

Informes em Saúde Pública

A SAÚDE DOS IDOSOS:
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE
Alice Moreira Derntl
Organizadora



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Comissão de Cultura e Extensão Universitária

saúde pública
saúde pública
saúde pública

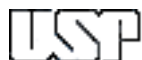
Informes em Saúde Pública, 1



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Comissão de Cultura e Extensão Universitária

saúde pública
saúde pública
saúde pública



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Reitor

Prof. Dr. Jacques Marcovitch

Vice-Reitor

Prof. Dr. Adolpho José Melfi



FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Diretor

Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos

Vice-Diretora

Prof^ª. Dr^ª. Márcia Faria Westphal

Comissão de Cultura e Extensão Universitária (CCEX)

Presidente

Prof. Assoc. Chester Luiz Galvão Cesar

Departamento de Epidemiologia

Membros

Prof. Dr. Delsio Natal

Departamento de Epidemiologia

Prof. Assoc. Rubens de C. F. Adorno

Departamento de Saúde Materno-Infantil

Prof. Dr. Ivan França Junior

Departamento de Saúde Materno-Infantil

Prof^ª. Dr^ª. Wanda Maria Risso Günther

Departamento de Saúde Ambiental

Prof. Dr. Pedro Caetano Sanches Mancuso

Departamento de Saúde Ambiental

Prof^ª Dr^ª. Ana Maria Cervato

Departamento de Nutrição

Prof^ª. Dr^ª. Patrícia H. de Carvalho Rondó

Departamento de Nutrição

Prof^ª. Dr^ª. Alice Moreira Dertnl

Departamento de Prática de Saúde Pública

Prof^ª. Dr^ª. Maria Cecília Focesi Pelicioni

Departamento de Prática de Saúde Pública

Carla Vanessa de Souza Caratin

Representante Discente

Márcia Tiveron de Souza

Representante Discente Suplente

Secretária

Renata Eufrásio

Equipe de Publicações da CCEX

Coodernador

Prof. Assoc. Chester Luiz Galvão Cesar

Departamento de Epidemiologia

Membros

Prof^ª. Dr^ª. Alice Moreira Dertnl

Departamento de Prática de Saúde Pública

Prof. dr. Eliseu Alves Waldman

Departamento de Epidemiologia

Prof^ª Dr^ª. Ana Maria Cervato

Departamento de Nutrição

Bibliotecária Angela Maria Belloni Cuenca

Biblioteca/CIR

Av. Dr. Arnaldo, 715
São Paulo - SP
01246-904
f 0 XX 11 3066-7787

Publicações CCEX

A Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo oferece cursos de Graduação em Nutrição, de Pós-Graduação em Saúde Pública e de Extensão Universitária, na forma de cursos de Especialização, Aperfeiçoamento, Atualização e Difusão Cultural.

Os cursos de Extensão Universitária destinam-se à formação de especialistas, aperfeiçoamento e atualização de profissionais, e a difusão de conhecimentos e práticas no campo da Saúde Pública. A temática desenvolvida nesses cursos é ampla e dinâmica, acompanhando as necessidades do público alvo. Os cursos são oferecidos ao longo do ano, incluindo programação especial na forma de um Programa de Verão.

Visando dar maior divulgação às atividades acadêmicas e científicas desenvolvidas pela Faculdade de Saúde Pública, a Comissão de Cultura e Extensão Universitária (CCEX) inicia uma linha editorial composta de três séries: *INFORMES EM SAÚDE PÚBLICA*, *PRÁTICAS EM SAÚDE PÚBLICA* e *CADERNOS DE APOIO DIDÁTICO*.

A série *INFORMES EM SAÚDE PÚBLICA* tem por objetivo divulgar temas de saúde pública abordados em eventos e reuniões técnico-científicos promovidos pela Faculdade, como o Dia Mundial da Saúde (7 de abril) e o Dia Internacional do Meio Ambiente (5 de junho) entre outros. Esses eventos envolvem especialistas nos temas propostos, dentro de uma perspectiva de contribuição para a discussão das políticas públicas. São também divulgados seminários e reuniões científicas sobre temas relevantes para a Saúde Pública.

A série *PRÁTICAS EM SAÚDE PÚBLICA* pretende divulgar, junto a comunidades específicas e profissionais da área, conhecimentos técnicos de saúde pública como subsídio à melhoria das condições de saúde da população. Nela estão incluídos

guias, manuais e similares com linguagem e figuras que facilitem a compreensão dos seus conteúdos pela comunidade à qual se destina.

A série **CADERNOS DE APOIO DIDÁTICO** objetiva tornar disponível material instrucional para ser utilizado nos cursos da Faculdade de Saúde Pública, ou em programas de capacitação de recursos humanos vinculados à saúde pública. Inclui textos com conteúdos teóricos, cadernos de exercícios e materiais diversos importantes para esse tipo de capacitação.

A Comissão de Cultura e Extensão Universitária da Faculdade de Saúde Pública, com essa linha editorial, pretende contribuir com a formação dos profissionais da área da Saúde Pública, e facilitar a comunicação entre a Universidade e os diversos segmentos da sociedade.

Chester Luiz Galvão Cesar
Comissão de Cultura e Extensão Universitária
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Informes em Saúde Pública, 1

A SAÚDE DOS IDOSOS:
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Alice Moreira Derntl
Organizadora

São Paulo
1999

© 1999 Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

É autorizada a reprodução parcial ou total deste documento, desde que citada a fonte.

A SAÚDE DOS IDOSOS: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Data de realização: 7 de abril de 1999

Local: Faculdade de Saúde Pública
Anfiteatro Paula Souza

Promoção: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
Comissão de Cultura e Extensão Universitária (CCEX)

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Coordenação geral: Prof. Dr^a. Alice Moreira Derntl

Apoio: Assessoria Acadêmica da FSP/USP

A saúde dos idosos: políticas públicas de saúde / [organização de] Alice Moreira Derntl. -- São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1999. (Informes em Saúde Pública, 1)

39 p.; il.

1. Idosos 2. Políticas públicas de saúde I. Derntl, Alice Moreira
II. Título III. Série

Editoração: Virgínia Castilho
f 0 XX 11 6142-5155

Impressão: Gráfica da USP
f 0 XX 11 818-4404

Índice

Dia Mundial da Saúde

Alice Moreira Derntl 1

A saúde dos idosos no Estado de São Paulo

José da Silva Guedes 5

Saúde do idoso no Estado de São Paulo e iniciativas do setor público

Maria Célia Guerra Medina 13

As políticas públicas para o idoso

Ilda Zanini 21

Primeira campanha municipal de vacinação para maiores de 60 anos na cidade de São Paulo

Angela Maria Dellaqua, Carmem Lavieri Baratto, Elaine Rodrigues Barros, Maria Lígia B. Ramos Nerger, Tereza Cristina Guimarães 25

Programa do Seminário 31

Dia Mundial da Saúde

A Comissão de Cultura e Extensão Universitária (CCEX) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) vem promovendo anualmente, no dia 7 de abril, um evento comemorativo do Dia Mundial da Saúde. Nele são colocados em foco temas emergentes destacados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como tema do ano.

Em 1995, no dia 7 de abril, o conferencista convidado Professor Ruy Laurenti apresentou a história da criação da OMS, *“considerando que, principalmente, pretendia homenagear os idealizadores dessa Organização, um dos quais foi personagem de destaque na sua criação, bem como na criação da nossa Faculdade: Geraldo Horácio de Paula Souza”*. Graças à transcrição dessa conferência, foram obtidos alguns dos dados aqui apresentados:

O processo de criação da OMS começou na Conferência de São Francisco, iniciada a 25 de abril de 1945, chamada *“Conferência das Nações Unidas para uma organização internacional”*. Daí se originou o organismo das Nações Unidas.

Reunidos num *“almoço médico”*, num intervalo da conferência, alguns delegados, entre eles Paula Souza, discutiram a idéia de se criar uma organização de saúde internacional. Surgiu então a proposta de se convocar uma futura reunião ou conferência para tratar especificamente do assunto. Um Comitê Técnico Preparatório composto por 16 especialistas (presente Paula Souza) elaborou um documento a ser

submetido à conferência, já agora chamada Conferência Internacional de Saúde. No preâmbulo desse documento, constou a conhecida definição de saúde — “saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença”.

Nessa conferência a 7 de abril de 1948, hoje considerado o Dia Mundial da Saúde, finalmente se alcançou o objetivo: estabelecer uma única organização internacional de saúde dentro da esfera das Nações Unidas. Tinha assim início a Organização Mundial da Saúde como a conhecemos hoje.

A OMS é, portanto, um organismo especializado dentro da Carta das Nações Unidas, fundada com a finalidade de cooperar com os governos membros e com outros, na promoção da saúde de todas as pessoas. Atualmente são 191 os países membros.

Recentemente foi anunciado, pelos meios de comunicação, o nascimento da criança que significa estatisticamente o alcance de 6 bilhões de habitantes sobre a Terra. Destes, cerca de 14% são pessoas com 60 anos e mais. Neste quadro, o Brasil, onde a população idosa representa, neste ano, 8,65% da população total, deverá ser, em 2025, o sexto país do mundo em número total de pessoas idosas.

A OMS tem alertado seus países membros para as ações voltadas para a promoção da saúde desse segmento populacional. É justo que, no Ano Internacional do Idoso, o Dia Mundial da Saúde seja dedicado às reflexões e debates sobre a saúde dessas pessoas.

No Brasil, discutem-se agora, dentro da Política Nacional do Idoso, as políticas

setoriais. Nessa abordagem, o propósito da Política Nacional de Saúde do Idoso é promover a saúde desses idosos, possibilitando ao máximo uma expectativa de vida ativa na comunidade, junto a sua família e com altos níveis de função e autonomia.

Neste ano, o Dia Mundial da Saúde, no Brasil, marca também, entre outras disposições, o início da campanha de imunização da população idosa no âmbito nacional.

A Faculdade de Saúde Pública da USP integrou -se a esses esforços realizando o Seminário **“A Saúde dos Idosos: Políticas Públicas de Saúde”**, ocorrido no dia 7 de abril de 1999.

Os textos apresentados a seguir foram elaborados por participantes do Seminário para compor o primeiro número da Série INFORMES EM SAÚDE PÚBLICA.

Esta publicação destina-se à comunidade acadêmica, aos profissionais de saúde em geral e, especialmente, àqueles que buscam compreender melhor as diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso e as ações de promoção do envelhecimento saudável.

Prof. Dr^a. Alice Moreira Derntl

Departamento de Prática de Saúde Pública

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

A saúde dos idosos no Estado de São Paulo

Prof. Dr. José da Silva Guedes

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

O crescimento demográfico da população brasileira na faixa etária de mais de 60 anos exige que o país se prepare e se equipe para responder às demandas deste grupo etário em termos de instalações, de recursos materiais, de programas de saúde específicos e de recursos humanos adequados. Isto implica em que a sociedade brasileira compreenda que o envelhecimento da sua população não pode mais ser encarado e enfrentado como uma questão restrita à esfera privada e, portanto, de responsabilidade individual, mas requer sua visibilidade no âmbito público e ações de responsabilidade coletiva, seja por parte do Estado, das organizações não governamentais e da própria sociedade.

O processo de urbanização e a conseqüente modificação do mercado de trabalho alterou velozmente a distribuição populacional rural e urbana no país. Em 1930, dois terços da população brasileira vivia na zona rural, enquanto hoje mais de três quartos vive em zonas urbanas.

No Estado de São Paulo os dados são os seguintes: da população total de 34.583.637 habitantes 93% residem nas cidades; 5,5% da população total tem mais de 60 anos, o que significa em números 2.843.513 pessoas em processo de envelhecimento. O fenômeno do rápido aumento da expectativa de vida em muitas cidades latino-americanas ocorre também nas cidades do nosso Estado. Se esta tendência persistir, as projeções para o início do século XXI assumem que 82% dos idosos brasileiros estarão morando nas cidades.

Dados do SUS, no ano de 1997, mostram que 1/6 das AIH (autorização de internação hospitalar) consumidas em todo o país, em 1996, foram utilizadas por pessoas com 60 e mais anos de idade, correspondendo a 165 hospitalizações por 1000 indivíduos nesta faixa etária. O tempo médio de permanência hospitalar também é o mais extenso (6.8 dias) para este grupo etário. 24% do custo total registrado pelo SUS para internações hospitalares foi consumido pelos idosos em 1996, com um custo médio por hospitalização de R\$ 340.00!

A maioria das doenças que acometem o indivíduo idoso tem na própria idade seu principal fator de risco. Envelhecer sem alguma doença crônica não é regra, mas exceção. No entanto, a presença de mais de uma doença crônica não implica que o idoso não possa gerir sua própria vida e encaminhar o seu cotidiano de forma independente. A grande maioria dos idosos, no Brasil, é capaz de decidir sobre seus interesses e organizar-se sem nenhuma necessidade de ajuda. De acordo com os mais recentes conceitos gerontológicos, o idoso que mantém sua autodeterminação e prescindir de qualquer ajuda para realizar suas atividades diárias deve ser considerado um idoso saudável, ainda que seja portador de uma ou mais doenças crônicas.

Decorre daí o conceito de “capacidade funcional”, ou seja, a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Do ponto de vista da Saúde Pública, a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde, mais adequado para nortear uma política de atenção à saúde do idoso. Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação em saúde devem ter em vista a manutenção ou melhoria da capacidade funcional, impedindo, quando possível, o

avanço da doença crônica e sempre que possível, buscando recuperar a capacidade funcional perdida. Este enfoque médico transcende um só diagnóstico e conseqüente tratamento de uma doença específica.

Uma política de saúde do idoso deve, portanto, ter como objetivo maior a manutenção, pelo maior tempo possível, da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece. Isto significa a valorização da autonomia e da auto-determinação e a preservação da independência física e mental do idoso. Tanto as doenças físicas como mentais podem levar à perda da capacidade funcional e, conseqüentemente, à dependência. Esta dependência é um fator de risco para a mortalidade, mais importante do que a própria doença que a causou, e deve ser evitada a todo custo. Doenças como depressão e demência estão entre as principais causas de incapacidade de idosos, além das doenças resultantes de lesões funcionais permanentes e irreversíveis.

Visando, portanto, ações preventivas, assistenciais e de reabilitação para os idosos, é necessário que se pense a saúde do idoso com base em novos conceitos e analisando com crítica as experiências dos países que levaram mais de 100 anos para envelhecer.

O aumento proporcional de pessoas mais velhas na população brasileira gera novas pressões e novas necessidades. A sociedade terá que dar conta do envelhecimento populacional, considerando, principalmente, a incidência de incapacidades decorrentes de mais anos vividos.

O apoio aos idosos praticado no Brasil, até hoje, ainda é bastante precário. Por se tratar de uma atividade estrita ao âmbito familiar, o cuidado ao idoso tem sido ocultado

da opinião pública, carecendo de visibilidade maior. Não há, no Brasil, uma política social e de saúde pública que tenha por finalidade apoiar o envelhecimento coletivo através de informações, orientações, treinamento ou mesmo prestação de serviços às pessoas que cuidam dos seus velhos.

O modelo da institucionalização do idoso está em questão até nos países desenvolvidos, onde os asilos e as casas de repouso alcançaram níveis altamente sofisticados em conforto e eficiência. O custo desse modelo e as dificuldades de sua manutenção reclamam medidas mais criativas e menos onerosas de apoio aos idosos. O modelo de cuidados domiciliares, já bastante discutido, não pode ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos, cuja capacidade funcional está comprometida, demanda programas de orientação e informação às famílias, e assessoria de especialistas às instituições.

Por mais que serviços de atendimento domiciliar aos idosos doentes exerçam a assistência, as pessoas da família, ou muito próximas dos doentes, são de fundamental importância. São estas pessoas que, no cotidiano, compensarão as perdas da capacidade funcional dos idosos e que desenvolverão os cuidados diretos prescritos ou ensinados pelos médicos e pelos técnicos.

Convencionou-se, nos países onde o conhecimento gerontológico está bastante avançado, que há sistemas de apoio formais e informais para desenvolver cuidados às pessoas que envelheceram e que, de alguma forma, perderam a sua capacidade funcional. Os sistemas formais são, geralmente, institucionais e profissionais e os sistemas

informais são realizados pelas famílias, pelos parentes e amigos e por pessoas próximas que desenvolvem o papel de cuidadores. Há, portanto, cuidadores formais e informais que exercem tarefas em instituições e nos domicílios para cuidados de longa permanência aos idosos.

As peculiaridades das relações entre os cuidadores formais e informais e seus idosos são bastante diversas: nas instituições são relações objetivas, profissionais, regulamentadas e normatizadas. Já nos domicílios, as relações entre os cuidadores e os idosos são mais subjetivas e decorrem da dinâmica familiar, dos hábitos adquiridos, da história de vida anterior e das trocas afetivas. Com a perda da capacidade funcional de uma pessoa da família, a função de cuidar terá que ser construída e integrada na rotina cotidiana. Mudanças na organização familiar, adaptações ambientais, assimilação de novas tarefas não obedecem a padrões. Mas é necessária uma referência maior de apoio a esses cuidadores, pois sua tarefa principal consiste em suprir a incapacidade funcional de uma pessoa que, naquela casa, naquela família e na sociedade, já desempenhou um papel importante e agora depende de outros para cumprir as mais simples rotinas diárias.

A família, tradicionalmente considerada o mais efetivo sistema de apoio aos idosos, está passando por alterações decorrentes de mudanças conjunturais e culturais. Tanto no Brasil como no mundo, a família tem sofrido modificações na sua estrutura, até há pouco, considerada nuclear e multigeracional. O número crescente de divórcios e segundos ou terceiros casamentos, a contínua migração dos mais jovens em busca de mercados mais promissores, a família monoparental com a mulher como chefe de

família, a “intimidade à distancia”, ou seja, residências separadas das diferentes gerações ou mesmo de grupos de uma mesma família são situações que precisam ser levadas em conta na avaliação do suporte informal aos idosos na sociedade brasileira.

Há mais de uma década nota-se uma feminização do envelhecimento no Brasil. Já, há muito tempo, o número de mulheres idosas, confrontado com o de homens de mais de 65 anos, é superior. Também a proporção de idosas em relação à população total de mulheres é superior àquela correspondente aos homens idosos. A razão de sexos para a população idosa que já foi 94 em 1960, é hoje, no Brasil, de apenas 83 homens na faixa etária de mais de 65 anos para cada 100 mulheres na mesma faixa etária. Esta diferença decorre da mortalidade diferencial por sexo que prevalece na população brasileira e em grande parte do mundo. No Brasil, desde 1950, tem correspondido às mulheres a maior esperança de vida ao nascer, sendo que a diferença está ao redor de 6 anos.

Quanto à densidade demográfica de idosos nas cidades brasileiras, há mais idosas vivendo nas cidades de todas as regiões do país do que, proporcionalmente, mulheres de todas as idades. Este dado pode ser consequência do papel social normativo e esperado para a mulher, como cuidadora de algum membro da família, seja dos netos, no caso das mães que trabalham; seja dos maridos, no caso de sua perda de capacidade funcional; seja de um filho adulto doente ou incapacitado. Pesquisas demonstram que quem cuida de idosos nas cidades brasileiras são, predominantemente, mulheres: as esposas, as filhas, as irmãs e as noras; dependendo da idade dos idosos, com muita frequência são mulheres da mesma faixa etária, ou de mais de 60 anos.

Outrossim, a mulher idosa tem consciência de que deve estar próxima de recursos e serviços de saúde, e que no Brasil são mais comuns nas áreas urbanas. É pois, nas cidades, que o contingente de idosos vem se concentrando.

Mulheres como chefes de domicílio estão se tornando mais freqüentes, no Brasil. O censo demográfico de 1991 registrou 44.0 % de mulheres com mais de 65 anos chefes de família, frente a 66.0% de homens na mesma faixa etária. Proporcionalmente aos homens idosos, a freqüência das mulheres idosas nas chefias das casas aumenta com o avanço da idade.

Há no país um empobrecimento de domicílios de chefia feminina, decorrente de viuvez, separações, maternidade sem casamento, não participação dos pais no sustento da casa. As chefias idosas são também mais pobres e, destas, as mulheres são ainda mais vulneráveis. Sabe-se, também, que o contingente de viúvas, no Brasil e no mundo, é muito elevado, em contraste com o alto percentual de homens casados. Enquanto os viúvos casam-se novamente, mais da metade das mulheres permanecem viúvas. Também as rápidas mudanças conjunturais por que passa o Brasil já se fazem notar em situações novas de apoio mútuo entre gerações: enquanto filhos desempregados cuidam de suas mães e avós, estas os sustentam com uma precária, mas infalível pensão ou aposentadoria mensal.

A Secretaria de Saúde pretende, assumindo o propósito e as diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso, dar ênfase ao apoio informal e familiar. É necessário que se tenha mais claro o que significam os “cuidados comunitários” nas regiões do

nosso Estado, para que outras formas de apoio possam ser desenvolvidas pela Secretaria. E é preciso conhecer mais sobre como vivem os idosos nas zonas rurais e o que se pode fazer por eles.

Mas é absolutamente necessário que este trabalho seja realizado com conhecimento a respeito, ajustando as formas de suporte às peculiaridades das famílias brasileiras em cada região do Estado.

Saúde do idoso no Estado de São Paulo e iniciativas do setor público

Dr^a. Maria Célia Guerra Medina

Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, São Paulo, SP, Brasil.

QUADRO EPIDEMIOLÓGICO

O ganho de mais de 30 anos de vida na população brasileira, durante este século, mudou de modo importante o seu perfil em diferentes aspectos. No Estado de São Paulo isto se revelou na alta taxa de crescimento da população idosa, 1,6 % ao ano em nossos dias, permitindo que se chegue ao ano 2000 com aproximadamente dois milhões de habitantes de 60 ou mais anos de idade.

Este fato atesta repercussões positivas do impacto dos avanços sociais, econômicos e tecnológicos, sobretudo nas décadas de 50 a 80, que resultaram em menor mortalidade e mais anos de vida ganhos por estas gerações: mais empregos, melhor acesso aos alimentos, ampliação da cobertura de serviços de saneamento básicos e melhores condições de moradias, associados à ampliação da rede de ensino e de saúde, que conduziu à elevação do nível de informação e cuidados em saúde.

Se nos anos 50 a esperança de vida ao nascer era de 43 anos, hoje ela ultrapassa os 68 anos; no entanto, a proporção de óbitos de indivíduos de mais de 65 anos de idade é de 44,7%, o que significa que mais da metade da população sequer chega a envelhecer, morrendo precocemente.

A análise da mortalidade de adultos e de idosos mostra as doenças crônicas, em ambos os casos, como as principais causas de morte no Estado (Tabela 1).

Tabela 1 - Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Estado de São Paulo, 1997.

Grupos de Causas	> = 60 anos		< 60 anos	
	N	%	N	%
Doenças cardiovasculares	52 426	36,9	13 023	10,9
Câncer	20 767	16,7	9 418	7,9
Bronquite crônica, enfisema e outras DPOC	7 488	6,0	1 305	1,1
Pneumonia e Gripe	6 760	4,9	4 071	3,4
Diabetes mellitus	5 518	4,4	1 827	1,5
Suicídio	853	0,7	1 596	1,3
Acidente de transporte	688	0,5	7 598	6,4
Homicídio	643	0,5	12 296	1,3
Todas as doenças	125 979	100,0	119 630	100,0

Fonte: Ministério da Saúde – DATAPREV

Por não se dispor de diagnóstico de morbidade no Estado de São Paulo, dados de pesquisa realizada do Município de São Paulo em amostra de 1600 idosos, residentes nas diferentes áreas da cidade (central, intermediária e periférica), permitem estimar que a maioria deles apresentam pelo menos uma doença crônica, e perto de 40% apresenta incapacidade em decorrência da mesma (Tabela 2).

Tabela 2 - Freqüência de doenças referidas e de incapacidade para realização de algumas atividades de vida diária (avds) entre idosos residentes no município de são paulo, 1989.

Doença, incapacidade para AVDs	N	%
Hipertensão arterial	727	46,7
Doenças do aparelho osteoarticular	657	42,2
Doença pulmonar obstrutiva crônica	184	11,8
Diabetes mellitus	181	11,6
Seqüela de acidente cerebrovascular	108	6,9
Incapacidade para uso de transporte coletivo	420	27,0
Incapacidade para andar fora de casa	169	10,8
Incapacidade para preparar refeições	162	10,4
Incapacidade para tomar remédios	165	10,5
Total de idosos entrevistados	1 557	100,0

Fonte: Ramos LR e col (1996)

Estes dados analisados em diferentes grupos sociais apontam que o risco de ser hipertenso ao envelhecer é de 6 a 10 vezes superior entre os idosos analfabetos, quando comparados aos que freqüentaram universidade; igualmente o risco de se tornar portador de incapacidade é de 6 a 12 vezes maior nos grupos de menor escolaridade (Medina 1993).

Considerando que, neste estudo, foram detectadas taxas de analfabetismo de 24,6% e de 58,5% de nível elementar de escolaridade (1^a a 4^a série), além de taxas de renda per capita familiar inferiores a 100 dólares entre 71% da amostra, pode-se inferir que o nível de saúde é baixo na maioria dos idosos.

Observa-se, como se esperava, a mesma distribuição desigual de condições de vida e, portanto, de saúde e de incapacidades apresentadas no conjunto da população brasileira.

AS INTERVENÇÕES DO SETOR PÚBLICO

Na década de 80 ampliaram-se as escassas ações de saúde voltadas para idosos em vários municípios. No Estado de São Paulo foi elaborado e implantado um programa cujos objetivos principais eram o atendimento ao idoso de forma multidisciplinar, o apoio para a sua emergente organização com vistas ao autocuidado, a prevenção de doenças, a quebra do isolamento social e o próprio controle dos serviços de saúde. O segundo objetivo teve maior êxito porque os grupos de idosos em todos os municípios aumentaram e continuam em crescimento acelerado, e a participação dos profissionais de saúde neste movimento têm sido importante. Alguns direitos, como o uso gratuito de transporte coletivo, que no Município de São Paulo completou 18 anos, sem dúvida possibilitou a quebra do isolamento.

Recentemente a Secretaria de Estado de Saúde vem desenvolvendo outra estratégia, agora no sentido de prevenir doenças e preparar os idosos do futuro. A um só tempo as atividades de controle das doenças prosseguem e um amplo programa de prevenção vem acontecendo.

Os programas de prevenção de doenças crônicas têm por base numerosos estudos epidemiológicos que mostram que cerca 80% da ocorrência destas doenças têm origem em dois grupos de fatores determinantes: as condições socio-econômicas

geradoras do chamado “estresse psicossocial”, prejudicial à saúde e um conjunto de hábitos e comportamentos também deletérios, entre os quais o tabagismo, o sedentarismo e os erros alimentares, como o excessivo consumo de sal, de gorduras animais, de álcool e de alimentos industrializados em geral.

O programa desenvolvido pela Divisão de Doenças Crônicas do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde tem como objetivo principal modificar este perfil, reduzindo o nível de exposição populacional. Os cursos de municipalização do controle de fatores e condições de risco foram freqüentados por mais de 500 profissionais de saúde de cerca de 200 municípios do Estado e os realizados em conjunto com a Secretaria de Educação já treinaram mais de 400 professores e delegados de ensino na capital e interior, abrangendo mais de 100 municípios.

O programa “Agita São Paulo”, iniciativa desenvolvida pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul - CELAFISCS – em parceria com a Secretaria de Saúde e a de Esportes e Turismo do Estado, vem promovendo a ampliação da prática de atividade física e formação de atitudes não sedentárias na população em geral. Sem dúvida, é da população idosa a maior adesão a estes programas.

Outras medidas de impacto têm sido tomadas na área de imunização. No próximo mês será iniciada campanha de vacinação de idosos, com vistas à redução de casos de tétano, gripe e pneumonia, quando se espera atingir 70% dos idosos no Estado.

As limitações deste trabalho ocorrem em razão das graves condições de vida a que está submetida significativa parcela da população. Muitos estudos já comprovaram a

associação entre condições socioeconômicas inadequadas e doenças crônicas (Kristensen 1996). Entre estes o estudo de mortalidade realizado por Rose e Marmot (1981) em Londres, em que a medida do risco atribuído a estas condições na determinação da mortalidade cardiovascular foi de 43%. Em outro estudo, realizado em Copenhague, observou-se um aumento de risco de internação hospitalar por doenças cardiovasculares de 1,8 vezes provocado por condição de desemprego entre trabalhadores de indústria (Yversen 1989).

Dados oficiais referentes a 1996 apontam que 33,2% dos brasileiros e 7,8% dos paulistas vivem com renda mensal inferior a meio salário mínimo e que 16,9% e 7,2%, respectivamente, tiveram menos de um ano de estudo formal. Pode-se convencer jovens e adultos, futuros idosos a deixar de fumar ou alimentar-se melhor e serem mais ativos. Não é possível, no entanto, pedir a eles que deixem de ser desempregados, de ter baixa renda, de estar fora da escola quando elas não são acessíveis, de estar expostos a outras tantas violências, instabilidades e diminuição de laços sociais de solidariedade indispensáveis para uma vida saudável.

Enfim, considerando a situação de saúde dos que agora são idosos e as perspectivas para o começo do milênio, as mudanças necessárias extrapolam a área da saúde. Não bastam as medidas preventivas para envelhecer com saúde, são imperiosos novos rumos nas políticas econômicas e sociais que retirem da miséria milhões de idosos, adultos e crianças.

REFERÊNCIAS

Iversen L et al. Hospital admissions before and after shipyard closure. **BMJ** 1989; 299:1073-89.

Kristensen TS. Job stress and cardiovascular disease: a theoretic critical review. **J Occup Health Psychol** 1996; 1: 246-60.

Medina MCG. **Condição previdenciária, saúde e incapacidade de idosos residentes Município de São Paulo** [Tese de doutoramento]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1993.

Ramos LR et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública** 1993; 27:87-94.

Rose G, Marmot MG. Social class and coronary heart disease. **Br Heart J** 1981; 45:13-9.

Agradeço a colaboração dos colegas Dr. Artur Jaques Goldfeder, responsável pela área de Epidemiologia e Informatização da Divisão de DCNT e ao Dr. José Ruben Alcântara Bonfim, pela revisão deste texto.

As políticas públicas para o idoso

Dr^a. Ilda Zanini

Conselho Estadual do Idoso / Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Julga-se uma sociedade pela atenção que dá aos seus velhos. Se tivermos velhos felizes, teremos jovens equilibrados por terem em quem se espelhar para viver com dignidade.

No Brasil, o direito à cidadania continua sendo um sonho, está restrito a alguns idosos, pois a maioria vive como cidadão de segunda classe num mundo competitivo e em condições subhumanas.

Os nossos princípios de cidadania nos impõem o dever de conscientizar o próprio idoso, sua família e a comunidade sobre a valorização das pessoas que tiveram o privilégio de envelhecer. Só construiremos uma sociedade mais justa e equilibrada à medida que conseguirmos unir a experiência, a sabedoria e a prudência do idoso com o dinamismo, a vibração e o idealismo do jovem.

Pode-se afirmar que a luta pelos direitos dos idosos é muito recente. O primeiro passo sério na legislação específica para o idoso foi a Lei 8.842, publicada em janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, regulamentada em julho de 1996, ou seja, mais de dois anos após. Até então, pouco se havia conseguido, como, por exemplo, a elaboração de alguns documentos e a menção ao segmento em poucos artigos da Constituição Federal e da LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social.

No momento, o principal desafio para os idosos consiste em buscar sua identidade, aceitar a velhice como prêmio reservado aos mais fortes e exercer com plenitude a cidadania. Para o poder público o maior desafio é criar, em todos os municípios, uma política social em prol dos idosos, tendo como critério básico a cidadania, por meio da implantação dos Conselhos Municipais de Idosos. Somente uma política municipal poderá resolver de modo organizado, total e permanente, a problemática dos idosos em cada município.

O Conselho Estadual do Idoso, instituído em 1987 e adequado à P.N.I. (Lei 8.842) em outubro de 1997 (Lei 9.802), em sua gestão atual dá prioridade à implantação de Conselhos Municipais, já contando no estado de São Paulo com 80 conselhos em funcionamento e cerca de 200 conselhos em processo de implantação. É sua meta atingir 300 conselhos até o fim da atual gestão, ou seja, em 50% dos municípios paulistas.

A política municipal do idoso deve ser assumida pelo próprio idoso através de suas lideranças e organizações representativas; pelo poder público, como responsável pelo cumprimento da lei em seu favor e, finalmente, pelo Conselho Municipal, como expressão da sociedade e do poder público.

São princípios da P.M.I.:

- assegurar os direitos da cidadania do idoso no município;
- fazer com que a família, a sociedade e o Estado lhe possibilitem o exercício da cidadania, evitando o asilamento;
- ajudar a população a envelhecer com dignidade;
- fazer com que o idoso não seja discriminado pelas diferenças individuais, sociais, políticas, econômicas, religiosas e de qualquer natureza.

As grandes metas da Política Municipal do Idoso são:

- resgatar a dignidade do munícipe idoso, superando a marginalização, o abandono e a exclusão;
- mantê-lo integrado à sociedade com formas concretas de participação;
- incentivar as lideranças para a formação de organizações representativas do segmento;
- constituir o Conselho Municipal do Idoso como órgão interlocutor entre a sociedade e o poder público.

Concluindo, o Conselho será um Fórum Permanente de debates sobre a problemática do idoso no município. Para tanto, deverá conhecer a sua realidade, mediante levantamentos e criação de banco de dados e, acima de tudo, incentivar todos os cidadãos idosos a exercitar sua cidadania.

Primeira campanha municipal de vacinação para maiores de 60 anos na cidade de São Paulo

*Dr^a. Angela Maria Dellaqua **

*Dr^a. Carmem Lavieri Baratto **

*Dr^a. Elaine Rodrigues Barros **

*Dra. Lucimar Aparecida Françoso ***

*Dr. Luiz Cláudio Ferreira Espíndola ****

*Dr^a. Maria Lígia B. Ramos Nerger **

*Dr^a. Tereza Cristina Guimarães **

* Equipe de Imunização do Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

** Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Grupo de Trabalho da 1^a Campanha Municipal de Vacinação do Idoso, São Paulo, SP, Brasil.

***Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A proporção de idosos vem aumentando na população mundial, em particular no Brasil, onde os indivíduos com 60 anos ou mais representam 7% da população do país. No município de São Paulo, a estimativa populacional dessa faixa etária, para o ano de 1998, era de 835.626 pessoas.

Grande parte dos idosos apresenta alguma patologia crônica que, associada ao fator idade, torna essa população de alto risco para complicações infecciosas, entre as quais gripe e pneumonia. As infecções pelo *Pneumococo* e pelo vírus *Influenza* estão entre

as principais causas de morbi-mortalidade entre indivíduos desta idade.

A prevenção dessas infecções, através de imunização, torna-se extremamente importante, estando comprovadas a segurança das vacinas nesta população e sua eficácia na redução das complicações da gripe e pneumonia, da morbi – mortalidade, além da diminuição dos custos econômicos e sociais relacionados ao tratamento destas doenças.

A CAMPANHA

Considerando-se o exposto e também a relação custo benefício decorrente da imunização contra a doença Pneumocócica e a Gripe, a Prefeitura Municipal de São Paulo instituiu, de forma pioneira no país, através da Lei nº 12.326, de 16 de abril de 1997, o “Dia Municipal de Vacinação do Idoso”, com a aplicação de vacinas contra Influenza, Doença Pneumocócica e Tétano, contemplando todos os indivíduos com idade superior ou igual a 60 anos, incluindo a população residente em instituições geriátricas.

Essa lei foi regulamentada em 16 de maio de 1997, através do Decreto nº 36.851, que designou o último sábado do mês de abril de cada ano como “Dia Municipal de Vacinação do Idoso” e determinou que a coordenação das ações deste evento caberia ao Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação – CEPI, da Secretaria Municipal da Saúde (SMS-SP). Em 17 de fevereiro de 1998, o Decreto nº 37.318 alterou a redação do Artigo 1º do decreto anterior, designando o primeiro

sábado do mês de abril de cada ano para o início da campanha do “Dia Municipal de Vacinação do Idoso”.

O Secretário Municipal da Saúde constituiu um Grupo de Trabalho, composto por um representante da Secretaria de Estado da Saúde, um do Consórcio “Futura Cidade” (responsável pela campanha publicitária do evento), dois representantes do CEPI e um representante do Centro para Organização e Atenção à Saúde - COAS, da Secretaria Municipal da Saúde, visando o planejamento e a coordenação da “Primeira Campanha Municipal de Vacinação do Idoso”.

Durante os dias de campanha, os Módulos do PAS responsabilizaram-se pelos postos de vacinação localizados em suas Unidades Básicas (PAS), Pronto Socorros e Ambulatórios de Especialidades; as Administrações Regionais de Saúde (ARS) ficaram responsáveis pelos postos localizados em suas Unidades Básicas, Centros de Referência de DST/AIDS e todas as Instituições Geriátricas de sua área de abrangência. As áreas de abrangência de cada ARS estão representadas na Figura 1.

Foram administradas 592.538 doses da vacina contra Doença Pneumocócica e 595.500 doses da vacina contra Influenza, atingindo cobertura vacinal de 69,69% e 70,00%, respectivamente.

A cobertura vacinal variou significativamente nas diferentes regiões do Município, oscilando de 42%, na região central da cidade (ARS-1), a 96%, na periferia da zona sul (ARS-10), sendo que em cinco das dez ARS a cobertura atingiu 70 – 80% (Tabela 1).

Em cento e dezessete instituições geriátricas visitadas foram vacinados 4.417 idosos (Tabela 2).

CONCLUSÃO

A Campanha Municipal de Vacinação do Idoso, ocorrida no período de 4 de abril a 30 de maio de 1998, foi considerada satisfatória, uma vez que atingiu alta cobertura vacinal, principalmente considerando-se o fato de nunca antes ter sido realizada uma campanha de vacinação que contemplasse a faixa etária de indivíduos acima de 60 anos de idade.

Tabela 1 - Distribuição de doses aplicadas e cobertura vacinal das vacinas contra Influenza e Doença Pneumocócica, por Administração Regional de Saúde (ARS), durante a "Primeira Campanha Municipal de Vacinação para maiores de 60 anos" no município de São Paulo.

	INFLUENZA		DOENÇA PNEUMOCÓCICA	
	Total de doses	Cobertura	Total de doses	Cobertura
ARS - 1	62128	42,63%	61392	42,13%
ARS - 2	44146	57,60%	43770	57,11%
ARS - 3	106023	81,54%	105205	80,91%
ARS - 4	81089	70,26%	80911	70,10%
ARS - 5	46579	89,45%	46583	89,45%
ARS - 6	34607	73,47%	34543	73,34%
ARS - 7	107225	73,18%	107185	73,15%
ARS - 8	22872	79,81%	22920	79,98%
ARS - 9	48143	80,01%	47789	79,43%
ARS -10	32192	96,51%	32118	96,29%
TOTAL	585004	70,00%	582416	69,69%

Fonte: CEPI/SMS

Tabela 2 - Número de doses de vacinas contra Influenza e Doença Pneumocócica, aplicadas em idosos institucionalizados e número de instituições geriátricas por Administração Regional de Saúde, durante a “Primeira Campanha Municipal de Vacinação para maiores de 60 anos” no município de São Paulo.

ARS	Instituição	Influenza	Doença Pneumocócica
1	15	433	382
2	23	852	751
3	8	350	348
4	13	557	425
5	4	232	232
6	6	245	225
7	25	1212	1141
8	9	138	138
9	13	479	304
10	1	20	15
TOTAL	117	4417	4062

Fonte: CEPI/SMS

BIBLIOGRAFIA

Ahmed AH. Effectiveness of Influenza vaccine in reducing hospital admissions during the 1989-90 epidemic. *Epidemiol Infect* 1997; 118:27-33.

Belgian Society For Infectiology And Clinical Microbiology. Belgian Consensus on Pneumococcal Vaccine. *Acta Clin Belg* 1996; 51:350-6.

[CDC]. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of pneumococcal disease: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Morb Mortal Wkly Rep* 1997; 46 (RR-8).

[CDC]. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and Control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Morb Mortal Wkly Rep* 1997; 46(RR-9).

[CDC]. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Morb Mortal Wkly Rep* 1998; 47 (RR-6).

Farr BM et al. Preventing pneumococcal bacteremia in patients at risk: results of a matched case control study. *Arch Intern Med* 1995; 155:2336-40.

Fedson DS, Musher DM. Pneumococcal vaccine. In: Mortimer PM. *Vaccines*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1994. p.517-64.

Gross PM et al. The efficacy of Influenza vaccine in elderly persons: a meta-analysis and review of literature. *Ann Intern Med* 1995;123:518-27.

Hellund JH et al. Antibody response to pneumococcal vaccine in middle-aged and elderly patients recently treated for pneumonia. *Arch Intern Med* 1994;154:1961-5.

Kilbourne ED. Inactivated influenza vaccines. In: Mortimer PM. *Vaccines*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1994. p. 565-81.

[SEMPLA/PMSP] Secretaria Municipal de Planejamento. *Estimativa populacional 1998*. São Paulo; 1998.

Programa do Seminário

Abertura

14:00 h.

Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos

Diretor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Prof. Associado Chester Luiz Galvão Cesar

Presidente da Comissão de Cultura e Extensão Universitária da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Conferência

14:30 às 15:20 h.

Envelhecer no Estado de São Paulo

Dr. João Toniolo Neto

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia do Estado de São Paulo

Palestras

15:20 às 16:10 h.

Política nacional do idoso

Prof. Dr. Luiz Roberto Ramos

Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde

16:10 às 16:35 h.

A saúde dos idosos no Estado de São Paulo

Prof. Dr. José da Silva Guedes

Secretaria da Saúde de São Paulo

16:35 às 17:00 h.

A saúde dos idosos no Município de São Paulo

Dr. Jorge Roberto Pagura

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Informes em Saúde Pública. 1

Intervalo - 17:00 às 17:30 h.

17:30 às 18:00 h.

Prevenir é o melhor remédio

Dra. Maria Célia Guerra Medina

Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

18:00 às 18:50 h.

Ser idoso hoje e amanhã na cidade de São Paulo: ações programáticas de saúde no Município

Dr. Jane de Eston Armond

Centro de Organização e Atenção à Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Dr. Francisco Carlos de Brito

Centro de Organização e Atenção à Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

18:50 às 19:40 h.

Programa de vacinação da população idosa

Dr. Luiz Cláudio Espínola

Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Dra. Angela Maria Dellaqua

Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Encerramento - 19:40 h.

Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos

Diretor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Coquetel - 20:00 h.

Normas editoriais

Objetivo

A série INFORMES EM SAÚDE PÚBLICA tem por objetivo divulgar temas de saúde pública abordados em eventos e reuniões técnico-científicos promovidos pela Faculdade de Saúde Pública da USP.

Normas editoriais

1. Serão aceitos trabalhos apresentados nos eventos ou resultantes das reuniões técnico-científicas promovidos pela Faculdade de Saúde Pública da USP, por meio de sua Comissão de Cultura e Extensão Universitária (CCEX).
2. As opiniões emitidas pelos autores dos trabalhos são de sua exclusiva responsabilidade.
3. Os trabalhos devem ser acompanhados de documento de transferência de direitos autorais à CCEX. O autor poderá publicar em outro veículo, desde que autorizado pela CCEX.
4. Todas as colaborações devem ser entregues no formato impresso, acompanhadas da cópia em disquete ou via Internet (em arquivo atachado), em linguagem compatível com ambiente *windows*.
5. A revisão final do trabalho é de responsabilidade do autor, bem como a exatidão das referências bibliográficas constantes no trabalho e a correta citação no texto.
6. O responsável pelo evento será o coordenador do respectivo Informe cabendo a ele receber e encaminhar o conteúdo da publicação à Comissão de Cultura e Extensão Universitária da FSP/USP.
7. A aprovação para publicação é de responsabilidade da Comissão de Cultura e Extensão Universitária da FSP/USP.

Apresentação dos trabalhos

Os trabalhos devem ser digitados em letras corpo 12, tipo "Times New Roman" ou similar, com entrelinhamento duplo, no formato "Carta", mantendo margens laterais: direita de 3 cm e esquerda de 3,5cm.

Página de rosto: deve conter o **título do trabalho**, breve e suficientemente específico e descritivo, contendo as palavras-chave que representem o conteúdo do texto.

Nome e sobrenome dos autores, com a indicação da instituição em que cada autor está filiado, acompanhado do respectivo endereço, com a indicação do autor responsável pela troca de correspondências. Se o trabalho foi subvencionado, indicar a agência de fomento que concedeu o auxílio. Se foi baseado em tese, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada. Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data de realização.

Apresentação: o coordenador da publicação deverá redigir uma breve apresentação da publicação indicando seus objetivos.

Referências Bibliográficas: devem ser redigidas segundo as normas do Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas* conhecidas como normas do Grupo de *Vancouver*. Devem ser ordenadas alfabeticamente e numeradas no final do trabalho. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, conforme aparecem na base de dados MEDLINE ou no *Index Medicus*.

Exemplos:

Artigo de periódico:

Silva LK, Russomano FB. Sub registro da mortalidade materna no Rio de Janeiro, Brasil: comparações com dois sistemas de informação. *Bol Oficina Sanit Panam* 1996; 120:36-43.

Artigo de periódico eletrônico:

Souza SB de. Anemia no primeiro ano de vida em relação ao aleitamento materno. *Rev Saúde Pública* [periódico on-line] 1997;31(1). Disponível em URL< <http://www.usp.br/fsp~rsp> >[1997 março 10]

Livro:

Bogus S, Paulino AY. *Políticas de emprego, políticas de população e direitos sociais*. São Paulo: EDUC; 1997.

Capítulo de livro:

Laurenti R. Medida das doenças. In: Forattini OP. *Ecologia, epidemiologia e sociedade*. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p.369-98.

* Essas normas estão publicadas na Revista de Saúde Pública vol. 33 (1) 1999, na Internet <http://www.fsp.usp.br/~rsp/> e na revista British Medical Journal vol. 296 p.401 1988 .

Números das Séries:

Informes em Saúde Pública

Nº 1: A SAÚDE DOS IDOSOS: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE
Alice Moreira Derntl, organizadora

Práticas em Saúde Pública

Nº 1: *Vida saudável: nutrição, nutrientes, alimentos, saúde*
Maria Elisabeth Machado Pinto e Silva
Ive Paton
Marlene Trigo

Cadernos de Apoio Didático

Nº 1: Investigação de Surtos Epidêmicos
Eliseu Alves Waldman, organizador