



Cartilha para a Modelagem de Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças

Cartilha para a Modelagem de Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças



Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO
Avenida Augusto Severo, 84 - Glória
CEP 20021-040
Rio de Janeiro - RJ – Brasil
Tel.: +55 21 2105-0000
Disque-ANS: 0800 701 9656
<http://www.ans.gov.br>

Diretoria Colegiada da ANS - DICOL
Diretor-Presidente da ANS – PRESI
Diretor de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO
Diretor de Gestão – DIGES (interino)
Diretor de Fiscalização – DIFIS
Diretor de Normas e Habilitação de Operadoras – DIOPE
Diretor de Desenvolvimento Setorial – DIDES
Diretor-Adjunto de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Gerente Geral da Gerência Geral de Regulação Assistencial -
GGRAS/DIPRO
Martha Regina de Oliveira

Gerente da Gerência de Monitoramento Assistencial - GMOA/
DIPRO
Michelle Mello de Souza Rangel

Gerente da Gerência de Assistência à Saúde - GEAS/DIPRO
Karla Santa Cruz Coelho

Elaboração técnica:

Aluisio Gomes da Silva Junior, Carla Alves, Kátia Audi
Curci, Maria Tereza de Marsillac Pasinato, Martha Regina
de Oliveira, Michelle Mello de Souza Rangel, Natália
Alencar Braga, Renato Veras, Ricardo Heber Pinto Lima
e Simone Fabiano Mendes.

Projeto gráfico:

Gerência de Comunicação Social - GCOMS/DICOL

Fotografia (capa):

Getty Image

Apoio Bibliotecário:

Iara Vidal Pereira de Souza - CODOB/DIGES

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).
Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção
de riscos e doenças / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – Rio de
Janeiro : ANS, 2011.
80 p.

ISBN 978-85-63059-14-7

1. Promoção da Saúde. 2. Prevenção de Doenças. 3. Saúde Suplementar. I. Título.

CDD – 613

*“Trata-se da mudança de um paradigma:
o objetivo do sistema de saúde deve ser
promover a saúde e, não somente, tratar
doenças. A ANS convida a sociedade
brasileira a participar desta mudança.”*

Mauricio Ceschin
Presidente da ANS

Sumário

1.	Apresentação	7
2.	Introdução	9
3.	Evidências em promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças	11
4.	Aspectos conceituais	15
	4.1 Programa para Gerenciamento de Crônicos	16
	4.2 Programa para População-Alvo Específica	16
	4.3 Programa para a Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida	17
5.	Orientações para a elaboração dos programas	21
	5.1 Aspectos gerais	21
	5.2 Informação em saúde	22
	5.3 Orientações para a definição da população dos programas	26
6.	Modelagens dos programas	29
	6.1 Programas para gerenciamento de crônicos	29
	6.2 Programas para população-alvo específica	38
	6.3 Programas para promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida	52
7.	Referências	75
8.	Glossário	77

1. Apresentação

As referências, aqui apresentadas, têm como objetivo auxiliar as operadoras de planos privados de assistência à saúde na organização e elaboração dos Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças.

Este material deve ser consultado juntamente com o “Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar”, 4ª edição revisada e atualizada, ANS 2011, disponível em: www.ans.gov.br.

Importante destacar que este documento se encontra em constante aperfeiçoamento e detalhamento, podendo ser revisto periodicamente pela ANS, com vistas à introdução de novos exemplos e novas experiências exitosas.

Para isso, contamos com a colaboração de todos, enviando à ANS contribuições a esta cartilha.

Gerência-Geral de Regulação Assistencial

2. Introdução

O crescente custo da assistência e da incorporação tecnológica em saúde, o envelhecimento populacional, a transição epidemiológica com o aumento da incidência e da prevalência das doenças crônicas, os potenciais impactos das ações para promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças e a necessidade de estimular a vida com qualidade ao longo do seu curso são alguns dos fatores motivadores, entre outros, da busca de estratégias para o enfrentamento dos desafios postos.

Nesse contexto, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem conduzido sua atuação no sentido de criar mecanismos que incentivem as operadoras a desenvolverem programas para a Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, e a estimularem a adesão dos beneficiários a tais programas levando em consideração as especificidades do setor e, ao mesmo tempo, coadunados com as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Observamos, na saúde suplementar, inúmeras iniciativas e abordagens que variam conforme o perfil das modelagens e os objetivos específicos dos programas. Temos, no cenário atual, operadoras realizando inúmeras atividades, porém, de forma desarticulada e sem um planejamento adequado, com frequente comprometimento dos resultados desejados.

Com este guia, buscamos oferecer suporte teórico e operacional para que os programas sejam melhores planejados, estruturados e gerenciados de forma efetiva e eficiente, tornando-se um instrumento facilitador que expõe, inclusive, referências práticas acerca das possíveis modelagens de programas que poderão ser desenvolvidos pelas operadoras.

Desejamos que este documento venha contribuir para que os resultados da gestão em saúde no setor suplementar sejam otimizados em decorrência da promoção de um envelhecimento ativo e da melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

3. Evidências em promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças

De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS (2005), as doenças crônicas no Brasil são responsáveis por aproximadamente 70% das causas de morte, projetando-se um aumento de 22% para os próximos dez anos. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada no Brasil em 2008, 31,3% das pessoas afirmaram apresentar pelo menos uma doença crônica; 5,9% declararam ser portadores de três ou mais doenças crônicas (IBGE, 2010). Destaca-se que o número de indivíduos com 65 anos e mais que relataram apresentar pelo menos uma doença crônica chegava a 79,1%.

Sabe-se que as doenças crônicas de maior impacto mundial possuem, em linhas gerais, quatro fatores de risco em comum: inatividade física, uso abusivo do álcool, tabagismo e alimentação não saudável. Devem ser considerados também no desenvolvimento deste quadro epidemiológico fatores ambientais e sociais como o estresse no ambiente de trabalho e crises econômicas.

As Redes Assistenciais, em especial no Brasil, atuam hegemonicamente em situações agudas, oferecendo ações reativas, pontuais e fragmentadas no enfrentamento de situações crônicas. Considerando que o Brasil tem uma das populações que envelhecem mais rapidamente no mundo, a carga de doenças crônicas no país tende a aumentar, exigindo um novo modelo de atenção à saúde para essa população.

Estima-se que em 2005 foram gastos no Brasil em torno de 3 bilhões de dólares em decorrência de mortes prematuras por doença cardiovascular e diabetes. Sabe-se, também, que 80% desses óbitos seriam prevenidos pela adoção de uma alimentação saudável e prática de atividade física. A OMS (2005) estima que, ao longo de dez anos, a redução de 2% ao ano na taxa de mortalidade por doenças crônicas pode resultar em um ganho de 4 bilhões de dólares para o país.

As intervenções para prevenção e controle de doenças crônicas não-transmissíveis – DCNT - incluem diversas ações, que têm sido monitoradas e avaliadas por meio de diversos estudos. Chapman (2002) realizou extensa revisão da literatura, abrangendo 42 estudos controlados. O autor concluiu que, no prazo de três anos, programas bem planejados e estruturados adequadamente são capazes de gerar um retorno sobre o investimento em torno de 2,15 a 5,64 para cada dólar investido.

As intervenções populacionais consideradas as melhores apostas pela OMS (2011) seriam:

1. Aumentar impostos e preços sobre os produtos do tabaco;
2. Proteger as pessoas da fumaça do cigarro e proibir fumar em lugares públicos;
3. Advertir sobre os perigos do consumo de tabaco;
4. Fazer cumprir a proibição da propaganda, patrocínio e promoção de tabaco;
5. Restringir a venda de álcool no varejo;
6. Reduzir a ingestão de sal e do conteúdo de sal nos alimentos;
7. Substituir gorduras trans em alimentos por gorduras poli-insaturadas; e
8. Promover esclarecimentos do público sobre alimentação e atividade física, inclusive pela mídia de massa.

Existem muitas outras intervenções de base populacional custo efetivas e de baixo custo que podem reduzir o risco para DCNT. Estas incluem:

1. Tratamento da dependência da nicotina;
2. Promoção da amamentação adequada e alimentação complementar;
3. Aplicação das leis do álcool e direção; e
4. Restrições sobre o marketing de alimentos e bebidas com muito sal, gorduras e açúcar, especialmente para crianças.

Segundo o *National Quality Strategy* (2011) o fumo é a causa de aproximadamente 443 mil mortes por ano nos Estados Unidos, custa 96 bilhões de dólares em despesas médicas e 97 bilhões de dólares em perda de produtividade. De acordo com o documento, os custos anuais em saúde são aproximadamente 2 mil dólares mais caros para fumantes, 1 mil e 400 dólares a mais para obesos e 6 mil e 600 a mais para diabéticos, quando comparados com pessoas não diabéticas, não fumantes e não obesas. Ainda, segundo o estudo, as despesas médicas são reduzidas em 3,27 para cada dólar gasto em programas de promoção de saúde.

Ações preventivas, tais como, o monitoramento da interrupção do uso do tabaco e a redução no consumo de álcool podem levar à economia anual de 3,7 bilhões de dólares em despesas médicas. A redução do consumo de sal para 2,3 miligramas por dia impacta as despesas médicas em 18 bilhões de dólares por ano.

A interrupção do uso do tabaco e a redução no consumo de álcool são alguns exemplos de fatores de riscos a serem priorizados e enfrentados assim como, a obesidade, o estresse, a inatividade física a alimentação inadequada, etc.

4. Aspectos conceituais

Quando se discute Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, muitos são os referenciais teóricos utilizados para descrever o seu conceito e significados.

Segundo a Carta de Ottawa, a promoção da saúde é o processo de capacitação das pessoas e da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (Carta de Ottawa, 1986). Dessa forma, aspectos sociais, culturais, econômicos e ambientais investem-se de uma relevância para a saúde, tão quanto, os aspectos biológicos. A idéia principal que permeia essa definição é que a promoção da saúde é uma responsabilidade múltipla, envolvendo ações governamentais, a capacitação e o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas, e parcerias intersetoriais na definição de prioridades, planejamento e implementação de estratégias para promover a saúde e o bem estar.

As ações preventivas, por sua vez, baseiam-se no conhecimento epidemiológico de doenças e agravos específicos. São intervenções orientadas por uma ação oportuna, com vistas à detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco e vulnerabilidades, reduzindo a incidência e prevalência das doenças nas populações (BUSS, 2003).

Na saúde suplementar, no contexto da regulação por incentivos, a ANS publicou em agosto de 2011 a Resolução Normativa 264, que dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, define conceitos e estabelece as modelagens dos programas, e a Resolução Normativa 265 que dispõe sobre os incentivos para a participação dos beneficiários nos programas, mediante a oferta de descontos e prêmios.

O intuito das normas é ampliar o esforço que a ANS vem fazendo no sentido de inverter a lógica existente hoje no setor, pautado pelo tratamento da doença e não pelo cuidado da saúde.

A implementação de programas que coadunem estratégias para a promoção da saúde e a prevenção de riscos, vulnerabilidades e doenças tem por objetivo, entre outros, qualificar a gestão em saúde, através de um modo de produção do cuidado centrado nas necessidades dos indivíduos e, ao mesmo tempo, racionalizar os custos assistenciais.

Nesse sentido um programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças pode ser definido como um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas e transversais que objetivam a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações.

Pela nova resolução, foram definidas as seguintes modelagens de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças:

4.1 Programa para Gerenciamento de Crônicos

Conjunto de estratégias orientadas para um grupo de indivíduos portadores de doenças crônicas e com risco assistencial, incorporando ações para prevenção secundária e terciária, compressão da morbidade e redução dos anos perdidos por incapacidade.

4.2 Programa para População-Alvo Específica

Conjunto de estratégias orientadas para um grupo de indivíduos com características específicas, incorporando ações para a promoção da saúde e a prevenção de riscos e doenças em determinada faixa etária, ciclo de vida ou condição de risco determinada.

4.3 Programa para a Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), o 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. Dessa forma, caracteriza-se pelo conjunto de estratégias orientadas para a manutenção da capacidade funcional e da autonomia dos indivíduos, incorporando ações para a promoção da saúde em todas as faixas etárias, desde o pré-natal até as idades mais avançadas.

Quadro Resumo dos Normativos

RN 264/11 e RN 265/11	Definição	Programas	Modelagens dos Programas
<p>Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças</p>	<p>Promoção da Saúde: Processo político que articula ações sanitárias, sociais, ambientais e econômicas, buscando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduzir situações de vulnerabilidade e dos riscos à saúde da população • Capacitar os indivíduos e comunidades para modificarem os determinantes em saúde em benefício da própria qualidade de vida • Participação Social na Gestão de Políticas de Saúde <p>Prevenção de Riscos e Doenças:</p> <p>Orienta-se por ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de enfermidade específica</p> <p>RN 264/11, art 2º, I</p>	<p>Um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas que objetivam:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a Saúde • Prevenir riscos, agravos e doenças • Comprimir a morbidade- Reduzir os anos perdidos por incapacidade • Aumentar a qualidade de vida <p>RN 264/11, art 2º, II</p>	<p>Programa para Promoção do Envelhecimento Ativo ao longo do curso da vida</p> <p>RN 264/11, art 3º, I</p> <p>Programa para População Alvo Específica</p> <p>RN 264/11, art 3º, II</p> <p>Programa para Gerenciamento de Crônicos</p> <p>RN 264/11, art 3º, III</p>

Objetivos	Incentivos	Acompanhamento pela ANS
<p>Processo de Otimização das oportunidades em saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Consiste em um conjunto de estratégias orientadas para a manutenção da capacidade funcional e da autonomia dos indivíduos ao longo do curso da vida, incorporando ações para a promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, desde o pré natal até as idades mais avançadas</p> <p>RN 264/11, art 3º, I</p>	<p>Bônus para o beneficiário RN 265/11, art 2º, I</p> <p>Pontuação noIDSS RN 264/11 art 5º</p> <p>Ativo Intangível IN Conjunta Diope/Dipro nº 2/10 alterada pela IN 4/11</p>	<p>Formulário de Inscrição (FI)</p> <p>Formulário de Inscrição (FI)</p> <p>Formulário de Cadastro (FC) e Formulário de Monitoramento (FM)</p>
<p>Conjunto de estratégias orientadas para um grupo de indivíduos com características específicas, incorporando ações para a Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças em determinada faixa etária, ciclo de vida ou fator de risco determinado.</p> <p>RN 264/11, art 3º, II</p>	<p>Prêmio para o beneficiário RN 265/11, art 2º, II</p> <p>Pontuação no IDSS RN 264/11 art 5º</p> <p>Ativo Intangível IN Conjunta Diope/Dipro nº 2/10 alterada pela IN 4/11</p>	<p>Formulário de Inscrição (FI)</p> <p>Formulário de Inscrição (FI)</p> <p>Formulário de Cadastro (FC) e Formulário de Monitoramento (FM)</p>
<p>Conjunto de estratégias orientadas para um grupo de indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas e com alto risco assistencial, incorporando ações para prevenção secundária e terciária, compressão da morbidade e redução dos anos perdidos por incapacidade</p> <p>RN 264/11, art 3º, III</p>	<p>Prêmio para o beneficiário RN 265/11, art 2º, II</p> <p>Pontuação no IDSS RN 264/11 art 5º</p> <p>Ativo Intangível IN Conjunta Diope/Dipro nº 2/10 alterada pela IN 4/11</p>	<p>Formulário de Inscrição (FI)</p> <p>Formulário de Inscrição (FI)</p> <p>Formulário de Cadastro (FC) e Formulário de Monitoramento (FM)</p>

5. Orientações para a elaboração dos programas

É de suma importância o delineamento das diretrizes para que o programa possa ser desenvolvido de forma adequada. Elaborar programas implica em definir os objetivos do programa, as áreas de atenção que serão abordadas, a população que será contemplada, as ações que serão implementadas e os resultados desejados.

5.1 Aspectos Gerais

Aspectos que deverão ser considerados para a estruturação de um programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças:

1. Capacitação profissional e qualificação da(s) equipe(s) de saúde;
2. Definição da metodologia de identificação dos indivíduos elegíveis ao programa;
3. Definição das regras de participação no programa;
4. Definição de indicadores para o monitoramento e avaliação das ações do programa; dos resultados em saúde obtidos com o programa; da relação custo-efetividade das intervenções; da adesão dos beneficiários, entre outros.
5. Definição de projetos terapêuticos de acordo com a população do programa, com a descrição das ações e a periodicidade das atividades;
6. Definição dos objetivos, cobertura e metas do programa;
7. Definição dos protocolos clínicos a serem adotados no programa;

8. Desenvolvimento e implementação de sistema de informação para a gestão do programa;
9. Fortalecimento das estratégias de informação, educação em saúde e conscientização do usuário do programa;
10. Integração do programa com a rede prestadora de serviços de saúde;
11. Integração entre os profissionais da equipe multidisciplinar;
12. Produção de material didático auxiliar; e
13. Possibilidade de vinculação a um profissional de saúde responsável pela continuidade e acompanhamento da linha do cuidado.

5.2 Informação em Saúde

Para a otimização da gestão em saúde as informações são essenciais, entretanto, elas precisam ser sistematizadas e analisadas para que possibilitem um adequado planejamento, implementação e avaliação dos resultados esperados subsidiando, quando necessário, o ajuste das estratégias programadas.

Esse tópico tem por objetivo descrever como a informação pode ser utilizada em cada etapa da elaboração do programa; exemplificar algumas possibilidades de uso dessas informações para gerar conhecimento e subsidiar a tomada de decisão; apresentar algumas variáveis já disponíveis nos sistemas de informação da ANS que poderão ser utilizadas pelas operadoras.

Processo de Decisão



Fonte: Marcos Bosi Ferraz, 2005

A figura acima ilustra a importância da gestão da informação em saúde, o que justifica o investimento e incentivo por parte das operadoras ao seu aprimoramento. Contudo, como e onde obter essas informações? Como usar de maneira correta a grande quantidade e variedade de informações disponíveis?

Para o desenvolvimento de um programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças enfrentamos alguns desafios, tais como, reconhecer uma situação passível de intervenção (PARA QUEM?), classificar e priorizar as necessidades em saúde identificadas (O QUE?); saber os objetivos a serem alcançados (PARA QUE?), qual a meta e resultados esperados (QUANTO?) para então se pensar no melhor modelo de programa a ser desenvolvido (COMO?).

Num primeiro momento pode parecer uma tarefa difícil e dispendiosa. No entanto, isso não é totalmente verdadeiro. Visando auxiliar as operadoras destacamos abaixo algumas etapas da elaboração dos programas onde a informação é essencial:

1. Definição do Perfil da Carteira de Beneficiários: características demográficas, tais como, faixa etária e sexo; características epidemiológicas, tais como, fatores de risco, principais causas de adoecimento e mortalidade;

2. Definição da população a ser escolhida para cada modelagem de programa;
3. Definição dos recursos necessários para a estruturação do programa (recursos humanos, financeiros, técnicos, rede de prestadores e incentivos para a adesão do beneficiário);
4. Definição das atividades mais adequadas para alcançar os resultados esperados na população selecionada;
5. Como monitorar o programa? Como avaliar os resultados? e
6. Definição dos indicadores (de processo, estrutura e resultado) a serem utilizados para a avaliação do programa.

A adequada gestão da informação em saúde durante o desenvolvimento de um programa para promoção de saúde é de extrema relevância para que os resultados esperados possam ser alcançados, de forma a evitar que:

1. A população alvo escolhida não seja a mais indicada;
2. As atividades desenvolvidas não levem aos resultados esperados;
3. Indicadores de processo não mensurem aspectos como oferta, utilização e cobertura;
4. Indicadores de resultado não avaliem a efetividade das ações do programa, por meio de aspectos como: redução da presença de fatores de risco e da incidência e/ou prevalência de doenças; e
5. As metas quantitativas e qualitativas não reflitam os objetivos do programa.

Cabe mencionar que na saúde suplementar já existe uma grande quantidade e variedade de dados disponíveis que, se sistematizados e analisados adequadamente, poderão fornecer informações relevantes para a gestão do programa. Dessa forma, os dados disponíveis nos diversos sistemas de informações da ANS, entre eles, os dados

assistenciais do Sistema de Informação de Produtos (SIP), os dados cadastrais do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), os dados econômico-financeiros do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde (DIOPS) poderão ser utilizados pelas operadoras para planejar, implementar e avaliar os programas.

Exemplos:

1. A partir dos dados cadastrais que alimentam o SIB a operadora poderá coletar características da população como sexo, faixa etária, local de residência que serão importantes para seleção da população-alvo do programa.
2. Dos dados que alimentam o SIP a operadora poderá coletar informações como perfil de utilização de procedimentos preventivos, consultas, exames, terapias e internações.
3. Dos dados que alimentam o DIOPS a operadora poderá coletar informações sobre a receita e despesa dos procedimentos e eventos em saúde.
4. Nas guias Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar (TISS) também estão disponíveis uma variedade de informações que poderão ser utilizadas pelas operadoras.

Exemplos:

- a. Guia de Consulta: dados sobre o atendimento, especialidade do profissional.
- b. Guia de Solicitação de Serviços Profissionais/Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT): dados da solicitação, quantidade e tipo do exame, especialidade do profissional, hipótese diagnóstica.
- c. Guia de Solicitação de Internação: dados da solicitação, regime de internação, desfecho da internação.
- d. Guia de Tratamento odontológico: dados sobre condição clínica, solicitação e realização de procedimentos odontológicos.

5.3 Orientações para a definição da população dos programas

A partir da análise das informações disponíveis na operadora é possível iniciar o delineamento dos programas para promoção de saúde e prevenção de risco e doenças.

Para tal, faz-se necessário definir a população para a qual se destina o programa. Esta população poderá ser definida conforme alguns critérios, entre eles: faixa etária; sexo; presença de agravos ou fatores de risco; prevalência de doenças; indivíduos com comorbidades e risco de maior demanda assistencial; pessoas em fases ou ciclos da vida que requeiram atenção especial.

5.3.1 Programa para Gerenciamento de Crônicos

Os programas voltados para o gerenciamento de crônicos poderão ter a população definida conforme o exemplo abaixo:

A operadora decidiu realizar um programa para os beneficiários portadores de diabetes e com risco assistencial.

Os beneficiários elegíveis para o programa poderão ser:

1. Todos os diabéticos com risco da carteira da operadora; ou
2. Diabéticos com risco de um contrato coletivo com a Empresa A; ou
3. Diabéticos com risco de todos os contratos individuais; ou
4. Diabéticos com risco residentes na Região X ou na Cidade Y; ou
5. Diabéticos com risco usuários de um prestador de serviço W.

OBS: Nos exemplos acima, se a seleção for feita sem se levar em consideração o risco assistencial, tem-se um Programa para População-Alvo Específica.

5.3.2 Programa para População-Alvo Específica

Os programas voltados para uma população-alvo específica poderão ter a população definida conforme o exemplo abaixo:

A operadora decidiu realizar um programa para gestantes.

As beneficiárias elegíveis para o programa poderão ser:

1. Todas as gestantes da carteira da operadora; ou
2. Gestantes de um contrato coletivo com a Empresa A; ou
3. Gestantes de todos os contratos individuais; ou
4. Gestantes residentes na Região X ou na Cidade Y; ou
5. Gestantes usuárias de um prestador de serviço W.

OBS: Nos exemplos acima, se a seleção for feita levando-se em consideração o risco assistencial, tem-se um Programa de Gerenciamento de Crônicos.

5.3.3 Programa para a Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida

O Programa de Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida, é imprescindível que seja desenvolvido de forma que as ações e atividades contemplem todas as faixas etárias, sem exceção.

Existem 3 formas de desenhar este tipo de programa: ação linear, conjunto de populações-alvo e misto. Essas são descritas em capítulo próprio a seguir.

A operadora decidiu fazer um programa para promoção da alimentação saudável (ação linear).

Os beneficiários elegíveis para o programa poderão ser:

1. Todos os beneficiários, de todas as faixas etárias, pertencentes à carteira da operadora; ou

2. Todos os beneficiários, de todas as faixas etárias, de determinado produto individual; ou
3. Todos os beneficiários, de todas as faixas etárias, de determinado produto coletivo (contemplando todos os contratos celebrados).

OBS: Pode-se desenhar o programa de forma diferenciada, conforme as características de cada contrato ou de cada região de abrangência.



6. Modelagens dos programas

Neste capítulo destacaremos como as modelagens dos programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças apresentadas anteriormente poderão ser estruturadas, sugerindo etapas para a operacionalização e exemplificando algumas atividades que poderão ser desenvolvidas.

6.1. Programas para Gerenciamento de Crônicos

Ao contrário do que ocorria há alguns anos, hoje predominam no país as doenças crônicas, em detrimento das agudas. Se estas são únicas e de curta duração, aquelas são múltiplas e perduram por décadas, acarretando perda progressiva da qualidade de vida, sobrecarregando a família e resultando em perdas financeiras.

Doenças crônicas são aquelas de desenvolvimento lento, que duram períodos extensos – mais de 6 meses – e apresentam efeitos de longo prazo, difíceis de prever. A maioria dessas doenças não tem cura, como diabetes, asma, doença de Alzheimer, hipertensão e neoplasias. Entretanto, várias delas podem ser prevenidas ou controladas por meio da detecção precoce, adoção de dieta e hábitos saudáveis, prática de exercícios físicos e acesso ao tratamento adequado, recomendado pelo profissional de saúde.

Não é por outra razão que as doenças crônicas têm se tornado uma prioridade. Nesse cenário, é recomendável o desenvolvimento de programas para o gerenciamento dessas doenças por meio de um conjunto de estratégias assistenciais e educacionais orientadas para um grupo de indivíduos portadores de doenças crônicas com potencial risco de agravamento e, conseqüentemente, com a necessidade de um aporte de tecnologias mais complexas e de maior custo.

Nesse tipo de programa verificamos maior ênfase nas ações de prevenção secundária (diagnóstico precoce e tratamento para impedir agravamento da doença) e prevenção terciária (ações de

reabilitação), visando à diminuição da morbidade e redução dos anos perdidos por incapacidade.

Essa modelagem caracteriza-se por uma abordagem prospectiva, doença-específica, que integra a prestação dos cuidados de saúde em todas as suas etapas, mesmo nos períodos de remissão da doença.

O gerenciamento de doenças crônicas foca no cuidado ao sujeito doente e em sofrimento e busca a construção de uma estrutura de apoio que possibilite ao mesmo, e a seus familiares, enfrentar os problemas cotidianos advindos da enfermidade. As intervenções em saúde decorrentes do gerenciamento do cuidado às pessoas portadoras de doenças crônicas, orientadas por profissionais de saúde responsáveis por este gerenciamento na operadora são, sem dúvida, favoráveis ao alcance de uma relação mais custo-efetiva.

Em linhas gerais, os objetivos de um programa para gerenciamento de crônicos são identificar os indivíduos doentes de risco, cujo agravamento poderá levar a uma assistência mais complexa e dispendiosa; prevenir as exacerbações e complicações das doenças; oferecer uma assistência de qualidade com tecnologias de cuidados diversas; aumentar o envolvimento do paciente no auto-cuidado; construir uma base de dados sobre os doentes crônicos da carteira.

Tendo em vista a complexidade sistêmica e a natureza multifatorial das doenças crônicas, bem como das comorbidades associadas, a definição do escopo das atividades programáticas e a capacitação de equipe multidisciplinar são imperativas para o sucesso do programa.

Faz-se necessária, também, a articulação dos programas com a rede prestadora de serviços de saúde no que tange à garantia de fluxos integrados entre os beneficiários e os diversos serviços necessários à sua assistência. Essa é uma estratégia de grande importância para o gerenciamento do cuidado a pessoas portadoras de doenças crônicas. Gerenciar um indivíduo doente é também acompanhar e, principalmente, orientar sua trajetória nos diversos serviços de saúde, cuidando para não haver sobreposição de tratamentos, interação medicamentosa, tratamentos sem evidência científica, entre outros.

De acordo com estudo da OMS, a adesão ao tratamento é uma ferramenta fundamental para o gerenciamento de doenças crônicas: “melhorar a adesão ao tratamento pode ser o melhor investimento para gerenciar as condições crônicas de maneira efetiva”. O estudo revela que a maior aderência ao tratamento da asma entre idosos, por exemplo, acarretou em uma redução anual de 20% nas internações hospitalares, (WHO, 2008). Dessa forma, estabelecer uma interseção de confiança e respeito entre a operadora, o beneficiário e seus familiares, destaca-se como um dos fatores para o êxito dos programas.

Além disso, os benefícios da adesão ao tratamento se estendem não só aos pacientes, mas às famílias, aos prestadores de serviços de saúde e à economia do país. O beneficiário passa a ter a sua condição crônica controlada, podendo, na maioria das vezes, manter uma vida saudável e economicamente ativa, tem maior autonomia e diminuindo a dependência dos cuidados da família. O prestador de serviços de saúde economiza com a redução de internações emergenciais e intervenções cirúrgicas e a economia ganha com o aumento da produtividade.

6.1.1. Identificação dos beneficiários elegíveis para o programa

Ao planejar um programa, é necessário que a operadora identifique os doentes elegíveis e realize um contato proativo com esses beneficiários, com vistas à estratificação do risco individual e à conscientização dos benefícios do programa.

Os critérios abaixo são exemplos que poderão ser utilizados pela operadora para a identificação dos beneficiários elegíveis aos programas para gerenciamento de crônicos:

1. Indivíduos portadores de doenças crônicas com risco assistencial associado; ou
2. Gravidade da doença e subcategorias de doenças; ou
3. Perfil de utilização de exames, procedimentos, internações; ou

4. Histórico de recorrência e sazonalidade da doença; ou
5. Outros marcadores epidemiológicos identificados pela operadora.

6.1.2. Algumas Sugestões de Programas

1. Pacientes portadores de doenças cardiovasculares e risco assistencial associado;
2. Pacientes portadores de doenças neoplásicas e risco assistencial associado;
3. Pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e risco assistencial associado;
4. Pacientes portadores de obesidade e risco assistencial associado;
5. Pacientes portadores de doença infecciosa com característica de cronicidade e risco assistencial associado (AIDS, hepatite B, C, toxoplasmose, Papiloma Vírus Humano - HPV);
6. Pacientes portadores de dor crônica e risco assistencial associado;
7. Pacientes portadores de doenças neurológicas e risco assistencial associado (epilepsia, esclerose múltipla);e
8. Pacientes portadores de doenças osteoarticulares e risco assistencial associado (osteoporose, artrite, artrose, etc).

6.1.3. Exemplo prático

Exemplo: Programa para Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica com Risco Assistencial Associado (HAS)

1. Qualquer ação no sentido de organizar um programa para promoção de saúde deve iniciar com a obtenção

de alguns dados que permitam uma informação sobre o perfil demográfico e de saúde da população da carteira. Isso será necessário para adequar as ações às necessidades dos beneficiários.

2. Utilizando como exemplo a elaboração de um programa para portadores de HAS, pressupomos uma operadora cuja carteira de beneficiários possui um número significativo de pessoas portadoras deste tipo de doença ou possui um gasto expressivo no tratamento dessa patologia, independentemente de haver um número significativo de pessoas com esta enfermidade.
3. Seja qual for o fator motivador (percentual de doentes ou percentual de gastos), ambos apontam para uma população com necessidade de cuidados especiais. Por um lado, esta população demanda uma atenção diferenciada para garantir uma melhor qualidade de vida, e por outro, a operadora necessita otimizar sua gestão de custo/benefício.
4. Os beneficiários elegíveis para o programa deste exemplo serão aqueles portadores de HAS e com risco assistencial associado.
5. Após identificar os beneficiários elegíveis para o programa a operadora deverá estabelecer:
 - a. A justificativa para o desenvolvimento do programa;
 - b. Os objetivos;
 - c. Os resultados que se espera obter para a população do programa;
 - d. Metodologia para o monitoramento dos resultados esperados (definição de indicadores de processos, de resultados em saúde, e de custo assistencial);
 - e. As atividades oferecidas;

- f. A forma de integração entre as atividades oferecidas no programa e a rede de prestadores de serviços;
 - g. A definição das estratégias para a adesão do beneficiário ao tratamento e para a retenção ao programa;
 - h. As metas de implantação e implementação do programa; e
 - i. A metodologia de monitoramento das metas.
6. A operadora poderá utilizar diversas alternativas para desenhar o programa. Por exemplo, se a população de beneficiários majoritária é oriunda de empresas que estabelecem planos coletivos para trabalhadores, as ações, inclusive assistenciais, podem ocorrer no ambiente de trabalho. Ou ainda, pode ser feita em conjunto com a área de recursos humanos da empresa.
 7. A operadora poderá criar um serviço específico para atender a população do programa, onde os profissionais de saúde realizam ações de atenção básica e gerenciam o cuidado do beneficiário acompanhando sua trajetória de referência e contra-referência para a rede prestadora de serviços.
 8. Outra opção é a operadora dispor de uma equipe multidisciplinar responsável por gerir o cuidado dos inscritos no programa, através do acompanhamento de planos terapêuticos elaborados em conjunto com os profissionais assistentes na rede de saúde e com os próprios beneficiários e familiares. Ambos os modelos visam o bem estar e a redução de possíveis agravos.
 9. Tanto na opção de serviço estruturado especificamente para o programa, quanto na opção de uma equipe para a gestão de planos terapêuticos, as equipes devem estar compostas com profissionais de diversas áreas de conhecimento em saúde, com afinidade mínima ao agravo que envolve a população específica.
 10. As necessidades peculiares de cada situação devem ser supridas através da rede assistencial, sempre com o

gerenciamento de cuidado da equipe do programa, que irá coordenar o cuidado buscando contato com os demais profissionais envolvidos, visando o bem estar do beneficiário.

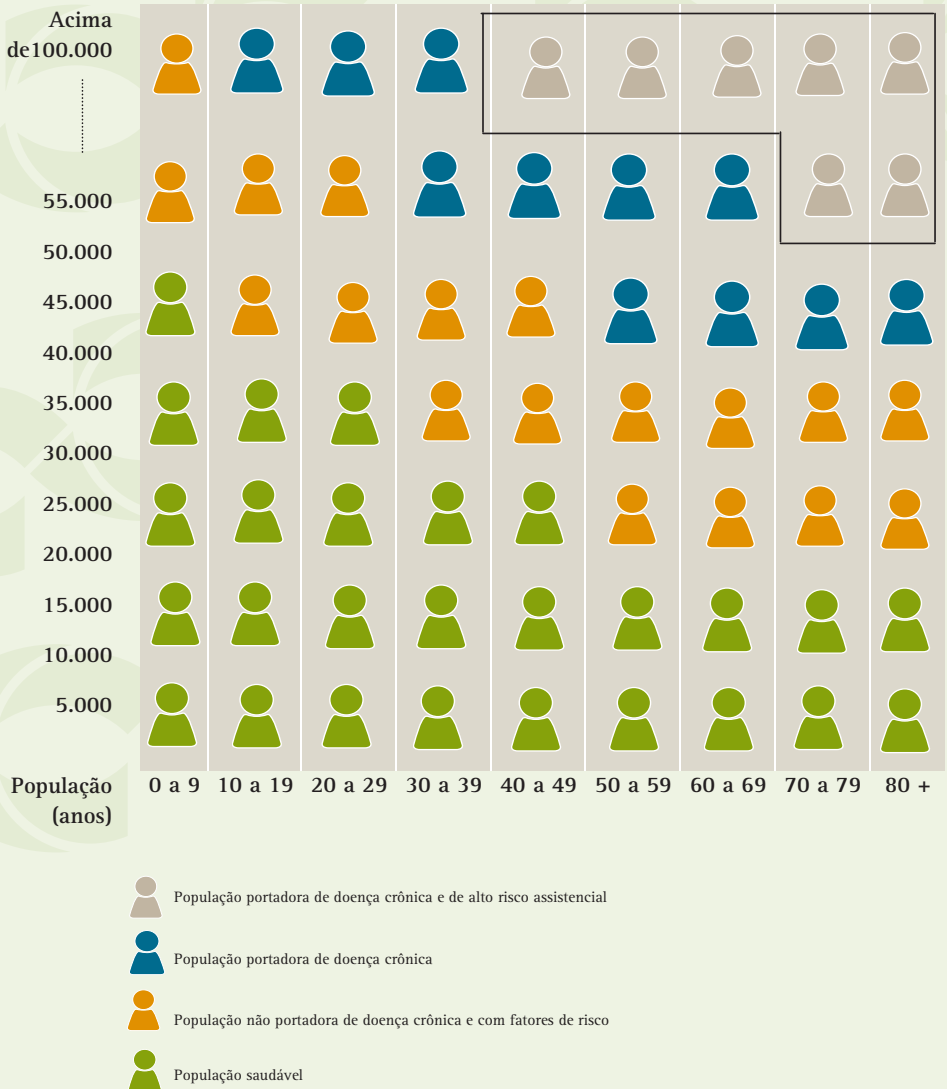
11. Ainda que a operadora identifique os beneficiários elegíveis, eles precisam aderir voluntariamente ao programa. Para tal, a operadora deve estabelecer estratégias que favoreçam o reconhecimento e aceitação do programa de saúde pelo beneficiário.
12. A maneira mais eficaz de garantir a participação do beneficiário é através da diminuição da assimetria da informação e do estabelecimento de confiança com a operadora. A operadora deve preocupar-se com a qualidade da atenção em saúde oferecida e com melhora da qualidade de vida do beneficiário. Este será um diferencial estratégico da operadora. Por outro lado, a operadora poderá otimizar seus custos uma vez que passará a gerenciar a trajetória do beneficiário na rede assistencial, sem impedimento de acesso aos serviços de saúde, e obter a adesão do beneficiário ao tratamento com a intenção de que seu adoecimento siga um curso controlável com menos complicações ou intercorrências.
13. As estratégias de premiação podem e devem ser usadas como meio de buscar a adesão dos beneficiários ao tratamento e ao programa. Muitas vezes, a HAS pode estar associada à diabetes e à obesidade, o que requer, na maioria das vezes, assistência farmacológica, realização de atividades físicas, e alimentação equilibrada para a adequação de um estilo de vida mais saudável. Seguindo esse exemplo, a operadora poderá oferecer como prêmio de incentivo à participação no programa, desconto em academias de ginástica, benefício farmacêutico.
14. Estilo de vida saudável, admitido pela própria OMS “se constitui em um modo de viver baseado em padrões identificáveis de comportamento determinados pela interação entre as características pessoais das pessoas, trocas sociais e condições socioeconômicas e ambientais” (Castiel e Diaz,

2007). Considerando este conceito, o papel das operadoras é fundamental no sentido de estimular mudanças no estilo de vida de cada indivíduo, como no sentido de atuar juntamente com as empresas contratantes e seus trabalhadores, quando isso for possível.

15. Vale ressaltar que um indivíduo não deve ser responsabilizado/punido por ter um estilo de vida que não favorece a sua saúde. “Para que alguém possa ser responsável pelo efeito de suas ações deve conhecer ou prever razoavelmente esse efeito antes de produzir a ação e ter capacidade para escolher entre fazê-la e não fazê-la” (Castiel e Diaz, 2007), sobretudo, em indivíduos como os possíveis participantes de programas para gerenciamento de doenças crônicas.
16. Além das ações específicas de gerenciamento do cuidado e de educação em saúde, as operadoras podem estimular o beneficiário a refletir e transformar seu estilo de vida. Estratégias interessantes seriam a oferta de benefícios em:
 - a. Cinemas, teatros;
 - b. Restaurantes que busquem cardápios com alimentação saudável;
 - c. Outras situações que despontarão do contato com os beneficiários e suas necessidades.

A figura abaixo exemplifica a seleção de beneficiários para um programa de gerenciamento de hipertensos.

Figura 1 – Seleção da população para o programa de gerenciamento de portadores de HAS com risco assistencial



6.2. Programas para População-Alvo Específica

Esta modelagem caracteriza-se por se tratar de um programa voltado para uma população-alvo constituída por indivíduos com características específicas em comum.

Em linhas gerais, os objetivos dos programas para população-alvo são identificar os indivíduos com alguma característica em comum (independente dos indivíduos estarem saudáveis, já serem portadores de doenças em graus diferenciados, ou apresentarem fatores de risco); interferir favoravelmente na história natural da doença; agir oportunamente na detecção e prevenção das doenças; promover ações de promoção de saúde, promover ações de prevenção secundária e limitação de danos em indivíduos doentes.

6.2.1 Identificação dos beneficiários elegíveis para o programa

É necessário que a operadora identifique os beneficiários elegíveis ao programa e realize um contato proativo, com vistas à estratificação do risco individual e à conscientização dos benefícios do programa.

Os critérios abaixo são exemplos que poderão ser utilizados pela operadora para a identificação dos beneficiários elegíveis aos programas para população-alvo específica:

1. Características demográficas tais como: faixa etária, sexo, local de residência e/ou trabalho; ou
2. Ciclos de vida ou situações que requeiram atenção especial; ou
3. Presença de fatores de risco e vulnerabilidades para determinadas doenças; ou
4. Prevalência de uma doença específica (em estágios diferenciados de gravidade); ou
5. Outros marcadores ou necessidades da carteira identificadas pela operadora.

6.2.2 Algumas Sugestões de Programas que levam em consideração as faixas etárias ou gêneros e seus principais acometimentos

1. Programas voltados à saúde materno-infantil
 - aleitamento
 - gestação
 - imunização
 - nutrição/estímulo à alimentação saudável
 - pré-natal
 - saúde bucal
2. Programas voltados à Saúde da Criança
 - acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudáveis
 - amamentação
 - atividade física
 - doenças respiratórias crônicas e infecciosas
 - imunização
 - nutrição/estímulo a alimentação saudável
 - obesidade
 - prevenção de câncer de pele
 - saúde bucal
 - saúde mental
3. Programas voltados à Saúde do Adolescente
 - atividade física

- doenças respiratórias sazonais e crônicas estáveis
- imunização
- nutrição/estímulo a alimentação saudável
- obesidade
- prevenção de câncer de pele
- saúde bucal
- saúde mental
- prevenção ao estresse
- violência
- saúde sexual
- gestação precoce
- prevenção de DST/HIV
- saúde reprodutiva
- sexualidade
- uso e abuso de drogas/alcoolismo/tabagismo

4. Programas voltados à Saúde da Mulher

- atividade física
- imunização
- nutrição/estímulo a alimentação saudável
- saúde mental
- prevenção ao estresse
- violência e violência de gênero
- prevenção acidentes domésticos.

- saúde sexual
- climatério
- prevenção de DST/HIV
- saúde reprodutiva
- saúde da trabalhadora
- saúde bucal
- uso e abuso de drogas/alcoolismo/tabagismo
- uso e abuso de medicamentos
- endometriose
- neoplasias (mama, ovário, útero, cólon e reto, bexiga, pele)
- problemas cardiovasculares
- diabetes
- tabagismo
- obesidade

5. Programas voltados à Saúde do Homem

- atividade física
- doenças respiratórias sazonais e crônicas estáveis
- imunização
- nutrição/estímulo a alimentação saudável
- obesidade
- saúde do trabalhador
- saúde bucal
- saúde mental

- aposentadoria
- prevenção ao estresse
- relações familiares intergeracionais
- violência
- saúde sexual
- prevenção de DST/HIV
- saúde reprodutiva
- sexualidade
- demências
- neoplasias (bexiga, estômago, esôfago, intestino, pele, próstata, pulmão, cólon e reto, pênis)
- problemas cardiovasculares
- diabetes
- uso e abuso de drogas/alcoolismo/tabagismo
- uso e abuso de medicamentos

6. Programas voltados à Saúde dos Idosos

- Síndromes Geriátricas: Imobilidade, Instabilidade, Incontinência, Insuficiência cerebral
- atividade física e reabilitação para promover a independência nas atividades de vida diária (AVD)
- doenças respiratórias sazonais e crônicas estáveis
- imunização
- incontinência urinária
- nutrição/estímulo a alimentação saudável

- prevenção de quedas e acidentes domésticos
- saúde mental
- prevenção ao estresse
- aposentadoria
- solidão / isolamento
- autonomia
- violência contra idosos
- relações familiares intergeracionais
- saúde sexual/sexualidade
- saúde bucal
- uso e abuso de drogas/alcoolismo/tabagismo
- uso e abusos de medicamentos
- incapacidade cognitiva (demências, etc)
- neoplasias
- problemas cardiovasculares
- diabetes
- obesidade

6.2.4 Exemplo Prático

Exemplo 1: Programa para Gestantes

1. Utilizando como exemplo a elaboração de um programa para a saúde das gestantes, pressupomos uma operadora cuja carteira de beneficiários possui um número significativo de mulheres em idade reprodutiva, ou ainda, possui uma alta

prevalência em cesarianas e suas consequências como, por exemplo, a prematuridade do bebê, que leva a procedimentos evitáveis em caso de parto natural.

2. Os beneficiários elegíveis para o programa deste exemplo são mulheres gestantes. A operadora poderá identificar as gestantes por procura espontânea, indicação do profissional de saúde ou, ainda, realização de teste de gravidez ou USG gestacional, e convidá-las para participar do Programa.
3. Após definir as beneficiárias elegíveis para o programa a operadora deverá estabelecer:
 - a. A justificativa para o desenvolvimento do programa;
 - b. Os objetivos do programa;
 - c. Os resultados esperados para a população do programa;
 - d. A metodologia de monitoramento dos resultados esperados (definição de indicadores de processo, de saúde materno-infantil, de qualidade da atenção e de custo);
 - e. A forma de integração entre as atividades oferecidas no programa e a rede prestadora de serviços de saúde;
 - f. Definição das estratégias para adesão da beneficiária ao acompanhamento pré-natal, aos cuidados necessários a este período da vida e de retenção ao Programa;
 - g. As metas de implantação e implementação do programa; e
 - h. A metodologia de monitoramento das metas.
4. A operadora poderá compor uma equipe multidisciplinar para acompanhamento da assistência e educação em saúde que tenha como foco:
 - a. Incentivar a realização do pré-natal, cujo objetivo é

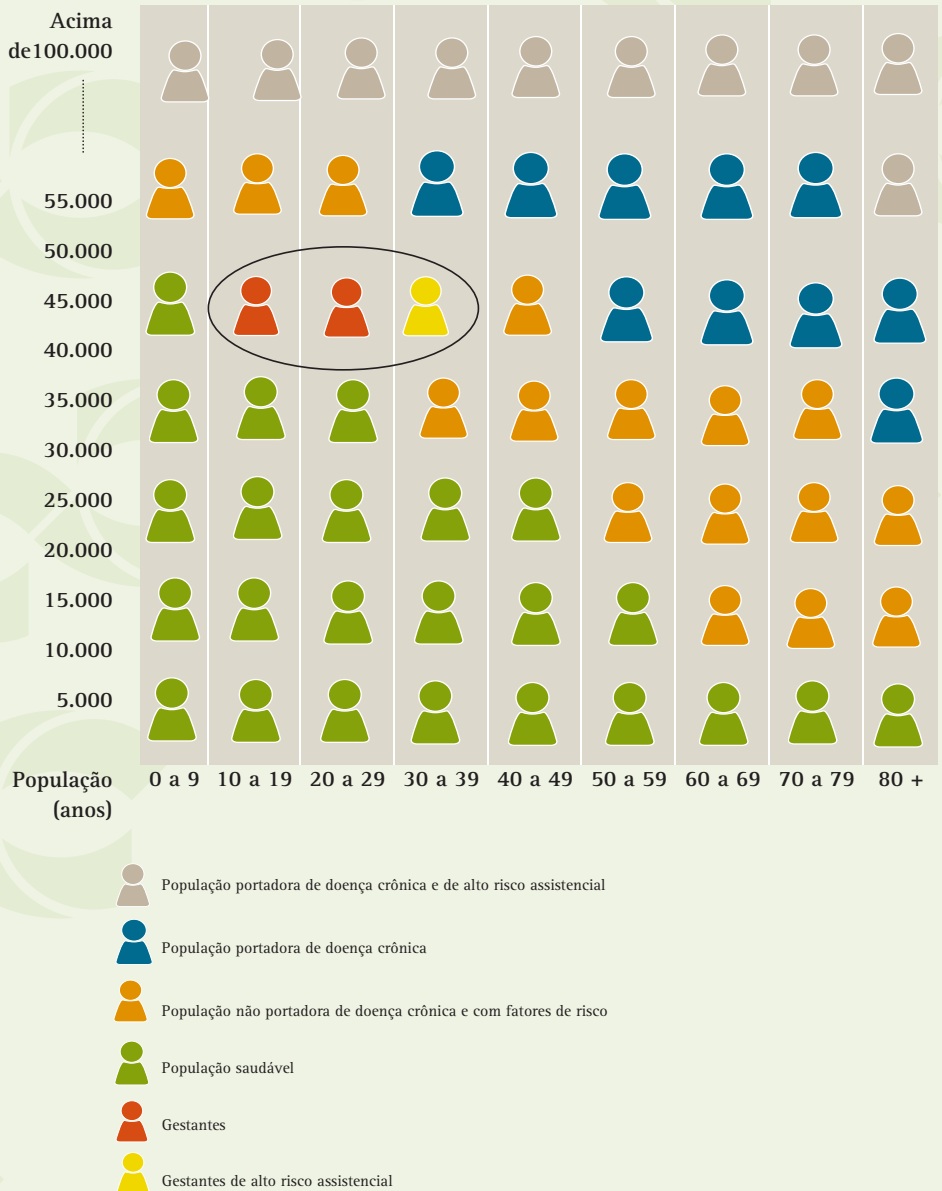
- identificar e prevenir intercorrências clínicas, cirúrgicas e obstétricas que possam trazer agravos à gestante ou ao feto.
- b. Detecção precoce de diabetes, hipertensão arterial, dislipidemias, e outras situações passíveis de cuidado para se programar uma gestação saudável e com redução de riscos e danos.
 - c. Orientar as mulheres de que todas são capazes de dar a luz a seus filhos de forma natural, isto é, sem a intervenção de uma cesariana. Existem indicações precisas para a realização de uma cesárea que envolvem a proteção da vida da mãe e/ou do bebê. Observar tais recomendações e estimular o parto natural tem vantagens, tanto para a parturiente quanto para o bebê.
 - d. Oferecer às gestantes informações gerais sobre hábitos de vida saudável, orientação alimentar, atividade física, noções do parto e aleitamento materno.
 - e. Orientar e explicar os motivos porque uma gestante deve usar preservativo em todas as suas relações sexuais.
 - f. Oferecer orientações sobre uso de medicamentos, tabagismo, ingestão de álcool ou drogas ilícitas.
 - g. Acompanhar a trajetória das gestantes junto aos prestadores de serviços de saúde, elaborando em conjunto um plano de cuidados para a gestante.
 - h. Oferecer orientações em grupo ou individualmente, sobre diversos temas de interesse, além das orientações através de cartas personalizadas, telefonemas e através de outras mídias.
5. As estratégias de premiação podem e devem ser usadas como meio de incentivar a adesão das beneficiárias ao programa.
 6. Além das ações para o gerenciamento do cuidado e educação

em saúde, as operadoras podem estimular alternativas para que as gestantes reflitam e transformem seu estilo de vida. Para isso a operadora poderá oferecer benefícios em:

- a. academias de ginástica voltadas para gestantes;
- b. cinemas, teatros;
- c. restaurantes que busquem cardápios saudáveis;
- d. grupos de gestantes;
- e. lojas de roupas de gestantes e de bebês;
- f. redução da coparticipação em procedimentos;
- g. outros serviços ou coberturas adicionais em planos de saúde;
- h. medicamentos; e
- g. outras situações que despontarão do contato com as beneficiárias e suas necessidades.

A figura abaixo exemplifica a seleção de beneficiários para um programa de população alvo-específica (gestante).

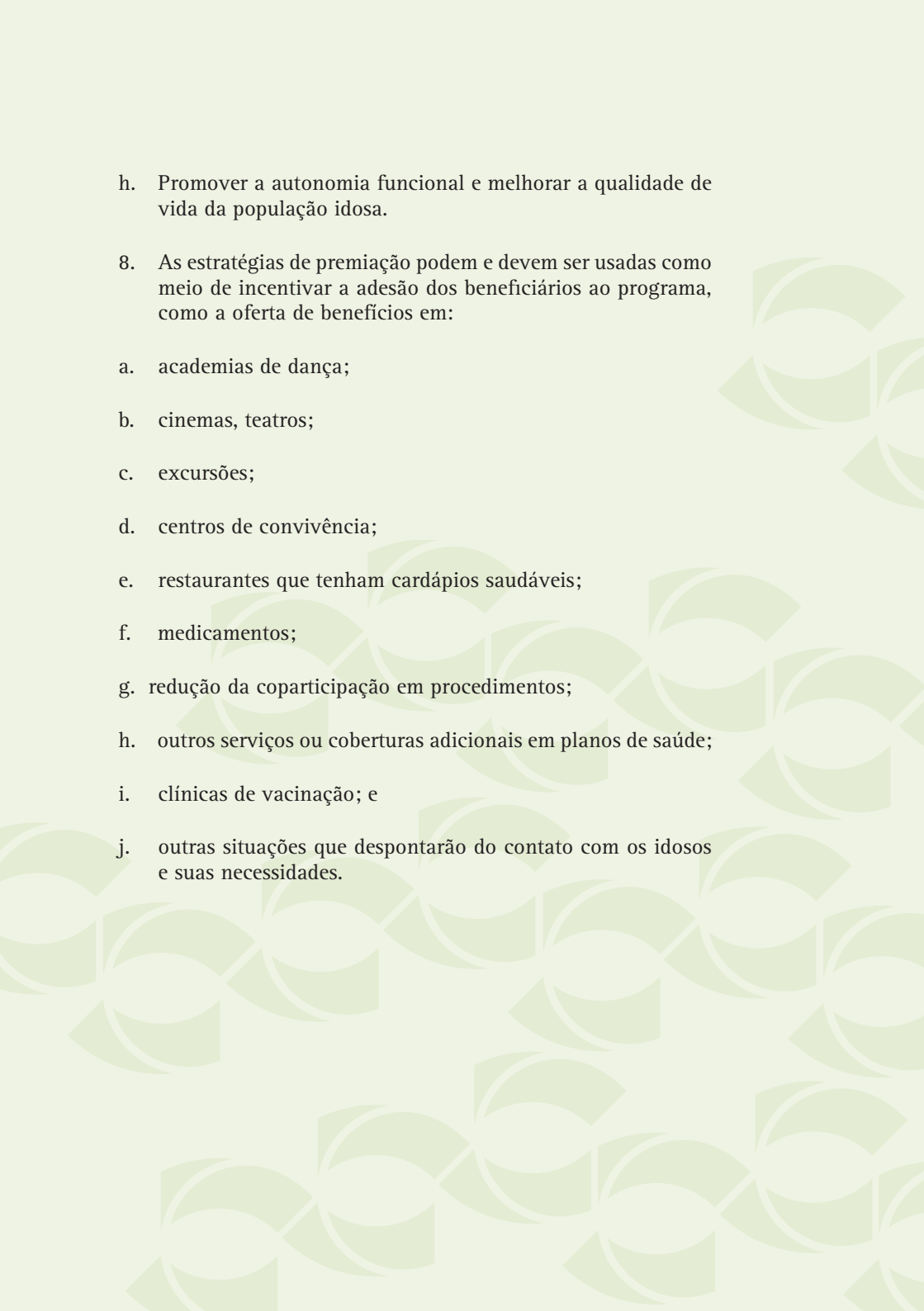
Figura 2 – Seleção população para o programa específico para gestantes



Exemplo 2: Programa para Idosos

1. A abordagem do idoso representa o maior desafio da atenção à saúde moderna, tendo em vista que o grau de vulnerabilidade extremamente heterogêneo.
2. Evidências demonstram que o atendimento ao idoso de forma fragmentada, sem avaliação da sua funcionalidade e sem a compreensão das repercussões do envelhecimento nos processos saúde-doença afetam negativamente sua saúde.
3. A compreensão de que se deve investir no idoso saudável, mesmo aquele com doença crônica e em tratamento, ou seja, a imensa maioria dos idosos da nossa sociedade, é uma visão contemporânea que os gestores da saúde deveriam aplicar. Desse modo, a abordagem da prevenção secundária deve ser operacionalizada a partir das características próprias do idoso. A ocorrência de doenças crônicas na população idosa é, sem dúvida, de grande magnitude. Cabe-nos saber, entretanto, o quanto tais patologias os impedem de exercer suas atividades rotineiras de forma independente e autônoma. É a diminuição da capacidade funcional do idoso que o tornará, de alguma forma, dependente de um nível mais complexo de assistência.
4. Os programas para promoção da saúde e prevenção de doenças desenvolvidos especificamente para os idosos devem ter como foco de ação as Síndromes Geriátricas.
5. Os elegíveis para o programa são os beneficiários com 60 anos ou mais (de acordo com o alvo estabelecido no programa).
6. Após identificar os beneficiários elegíveis para o programa a operadora deverá estabelecer:
 - a. A justificativa para o desenvolvimento do programa;
 - b. Os objetivos do programa;

- c. Os resultados esperados para a população do programa;
 - d. A metodologia de monitoramento dos resultados esperados (definição de indicadores de processo, de saúde do idoso, de qualidade da atenção e de custo);
 - e. A forma de integração entre as atividades oferecidas no programa e a rede prestadora de serviços de saúde;
 - f. Definição das estratégias para adesão dos idosos às atividades estabelecidas e retenção ao programa;
 - g. As metas de implantação e implementação do programa; e
 - h. A metodologia de monitoramento das metas.
7. A operadora poderá compor uma equipe multidisciplinar para acompanhamento da assistência ao idoso que tenha como foco:
- a. Promover o envelhecimento ativo e saudável;
 - b. Estruturar a atenção integrada à saúde da pessoa idosa;
 - c. Fortalecer a participação do beneficiário e das famílias na escolha dos planos terapêuticos e no processo do cuidado;
 - d. Monitorar o processo de envelhecimento;
 - e. Identificar os fatores de risco de doenças e agravos;
 - f. Promover a formação e a educação permanente para os profissionais de saúde com foco na especificidade da atenção ao idoso; e
 - g. Identificar e promover os fatores de proteção e recuperação da saúde;

- 
- h. Promover a autonomia funcional e melhorar a qualidade de vida da população idosa.
 - 8. As estratégias de premiação podem e devem ser usadas como meio de incentivar a adesão dos beneficiários ao programa, como a oferta de benefícios em:
 - a. academias de dança;
 - b. cinemas, teatros;
 - c. excursões;
 - d. centros de convivência;
 - e. restaurantes que tenham cardápios saudáveis;
 - f. medicamentos;
 - g. redução da coparticipação em procedimentos;
 - h. outros serviços ou coberturas adicionais em planos de saúde;
 - i. clínicas de vacinação; e
 - j. outras situações que despontarão do contato com os idosos e suas necessidades.

A figura abaixo exemplifica a seleção de beneficiários para um programa de população alvo específica (idosos).

Figura 3 – Seleção da população para programa específico para idosos



6.3 Programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida

Ao avaliarem as tendências epidemiológicas e populacionais para as próximas décadas, Kalache *et al* (2002) observaram um aumento considerável na projeção do número de indivíduos entre 90 e 99 anos para 2050, equivalente a um aumento de sete vezes em 50 anos, e da projeção do número de indivíduos acima de 100 anos, equivalente a um aumento de treze vezes em 50 anos.

O perfil epidemiológico da população brasileira aponta a tendência de envelhecimento populacional com aumento na prevalência das doenças crônicas associado ao estilo de vida dos indivíduos. Por sua vez, uma maior expectativa de vida aumenta a carga de doenças e reduz a qualidade de vida de forma diretamente proporcional ao incremento etário.

Nessa perspectiva, uma abordagem de envelhecimento ativo para o desenvolvimento de programas tem o potencial de reunir desafios inerentes às estratégias para se viver mais e melhor.

Em linhas gerais, os programas para a promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida fundamentam-se na premissa de que o período de incapacidade física ou mental pode ser minimizado através da compressão da morbidade para as idades mais avançadas, e no desenvolvimento de linhas de ação aplicáveis como base assistencial a todos os indivíduos, desde as idades mais precoces até as mais avançadas, que poderão ser conjugadas com intervenções pontuais para uma população-alvo específica, conforme o perfil epidemiológico e as necessidades em saúde da carteira de beneficiários.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), o 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. Dessa forma, caracteriza-se pelo conjunto de estratégias orientadas para a manutenção da capacidade funcional e da autonomia dos indivíduos, incorporando ações para a promoção da saúde em todas as faixas etárias, desde o pré-natal até as idades mais avançadas.

6.3.1 Identificação dos beneficiários elegíveis para o programa

Os programas desenvolvidos com base na modelagem do envelhecimento ativo podem ser formatados pela operadora de três formas:

1. Ação linear;
2. Conjunto de populações-alvo (contemplando todas as faixas etárias); e
3. Mista.

É necessário que a operadora ofereça o programa de envelhecimento ativo para todos os beneficiários do produto de acordo com o formato desejado.

6.3.2 Forma 1: Ação Linear

Nesse formato de programa para promoção do envelhecimento ativo, a operadora define uma linha de ação que será aplicada para todos os indivíduos do produto, perpassando todas as faixas etárias.

É importante ressaltar que, para uma mesma linha de ação, a operadora poderá planejar atividades diferenciadas para cada grupo, em função das características de cada faixa etária. A escolha da operadora por um programa para a promoção do envelhecimento ativo de forma linear (por exemplo, a prática de exercícios físicos, a alimentação saudável, imunização, cuidados relativos ao estresse), tem como objetivo atuar sobre indivíduos saudáveis, ou com fatores de risco ou doentes.

Alguns exemplos de programas com Ação Linear

1. Imunização; ou
2. Promoção da alimentação saudável; ou
3. Promoção da atividade física; ou

4. Redução do estresse.

Exemplo prático

Exemplo 1: Imunização

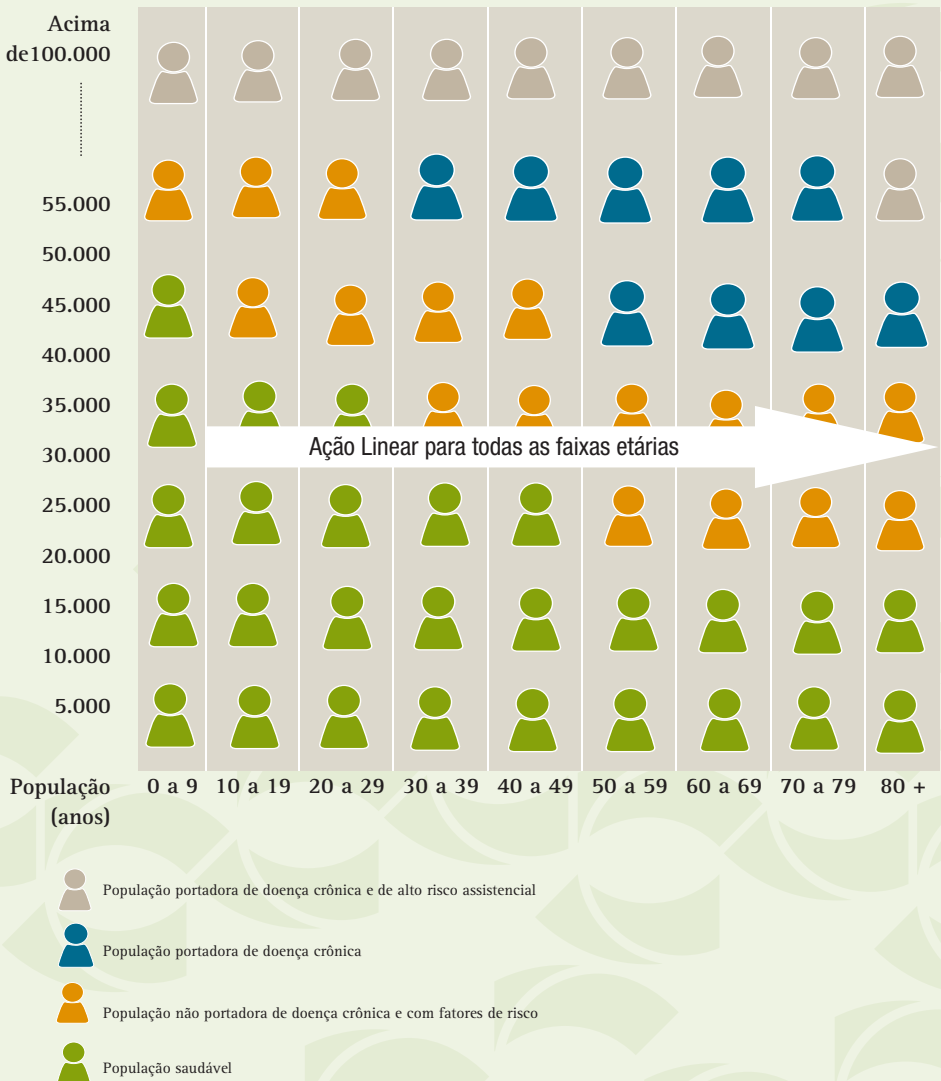
Um programa para promoção do envelhecimento ativo que apresenta a “imunização” como linha de ação linear poderá ser desenhado com base em diferentes ações e suas associações:

1. As atividades de imunização deverão ser aplicadas a todas as faixas etárias;
2. A operadora poderá compor uma equipe multidisciplinar de assistência e educação em saúde que atue, ao mesmo tempo, como coordenadora do cuidado;
3. Para desenvolver o programa de imunização a operadora poderá desenvolver as seguintes atividades:
 - a. Acompanhamento da caderneta de vacinação obrigatória, por uma equipe coordenadora do cuidado da operadora; ou
 - b. Oferecimento das vacinas do calendário obrigatório ou oferecimento de desconto em clínicas especializadas de imunização; ou
 - c. Oferecimento das vacinas fora do calendário obrigatório ou oferecimento de desconto em clínicas especializadas de imunização; ou
 - d. Promoção de campanhas de vacinação em crianças, adolescentes, adultos, idosos e, até mesmo, em pessoas portadoras de alguma patologia, através da utilização variada de mídias, do estímulo pelo profissional credenciado para oferecer assistência na rede, do contato personalizado com os beneficiários, das ações conjuntas com as empresas contratantes dos planos coletivos, etc; e

- e. Divulgação de informações sobre a importância da imunização, as reações adversas possíveis e o acesso ao Programa e às vacinas.
- 4. As estratégias de bonificação (desconto na mensalidade) ou de premiação podem e devem ser usadas como meio de incentivar a adesão dos beneficiários ao programa, como a oferta de benefícios em:
 - a. academias de ginástica;
 - b. academias de dança;
 - c. cinemas, teatros;
 - d. restaurantes que tenham cardápios saudáveis;
 - e. clínicas de vacinação;
 - f. redução da coparticipação em procedimentos;
 - g. outros serviços ou coberturas adicionais em planos de saúde;
 - h. outras situações que despontarão do contato com crianças, adolescentes, adultos, idosos e suas necessidades.

A figura abaixo exemplifica a seleção de beneficiários para um programa de população de programa para envelhecimento ativo na forma ação linear.

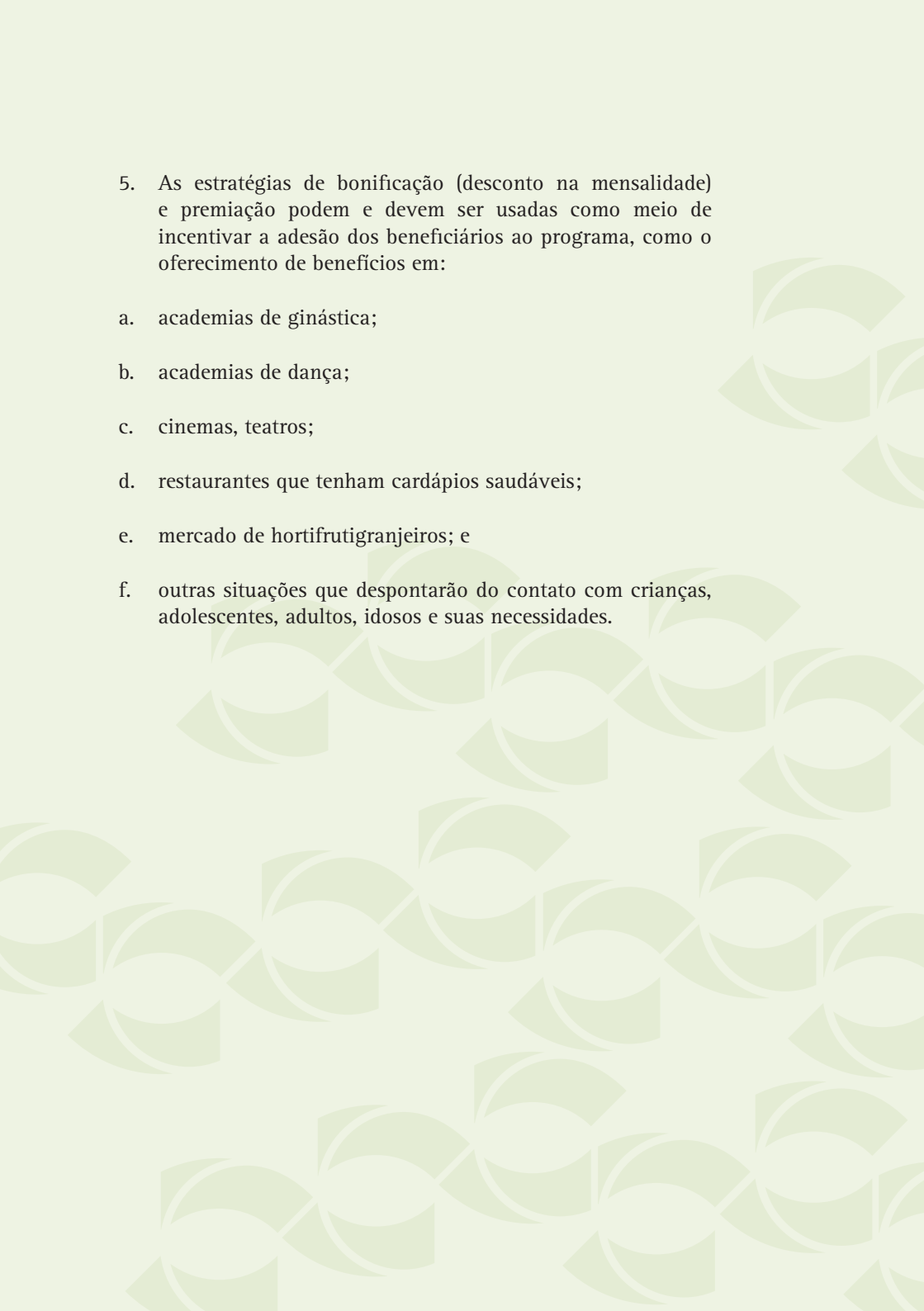
Figura 4 – População de programa para envelhecimento ativo na forma ação linear



Exemplo 2: Alimentação Saudável

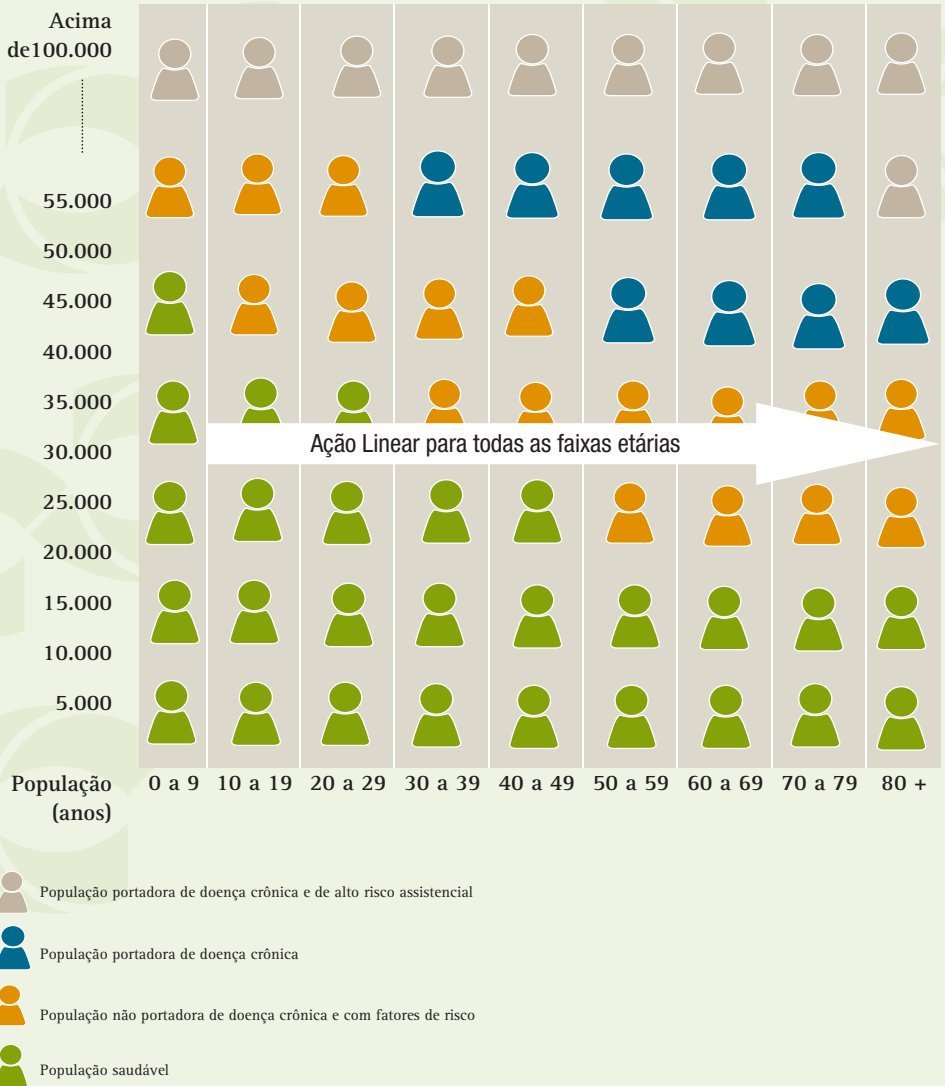
Um programa para promoção do envelhecimento ativo que apresenta “alimentação saudável” como linha de ação linear poderá ser desenhado com base em diferentes ações e suas associações:

1. As atividades de alimentação saudável deverão ser aplicadas a todas as faixas etárias de um produto;
2. Se desejar, a operadora poderá definir atividades diferenciadas para as faixas etárias;
3. A operadora poderá compor uma equipe multidisciplinar de assistência e educação em saúde que atue, ao mesmo tempo, como coordenadora do cuidado;
4. Para desenvolver o programa de alimentação saudável a operadora poderá desenvolver as seguintes atividades:
 - a. promoção de campanhas sobre alimentação saudável em crianças, adolescentes, adultos, idosos, através da utilização variada de mídias, do estímulo pelo profissional credenciado para oferecer assistência na rede, do contato personalizado com os beneficiários, das ações conjuntas com as empresas contratantes dos planos coletivos, etc; e
 - b. divulgação de informações sobre a importância da alimentação saudável;
 - c. convênios com restaurantes e supermercados;
 - d. acompanhamento com nutricionista;
 - e. parcerias com RHs para acompanhamento da alimentação no trabalho;
 - f. utilização de redes sociais.

- 
5. As estratégias de bonificação (desconto na mensalidade) e premiação podem e devem ser usadas como meio de incentivar a adesão dos beneficiários ao programa, como o oferecimento de benefícios em:
- a. academias de ginástica;
 - b. academias de dança;
 - c. cinemas, teatros;
 - d. restaurantes que tenham cardápios saudáveis;
 - e. mercado de hortifrutigranjeiros; e
 - f. outras situações que despontarão do contato com crianças, adolescentes, adultos, idosos e suas necessidades.

A figura abaixo exemplifica a seleção de beneficiários para um programa de população de programa para envelhecimento ativo na forma linear.

Figura 5 – População de programa para envelhecimento ativo na forma ação linear



6.3.3 Forma 2: Conjunto de Populações-Alvo

Nesse formato de programa para promoção do envelhecimento ativo, a operadora estrutura o programa a partir de um conjunto de populações-alvo, definidas a seu critério, de forma a contemplar os indivíduos em todas as faixas etárias.

Podemos dizer que, nesse formato, o programa será composto por “multi-programas” desenhados para as populações-alvo, abrangendo com isso todo o produto.

Alguns exemplos de programas Conjunto de Populações-Alvo

Como exemplos de programas para a promoção do envelhecimento ativo formatados por um conjunto de populações-alvo que abordam todas as faixas etárias, sugerimos a conjugação dos temas programáticos especificados no tópico

6.2.2 Algumas Sugestões de Programas que levam em consideração os ciclos de vida.

Ressaltamos que as ações deste formato de programa devem contemplar a abordagem de todas as faixas etárias, sem interrupções.

Exemplo Prático

Exemplo 1

Tema	Faixa etária
Obesidade	Crianças Adolescentes
Diabetes	Adultos
Prevenção de quedas	Idosos

Obesidade – Crianças e Adolescentes

1. Trata-se de um programa voltado para crianças e adolescentes. Os beneficiários elegíveis para o programa são indivíduos saudáveis, indivíduos com riscos para desenvolverem obesidade, indivíduos obesos com riscos para desenvolverem alguma outra patologia ou com danos já instalados.
2. Uma vez identificada a população elegível, a operadora deverá estabelecer:
 - a. A justificativa para o desenvolvimento do programa;
 - b. Os objetivos;
 - c. O que se espera obter de resultados para a população específica;
 - d. A metodologia de monitoramento dos resultados esperados (definição dos indicadores de redução de peso, de qualidade de vida, de qualidade da atenção e de custo);
 - e. A integração entre as atividades oferecidas no programa e a rede de prestadores de serviços;
 - f. A definição das estratégias para adesão dos responsáveis aos cuidados necessários a este período da vida da criança e do adolescente e para a retenção ao programa;
 - g. As metas de implantação e implementação do programa; e
 - h. A metodologia de monitoramento das metas.
3. A operadora poderá compor uma equipe multidisciplinar de assistência e educação em saúde que tenha como foco:
 - a. O estabelecimento de contato no intuito de alertar sobre a necessidade de estimular hábitos saudáveis de vida em seus filhos;

- b. A divulgação de informações sobre cardápios saudáveis para refeições diárias, incluindo a merenda escolar;
- c. A divulgação de informações sobre como introduzir diversos alimentos aos bebês – que já saíram da fase de amamentação exclusiva – para aprimorar o paladar das crianças por alimentos não industrializados;
- d. A divulgação de informações de receitas que possam ser preparadas, como forma de incentivo ao prazer pela alimentação saudável;
- e. Composição de equipe multidisciplinar de especialistas nas áreas de endocrinologia, nutrição, psicologia, psiquiatria, educação física, fisioterapia e enfermagem;
- f. Promoção de encontros de convivência, promoção e prevenção de saúde, com o objetivo de estimular a prática de exercícios físicos, alimentação mais saudável e busca de novos prazeres que não envolvam comida;
- g. Divulgação de informações sobre exercícios possíveis para obesos;
- h. Estímulo para realização da consulta com nutricionista;
- i. Divulgação de informações sobre o ciclo produtivo dos alimentos até a mesa;
- j. Divulgação de curiosidades sobre os alimentos e atividade física;
- k. Divulgação de informações sobre a importância de experimentar novos sabores e hobbies que possam se constituir em novos prazeres;
- l. Realização de oficinas para a preparação de receitas que possam ser preparadas pelos próprios beneficiários, como forma de incentivo ao prazer pela alimentação saudável;

- m. Divulgação de informações sobre a composição dos alimentos industrializados; e
 - n. Realizar grupos de crianças com o objetivo de produzir e experimentar alimentos saudáveis.
4. As estratégias de bonificação (desconto na mesalidade) podem e devem ser usadas como meio de buscar a adesão dos pais ao tratamento e ao programa e oferecer incentivos para que os responsáveis venham a refletir e transformar seu estilo de vida e de seus filhos, como oferecer benefícios em:
- a. academias de ginásticas;
 - b. academias de dança;
 - c. cinemas, teatros;
 - d. restaurantes que tenham cardápios saudáveis;
 - e. redução da coparticipação em procedimentos;
 - f. outros serviços ou coberturas adicionais em planos de saúde;
 - g. Lojas de equipamentos esportivos;
 - h. lojas de brinquedos; e
 - i. mercado de hortifrutigranjeiros.

Diabetes - Adultos

1. Trata-se de um programa voltado para adultos. Os beneficiários elegíveis para o programa são indivíduos saudáveis, indivíduos com riscos para desenvolverem diabetes, indivíduos diabéticos com riscos para desenvolverem alguma outra patologia ou com danos já instalados.
2. Uma vez identificada a população elegível, a operadora deverá estabelecer:

- a. A justificativa para o desenvolvimento do programa;
 - b. Os objetivos;
 - c. O que se espera obter de resultados para a população específica;
 - d. A metodologia de monitoramento dos resultados esperados (definição dos indicadores de redução de peso, de qualidade de vida, de qualidade da atenção e de custo);
 - e. A integração entre as atividades oferecidas no programa e a rede de prestadores de serviços;
 - f. A definição das estratégias para a retenção ao programa;
 - g. As metas de implantação do programa;
 - h. A metodologia de monitoramento das metas
3. A operadora poderá utilizar diversas alternativas para desenhar o programa.
- a. A operadora pode criar um serviço assistencial específico para atender à população do programa, cujos profissionais de saúde realizam ações de atenção básica e gerenciariam o cuidado do beneficiário acompanhando sua trajetória de referência e contra-referência para a rede prestadora de serviços;
 - b. Outra opção é a operadora dispor de uma equipe multidisciplinar responsável por gerir o cuidado dos beneficiários do programa, através do acompanhamento de planos terapêuticos elaborados em conjunto com profissionais assistentes na rede credenciada e com os próprios beneficiários e familiares. Ambos os modelos visam o bem estar e a redução de possíveis agravos.
 - c. Tanto na opção de serviço estruturado especificamente

para o programa, quanto na opção de uma equipe de planos terapêuticos, as equipes devem estar compostas com profissionais de diversas áreas de conhecimento em saúde, com afinidade mínima ao agravo que envolve a população específica.

- d. As necessidades peculiares de cada situação devem ser supridas através da rede assistencial, sempre com o gerenciamento de cuidado da equipe do programa, que irá coordenar o cuidado buscando contato com os demais profissionais envolvidos, visando o bem estar do beneficiário.
- e. Ainda que a operadora identifique os beneficiários elegíveis, eles precisam aderir voluntariamente ao programa. Para tal, a operadora deve estabelecer estratégias que favoreçam o reconhecimento e a aceitação do programa de Saúde pelo beneficiário.
- f. A maneira mais eficaz de garantir a participação do beneficiário é através da diminuição da assimetria da informação e do estabelecimento de confiança com a operadora.
- g. A operadora, juntamente com as empresas contratantes, ou de acordo com as áreas de residência dos beneficiários, poderá promover atividades voltadas ao estímulo da melhoria de qualidade de vida.
- h. As estratégias de bonificação (desconto na mensalidade) podem e devem ser usadas como meio de incentivar a adesão dos beneficiários ao tratamento e ao programa.
- i. Muitas vezes, a Diabetes pode estar associada à H.A.S e à Obesidade, o que requer, na maioria das vezes, assistência farmacológica, realização de atividades físicas, alimentação equilibrada e adequação de um estilo de vida protetor da saúde. Seguindo esse exemplo, a operadora também poderá oferecer como prêmio de incentivo à participação no programa, benefícios em:
 - Academias de ginásticas;

- Academias de dança;
- Cinemas, teatros;
- redução da coparticipação em procedimentos;
- outros serviços ou coberturas adicionais em planos de saúde;
- Restaurantes que busquem cardápios com alimentação saudável; e
- Outras situações que despontarão do contato com os beneficiários e suas necessidades.

Prevenção de Queda – Idosos

1. Os beneficiários elegíveis para o programa são idosos saudáveis, idosos com fraqueza muscular, idosos com riscos para instabilidade postural e alterações da marcha ou idosos com danos já instalados.
2. Uma vez identificada a população elegível, a operadora deverá estabelecer:
 - a. A justificativa para o desenvolvimento do programa;
 - b. Os objetivos;
 - c. O que se espera obter de resultados para a população específica;
 - d. A metodologia de monitoramento dos resultados esperados (definição dos indicadores de prevenção de queda, de qualidade de vida, de qualidade da atenção e de custo);
 - e. A integração entre as atividades oferecidas no programa e a rede de prestadores de serviços;

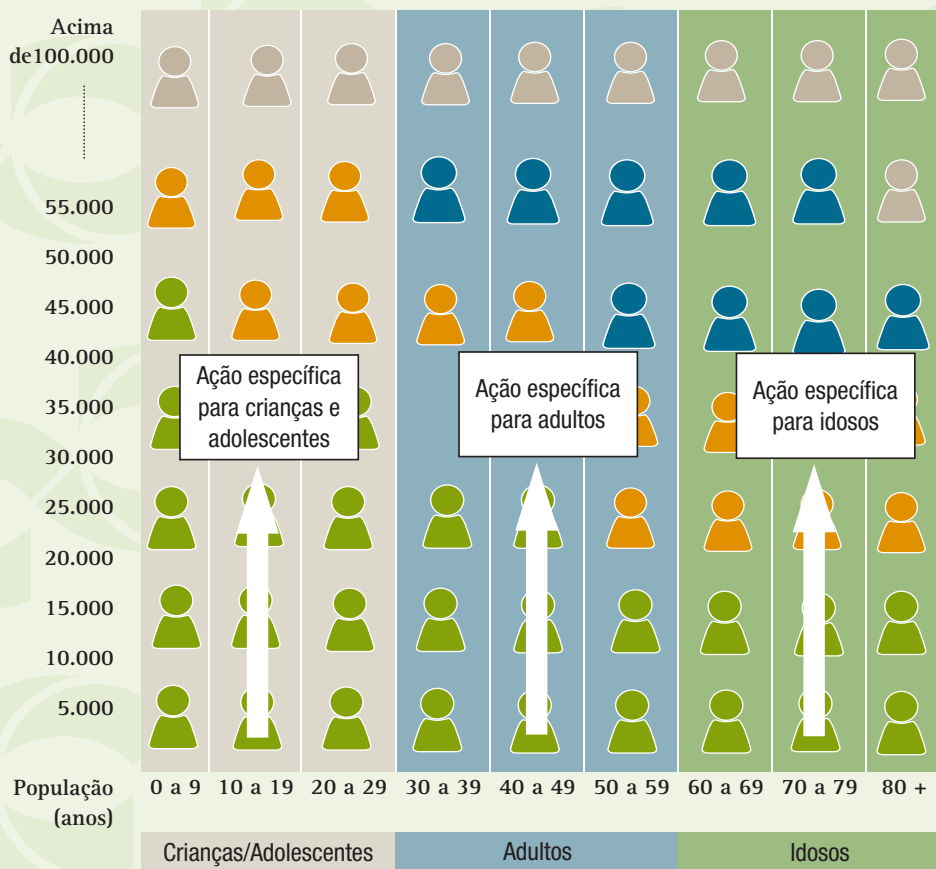
- f. A definição das estratégias para a retenção do beneficiário ao Programa;
 - g. As metas de implantação e implementação do Programa; e
 - h. A metodologia de monitoramento das metas.
3. São considerados situações de risco – idosos frágeis:
 - a. Idosos com ≥ 80 anos
 - b. Idosos com ≥ 60 anos apresentando:
 - Polipatologias (≥ 5 diagnósticos)
 - Polifarmácia (≥ 5 drogas/dia)
 - Imobilidade parcial ou total
 - Incontinência urinária ou fecal
 - Instabilidade postural (quedas de repetição)
 - Incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delírium)
 - Idosos com história de internações frequentes e/ou pós alta hospitalar
 - Idosos dependentes nas atividades básicas de vida diária básica (ABVDs)
 - Insuficiência familiar: Idosos em situação de vulnerabilidade social, tanto nas famílias, como institucionalizados (ILPI)
 4. A instabilidade postural tem como principal consequência a elevada incidência de quedas e outros traumas, com suas repercussões, levando a grandes limitações para a vida e o bem-estar. Além das limitações advindas das repercussões das

quedas, a dificuldade para lidar com a insegurança e o medo de cair leva à reclusão e limitação para as atividades habituais e devem ser abordadas minuciosamente. Devemos lembrar sempre que as quedas resultantes de alterações da marcha são passíveis de correção por tratamentos fisioterápicos.

5. A elevada incidência de quedas em idosos deve ser encarada como um dos mais importantes sintomas em geriatria, já que dados epidemiológicos apontam expressivo aumento da mortalidade em idosos que caem com frequência, mesmo se excluindo os óbitos causados pelo trauma.
6. Ressaltamos a importância de investigar sempre o idoso com distúrbio de marcha antes de encaminhá-lo para reabilitação. A importância do diagnóstico é identificar causas reversíveis ou tratáveis e indicar modalidade correta de reabilitação para as causas não tratáveis.
7. Para a prevenção de quedas propõe-se a adaptação do ambiente com remoção dos riscos para prevenção de acidentes e aumento da funcionalidade. Por outro lado, incentiva-se a mudança de atitude observando a supervalorização do conhecimento prévio e familiaridade com o ambiente doméstico.
8. A prevenção pode se dar das seguintes maneiras:
 - a. Prevenção primária: incentivo à atividade física, nutrição adequada, avaliação de riscos domésticos, revisão periódica da medicação buscando eliminar a que favorece as quedas.
 - b. Prevenção secundária: identificação dos fatores que aumentam os riscos em pessoas que já sofreram quedas.
9. Observa-se que um grande contingente de fraturas de bacia em decorrência de quedas são devidas ao uso de medicações e muitos efeitos adversos apresentados são passíveis de prevenção com uma abordagem adequada. Eventos graves que colocam em risco a vida dos pacientes apresentam maior probabilidade de serem evitados comparados com os efeitos menos graves.

A figura abaixo exemplifica a seleção de beneficiários para um Programa de População de programa para envelhecimento ativo na forma conjunta de população Alvo Específica.

Figura 6 – População para programa de envelhecimento ativo na forma conjunta de População Alvo Específica



- População portadora de doença crônica e de alto risco assistencial
- População portadora de doença crônica
- População não portadora de doença crônica e com fatores de risco
- População saudável

6.3.5 Forma 3: Mista

Os programas para promoção do envelhecimento ativo na forma mista representam a conjugação das duas formas anteriormente descritas: a Ação Linear + Conjunto de Populações-Alvo. Nesse formato de programa, a operadora define uma base de ação linear mestre para aplicação em todas as faixas etárias e, ao mesmo tempo, estabelece intervenções para uma população-alvo com foco específico.

Alguns exemplos de programas da forma Mista

1. Alimentação saudável como linha de ação linear para aplicação em todas as faixas etárias + ações específicas para gestantes; ou
2. Alimentação saudável como linha de ação linear para aplicação em todas as faixas etárias + conjugada com ações específicas para obesos; ou
3. Estímulo à atividade física como linha de ação linear para aplicação em todas as faixas etárias + ações específicas para obesos, hipertensos e diabéticos.

Exemplo prático

Exemplo 1

Tema	Faixa etária
Alimentação Saudável	Ação linear em todas as faixas etárias
Câncer de mama	Mulheres

Alimentação Saudável – Ação Linear em todas as faixas etárias

Ver exemplo de programa sugerido no item 6.3.2 Forma 1: Ação Linear; Exemplo 2: Alimentação Saudável.

Câncer de Mama

As beneficiárias elegíveis para o programa são mulheres saudáveis, mulheres com riscos para desenvolverem câncer de mama, mulheres doentes e com danos já instalados.

4. Uma vez identificada a população elegível, a operadora deverá estabelecer:
 - a. A justificativa para o desenvolvimento do Programa;
 - b. Os objetivos;
 - c. O que se espera obter de resultados para a população específica;
 - d. A metodologia de monitoramento dos resultados esperados (definição dos indicadores de incidência e prevalência, de rastreamento, de qualidade de vida, de qualidade da atenção e de custo);
 - e. A integração entre as atividades oferecidas no programa e a rede de prestadores de serviços;
 - f. A definição das estratégias para a retenção ao Programa;
 - g. As metas de implantação e implementação do Programa;
 - h. A metodologia de monitoramento das metas
5. A operadora poderá compor uma equipe multidisciplinar de assistência educação em saúde que tenha como foco:
 - a. a redução dos índices de incidência e mortalidade pelo câncer está associada à conscientização da população sobre a necessidade de se adotar um estilo de vida saudável e se submeter a exames periódicos de detecção da doença em sua fase inicial;
 - b. a divulgação de informações sobre a necessidade de adoção de um estilo de vida saudável e controle de alguns fatores de risco como a obesidade e o tabagismo;
 - c. rastreamento de riscos conforme protocolo de prevenção (mulheres com histórico familiar de câncer de mama ou

de ovário e mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ);

- d. o estímulo à realização de exames periódicos de detecção da doença em sua fase inicial conforme protocolo de prevenção (exame clínico da mama e mamografia);
 - e. a importância da divulgação de informações personalizadas;
 - f. o necessário contato com os profissionais de saúde da rede prestadora para indicar o cadastramento das mulheres no programa de prevenção ao câncer;
 - g. realizar grupos de informação sobre o tema em diversos locais frequentados por mulheres da carteira, como por exemplo, os ambientes de trabalho das empresas contratantes dos planos de saúde coletivos.
6. As estratégias de bonificação (desconto na mensalidade) podem e devem ser usadas como meio de buscar a adesão das beneficiárias ao tratamento e ao programa.
 7. Além das ações de gerenciamento de cuidado, e de educação e saúde, as operadoras podem estimular alternativas para que os beneficiários venham a refletir e transformar seu estilo de vida, e aderir aos programas de saúde, como oferecer benefícios em:
 - a. academias de ginásticas;
 - b. academias de dança;
 - c. cinemas, teatros;
 - d. restaurantes que tenham cardápios saudáveis;
 - e. lojas de departamentos;
 - f. salão de beleza; e
 - g. mercado de hortifrutigranjeiros; e
 - h. Outras situações que despontarão do contato com as mulheres e suas necessidades.

A figura abaixo exemplifica a seleção de beneficiários para um Programa de População de programa para envelhecimento ativo na forma mista.

Figura 7 – População de programa para envelhecimento ativo na forma mista



- População portadora de doença crônica e de alto risco assistencial
- População portadora de doença crônica
- População não portadora de doença crônica e com fatores de risco
- População saudável

Referências

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CASTIEL, L.D; DIAZ, C.A.D. Discursos sobre riscos e comportamentos sadios baseados em evidências. In: A SAÚDE persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

CHAPMAN, L. Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies. Art Health Promot., n. 6, p. 1-16, 2003.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. Carta de Ottawa. Ottawa, 1986.

FERRAZ, Marcos Bosi. A importância da informação em saúde suplementar. Disponível em: <http://unidas.org.br/institucional/arq_inst/congresso2005/29-11-2005/Dr_Marcos_Bosi/A_Importancia_da_Informacao_em_Saude_Suplementar.pdf>. Acesso em 28 out. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2008. Brasília, DF, 2008. v. 29.

KALACHE, A. et al. Compression of morbidity and active ageing: key priorities for public health policy in the 21st century. Bulletin of The World Health Organization, v. 80, n. 3, 2002.

NATIONAL PREVENTION COUNCIL. National prevention strategy: American's plan for better health and wellness. Washington, DC, 2011.

SAÚDE da mulher. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=152>. Acesso em 1 out. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases 2008-2013. Geneva, 2008.

_____. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, DF: OPAS, 2005.

_____. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, 2011.

_____. The impact of chronic disease in Brazil. Geneva, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/brazil.pdf>. Acesso em 28 out. 2011.



Glossário

Abordagem prospectiva – abordagem de agora para o futuro, acompanhamento contínuo e em longo prazo dos beneficiários do programa.

Ações programáticas integradas e transversais – ações em programas de promoção e prevenção em saúde que envolvem de forma articulada diversos profissionais de saúde e serviços em rede.

Autonomia - é o exercício da autodeterminação; indivíduo autônomo é aquele que mantém o poder decisório e o controle sobre sua vida.

Capacidade funcional - capacidade de o indivíduo manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma.

Ciclo de vida – uma fase da vida.

Condição de risco – trata-se de um conjunto de fatores que aumentam a probabilidade de alguém ter determinada doença. Por exemplo, tabagistas têm mais risco de adoecer de câncer de pulmão.

Cuidado – articulação de profissionais e tecnologias, em tempo hábil, adequada às necessidades dos beneficiários, visando solução ou seguimento dos problemas apresentados. Pressupõe a capacidade de compreensão das demandas dos beneficiários.

Fator de risco – comportamento, característica ou condição do meio que tem associação estatística com o desenvolvimento de uma doença ou agravamento de uma condição de saúde. Como por exemplo: alimentação abundante em gorduras, tabagismo, sexo masculino, idade avançada e história de infarto agudo do miocárdio na família são fatores de risco para infarto agudo do miocárdio.

Gerenciamento de riscos – ação organizada que visa intervir em condições de risco de adoecimento e agravos, nas populações e indivíduos, diminuindo-as e/ou controlando-as. Pressupõe compreensão das demandas e necessidades da população, planejamento, monitoração e avaliação do impacto das ações sobre os problemas selecionados.

Modelagem de programas – modelos de programas de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças podem ser desenvolvidos na saúde Suplementar: Programa para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida: Programa para População-Alvo Específica e Programa para Gerenciamento de Crônicos

Prevenção de riscos e doenças - orienta-se por ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de enfermidade específica. Dessa forma, esse amplo conceito fundamenta-se nos princípios de intersectorialidade, integralidade, mobilização e controle social, informação, sustentabilidade, entre outros. As ações de prevenção podem ser divididas em três níveis: primária, secundária e terciária.

Prevenção Primária - compreende a adoção de medidas preventivas no período pré-doença. Portanto, objetiva-se evitar sua instalação, ou seja, a identificação precoce de indivíduos em risco para doenças e o estabelecimento de ações que tentam evitar a instalação de quadros mórbidos, através da estratégia dos programas de promoção e educação em saúde. Exemplos, programas de imunização para se evitar a instalação de doenças, incentivo à atividade física, nutrição adequada, avaliação de riscos domésticos, revisão periódica da medicação buscando eliminar a que favorece as quedas. Também a utilização de escalas de avaliação baseada no conhecimento epidemiológico para a identificação de agravos.

Prevenção Secundária - o tratamento das doenças de modo mais precoce possível ou condições assintomáticas. Também faz parte desta categoria a identificação dos fatores que aumentam os riscos, por exemplo, em pessoas que já sofreram quedas.

Prevenção terciária - são o conjunto de ações que visam reduzir a incapacidade de forma a permitir uma rápida e melhor reintegração do indivíduo na sociedade aproveitando as capacidades remanescentes,

portanto consiste no planejamento e execução de medidas de tratamento e reabilitação de casos de doença já estabelecidos, visando à redução da duração e do grau de incapacidade, sendo um aspecto importante da terapêutica e da reabilitação.

Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças - um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas que objetivam a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações.

Promoção da Saúde – processo político que articula ações sanitárias, sociais, ambientais e econômicas voltadas para a redução das situações de vulnerabilidade e dos riscos à saúde da população; capacitação dos indivíduos e comunidades para modificarem os determinantes de saúde em benefício da própria qualidade de vida; e participação social na gestão das políticas de saúde.

Segurança (do paciente) – disciplina que tem como foco a análise, intervenção e monitoramento do trabalho em saúde com o objetivo de prevenir erros e acidentes que possam causar problemas na saúde do paciente.

Vulnerabilidade – conjunto de fatores de natureza biológicas, epidemiológica, social e cultural cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma pessoa ou população frente a uma determinada doença, condição ou dano.

