequência das categorias para seleção do texto**

Categorias: idoso/s(-), idosa(-), osteoporose(1), quedas(-), fraturas(-)

Análise do texto

O guia de orientação ao paciente se inicia com 3 idéias básicas que deverão ser as idéias-chave a serem desenvolvidas no decorrer do mesmo, inclusive são escritas em letras maiúsculas, provavelmente por isto (Figura 40).

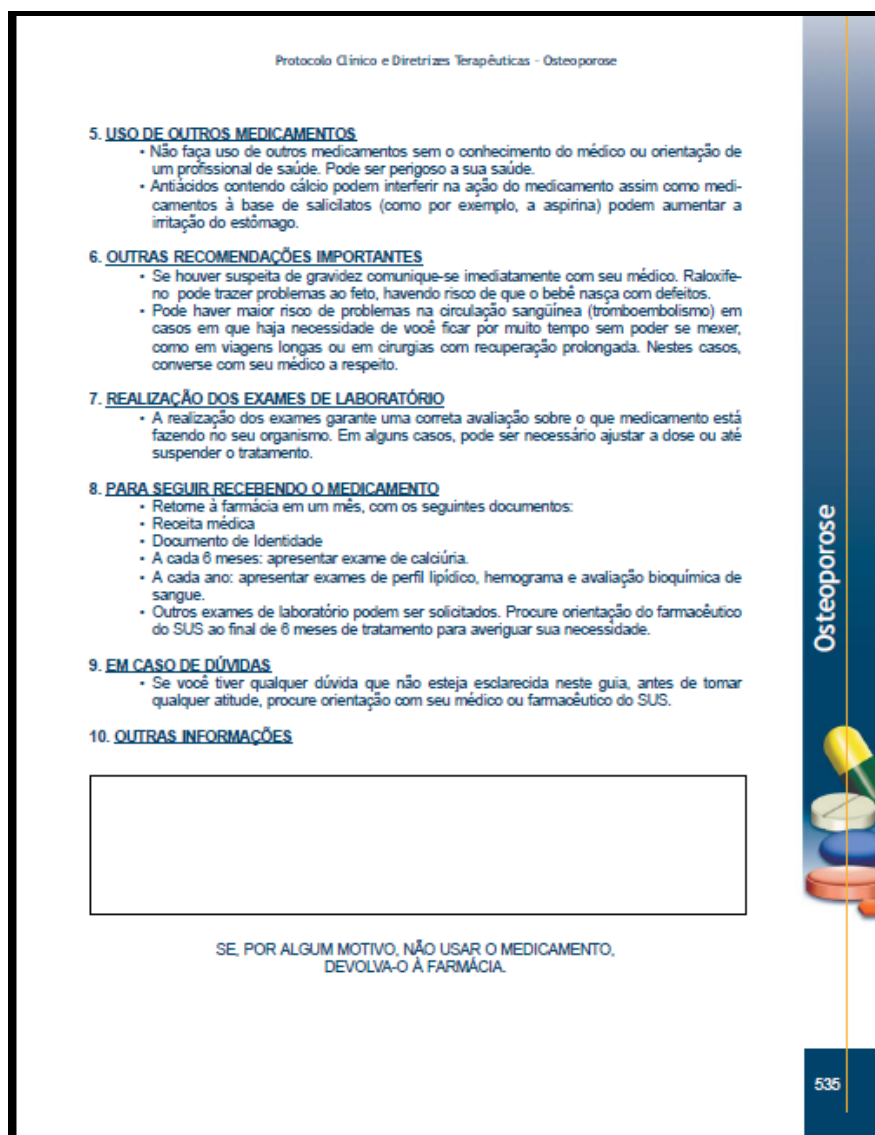
Primeiro, ele se apresenta e fala sobre o teor da orientação, sobre o medicamento que é fornecido gratuitamente pelo SUS. Esta informação evidencia o principal o objetivo do governo com o Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional (2002) do Ministério da Saúde, que disponibiliza medicamentos para o tratamento de doenças que atingem um número limitado de pacientes, por tempo prolongado, sendo a osteoporose, uma destas doenças. Geralmente estes medicamentos são caros. Cabe informar que o paciente atendido em umas das unidades ambulatoriais do SUS, é avaliado clínica e laboratorialmente de forma a cumprir os critérios de inclusão estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT, previstos para as doenças cobertas pelo Programa.

Segundo, nos itens 2 e 3, o emissor tenta convencer o uso do medicamento estipulado através da orientação de que “se seguir as orientações do guia, o paciente terá chances de benefício e que este, deve diminuir a evolução dos sintomas da doença. O uso do modo verbal condicional “se” supõe uma predição de algo que dará certo se cumprir as orientações dadas(Figura 40).

No item 1. “Onde guardar medicamentos” (Figura 40), o emissor fornece informações sobre o armazenamento de medicamentos, em local e temperatura adequada, sem retirá-lo da embalagem original, mantendo-o afastado de crianças. A importância desta informação é baseada nos hábitos e costumes da população brasileira que, muitas vezes guarda o comprimido em local e temperatura inadequados, favorecendo a perda de eficácia do produto. Informações relativas a não mudar o medicamento da embalagem original, bem como mantê-lo afastados de crianças são confirmadas pela ocorrência de acidentes envolvendo medicamentos. Segundo o Sistema Nacional de Informações Toxicológicas (SINITOX), da Fundação Oswaldo Cruz, esta informação se confirma pois, no Brasil como na maioria dos países, os medicamentos se apresentam como o principal agente tóxico, respondendo por,

aproximadamente, 28% dos casos de intoxicação humana registrados, anualmente. Isto é evidenciado nas várias recomendações visualizadas na figura 41.

Figura 41. Orientações gerais aos pacientes com osteoporose que utilizam medicação.



Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas- Osteoporose, MS.

Nos itens 1 e 2 da página 536 do material analisado (Figura 42), referente à calcitonina de salmão, a mensagem é passada de forma clara quando relata que esta medicação age diminuindo a evolução dos sintomas, enfatizando também aspectos referentes ao armazenamento da medicação e informações básicas à respeito da mesma.

No item 2. “Na hora de tomar o medicamento”, as informações sobre a administração das medicações são claras e objetivas, por tipo de medicamento, pois cada um tem as suas peculiaridades para ingestão. No entanto, seria importante informar

ao idoso sobre o porquê de determinadas posturas tais como, ingerir o comprimido inteiro ou “ficar em pé pelo menos 30 minutos depois de tomar o medicamento x”. São informações vagas que perdem o sentido ou a relevância se não vierem adicionadas de maiores explicações à respeito e que dificultarão a absorção e fixação da mensagem se não tiverem um objetivo. Por um outro lado, é interessante observar a orientação dada no caso de esquecimento na ingestão de determinados medicamentos “ não tome a dose dobrada, aguarde para tomar a próxima no horário usual. No caso do medicamento por via venosa, orienta o paciente a procurar orientações com o médico. Neste mesmo item relativo à calcitonina de salmão, na página 536, o lembrete de conservação do medicamento no refrigerador porém sem congelamento é importante e em linguagem acessível (Figura 42).

Figura 42. Guia de Orientação ao paciente- Calcitonina de salmão

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Medicamentos Excepcionais

Guia de Orientação ao Paciente
Calcitonina de Salmão

ESTE É UM GUIA SOBRE O MEDICAMENTO QUE VOCÊ ESTÁ RECEBENDO GRATUITAMENTE PELO SUS. SEGUINDO SUAS ORIENTAÇÕES, VOCÊ TERÁ MAIS CHANCES DE SE BENEFICIAR COM O TRATAMENTO. O MEDICAMENTO AGE NO SENTIDO DE DIMINUIR A EVOLUÇÃO DOS SINTOMAS DA OSTEOPOROSE.

1. SOBRE A CALCITONINA DE SALMÃO

- Possui duas formas farmacêuticas de apresentação que irão permitir diferentes vias de administração:
 - spray nasal: permite o uso do medicamento pelo nariz;
 - solução para injeção: permite o uso do medicamento pelas vias intramuscular ou subcutânea.

2. ONDE GUARDAR O MEDICAMENTO

- Guarde o medicamento no refrigerador, mas lembre-se de que não deve ser congelado.
- Mantenha o medicamento na embalagem original.
- Guarde fora do alcance de crianças.

3. NA HORA DE USAR O MEDICAMENTO

- Recomenda-se a realização de teste cutâneo para avaliação de hipersensibilidade em pacientes que estão fazendo uso da calcitonina pela primeira vez. Converse com seu médico para a realização deste teste.

Calcitonina nasal

- Retire o frasco do refrigerador e deixe-o chegar à temperatura ambiente.
- Asse o nariz delicadamente antes de aplicar o medicamento.
- Retire a tampa que protege o pulverizador nasal.
- Em pé ou sentado e mantendo a cabeça ereta, introduza a extremidade da válvula de nebulização verticalmente em uma das narinas.
- Coloque a extremidade da válvula de nebulização no fundo do nariz. Tampe a outra narina com o dedo.
- Acione o pulverizador, empurrando o frasco, firme e rapidamente, e inalando suavemente ao mesmo tempo.
- Retire a extremidade da válvula de nebulização da narina e incline a cabeça para trás durante alguns segundos, inspirando para evitar que a solução esorra.
- Após o uso, limpe a válvula de nebulização com um lenço de papel e recoloque a tampa.
- Guarde novamente no refrigerador.
- Alterne a pulverização em uma ou outra narina a cada aplicação.
- Você poderá sentir uma curta queimação ou dor após o uso do produto.
- Em caso de esquecimento de uma dose, aplique-a assim que lembrar e, se faltar pouco tempo para a próxima dose, aguarde para aplicá-la no horário usual. Não tome a dose dobrada.

Observação: estes são os passos básicos para a aplicação de calcitonina nasal. De acordo com o fabricante, pode haver variações nas instruções, por isso é importante ler a bula do medicamento.

Calcitonina solução para injeção:

- Pode ser usada pela via subcutânea ou intramuscular. A via a ser empregada deve ser definida por seu médico.
- Observe as normas básicas para aplicação da injeção; procure orientação de um profissional de enfermagem.

536

Fonte: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas, Osteoporose, MS.

Neste mesmo item referente à calcitonina de salmão, a mensagem é bastante descritiva, mostrando adequadamente o passo-a-passo no momento da administração do medicamento, quais os eventuais sintomas e ressalta a importância de um teste alérgico antes da administração do mesmo. Fornece orientações no caso de esquecimento de uma dose, porém estas devem ser melhor explicadas por um profissional de saúde para o entendimento do usuário (Figura 43),

Figura 43. Orientações para o uso de Calcitonina de salmão.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Osteoporose

- Respeite os horários de aplicação das injeções. Aplique o medicamento de preferência à noite.
- Em caso de esquecimento de uma dose, aplique-a assim que lembrar e, se faltar pouco tempo para a próxima dose, aguarde para aplicá-la no horário usual. Não tome a dose dobrada.

4. IMPORTÂNCIA DE CÁLCIO E VITAMINA D

- Para que o medicamento atue de forma correta, é muito importante que os níveis de cálcio e vitamina D no organismo sejam adequados. Utilize o medicamento à base de cálcio e vitamina D, caso seu médico tenha indicado.

5. REAÇÕES DESAGRADÁVEIS QUE PODEM SURTIR

- Apesar dos benefícios que o medicamento pode trazer, é possível que apareçam algumas reações desagradáveis, tais como calorões, calafrios, vermelhidão, formigamentos, diarreia, perda de apetite, náuseas, vômitos, dor de estômago, dor no local de aplicação, aumento da frequência urinária, tontura, dor de cabeça, pressão no peito, nariz entupido, fraqueza, problemas de respiração.
- Se sentir algum destes sintomas, não interrompa o tratamento sem comunicar ao médico.
- Se outros sintomas aparecerem, comunique-se com o médico.
- Maiores informações sobre efeitos adversos constam no Termo de Consentimento, documento assinado por você e seu médico.

6. USO DE OUTROS MEDICAMENTOS

- Não faça uso de outros medicamentos sem o conhecimento do médico ou orientação de um profissional de saúde. Pode ser perigoso a sua saúde.

7. REALIZAÇÃO DOS EXAMES DE LABORATÓRIO

- A realização dos exames garante uma correta avaliação sobre o que medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos, pode ser necessário ajustar a dose ou até suspender o tratamento.

8. PARA SEGUIR RECEBENDO O MEDICAMENTO

- Retorne à farmácia em um mês, com os seguintes documentos:
- Receita médica
- Documento de Identidade
- A cada 6 meses: apresentar exame de calcitúria.
- Outros exames de laboratório podem ser solicitados. Procure orientação do farmacêutico do SUS ao final de 6 meses de tratamento para averiguar sua necessidade.

9. EM CASO DE DÚVIDAS

- Se você tiver qualquer dúvida que não esteja esclarecida neste guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com seu médico ou farmacêutico do SUS.

Osteoporose



537

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Osteoporose, MS

No item 4. “Importância de Cálcio e vitamina D e realização de exercícios físicos” (Figura 39), a mensagem passada é a de que este fato está associado ao resultado do tratamento com o medicamento indicado. Relata também a importância da avaliação do tipo de exercício a ser realizado por um profissional habilitado. Falta a explicação do porquê de tal orientação ou o que acontecerá no caso de uma não ingestão de cálcio e vitamina D (Figura 43).

No item 5. “Reações desagradáveis que podem surgir”, as informações são precisas e específicas por tipo de medicamento a ser utilizado. A mensagem também orienta quanto à suposta ocorrência de sintomas, o que fazer, a não interrupção do tratamento e direciona o paciente a ter maiores informações no Termo de Consentimento. Segundo Passarelli e Jacob Filho,⁹⁷ reações adversas a medicamentos (RAM) apresentam grande importância epidemiológica em idosos em virtude de sua elevada prevalência e potencial para complicações (Figura 43).

No item 6. Outros medicamentos, o receptor é alertado para o fato de uso de outras medicações concomitantes, direcionando a orientação, nestes casos, para o médico.

O item 7 “Realização de exames de laboratório” (páginas 535 e 537), fornece orientação e explica a necessidade de exames para monitoramento de efeitos no organismo pelo uso do medicamento em questão, quaisquer seja ele. Este item também utiliza linguagem simples e acessível para qualquer idoso (Figura 43).

Outra informação digna de nota é sobre a manutenção do tratamento após 6 meses, sobre o fato de retornar à farmácia em um mês, portando determinados documentos e busca do profissional de saúde que o acompanhou no início para investigar necessidade de continuação no tratamento, além de orientar e direcionar qualquer resposta para um médico ou farmacêutico do SUS, antes que o paciente tome outra atitude por conta própria, reduz o risco de ocorrerem erros de medicação. Neste guia, há espaço para anotações feitas pelo idoso com suas próprias palavras.

Não se pode esquecer que o medicamento é importante no processo de atenção à saúde, mas pode gerar riscos, se utilizado de maneira inadequada e esta é a importância da mensagem deste Guia, voltado ao uso racional, com controle e orientação para o seu uso adequado. Neste contexto, a mensagem deste guia contempla esta visão do Ministério da Saúde, onde o emissor, através de sua fala, traduz os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas definidos pelo Ministério da Saúde e exprime-os numa linguagem clara e acessível, dentro do possível, a informação para o paciente, citando, inclusive

as reações adversas que podem ocorrer, em alguns casos, tornando, deste modo, as informações transparentes e facilitando a comunicação e o entendimento.

5.2. Termo de consentimento Informado do paciente com Osteoporose

Figura 44. Termo de Consentimento Informado do Paciente com Osteoporose (2 pags)

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Medicamentos Excepcionais

Termo de Consentimento Informado
Bisfosfonados (Alendronato, Risendronato, Pamidronato), Raloxifeno, Calcitonina

Eu, _____ (nome do(a) paciente), abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso de bisfosfonados, raloxifeno ou calcitonina para tratamento da Osteoporose.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso o tratamento seja interrompido.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis.

Assim, declaro que:

Fui claramente informado(a) de que o medicamento pode trazer os seguintes benefícios:

- diminuição da progressão da perda de massa óssea;
- diminuição das chances de ocorrências de fraturas decorrentes da osteoporose;
- melhoria da qualidade de vida decorrente da prevenção das fraturas.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos colaterais e riscos:

- medicação classificada, na gestação, como fator de risco C (significa que risco para bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos);
- contra-indicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos;
- pode ser necessário realizar exames de sangue para acompanhar os efeitos das medicações;

Diversos efeitos colaterais podem ocorrer, de acordo com os diferentes medicamentos:

- **Bisfosfonados:**
 - Alendronato: os efeitos mais comuns são dor de cabeça, hipofosfatemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hipocalcemia, náuseas, dor abdominal, refluxo gastro-esofágico, dor de estômago, gases, diarreia, prisão de ventre, úlcera péptica, erosões esofágicas, esofagite, estreitamento de esôfago, distensão abdominal, gastrite, vômitos, dificuldade para engolir, sangue nas fezes, dores musculares, câlbras.
 - Risendronato: os efeitos mais comuns são dor, depressão, tonturas, insônia, ansiedade, vertigens, náuseas, dor abdominal, diarreia, gases, gastrite, infecções urinárias, dores músculo-esqueléticas, câlbras nas pernas, bursite, distúrbios dos tendões, hipertonia, formigamentos, pressão alta, dor no peito, vermelhidão da pele, prurido, câncer de pele, anemia, catarata, conjuntivite, infecção no ouvido, faringite, rinite, falta de ar, pneumonia, hemia, inflamação da íris, duodenite, inflamação da língua, alterações de marcadores hepáticos.
 - Pamidronato: os efeitos mais comuns são febre, cansaço, sonolência, insônia; hipofosfatemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hipocalcemia, hipotireoidismo, náuseas, perda do apetite, prisão de ventre, tonturas, arritmias cardíacas, pressão alta, desmaios, taquicardia, insuficiência cardíaca, diminuição das células do sangue (células brancas e plaquetas), reação no local da infusão, dores musculares, uremia, rinite, infecções de trato respiratório alto.
- **Raloxifeno:** tem sido associados com risco de trombo-embolismo e tromboflebite superficiais, dor de cabeça, depressão, insônia, febre, calorões, aumento dos triglicerídeos, náuseas, vômitos, dor de estômago, ganho de peso, gases, gastroenterite, infecções dos tratos genital-urinário e respiratório, dor no peito, dores nos músculos e articulações, câlbras nas pernas, problemas oculares, alteração da voz.
- **Calcitonina:** náuseas, diarreia, prisão de ventre, dor de estômago, perda do apetite, dor abdominal, calorões, dor no peito, pressão alta, aumento do volume de urina, infecções urinárias, dores

524

Fonte: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas- Osteoporose,MS

Figura 44. Termo de Consentimento Informado do Paciente com Osteoporose (2 pags)

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Osteoporose

nas articulações, músculos e nas costas, sangramento e irritação nasal, com formação de crostas (quando administrada por via nasal), espirros, rinite, falta de ar, chiado no peito, infecções respiratórias altas, dor de cabeça, tonturas, depressão mental, reações no local da infusão (quando administrado por via sub-cutânea), reações alérgicas, inguas, conjuntivite, vermelhidão na pele, fraqueza.

* o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem;

Estou ciente que pode haver necessidade de mudança das doses, assim como o tipo de medicamentos que farão parte do meu tratamento.

Estou ciente de que posso suspender o tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento desde que assegurado o anonimato.

Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

O meu tratamento constará do seguinte medicamento:

☐ Alendronato
☐ Risendronato
☐ Pamidronato
☐ Raloxifeno
☐ Calcitonina

Paciente:		
Documento de identidade:		
Sexo: <u>Masculino</u>	Idade: _____	
Endereço:		
Cidade: _____	CEP: _____	Telefone: _____
Responsável legal (quando for o caso):		
Documento de identidade do responsável legal: _____		
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal		

Médico responsável:	CRM: _____	UF: _____
Endereço:		
Cidade: _____	CEP: _____	Telefone: _____
_____ Assinatura e carimbo do médico		
_____ Data		

Observações:

1. O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o fornecimento do medicamento.
2. Este Termo será preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia responsável pela dispensação dos medicamentos e a outra será entregue ao paciente.

Osteoporose



525

Fonte: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas- Osteoporose,MS

- . **Aplicação da Análise:**
- -**Código:** lingüístico
- -**Suporte:** oral
- -**Número de pessoas** implicadas na comunicação: pacientes que utilizam medicamentos anti-osteoporóticos
- -**Público-alvo:** pessoas que utilizam medicação anti-osteoporótica

- **-Objetivo:** obter o consentimento do paciente frente ao tratamento anti-osteoporótico que irá receber, no qual toma ciência das reações adversas que possam advir do uso, e orientações correlatas aos pacientes
 - **Unidades de registro:** Consentimento informado do paciente
 - **Fonte:** Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais
 - **Formato:** retangular, no tamanho de uma página normal
- **-Total de páginas:** 2
- **-Temas:** consentimento do paciente frente aos riscos e supostas reações adversas que dele pode advir com o uso dos medicamentos propostos
 - **Fotos, tabelas e ilustrações** – 1 ilustração de medicamentos em pílulas coloridas em todas as páginas
- **Fotos-** não há, mas não tivemos acesso à capa da publicação
- **Tabelas** – 2 tabelas, uma com dados do paciente e local para assinatura e outra do médico responsável
- **Ilustrações:** 1 ilustração única em cada página
- **Número de exemplares** (tiragem)- A PESQUISAR
- **Referências:** material elaborado pelo Ministério da Saúde
- **Sub-títulos:** “Bifosfonados”, “Raloxifeno”, “Calcitonina”
 - **Editora:** Ministério da Saúde
 - **Ano:** 2006
- **Acesso** em 17/11/2008, **disponível no site**
- **<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/index.htm>**
- **Corpo elaborador:** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais
 - **Capa:** sem acesso
 - **Título principal:** Termo de Consentimento Informado do Paciente.
 - **Presença e frequência das categorias para seleção do texto**
- **Categorias:** idoso/s(-), idosa(-), osteoporose(2), quedas(-), fraturas(2)

Análise do texto

O conteúdo deste documento foi estabelecido dentro do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (2002), onde é obrigatória a ciência do paciente sobre os potenciais risco e efeitos colaterais referentes ao uso dos medicamentos preconizados naquele protocolo, e isto deverá ser formalizado com a assinatura do paciente(Figura 44).

Este termo foi bem elaborado sob o ponto de vista técnico. É também bastante claro quanto à ordem de idéias na qual se propõe: indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos no uso dos medicamentos propostos, relacionados quais são eles em lista expressa; necessidade de devolução se não fizer uso do mesmo, não interrupção sem comunicação ao médico que o acompanha, entendimento frente às informações prestadas a respeito, consentimento em realizar o tratamento, sintomas mais comuns que podem ocorrer com o uso por tipo de medicamento, risco de efeito adverso em caso de super-dosagem, eventual mudança de dose ou tipo de medicamento pelo médico, quer seja necessário; liberdade para suspensão do tratamento a qualquer momento, por sua conta e risco; autorização para o serviço de saúde utilizar os dados referentes ao seu tratamento, caso seja necessário, sem comprometer seu anonimato; ter compreendido o conteúdo do documento e concordância em proceder o tratamento com os medicamentos que serão relacionados a seguir; assinatura sua e do médico responsável. Sem este documento, o paciente não receberá o medicamento.

Este fato é evidenciado pela literatura onde, segundo Mosegui e colaboradores,⁹⁸ em estudo onde foi avaliada a qualidade do uso de medicamentos através da análise do padrão do uso, do grau de concordância com listas de medicamentos essenciais, do valor terapêutico e das interações medicamentosas encontradas entre mulheres com mais de 60 anos; sugeriu-se que o padrão do uso dos medicamentos entre as idosas é bastante influenciado pela prescrição médica e que sua qualidade é prejudicada pela baixa seletividade do mercado farmacêutico.

Neste sentido, quando na análise de conteúdo, a linguagem utilizada neste termo parece ser clara e acessível, se bem que haveria necessidade de se avaliar e validar a mesma perante a compreensão do idoso frente a ela; porém, em alguns momentos do texto, é compreensível que não haja sinônimos disponíveis para um entendimento fácil e a informação deve ser complementada e esclarecida em linguagem acessível pelo médico. De qualquer forma, o texto é elucidativo para o idoso, dando a ele ampla liberdade para que, em qualquer momento, possa desistir do tratamento preconizado, se assim o achar. As informações foram consideradas completas, no documento,

facilitando seu entendimento, quando associado às orientações contidas no “Guia de Orientação ao Paciente”, o que completa a mensagem a ser repassada para o paciente, quer seja idoso ou não. Este fato se faz necessário para garantir a assistência, proteger o médico responsável e o paciente e fornecendo o direito a um tratamento gratuito e monitorado, com acesso e integralidade, dentro dos preceitos do SUS.

6. INFORMES DO INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA/INTO- DICAS DO ESPECIALISTA

6.1.-“O que é osteoporose?” (público em geral)

6.2.“Quedas em idosos” (público em geral)

O Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia/INTO foi instituído, em 1994, pelo Ministério da Saúde, como órgão normatizador de procedimentos em ortopedia no país e atende, exclusivamente, pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e se destaca como um centro de excelência no tratamento de doenças e traumas ortopédicos, de média e alta complexidade. O material abaixo foi retirado de sua página disponível na Internet. Segundo informações através de mensagem junto à Assessoria de Comunicação do Instituto, as únicas informações sobre material de prevenção de fraturas, osteoporose disponíveis para o público idoso e em geral, estão disponíveis online.

6.1. “O que é osteoporose?”

Figura 45 . Dicas do Especialista –“O que é Osteoporose?” (página de rosto)

INTO :: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia - Microsoft Internet Explorer

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Endereço <http://www.into.saude.gov.br/>

Google

Ministério da Saúde

INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

Rio, 9 de Dezembro de 2008 - Terça - Feia

Vá direto para...

DICAS DOS ESPECIALISTAS

Osteoporose

O que é a osteoporose?

A osteoporose é uma doença óssea metabólica que resulta da carência de cálcio nos ossos. Ocorre uma redução da quantidade de osso (massa óssea) e, portanto, há deterioração da sua qualidade. Estes ficam cada vez mais porosos e, após alguns anos, estão suficientemente frágeis para se fraturarem com facilidade.

Factores de risco

A osteoporose é uma doença que resulta de uma multiplicidade de factores, quer intrínsecos - sobre os quais não temos capacidade de intervenção - quer extrínsecos, em que podemos interferir com o objectivo de minorar o seu impacto sobre o organismo.

Osteoporose

Factores Endógenos		Factores Exógenos	
Sexo	Feminino	Estilos de vida	Desequilíbrio alimentar, excesso de álcool e de cafeína, tabagismo, inactividade física
Estado hormonal	Carência de estrogénios	Doenças	Endócrinas, gastro intestinais, renais, neoplasias
Idade	Envelhecimento	Medicamentos	Corticóides, anti convulsivos, doses excessivas de hormonas tiroideas, tratamento longo com heparina, anti ácidos que contêm alumínio
Raça	Branca e asiática		
Estatura	Pequena		

WebMail

http://www.into.saude.gov.br/aternd_triagem.php

Iniciar INTO :: Instituto Naci...

Internet

PT 21:35

Fonte: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia/INTO, MS

-**Código:** lingüístico

-**Suporte:** oral

-**Número de pessoas** implicadas na comunicação: comunicação de massa através de INTERNET

- **Unidades de registro:** “Dicas do especialista”, “O que é osteoporose”, “Fatores de risco”, “Osteoporose, proteja-se prevenindo”, “Medidas de prevenção e necessidades diárias de ingestão de cálcio”, “quais são as fontes de cálcio?”, “Até que ponto o leite e o cálcio podem retardar a osteoporose já instalada”, “Diagnóstico”, “A densitometria está indicada para”, “O que fazer desde a juventude para evitar a osteoporose”, “Os jovens também correm perigo”, “Quais são os sintomas”, “Excesso de gordura pode causar osteoporose”, “osteoporose e menstruação”, “Tratamento genérico”, “Gerenciando a dor”, “Tratamento da dor intensa”, “Analgésicos em comprimidos”, “Fitoterapia”, “Restabelecendo a confiança”, “Efeitos na postura” e “Quais são os melhores exercícios”
- **Fonte:** INTO Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia do Ministério da Saúde
- **Acesso** em 17/11/2008, **disponível no site:** <http://www.into.saude.gov.br/>
- **Formato:** eletrônico
- **-Temas:** orientações sobre o que é osteoporose, necessidades de ingestão diária de cálcio na alimentação, diagnóstico e tratamento da doença, informações relevantes sobre fraturas e medidas de prevenção da doença, necessidade de incorporação de hábitos saudáveis.
- **Fotos, tabelas e ilustrações –**
- **Fotos-** 9 fotos sendo 7 coloridas e 2 branco e preto
- **Tabelas –** 2 tabelas sobre fatores de risco endógenos e exógenos da osteoporose
- **Gráficos-** 1. Índice de cálcio por Densidade de massa óssea
- 2 .Necessidade diária de cálcio x faixa etária das pessoas
- **Quadros:** 1- Comparação do cálcio e de seu grau de absorção pelos alimentos
- **Ilustrações:**
- **Número de exemplares** (tiragem)- disponível na internet por acesso a quem desejar
- **Referências:** material elaborado por comissão editorial do INTO mas apresenta outras fontes como www.mimosa.com.pt ; www.osteoporose72.hpg.ig.com.br, www.saudenarede.com.br e www.lincx.com.br

- **Títulos:** “Dicas do especialista”, “O que é osteoporose”, “Fatores de risco”, “Osteoporose, proteja-se prevenindo”, “Medidas de prevenção e necessidades diárias de ingestão de cálcio”, “quais são as fontes de cálcio?”, “Até que ponto o leite e o cálcio podem retardar a osteoporose já instalada”, “Diagnóstico”, “A densitometria está indicada para”, “O que fazer desde a juventude para evitar a osteoporose”, “Os jovens também correm perigo”, “Quais são os sintomas”, “Excesso de gordura pode causar osteoporose”, “osteoporose e menstruação”, “Tratamento genérico”, “Gerenciando a dor”, “Tratamento da dor intensa”, “Analgésicos em comprimidos”, “Fitoterapia”, “Restabelecendo a confiança”, “Efeitos na postura” e “Quais são os melhores exercícios”
- **Editora:** CEI- Comissão Editorial para Internet- INTO
- **Ano:** 2003
- **Corpo elaborador:** Comissão editorial do INTO
- **Capa:** Logo com “35 anos do INTO” e uma foto do Hospital ao lado
- **Título principal:** Dicas do especialista “O que é osteoporose?”
- **Presença e frequência das categorias para seleção do texto**
- **Categorias:** foram encontradas, do ponto de vista quantitativo, a ocorrência dos termos: idosos(-), quedas (3), fratura/s(11), osteoporose (33). Houve co-ocorrência, isto é, a presença simultânea de uma ou mais categorias numa unidade de corpus e a distribuição dos elementos e de sua associação foi homogênea durante o transcorrer do texto. Estão associadas geralmente ao sub-títulos aos quais estão inseridos no texto, ao se falar sobre prevenção de osteoporose, quedas, sobre alimentação, exercícios físicos, osteoporose medidas de prevenção. Isto pode sugerir que elementos associados numa manifestação da linguagem estão igualmente associados no espírito do comunicador ao falar de osteoporose para os idosos.

Análise de texto

Numa leitura flutuante inicial, pode-se verificar que o texto da página sugere um tema central associado à osteoporose e medidas preventivas da doença e sobre a importância na incorporação de hábitos de vida saudáveis.

No início do texto, onde conceitua a doença, utiliza de uma linguagem bem popular para o alcance do entendimento do leitor, porém, descreve a doença como

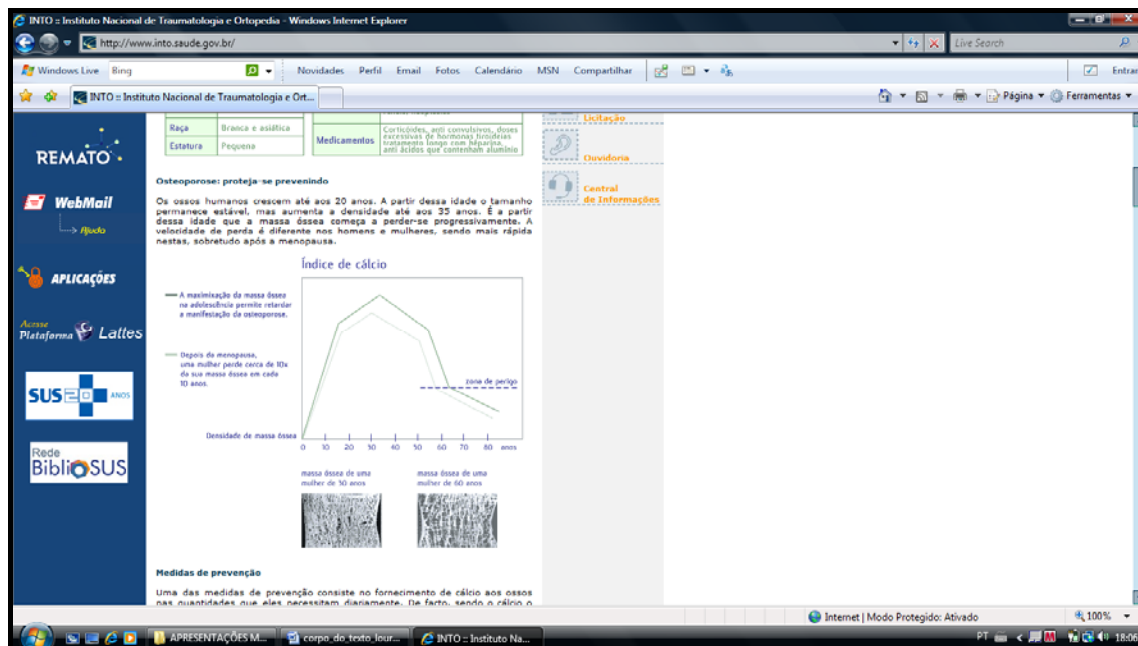
sendo uma “carência de cálcio no osso” com “redução da quantidade de osso” e há “deterioração de sua qualidade” e “ossos ficam cada vez mais porosos” e frágeis para se fraturarem (Figura 45). Estes termos são explicados parcialmente pela conceituação proposta por Galli⁸² onde considera que a osteoporose é doença sistêmica progressiva que se caracteriza por uma diminuição óssea e deterioração da micro-arquitetura, levando à fragilidade do osso e com risco aumentado de fraturas.

Segundo a Conferência Oficial do Desenvolvimento de Consenso da NIH,⁹⁹ a osteoporose é definida como “uma desordem caracterizada por comprometimento da resistência óssea, predispondo ao aumento do risco de fraturas”. É interessante o explicar dos autores sobre a resistência óssea que seria derivada da integração de duas características principais: a densidade óssea e qualidade óssea. A densidade óssea, expressa em gramas de mineral por área ou volume, em um determinado indivíduo, é determinada pelo pico de massa óssea e a quantidade de perda óssea. Qualidade refere-se a arquitetura óssea, *turnover*, acúmulo de danos (por micro-fraturas, por exemplo) e mineralização. Deste modo, a conceituação proposta no texto a analisado parece ter mais concordância com este conceito, sob o ponto de vista dos termos nela utilizados.

Em relação à explicação sobre fatores de risco (fatores escrito arcaicamente como “factores”), foi bem conceituada, do ponto de vista de tornar a linguagem acessível ao leitor, quando relata que fatores endógenos são aqueles os quais não temos capacidade de atuar e extrínsecos, o que temos capacidade de atuar para prevenir determinada situação (Figura 45).

No item “Proteja-se prevenindo” (Figura 46), a explicação ao leitor sobre a maximização da massa óssea na adolescência para prevenir perda óssea em idade avançada torna-se bastante clara, face ao gráfico que o acompanha, porém esta mensagem somente atinge pessoas com um certo grau de escolaridade e que sabem interpretar e entender um gráfico com duas variáveis; tendo em vista a escolaridade da população de idosos não ser alta no Brasil, isto poder ser fator de dificuldade de entendimento para esta população, ao ler a mensagem, o que a torna dependente de uma orientação complementar para o entendimento e absorção.

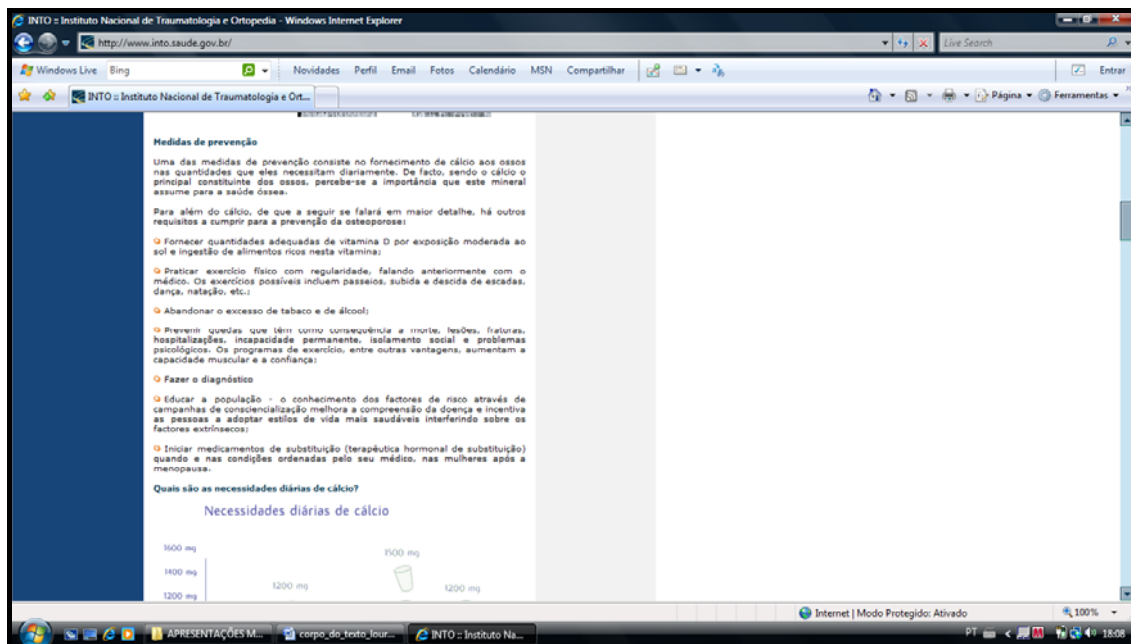
Figura 46. Orientações sobre prevenção de Osteoporose



Fonte: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia/INTO, MS

No item “medidas de prevenção”, a mensagem é a preconizada pela maioria dos relatos científicos, porém há uma informação tendenciosa quando versa sobre iniciar tratamento de reposição quando recomendado, como se a reposição hormonal fosse o único a ser utilizado, dando-se menor valor na emissão da mensagem quanto ao eventual uso de bifosfonados, cálcio, calcitonina e Vitamina D. Em relação às necessidades diárias de cálcio, os dois quadros ilustrativos reportam facilmente as quantidades diárias a serem ingeridas com exemplos bastante elucidativos e de fácil compreensão, exemplificando, de modo prático, para a população em geral (Figura 47).

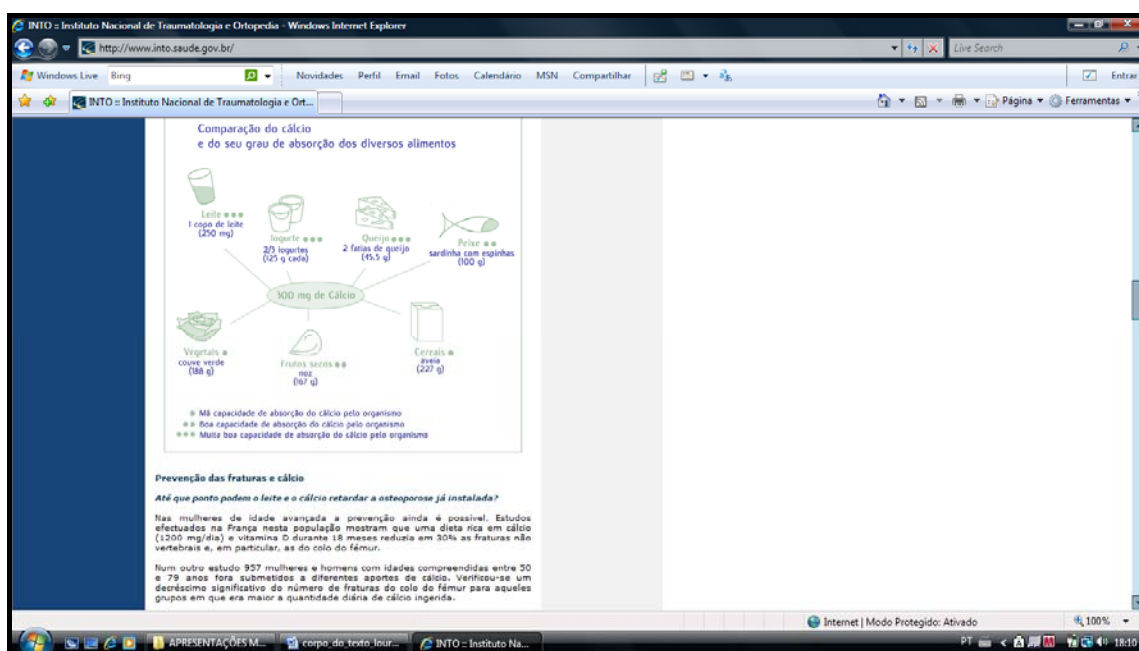
Figura 47. Medidas preventivas contra a osteoporose



Fonte: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia/INTO, MS

No item que versa sobre até que ponto o leite e o cálcio restauram a perda óssea instalada, os dados não são referenciados nem catalogados no final, o que torna a informação incompleta se algum leitor quiser ler o material para melhor compreensão dos dados apresentados (Figura 48).

Figura 48. Importância do cálcio e do leite na prevenção da doença

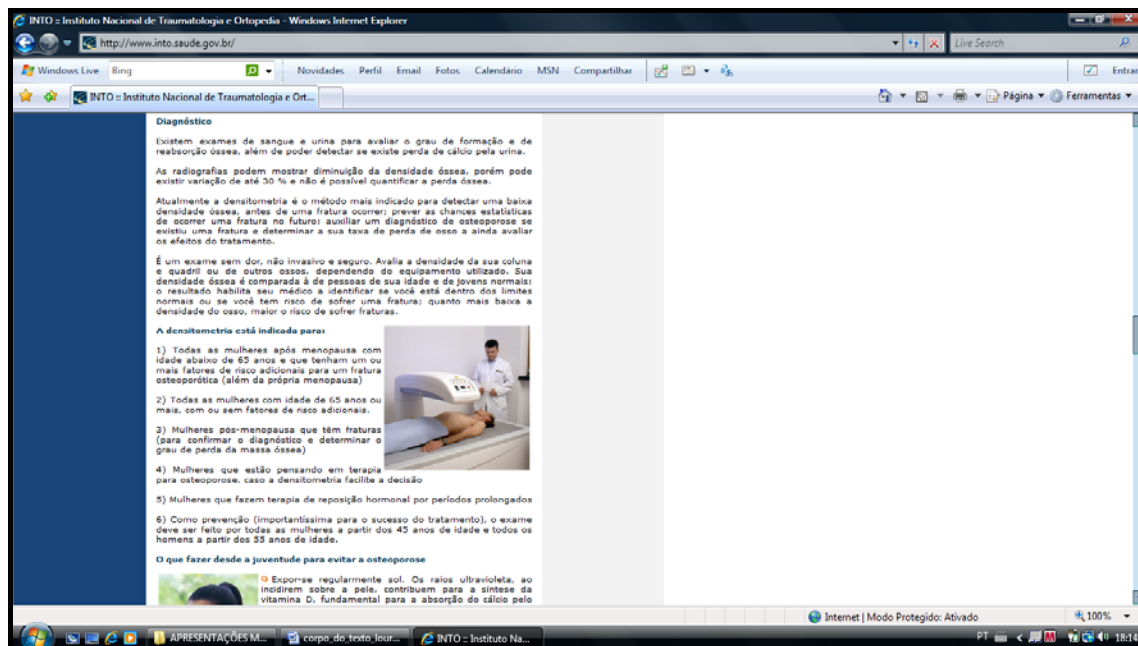


Fonte: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia/INTO, MS

Com referência ao item “diagnóstico”, a explicação para os tipos de exame utilizados, bem como da densitometria óssea foi colocado de modo acessível, facilitando a compreensão do leitor (Figura 49); porém quanto à idade preconizada para início da densitometria óssea, segundo o U.S. Preventive Services Task Force¹⁰⁰ recomenda que as mulheres com idades compreendidas entre os 65 e mais velhos devam ser rastreadas rotineiramente para osteoporose. Este rastreio é recomendado para mulheres com mais de 60 anos com risco aumentado de fraturas osteoporóticas; porém não faz nenhuma recomendação contra ou a favor da rotina de *screening* em mulheres pós-menopausa com menos de 60 anos ou em mulheres com idade de 60 a 64 anos que não tem risco aumentado de fraturas. Esta informação difere da recomendada e citada como “importantíssima” no texto, que para prevenção e início de tratamento, as mulheres acima de 45 e os homens acima de 55 devem ter controle rotineiro com este exame, porém não descarta esta hipótese. Já no Congresso Mundial de Osteoporose, realizado em Toronto e disponível no endereço http://www.sobrao.com.br/boletim/Boletim_24.pdf, a recomendação da densitometria é para: **1)** Mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, **2)** Mulheres na pós-menopausa, ainda que abaixo de 65 anos, e homens, entre 50 e 70 anos, **3)** Homens com idade igual ou superior a 70 anos. **4)** Adultos com história de fratura por fragilidade. **5)** Adultos com doença ou condição associada à baixa massa óssea ou à perda óssea. **6)** Adultos usando medicamentos associados à baixa massa óssea ou à perda óssea. **7)** Pessoas para as quais são consideradas intervenções farmacológicas para osteoporose. **8)** Indivíduos em tratamento para osteoporose, para monitorar a eficácia do tratamento. **9)** Pessoas que não estejam realizando tratamento, nas quais a identificação de perda de massa óssea possa determinar a indicação do tratamento.

Segundo o Task Force citado acima,¹⁰⁰ o tratamento irá produzir maiores benefícios em mulheres com mais fatores de risco para fraturas, tais como aqueles que são mais velhas, têm muito baixa densidade óssea, ou tem fraturas vertebrais pré-existente. Há poucas evidências sobre quais os pacientes são susceptíveis de se beneficiarem através do *screening* (diagnóstico por rastreamento) e tratamento decorrente, pois não se sabe se as mulheres que têm um risco global de fraturas semelhantes, mas com diferentes densidades ósseas, irão se beneficiar de formas semelhantes ao tratamento. Esta incerteza é clinicamente importante, pois a falta de critérios de aceitação para se iniciar o tratamento continua a ser um problema.

Figura 49. Diagnóstico de osteoporose.



Fonte: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia/INTO, MS

No item “o que fazer na juventude para prevenir a osteoporose” e “os jovens também correm perigo”, “quais são os sintomas”, as orientações também são coerentes com o preconizado na literatura, e são colocados de modo amplo e explicativo, facilitando o acesso e entendimento da população em geral (Figura 50).

Figura 50. Recomendações ao indivíduo jovem para evitar a osteoporose.



Fonte: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia/INTO, MS

Segundo uma publicação da Fundação Internacional de Osteoporose (IOF) sobre deliberações da comunidade Européia para Osteoporose,⁸⁴ a educação pública sobre a saúde óssea, incluindo a prevenção e tratamento da osteoporose, é frequentemente realizada através do trabalho das sociedades nacionais de osteoporose. Todos os materiais educativos devem ser traduzidos e comunicados ao público assegurando a mensagem para toda a população sobre promoção da saúde óssea em todas as fases da vida, manutenção da densidade óssea em adultos, e prevenção e redução de risco de fraturas.

Nos itens que falam sobre “excesso de gordura” e “menstruação irregular” como fatores que podem influenciar o aparecimento da osteoporose, foi relatado de forma comprovada por estudos que não são referenciado (cita apenas onde foi realizado) e permite o entendimento sobre a importância destes fatores face aos resultados obtidos cientificamente até o momento, sendo importante a comprovação das hipóteses baseadas em evidências (Figura 51).

Figura 51. Excesso de gordura e menstruação irregular na mulher e suas consequências.

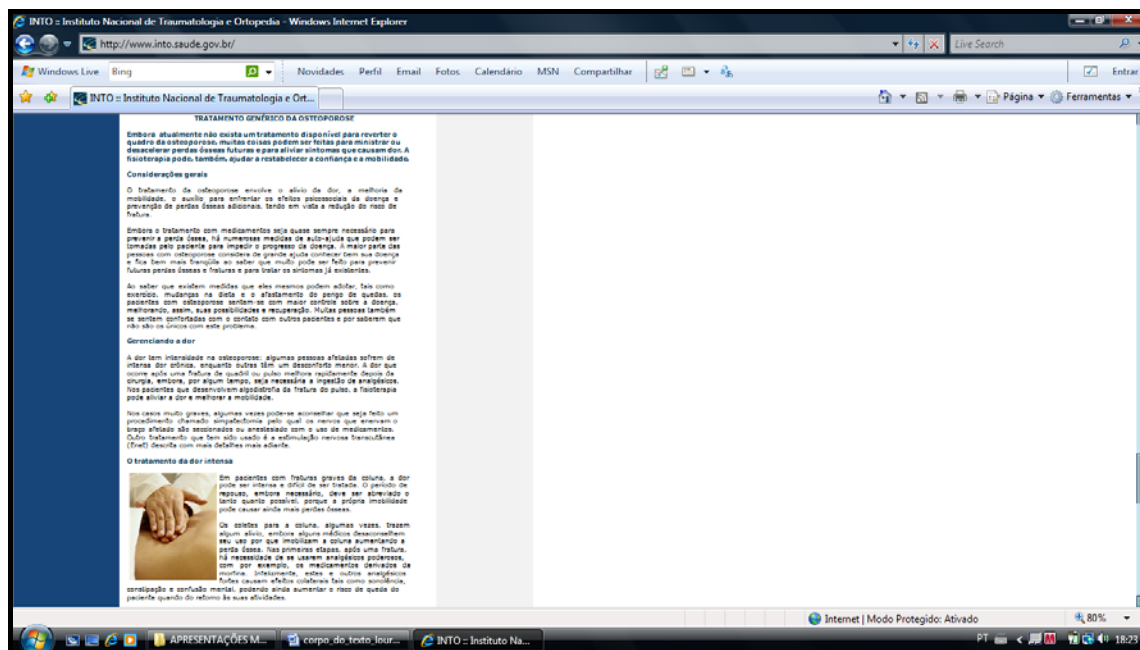


Fonte: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia/INTO, MS

Quando se relata sobre tratamento genérico para dor, são abordados aspectos referentes à gerenciamento da dor e formas de tratamento, inclusive o uso de acupuntura e fisioterapia, de uma maneira clara e exemplificada, através de fotos coloridas para o

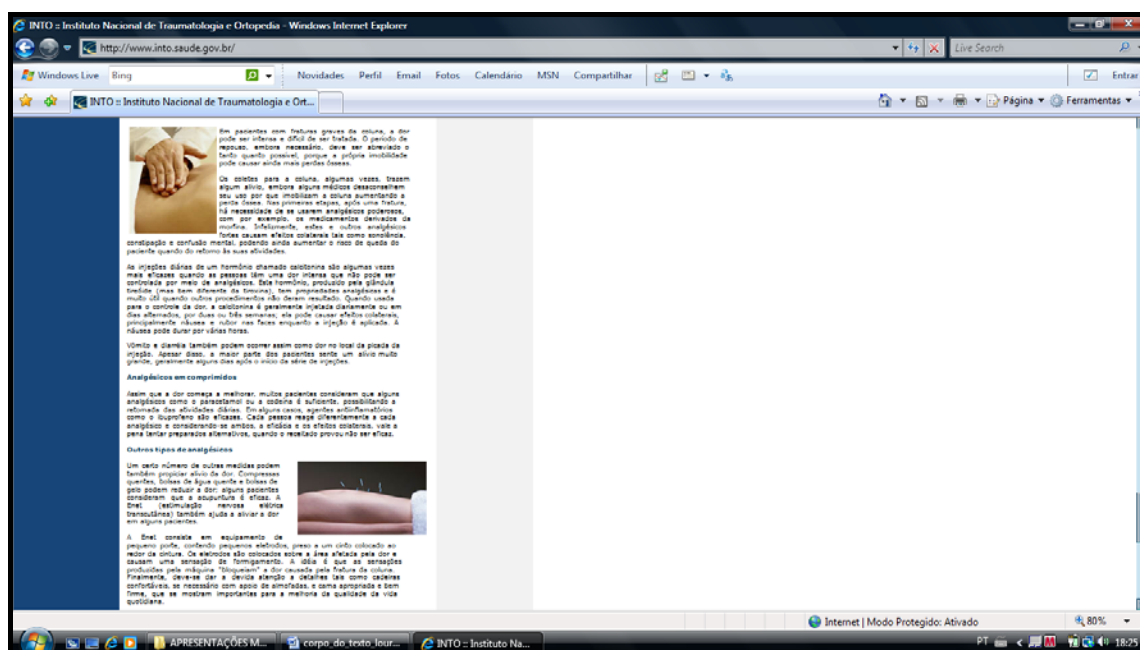
leitor; também aborda o aspecto emocional de um paciente que sofreu uma fratura e da insegurança posterior que toma conta de si, ao andar e realizar novos exercícios e orienta o paciente a quais seriam os melhores exercícios para esta situação. A linguagem é clara e bastante explicativa (Figuras 48, 49 e 50).

Figura 52. Tratamento genérico para a dor na osteoporose.



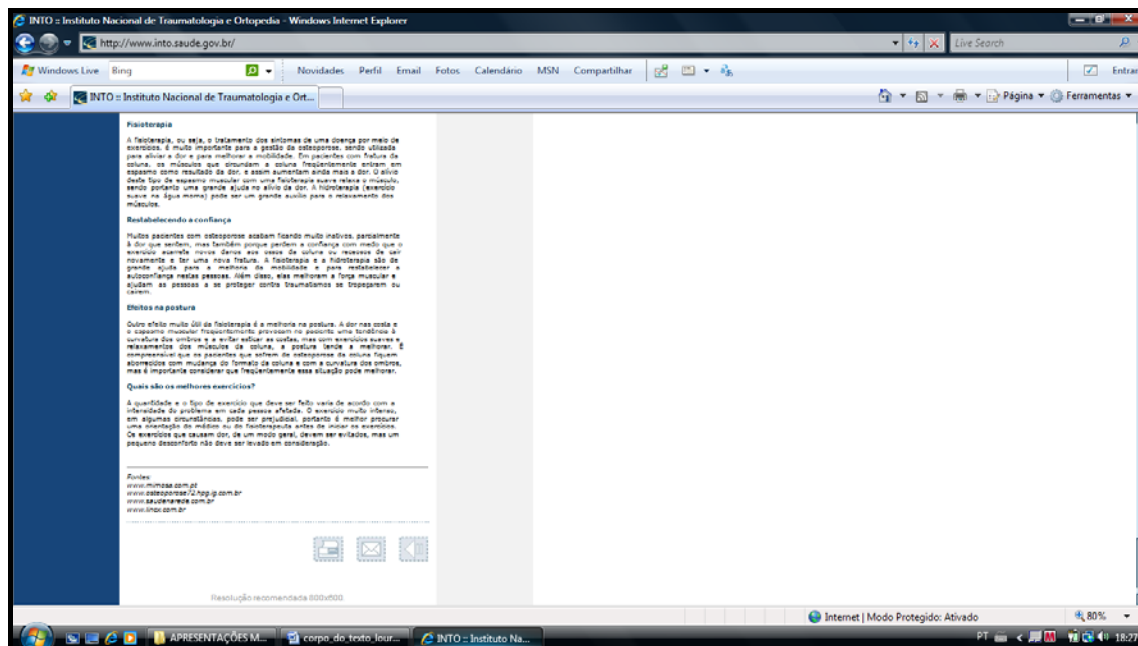
Fonte: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia/INTO, MS

Figura 53. Tratamentos para a dor em fraturas osteoporóticas da coluna.



Fonte: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia/INTO, MS

Figura 54. Uso da Fisioterapia na osteoporose



Fonte: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia/INTO, MS

Concluindo, a mensagem utilizada neste folheto é bastante clara, com exemplos para facilitar a absorção por qualquer pessoa que o leia e com imagens coloridas para enfatizar determinadas idéias e orientações, como, por exemplo, nas orientações nutricionais referentes à ingestão de alimentos com cálcio (Figura 44). A limitação do folheto é no que se refere à fonte da informação prestada, que seriam empresas particulares, com interesses na divulgação de determinadas idéias ligadas a determinados produtos, os quais vendem e que podem gerar um viés de informação e entendimento do leitor (Figura 54). O INTO como hospital referenciado no SUS para tratamento de fraturas osteoporóticas, tem capacidade técnica para elaborar o seu próprio material, independente de fontes de empresas particulares, e fica aí a proposta para o desenvolvimento de um material da própria instituição.

6.2. Dicas do Especialista “Quedas em idosos”

Figura 55. Dicas do Especialista – “Quedas em idosos”



Fonte: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia/INTO, MS

Código: lingüístico

-Suporte: oral

-Número de pessoas implicadas na comunicação: comunicação de massa através de INTERNET

- **Unidades de registro:** “Dicas do especialista”, “Como reduzir quedas no idoso”, “Tratamento”, “Estratégia de redução de múltiplos fatores de risco”, “Previna quedas- em seu quarto, na sala e no corredor, na cozinha, na escada e no banheiro”.
- **Fonte:** INTO Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia do Ministério da Saúde
- **Acesso em 17/11/2008, disponível no site:** <http://www.into.saude.gov.br/>
- **Formato:** eletrônico
- **-Temas:** orientações sobre quedas e seus impacto na população idosa, fatores de risco passíveis e não passíveis de mudar, fatores de risco ambientais, passíveis de

prevenção e medidas preventivas no ambiente doméstico, para minimizar o risco de ocorrência.

- **Fotos, tabelas e ilustrações –**
- **Fotos-** 6 fotos coloridas
- **Tabelas –** não há
- **Gráficos-** não há
- **Ilustrações:** não há
- **Número de exemplares** (tiragem)- disponível na internet por acesso a quem desejar
- **Referências:** material elaborado por comissão editorial do INTO mas apresenta outras fontes como www.usp.br e www.ids-saude.uol.com.br
- **Títulos:** “Dicas do especialista”, “Como reduzir quedas no idoso”, “Tratamento”, “Estratégia de redução de múltiplos fatores de risco”, “Previna quedas- em seu quarto, na sala e no corredor, na cozinha, na escada e no banheiro”.
- **Editores:** CEI- Comissão Editorial para Internet- INTO
- **Ano:** 2003
- **Corpo elaborador:** Comissão editorial do INTO
- **Capa:** Logo com “35 anos do INTO” e uma foto do Hospital ao lado
- **Titulo principal:** Dicas do especialista “Como reduzir quedas no idoso”
- **Presença e frequência das categorias para seleção do texto**
- **Categorias:** foram encontradas, do ponto de vista quantitativo, a ocorrência dos termos: idosos(16), quedas (23), fratura/s(3), osteoporose (3). Houve co-ocorrência, isto é, a presença simultânea de uma ou mais categorias numa unidade de corpus e a distribuição dos elementos e de sua associação foi homogênea durante o transcorrer do texto. Estão associadas geralmente aos subtítulos aos quais estão inseridos no texto ao se falar sobre prevenção de quedas, sobre alimentação, exercícios físicos, medidas de prevenção da osteoporose. Isto pode sugerir que elementos associados numa manifestação da linguagem estão igualmente associados no espírito do comunicador ao falar de osteoporose para os idosos.

Análise de texto

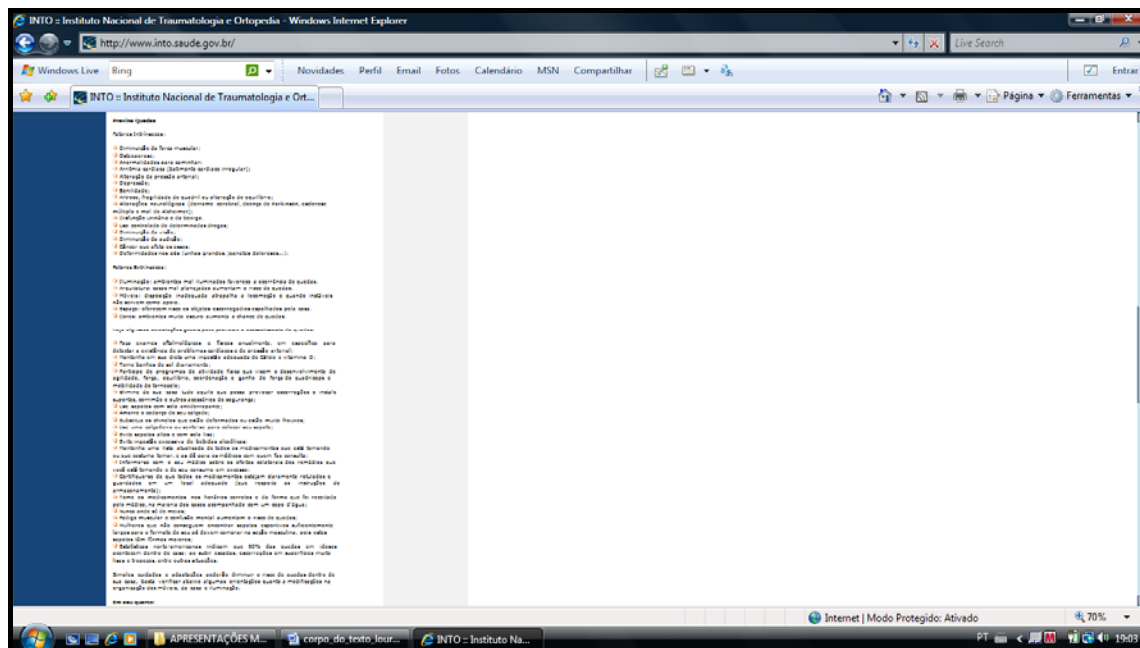
O texto é descritivo e versa sobre ocorrência de quedas, dados sobre as mesmas, quais são os fatores de risco para sua ocorrência e medidas de prevenção e o que pode ser mudado no meio ambiente para preveni-las (Figura 55).

O tema tratado é relevante e, de acordo com Fabrício e colaboradores,¹⁰¹ que investigaram a história da queda relatada por idosos, identificando fatores possivelmente relacionados, observou-se que: a maioria das quedas ocorreu entre idosos do sexo feminino (66%), com idade média de 76 anos, no próprio lar do idoso (66%). As causas foram principalmente relacionadas ao ambiente físico (54%), acarretando sérias conseqüências aos idosos, sendo as fraturas as mais freqüentes (64%). Neste estudo, constatou-se também que a queda teve interferiu diretamente nas atividades diárias da vida do idoso, pois provocou maior dependência para deitar/levantar-se, caminhar em superfície plana, cortar unhas dos pés, tomar banho, caminhar fora de casa, cuidar das finanças, fazer compras, usar transporte coletivo e subir escadas. Este estudo mostrou que quedas trazem graves conseqüências físicas, emocionais e sociais ao idoso, e por isto, a importância de sua prevenção.

Apesar da relevância do tema e dos itens considerados no texto, pois são mensagens extremamente úteis para se evitarem quedas, o emissor se utiliza de palavras de difícil entendimento, principalmente face à escolaridade dos idosos no Brasil, tendo em vista que o texto está disponível na Internet para a população em geral. Palavras como “institucionalizados”, “capacidade funcional”, “instituir intervenções padronizadas para múltiplos fatores de risco”, “auto-restrição de atividades” são difíceis de se entender num contexto, apesar de serem explicadas com exemplo, à seguir, no texto, tornando-se mais inteligíveis, porém parecem destinadas a profissionais de saúde, com termos condizentes a este tipo de leitor e difíceis para entendimento por outro tipo de público. Tecnicamente bom, porém de difícil compreensão (Figura 55).

Em “fatores intrínsecos e extrínsecos” relacionados às quedas, ficam bem explícito os fatores que se podem ou não mudar para evitar risco de quedas (Figura 56). Em “algumas orientações para se prevenir quedas”, a mensagem foi adequada com detalhes importantes para o idoso, que não pode deixar de lembrá-los. Estes fatores condizem com os fatores de risco bem como medidas gerais de prevenção das mesmas, citados pelo Instituto Nacional de Excelência Clínica, de Londres (NSH) em uma publicação sobre “Quedas”.⁶⁹ (Figura 56)

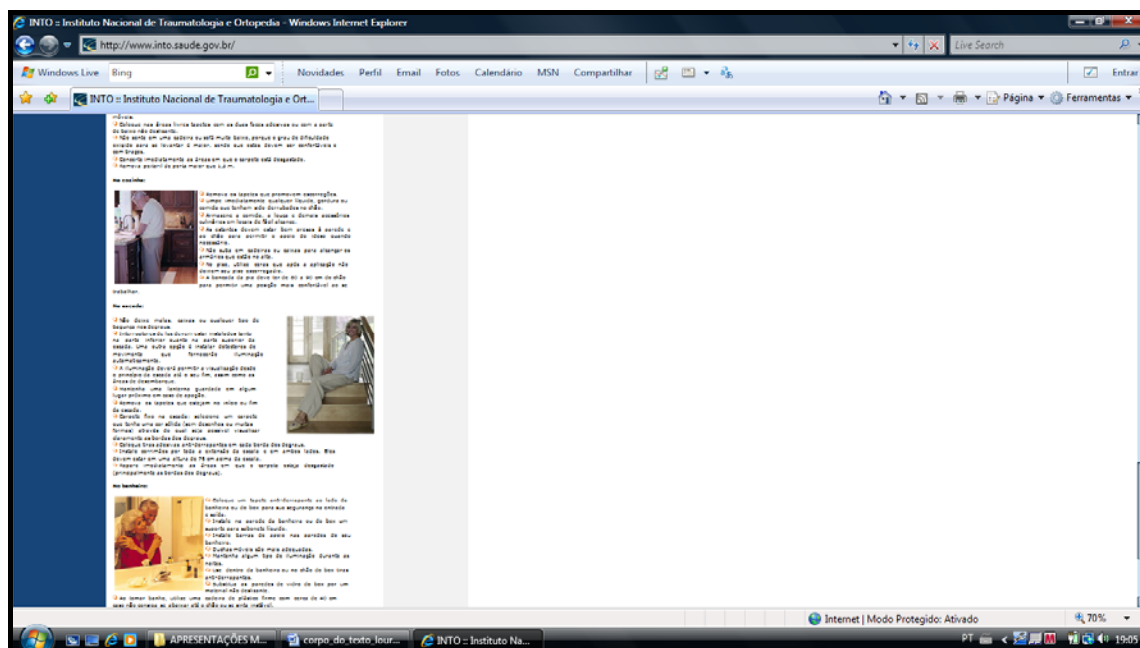
Figura 56. Como prevenir quedas em idosos.



Fonte: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia/INTO, MS

Considerações referentes às fotos utilizadas no texto, que mostram um ambiente fora do Brasil em condições de vida ideais, com conforto, infelizmente não são condizentes com a situação sócio-econômica da maior parte da população brasileira (Figura 57)

Figura 57. Fotos de idosos no conteúdo da página



Fonte: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia/INTO, MS

A sugestão seria a utilização de fotos em situações similares dentro de nossa realidade. Entretanto, de uma maneira geral, o texto ilustra bem a situação de quedas e como preveni-las atingindo, pois, a emissão da mensagem ao receptor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se analisar o conteúdo das publicações do Ministério da Saúde referentes aos anos de 1999 a 2008, publicações estas voltadas às tecnologias de prevenção de fraturas osteoporóticas, dirigidas diretamente ao público idoso, pode-se observar que:

1. existem poucas publicações à respeito, principalmente elaboradas pelo governo nesta fase, em linguagem simples para distribuição para o idoso, falando diretamente com este público, quer seja através de guias, cartilhas ou folders;
2. há uma maior ênfase na publicação de material para o idoso voltado ao tema vacinação, talvez por ser prioridade do governo, a vacinação contra a gripe;
3. poucos dados disponíveis e organizados à respeito de quedas em idosos;
4. poucas informações disponíveis nos sistemas de informação do país, referentes à osteoporose, somente número de casos internados e óbitos;
5. as informações presentes nos textos analisados são bem escritas e voltadas a temas relevantes porém nem sempre em linguagem acessível, para a limitada escolaridade da grande maioria da população idosa brasileira, o que não atende à maioria do público alvo, comprometendo o objetivo final a que se destina;
6. as imagens correlacionadas aos textos, apesar de serem de boa qualidade, mostrando situações ideais, deveriam reproduzir o nosso meio e a diversidade de condições de vida da grande maioria dos idosos, tornando fácil o entendimento e adesão desta população;
7. as indicações e orientações são escritas no modo imperativo, o que sugere que o emissor manda o receptor seguir as normas, ao invés de sugeri-las, o que pode gerar problemas de comunicação pelo modo de linguagem e dificultar uma mudança voluntária de comportamento do leitor, afastando-o da mesma;
8. as informações disponibilizadas no *site* do INTO apesar de serem bem escritas em seu conteúdo, utilizam-se de textos que podem sofrer viés de informação, tendo em vista utilizarem como fonte, empresas particulares, com interesses de marketing e venda. O INTO deveria elaborar e criar o seu próprio material;

9. o conteúdo da literatura é bastante vasto à respeito dos temas Osteoporose em idosos, bem como sobre “prevenção de quedas”;
10. o enfoque das publicações voltadas aos idosos do Ministério da Saúde parece estar de acordo com as orientações da OMS e as citadas em literatura internacional, onde as políticas voltadas a esta faixa etária devem visar um envelhecimento ativo e saudável, num caráter mais geral, mais holístico do que especificamente voltadas a apenas uma doença, o que o Ministério da Saúde vem se firmando;

RECOMENDAÇÕES:

1. necessidade de estruturação de uma política de comunicação em saúde voltada ao idoso no Ministério da Saúde;
2. aprimoramento e estruturação da difusão de informações para o idoso, com maior acesso às informações e estratégias voltadas a abranger as diferenças regionais e culturais existentes no país, voltadas às crenças, à vivência pessoal e o saber popular, principalmente para uma mudança de postura a ser atingida;
3. estímulo a processos de difusão de informação mais adequados para garantir a informação ao idoso de forma clara e acessível;
4. elaboração e publicação de um maior número de cartilhas voltadas ao idoso, utilizando-se de estratégias de difusão de informação que estimulem a mudança de comportamento relacionadas à incorporação de hábito de vida saudáveis nos idosos;
5. utilização de todos os meios de comunicação: a grande imprensa, Internet, as rádios AM e FM, rádios comunitárias, televisão aberta, TVs comunitárias, boletins, jornais de bairro, veículos próprios dos governos, das entidades, movimentos sociais para difusão de informação sobre o tema.
6. estabelecimento de indicadores de acompanhamento de resultados para se mensurar a efetividade da comunicação com o idoso através dos sites, cartilhas e guias nacionais;
7. realização de pesquisa de recepção por grupo focal para melhor compreensão do entendimento do idoso, prévio à publicação de materiais voltados aos idosos;
8. estabelecimento de variáveis específicas dentro dos Sistemas de Informação já existentes no Ministério da Saúde, voltados a se melhor delinear o real perfil de

ocorrência das informações sobre quedas , fraturas e osteoporose em idosos no Brasil;

9. articulação de formas de capacitação em nível de graduação e pós-graduação entre as áreas de saúde e comunicação para formação de profissionais nestas atividades e em pesquisas relacionadas à difusão científica e difusão de informação em temas de saúde;
10. fortalecimento e o apoio à formação de Universidades da Terceira Idade como um pólo de discussão, inserção na sociedade e difusão de informações para aos idosos;
11. necessidade de realização de avaliações tecnológicas de saúde referentes à osteoporose e medidas de prevenção da doença e suas conseqüências em idosos, a serem realizadas no Brasil, pois deve-se considerar a existência de diferenças nos resultados das ATS realizadas no exterior, face às diferenças regionais, genéticas, demográficas e culturais onde estes estudos foram realizados;
12. ampliação e fortalecimento da importante área de Saúde do Idoso como prioridade para efetivação da atual política nacional voltada a esta faixa etária.

Cabe ressaltar que o governo, apesar da definição e estabelecimento de estratégias, busca de indicadores e linhas de ação voltada à política de saúde do idoso, não conseguiu ainda, atingir seus os objetivos relacionados à equidade, integralidade, acesso e qualidade na prestação de serviços e ações concretas na comunicação em saúde, bem como de outros fatores que contribuem e fogem à governabilidade da área de saúde para esta faixa etária. A persistência das desigualdades sócio-econômicas da população, distribuição de renda, falta de moradia adequada, condições de vida saudável, acesso a alimentação, educação contribuem para esta situação; porém, mostra-se preocupado em estar na busca deste caminho, para que a futura e iminente população esperada de idosos possa, em futuro próximo, dispor de um presente que contemple as suas necessidades física, mental e social e dispor de um envelhecer com maior dignidade, como merece qualquer ser humano no final de sua jornada.

Afinal, segundo consta no relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde¹⁰², “... promover a equidade na atenção à saúde, reduzir as desigualdades regionais, ampliar a oferta de ações de saúde garantindo a universalidade do acesso aos mais afetados pelas desigualdades sociais, de gênero, raça, etnias, geração, populações

itinerantes e vulneráveis são os desafios postos para que o direito deixe de ser mais que declaração e passe a integrar o cotidiano da vida dos brasileiros”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Novaes HMD. Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde: desafios do século XXI. *Rev Saúde Pública* 2006;40(N Esp):133-40.
2. Albuquerque SMRL. Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos [tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
3. Firmo JOA, Lima-Costa MF, Barreto SM. The Bambui Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. *Cad Saúde Pública* 2003;19:815-25.
4. Camarano AA, Beltrão KI, Pascom ARP, Medeiros M, Goldani AM. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano AA, editor. *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada; 1999.
5. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada; 2002.
6. Laslett, P. What is old age? Variation over time and between cultures. *International studies in demography: health and mortality among the elderly, issues for assessment*. New York: Oxford University Press; 1996.
7. Gordilho A, Nascimento JS, Ramos LR, Veras RP. O anacronismo dos modelos assistenciais na área da saúde: mudar e inovar, desafios para o setor público e o privado. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000.
8. Mendes W. Home care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2001.
9. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública* 2003;19(3):705-15.
10. Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MAS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Rev Saúde Pública* 2005;39(2):311-8.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios, 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2003.
12. World Population Prospects. The 2002 Revision - Division de la population. Bernan: United Nations Publications; 2003.

13. Departamento de Informática do SUS. Indicadores e dados básicos de Saúde. IDB 2006 [dados na Internet]. Brasília: DATASUS [acesso 5 jul. 2008]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2006/matriz.htm#demog> . .
14. Veras, RP. Considerações acerca de um jovem país que envelhece. *Cad Saúde Pública* 1988;4(4): 382-97.
15. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saúde Pública* 2003;19(3):700-1.
16. Lima-Costa MFF, Barreto SM, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003;19:745-56.
17. Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med* 1994;38:1-14.
18. Giacomini KC, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cad Saúde Pública* 2005;21:80-91.
19. Lima-Costa MFF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003;19:735-43.
20. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003;37:40-8.
21. Giacomini KC, Peisoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24(6):1260-70.
22. Lima-Costa MF, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Barreto SM. The Bambui Health and Ageing Study (BHAS). Methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2000;34:126-135.
23. Lima-Costa MFF, Guerra HL, Barreto SM., Guimarães RM. Diagnóstico de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000;9:23-41.
24. Oliveira PP, Klumb EM, Marinheiro LPF. Prevalência do risco para fraturas estimado pela ultra-sonometria óssea de calcâneo em uma população de mulheres brasileiras na pós-menopausa. *Cad Saúde Pública* 2007;23(2):381-90.

25. Krauss Silva L. Avaliação tecnológica em saúde: densitometria óssea e terapêuticas alternativas na osteoporose pós-menopausa. *Cad Saúde Pública* 2003;19(4):987-1003.
26. Krauss Silva L. Densitometria óssea e hormonioterapia de reposição na osteoporose pós-menopausa. Relatório Final de sub-projeto de implementação de atividades de avaliação de novas tecnologias em Serviços de Saúde. Rio de Janeiro; 2000.
27. Krauss Silva L. Avaliação tecnológica em saúde: questões metodológicas e operacionais. *Cad Saúde Pública* 2004;20(Supl 2S):199-207.
28. Sakaki, MH, Oliveira AR, Coelho FF, Leme LEG, Suzuki I, Amatuuzzi MM. Estudo da mortalidade na fratura do fêmur proximal em idosos. *Acta Ortop Bras* 2004;12(4):242-9.
29. Van Balen R, Steyerberg EW, Polder JJ, Ribbers TL, Habbema JD, Cools HJ. Hip fracture in elderly patients: outcomes for function, quality of life, and type of residence. *Clin Orthop* 2001;390:232-43.
30. Mosekilde L, Vestergaard P, Langdahl B. Fracture prevention in postmenopausal women. *Clinical Evidence* 2006;(15):1543-60.
31. Binkley N. Osteoporosis in men. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2006;50(4):764-74.
32. Ramalho AC, Lazaretti-Castro M, Hauache O, Vieira JG, Takata E, Cafalli F et al. Osteoporotic fractures of proximal femur: clinical and epidemiological features in a population of the city of São Paulo. *São Paulo Med J* 2001;119(2):48-53.
33. Cummings SR, Kelsey JL, Nevitt MC, O'Dowd KJ. Epidemiology of osteoporosis and osteoporotic fractures. *Epidemiol Rev* 1985;7:178-208.
34. Consensus Conference from the National Institutes of Health. Consensus development panel on osteoporosis: prevention, diagnosis and therapy: Osteoporosis Prevention diagnosis and Therapy. *JAMA* 2001;285(6):785-95.
35. Woolf AD, Akesson K. Preventing fractures in elderly people. *BMJ* 2003;327:89-95.
36. Gali JC. Osteoporose. *Acta Ortop Bras* 2001;9(2):53-62.
37. National Osteoporosis Foundation. Physicians guide to prevention and treatment of osteoporosis. Washington D.C.: Bone Source; 1998.
38. Hailey D, Sampietro-Colom L, Marshall D, Rico R, Assua J, Sheldon T. Statement of Findings. INAHTA. Project on the effectiveness of bone density measurement and associated treatments for prevention of fractures; 1996.

39. Ministério da Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: medicamentos excepcionais. Brasília: MS; 2002.
40. Pinto Neto AM, Soares A, Urbanetz AA, Soouza ACA, Ferrari AM, Amaral B, et al. Consenso brasileiro de osteoporose 2002. *Rev Bras Reumatol* 2002;42(6):343-54.
41. American Association of Clinical Endocrinologists. Medical guidelines for clinical practice for the prevention and treatment of postmenopausal osteoporosis. *Endocrine Pract* 2003;9(6):544-64.
42. Dourador EB. Osteoporose senil. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 1999;43(6):446-51.
43. Krauss Silva L. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. *Ciência Saúde Coletiva* 2003;8(2):501-20.
44. Trindade E. A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo. *Cad Saúde Pública* 2008;24(5):951-64.
45. OECD Health Project. Health technologies and decision making: decision making and implementation an analysis of survey results. Paris: OECD; 2005.
46. Novaes HMD. Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde: desafios do século XXI. *Rev Saúde Pública* 2006;40(N Esp):133-40.
47. Dellamea AB. Informacion em salud: a veces remédio, a veces veneno. Análises crítico del discurso mediático em comunicaci3n sanit3ria. In: Anais da VI Conferencia Brasileira de Comunica33o e Sa3de: M3dia, media33o e medicaliza33o; 2003; S3o Bernardo do Campo. Bras3lia; 2005. p.51-56
48. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de comunica33o e informa33o em saúde para o exerc3cio do controle social. 2ª ed. Bras3lia: MS; 2007.
49. Moraes IHS. Pol3tica, tecnologia e informa33o em saúde: a utopia da emancipa33o. Salvador: Casa da Qualidade; 2002.
50. Ministério da Saúde. Pol3tica Nacional de Gest3o de Tecnologias em Sa3de. Bras3lia: MS; 2006.
51. Donato AF. P3lulas de informa33o. In: Anais da VI Conferencia Brasileira de Comunica33o e Sa3de: M3dia, media33o e medicaliza33o; 2003; S3o Bernardo do Campo. Bras3lia; 2005. p.61-62.
52. Silverberg G. Adoption and diffusion of technology as a collective evolutionary process. In: Freeman C, Soete L, editors. *New explorations in the economics of technological change*. London: Pinter Publishers; 1990. p.177-92.

53. Dozet A, Lyttkens CH, Nystedt P. Health care for the elderly: two cases of technology diffusion. *Soc Sci Med* 2002;54:49-64.
54. Bizzo MLG. Difusão científica, comunicação e saúde. *Cad Saúde Pública* 2002;18(1):307-14.
55. Reis J. O que é divulgação científica? [monografia na Internet]. São Paulo: USP [acesso 24 jul. 2008]. Disponível em <http://www.eca.usp.br/núcleos/nrl>.
56. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Ciência e Tecnologia em Saúde. Para entender a gestão do SUS, 4. Brasília: Conass; 2007.
57. Guldbrandsson K, Watson G. From news to difficult use. The difficult art of implementation Sweden. Ostersund: Swedish Insitute of Public Health; 2008.
58. Canadian Health Services Research Foundation [homepage on the Internet] Ottawa:CHSRT[cited 2009 jan 05].Available from: www.chsrf.ca
59. Fullilove M.D, Green LL, Hernandez-Cordero LJ, Fullilove RE. Obvious and not-so-obvious strategies to disseminate research. *Health Promot Pract* 2006;7;306.
60. Gomes FS. Fruits and vegetables: technical recommendations versus social constructs. *Rev Nutr* 2007;20(6):669-680.
61. Communication Notes [homepage on the Internet]. Developing a dissemination plan [cited 2009 Jan. 27]. Available from: http://www.chsrf.ca/other_documents/insight_action/insight_and_action_e.php?intIssueID=2&strSearch
62. Fonseca Júnior WC. Análise de conteúdo. In: Duarte J, Barros A, editors. Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo: Atlas, 2005. p.280-304.
63. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.
64. Krippendorff K. Metodologia de análisis de contenido. Barcelona: Paidós; 1990.
65. Paixão Júnior CM, Heckmann M. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: Freitas EV, Phy L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha M. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio De Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 624-34.
66. Bandeira F, Carvalho, EF. Prevalência de osteoporose e fraturas vertebrais em mulheres na pós-menopausa atendidas em serviços de referência. *Rev Bras Epidemiol* 2007;10(1).
67. Shepard RJ. Custos e benefícios dos exercícios físicos na criança. *Rev Bras Promoç Saúde* 1995;1(1):66-84.
68. Ocarino NM, Serakides R. Efeito da atividade física no osso normal e na prevenção e tratamento da osteoporose. *Rev Bras Med Esporte* 2006;12(3):164-8.

69. National Service Health. Clinical guideline 21 falls: the assessment and prevention of falls in older people. United Kingdom: National Institute for Clinical Excellence; 2004.
70. Woolf AD, Akesson K. Preventing fractures in elderly people. *BMJ* 2003;327:89-95.
71. Sichieri RCM, Coutinho J. Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2000;44(3).
72. Palácios ARJ. Fragmentos do discurso publicitário para idosos no Brasil: estratégias de positivação da velhice, novos velhos ou novos mercados de consumo? In: Martins MI, Pinto M, organizadores. *Ata do 5º Congresso da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação*; 2008; Braga. Universidade do Minho; 2007.
73. Stroud, D. The 50 - plus market - why the future is age neutral when it comes to marketing & branding strategies. London: Kogan Page; 2005.
74. Berlinck ABZ, Berlinck JAM. Terceira idade e tecnologia. *Comunicação & Educação* 1998;11:48-52.
75. Veras RP, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004;9(2):423-32.
76. Caldas CP. Educação para a saúde: a importância do autocuidado. In: Veras RP, organizador. *Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1999. p. 73-93.
77. Groisman D. A velhice, entre o normal e o patológico. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos* 2002;9(1):61-78.
78. Teixeira C. O futuro da prevenção. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
79. Debert GG. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. São Paulo: GT Cultura e Política da ANPOCS; 1998.
80. Debert GG. O velho na propaganda. *Caderno Pagu* 2003;21(1):133-56.
81. Portella MR. A utopia do envelhecer saudável nas ações coletivas dos grupos da terceira idade: canais de aprendizagem para a construção da cidadania [tese de Doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
82. Gali JC. Osteoporose. *Acta Ortop Bras* 2001;9(2).
83. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS; 2005.

84. International Osteoporosis Foundation. Osteoporosis in European Union in 2008: ten years of progress and ongoing [monography on the Internet]. Available from: <http://www.iofbonehealth.org/download/osteofound/filemanager/publications/pdf/eu-report-2008.pdf> ch.
85. Woolf AD, Akesson K. Preventing fractures in elderly people. *BMJ* 2003;327:89-95.
86. Barros JAC, Joany S. Anúncios de medicamentos em revistas médicas: ajudando a promover a boa prescrição? *Ciênc. Saúde Coletiva* 2002;7(4):891-8.
87. Uchoa E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad. Saúde Pública* 2004;19(3).
88. Geertz, C. The Interpretation of cultures. New York: Basic Books; 1973.
89. Corin, E. Régards anthropologiques sur la vieillesse. *Anthropologie et Sociétés* 1992;6:63-90.
90. Letourneau G. L'étude comparative du vieillissement. In: Santerre R, Letourneau G, editores. *Vieillir à travers le monde*. Sante-Foy: Les Presses de L'Université Laval; 1989. p. 13-30.
91. Gognalons-Caillard, M. .La production sociale de la maladie dans la vieillesse. *Gérontologie* 1979;29:21-25, 1979.
92. Meyerhoff B, Simic A, editors. *Life's career aging. Cultural variations on growing Old*. London: Sage Publications; 1978.
93. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003;19(3):745-57.
94. Garcia R, Leme MD, Garcez-Leme LE. Evolução de idosos brasileiros com fratura de colo de fêmur secundária à queda. *Clinics* 2006;61(6):539-44.
95. Lawlor DA, Patel R, Ebrahim S. Association between falls in elderly women and chronic diseases and drug use: cross sectional study .*BMJ* 2003;327:712-7.
96. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini R, Tomasi E, Thumé E, Silveira D et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saúde Pública* 2007;41(5):749-56.
97. Passarelli, MCG, Jacob Filho W. Reações adversas a medicamentos em idosos: como prevê-las? *Einstein* 2007;5(3):246-51.
98. Mosegui GBG, Rozenfeld S, Veras RP, Vianna CMM. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Rev Saúde Pública* 1999;33(5):437-44.

99. National Institutes of Health. Consensus Development Conference Statement. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. JAMA 2001;285:785-795.
100. United States. Preventive Services Task Force. Screening for Osteoporosis in postmenopausal women: recommendations and rationale. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2002.
101. Fabricio SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev Saúde Pública 2004;38(1).
102. 12.^a Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 230 p.-(Série D. Reuniões e Conferências)

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)