

PARÂMETROS TÉCNICOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

I. INTRODUÇÃO

A implementação de estratégias e Programas de Promoção da Saúde e Prevenção e Controle de Riscos e Doenças é prática no setor suplementar de saúde brasileiro, ainda que, na maioria dos casos, seja realizada de forma fragmentada e desarticulada, não só por iniciativa das operadoras de planos privados de saúde mas também por seus prestadores de serviço.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) considera como um Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças que possua um conjunto de atividades estrategicamente ordenadas e sistematizadas pelas operadoras de planos privados de saúde, não só para o controle de patologias e agravos, mas prioritariamente, para a sua prevenção, direcionadas a toda a população da carteira, ou com perfil epidemiológico de risco conhecido, sob a ação e a coordenação multiprofissional.

Além disso, um programa deve garantir o acompanhamento específico de sua clientela, bem como a avaliação e o monitoramento através de indicadores de saúde. Entende-se por indicadores de saúde, parâmetros utilizados, aceitos universalmente, com o objetivo de direcionar o planejamento das ações programáticas, avaliar e monitorar o estado de saúde da população coberta pelo programa em um período definido.

Para a elaboração e implementação de programas desta natureza, que se proponham efetivos, é fundamental, como ponto de partida para a tomada de decisão dos temas priorizados, a realização de um diagnóstico do perfil demográfico e epidemiológico da carteira, que pode ser feito por meio de questionários de perfil de saúde e doença, com identificação de fatores de risco.

Outras alternativas podem ser utilizadas como forma de quantificar a população alvo do programa como: estabelecimento de uma faixa etária;

gênero; presença de agravos ou fatores de risco; pessoas em fases ou situações da vida que requeiram atenção especial, ou ainda estabelecer, dentro da sua população, uma projeção de risco ou morbidade de acordo com as estimativas de prevalência conhecidas previamente na população geral.

A ANS, através da Gerência-Geral Técnico-Assistencial dos Produtos da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (GGTAP/DIPRO), divulgará, periodicamente, parâmetros e critérios técnicos para o planejamento de programas e realização de atividades, em várias Áreas de Atenção à Saúde. Com a finalidade de qualificar tecnicamente e oferecer subsídios ao setor de saúde suplementar para a elaboração e implementação de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças pelas operadoras de planos de saúde.

Torna-se relevante frisar a importância da participação das operadoras nesse processo de construção dos parâmetros e divulgação de exemplos de programas e atividades.

II. ÁREAS DE ATENÇÃO PRIORITÁRIAS

Saúde da Criança

Saúde do Adolescente

Saúde do Adulto e do Idoso

Saúde da Mulher

Saúde do Homem

Saúde Bucal

Saúde Mental

Saúde das Pessoas Portadoras de Deficiências Físicas

III. EXEMPLOS DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS

A) PROGRAMA DE PREVENÇÃO, TRATAMENTO E CONTROLE DO TABAGISMO

O tabagismo é reconhecido como uma doença epidêmica classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). É considerado como fator causal de aproximadamente 50 doenças, entre elas as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas.

O total de mortes no mundo, decorrentes do tabagismo, corresponde atualmente a cerca de 5 milhões por ano e poderá alcançar 10 milhões em 2030. No Brasil, são estimadas cerca de 200 mil mortes anuais em consequência do uso do tabaco. A frequência de fumantes no conjunto das capitais brasileiras é de 16,4%, segundo a pesquisa "Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL, 2007".

Pesquisas mostram que cerca de 80% dos fumantes desejam parar de fumar, porém apenas 3% conseguem, a cada ano. Desses, a maior parte abandona o fumo por conta própria, sem a intervenção dos serviços de saúde, o que coloca em evidência o grande potencial que essa abordagem possui para reduzir a prevalência de fumantes.

1. Estrutura do programa

Antes de iniciar o programa de promoção da saúde e prevenção de doenças, é de suma relevância planejar sua estrutura, com a determinação da população alvo, das formas de identificação dessa população e das metas de cobertura. Além disso, o sistema de informação participa como um componente fundamental de qualquer programa, por permitir o acompanhamento e o monitoramento das ações desenvolvidas.

1.1. População alvo

A definição da população alvo pode ocorrer de diversas formas, de acordo com os objetivos estabelecidos pelo programa, conforme os exemplos a seguir:

- Toda a população de beneficiários da operadora, para o caso em que a operadora realize um programa de prevenção, tratamento e controle do tabagismo.
- Definição de faixa etária específica e/ou grupos e situações especiais para a realização das atividades de prevenção, tratamento e controle.
- Todos os indivíduos tabagistas, independente da faixa etária, para a realização de um programa de controle do tabagismo.
- Indivíduos tabagistas pertencentes a uma determinada faixa etária e/ou grupos e situações especiais para a realização de um programa de tratamento e controle do tabagismo.
- Indivíduos tabagistas que possuam doenças que tenham o fumo como importante fator de risco.

1.2. Formas de identificação da população alvo

As possíveis formas de identificação da população alvo são:

- Questionário sobre o perfil de saúde e doença
- Faixa etária
- Grupos e situações especiais (gestantes, nutrizes, adolescentes, indivíduos com doenças cardiovasculares etc)

1.3. Cobertura

A cobertura deve ser definida de acordo com a população alvo estabelecida pela operadora, sendo importante estabelecer metas progressivas, periodicamente. Destaca-se que, para a efetividade das ações e obtenção de resultados positivos na saúde dos beneficiários, recomenda-se que os programas alcancem o maior número de beneficiários possível.

1.4. Sistema de Informação

O sistema de informação utilizado pela operadora poderá ter diversas funcionalidades, que serão de suma importância para o monitoramento e acompanhamento das atividades programadas e dos beneficiários inscritos, podendo, por exemplo:

- Controlar de entrada e saída de inscritos.
- Identificar a frequência de participação dos inscritos nas atividades do programa.
- Emitir sinais de alerta para a busca ativa de beneficiários faltosos.
- Monitorar os resultados obtidos pelos beneficiários inscritos no decorrer do programa.

A operadora poderá utilizar como sistema de informação: software operacional utilizado para registro de informações assistenciais e administrativas de toda a população para acompanhamento dos beneficiários inscritos no programa; planilha eletrônica, para tabulação dos dados do programa em meio digital, em arquivos do tipo planilhas do Microsoft Excel, Open Office ou compatíveis ou; software específico especificamente desenvolvido, ou módulo do software operacional, para o registro e acompanhamento das informações relativas a programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

1.5. Capacitação dos profissionais

Os profissionais de saúde que farão parte da equipe do programa de promoção e prevenção deverão, obrigatoriamente, receber capacitação específica para a realização da abordagem e tratamento do tabagismo.

2. Atividades (Fonte: INCA; ANS)

2.1. Tratamento para cessação de fumar

Oferecer aconselhamento telefônico para deixar de fumar (Disque pare de fumar), sendo considerado reativo quando os beneficiários procuram o serviço, e ativo-reactivo quando as operadoras buscam os indivíduos, conforme as ações listadas a seguir.

- Aconselhamento telefônico reativo para deixar de fumar
 - Informar sobre tabagismo e seus derivados
 - Relacionar os malefícios à saúde de quem fuma e do tabagismo passivo
 - Esclarecer sobre a dependência da nicotina
 - Informar sobre os benefícios de deixar de fumar
 - Apoiar fumantes que desejem deixar de fumar
 - Informar sobre métodos de parada
 - Relacionar os sintomas da abstinência
 - Orientar como se manter sem fumar
 - Orientar ex-fumantes no sentido de prevenir a recaída
 - Orientar amigos e familiares a ajudar fumantes a deixar de fumar

- Aconselhamento telefônico ativo-reativo para deixar de fumar
 - Estabelecer fluxo de encaminhamento para fumantes que desejam deixar de fumar
 - Identificar os fumantes beneficiários e entrar em contato por telefone para oferecer apoio para cessação de fumar
 - Acompanhar o fumante em processo de cessação: quatro contatos no primeiro mês (1x/semana), um contato no segundo e no terceiro mês, um contato no sexto mês e um contato no 12º mês

Variáveis e indicadores para monitoramento e avaliação:

- Número de consultas ao Disque pare de fumar (monitoramento mensal)
- Número de beneficiários que pararam de fumar após o tratamento reativo
- Número de beneficiários que pararam de fumar após o tratamento ativo
- Proporção de beneficiários que pararam de fumar após contato com o Disque pare de fumar - (Nº de beneficiários que pararam de fumar após contato com o Disque pare de fumar / Nº total de beneficiários que entraram em contato com o Disque pare de fumar, no período de avaliação)

2.2. Abordagem Mínima Presencial / Face-a-face

É uma abordagem que combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, muito utilizada para o tratamento das dependências. Os componentes principais dessa abordagem envolvem: a detecção de situações de risco de recaída; e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.

Essa abordagem possui cinco passos básicos e consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar (PAAPA) o indivíduo que deseja parar de fumar. Pode ser feita por qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina, com duração, no mínimo, de 3 minutos e, no máximo, de 5 minutos, em média, em cada contato. Indicada a todos os fumantes. É considerada uma importante estratégia em termos de saúde pública, e também oferece a vantagem do baixo custo.

- 1ª consulta no momento da abordagem
- Acompanhamento a partir da data que parou de fumar:
 - Uma consulta na 1ª semana após parar de fumar,
 - Uma consulta na 2ª semana após parar de fumar,
 - Uma consulta 1 mês após parar de fumar,
 - Uma consulta 3 meses após parar de fumar,
 - Uma consulta 6 meses após parar de fumar,
 - Uma consulta 12 meses após parar de fumar.

Variáveis e indicadores para monitoramento e avaliação:

- Número de pacientes atendidos na 1ª consulta de avaliação clínica
- Número de participantes na 1ª sessão
- Número de participantes na 4ª sessão
- Número de participantes na 4ª sessão que pararam de fumar
- Número de beneficiários em consulta na 1ª semana após parar de fumar
- Número de beneficiários em consulta na 2ª semana após parar de fumar
- Número de beneficiários em consulta 1 mês após parar de fumar
- Número de beneficiários em consulta 3 meses após parar de fumar
- Número de beneficiários em consulta 6 meses após parar de fumar

- Número de beneficiários em consulta 12 meses após parar de fumar
- Percentual de fumantes que pararam de fumar através da abordagem mínima presencial / face-a-face em:
 - o 1 mês
 - o 3 meses
 - o 6 meses
 - o 12 meses

2.3. Oferecer abordagem intensiva do fumante individual e/ou em grupo

Abordagem em ambulatório específico para atender os fumantes que querem deixar de fumar. Pode ser feita individualmente ou em grupo e é indicada para fumantes que foram identificados como motivados, durante as abordagens anteriores, tentaram deixar de fumar, mas não obtiveram sucesso, ou para aqueles que procuraram diretamente os profissionais para esse tipo de apoio. Essa abordagem se diferencia da anterior no que se refere à duração do contato a cada consulta. O ideal é que essa abordagem seja distribuída em quatro sessões estruturadas com periodicidade semanal.

A farmacoterapia pode ser utilizada como um apoio, em situações bem definidas, para alguns pacientes que desejam parar de fumar. Ela tem a função de facilitar a abordagem cognitivo-comportamental, que é a base para a cessação de fumar e deve sempre ser utilizada antes da terapia medicamentosa.

Variáveis e indicadores para monitoramento e avaliação:

- Número de participantes que necessitaram de tratamento medicamentoso
- Número de participantes que pararam de fumar após tratamento medicamentoso
- Percentual de fumantes que pararam de fumar através da abordagem intensiva em:
 - o 1 mês
 - o 3 meses

- 6 meses
- 12 meses

Para mais informações a respeito da farmacoterapia, bem como das atividades desenvolvidas no tratamento e controle do tabagismo, consulte a publicação "Abordagem e Tratamento do Fumante: consenso 2001", do Instituto Nacional do Câncer (INCA); e a Portaria nº 442, de 13 de agosto de 2004. Disponíveis, respectivamente, em:

http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/tratamento_consenso.pdf

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-442.htm>

3. Ações complementares de divulgação e estímulo para adesão do beneficiário ao programa

3.1. Comemoração de datas pontuais

- Principais datas pontuais:
 - Dia Mundial sem Tabaco: 31 de maio
 - Dia Nacional de Combate ao Fumo: 29 de agosto
- Inserir tabagismo em outras datas comemorativas
- Realização de atividades comemorativas
- Elaboração e distribuição de materiais educativos

Material educativo do Programa de Controle do Tabagismo: Anexo II da Portaria SAS/MS nº442/04. Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-442.htm>

3.2. Ambientes 100% livres da fumaça do tabaco

Considerando a lei federal 9294/96, que proíbe o fumo em ambientes coletivos fechados; o art. 157 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho - NR 09, que dispõe sobre proteção à saúde do trabalhador, e o art. 8º da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, primeiro tratado internacional de saúde pública negociado por 192 países, sob coordenação da Organização Mundial

da Saúde (OMS), ratificada pelo Congresso Nacional Brasileiro em novembro de 2005, os ambientes fechados devem ser 100% livres da fumaça do tabaco.

- Elaborar e distribuir material educativo sobre tabagismo passivo e promoção de ambientes livres de fumo para os beneficiários.
- Tornar sede e unidades próprias 100% livres da fumaça do tabaco.
- Estimular que as unidades credenciadas sejam 100% livres da fumaça do tabaco.
- Distribuir materiais sobre tabagismo passivo em eventos organizados/patrocinados e garantir que sejam livres da fumaça do tabaco.

Mais informações:

<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=29agosto2008&link=odia.htm>

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9294.htm

3.3. Informações sobre tabagismo, com sensibilização sobre os malefícios do tabagismo à saúde e os benefícios de deixar de fumar

- Incluir no *site* informações sobre tabagismo.
- Incluir informações sobre tabagismo no serviço de atendimento ao cliente via telefone.

Variáveis e indicadores para monitoramento e avaliação:

- Número de consultas ao sítio da operadora, no *link* relacionado ao Programa de Prevenção do Tabagismo (monitoramento mensal)
- Número de ligações ao SAC da operadora para buscar informações sobre tabagismo

B) PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NO IDOSO

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223%, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo 80% nos países em desenvolvimento. Até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos (OPAS/OMS, 2005).

Quando se fala em saúde do idoso, é importante diferenciar as limitações decorrentes do processo natural de envelhecimento daquelas causadas por alguma patologia e, por este motivo, sugerimos a construção de dois tipos de programas voltados para esta população: um de promoção da saúde e outro de prevenção secundária relacionada à demência, patologia bastante prevalente entre os idosos e responsável por diversas das dificuldades apresentadas nesta fase da vida.

1. Tipos de Programa

1.1. PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO

A Organização Pan-Americana de Saúde define envelhecimento como um “processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”. Dois grandes erros devem ser continuamente evitados: o primeiro é considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças, e o segundo é tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e

sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência (BRASIL, 2006).

Com vistas a evitar o segundo erro, consideramos importante o desenvolvimento de programas que forneçam instrumentos para o idoso e sua família lidarem com as singularidades do processo de envelhecer, contribuindo para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, sejam redescobertas maneiras de experimentar a vida com a máxima autonomia e qualidade possíveis.

1.1.1. Estrutura do Programa

a) População alvo

Beneficiários com idade igual ou maior a 60 anos

b) Formas de captação de beneficiários para o programa

Prioritariamente busca ativa (envio de material explicativo para o domicílio do beneficiário, contatos telefônicos, etc) e demanda espontânea.

c) Sistema de Informação

Deverá ser capaz de monitorar e acompanhar as atividades programadas e os beneficiários inscritos, podendo apresentar uma ou mais das seguintes funcionalidades:

- Controle de entrada e saída de inscritos
- Monitoramento da frequência de participação dos inscritos nas atividades do programa com emissão de alerta para busca ativa de beneficiários faltosos
- Monitoramento dos resultados obtidos durante o desenvolvimento do programa

d) Atividades específicas sugeridas

- Orientação aos familiares (cuidados diários com o idoso, prevenção de quedas);
- Orientação para execução de atividades de vida diária;
- Oficinas (nutrição, terapia ocupacional, grupos de convivência, lúdicas, entre outras);
- Atividades de lazer assistido;
- Sensibilização sobre o tema do envelhecimento saudável para idosos e familiares através de palestras ou outras atividades organizadas/patrocinadas pela operadora;
- Acompanhamento com equipe multiprofissional para prevenção e/ ou controle das complicações clínicas comuns desta fase da vida, tais como hipertensão arterial, diabetes, incontinência urinária, osteoporose, entre outras;
- Atividades físicas orientadas;
- Elaboração de calendário vacinal para acompanhar e/ou incentivar a participação dos idosos nas campanhas públicas (por exemplo, vacina contra tétano e difteria, contra gripe e contra pneumonia, etc);
- Integração com o programa voltado para a prevenção de doenças cardiovasculares.

e) Variáveis para monitoramento e avaliação

- Percentual de idosos incluídos no programa em relação ao total da carteira
- Percentual de idosos que relatam estabelecimento de novos vínculos sociais
- Percentual de familiares aderidos ao programa (unidade de análise = família)
- Percentual de idosos que relatam melhora no vínculo com familiares
- Percentual de idosos que recorrem às urgências/emergências com queixas mal definidas
- Percentual de idosos que sofrem acidentes domésticos evitáveis

- Taxa de cobertura vacinal dos idosos, por tipo de vacina
- Percentual de idosos com Índice de Massa Corporal (IMC) entre 27,0 e 29,9 kg/m² (sobrepeso)
- Percentual de idosos com Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou maior que 30,0 kg/ m² (obesidade)
- Percentual de idosos com dislipidemia
- Percentual de idosos que não realizam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana
- Percentual de idosos fumantes
- Percentual de idosos hipertensos
- Percentual de idosos diabéticos

1.2. PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE DANOS CAUSADOS PELA DEMÊNCIA

A senescência diz respeito ao envelhecimento natural, que possibilita o idoso ser ativo até fases tardias da vida, apesar das limitações impostas. Portanto, é de suma importância o conhecimento sobre as alterações esperadas que ocorrem na senescência para que as alterações que podem significar doença sejam investigadas e tratadas de forma multidisciplinar (BOTTINO et al, 2006).

Dentre as patologias mais prevalentes entre os idosos destaca-se a demência. A demência é uma síndrome clínica caracterizada pelo comprometimento de múltiplas funções corticais superiores decorrentes de doença ou disfunção cerebral, de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas, incluindo memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento. O comprometimento das funções cognitivas é usualmente acompanhado e, às vezes, antecedido por alterações psicológicas do comportamento e da personalidade. Para o diagnóstico, é essencial que tais déficits causem significativo comprometimento das atividades profissionais, ocupacionais e sociais do indivíduo, e representa o declínio significativo com relação aos níveis prévios de funcionamento (BRASIL, 2006).

À medida que avança a idade, é significativo o aumento progressivo da prevalência de transtornos degenerativos, mais acentuadamente os transtornos demenciais. Enquanto na faixa dos 65 aos 69 anos a prevalência de demência é de 1,2%, na faixa dos 80 a 84 anos, sobe para 16,4% e, nos indivíduos com mais de 95 anos, a prevalência chega a 54,8% (BOTTINO et al, 2006).

Por ser responsável por grande parte das dificuldades impostas à vida do idoso e de seus familiares, exigindo destas alterações importantes na rotina de cuidados diários, consideramos relevante a adoção de programas voltados para o controle e a redução dos danos causados pela demência.

1.2.1. Estrutura do Programa

a) População alvo

Beneficiários acima de 65 anos portadores de demência

b) Formas de captação de beneficiários para o programa

Prioritariamente a partir da identificação dos beneficiários com freqüente utilização de consultas com geriatra e/ou psiquiatra e/ou neurologista e exames (por exemplo, de imagem)

c) Sistema de Informação

Deverá ser capaz de monitorar e acompanhar as atividades programadas e os beneficiários inscritos, podendo apresentar uma ou mais das seguintes funcionalidades:

- Controle de entrada e saída de inscritos
- Monitoramento da freqüência de participação dos inscritos nas atividades do programa com emissão de alerta para busca ativa de beneficiários faltosos
- Monitoramento dos resultados obtidos durante o desenvolvimento do programa

d) Atividades específicas sugeridas

- Consultas médicas
- Consulta com outros profissionais de saúde
- Orientação aos familiares (cuidados diários com o paciente com demência)
- Visitas/consultas domiciliares feitas por médico ou outro profissional de saúde
- Orientação para execução de atividades de vida diária
- Oficinas (nutrição, terapia ocupacional, grupos de convivência, lúdicas, entre outras)
- Atividades de lazer assistido
- Atividades físicas orientadas

e) Variáveis para monitoramento e avaliação

- Percentual de idosos inseridos no programa, em relação ao total da carteira
- Percentual de idosos que apresentaram aumento da autonomia na execução de atividades de vida diária (com referência à escala de avaliação utilizada)
- Percentual de idosos que apresentaram diminuição ou controle da evolução dos sintomas característicos da demência, tais como insônia, problemas de memória, entre outros;
- Percentual de familiares aderidos ao programa (unidade de análise = família)

BIBLIOGRAFIA

BOTTINO et al. **Demência e Transtornos Cognitivos em Idosos**. Editora Guanabara-Koogan. Rio de Janeiro: 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico. 2ª edição revista e atualizada**. Rio de Janeiro: ANS, 2007.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE /ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

C) PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES E DIABETES MELLITUS

As Doenças Cardiovasculares estão entre os principais problemas de saúde coletiva do mundo, no Brasil correspondem à primeira causa de óbito. Essas doenças dizem respeito a uma série de afecções do aparelho circulatório, tendo como o principal fator de risco a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Estima-se que a ocorrência de HAS na população brasileira acima de 20 anos varie de 11 a 20%, e essa frequência aumenta com a idade, afetando entre 40% a 50% dos adultos com mais de 40 anos de idade. Além disso, por volta de 85% dos indivíduos vítimas de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e cerca de 40 a 60% das pessoas que sofreram Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) apresentam HAS associada e estima-se que em 40% desses AVE e em pelo menos 25% dos IAM ocorridos nesses indivíduos poderiam ser prevenidos com o controle adequado da pressão arterial (BRASIL, 2007).

A HAS é também uma morbidade frequente no indivíduo portador de diabetes mellitus, o que representa um risco importante para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares. O diabetes mellitus representa atualmente, da mesma forma que a HAS, uma pandemia, representando um grande desafio para os sistemas de saúde. O envelhecimento da população, o sedentarismo, as dietas pouco saudáveis e o aumento da obesidade são os grandes responsáveis pela expansão global destas doenças (BRASIL, 2007).

Além de HAS e DM, outros importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares são: obesidade, dislipidemia, inatividade física, tabagismo e consumo excessivo de bebidas alcoólicas (BRASIL 2006a; WHO, 2007).

1. Estrutura do programa

Antes de iniciar o programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, é de suma relevância planejar sua estrutura, com a determinação da população alvo, das formas de identificação dessa população e das metas de cobertura. Além disso, o sistema de informação participa como um componente fundamental de qualquer programa, por permitir o acompanhamento e o monitoramento das ações desenvolvidas.

1.1. População alvo

A definição da população alvo pode ocorrer de diversas formas, de acordo com os objetivos estabelecidos pelo programa, conforme os exemplos a seguir:

- Toda a população de beneficiários da operadora, para o caso em que a operadora realize um programa de prevenção, tratamento e controle de fatores de risco e doenças cardiovasculares, voltado para indivíduos doentes e não doentes, com ou sem fatores de risco.
- Definição de faixa etária específica e/ou grupos e situações especiais para a realização das atividades de prevenção, tratamento e controle, caso a operadora realize programa voltado para indivíduos doentes e não doentes, com ou sem fatores de risco.
- Todos os indivíduos portadores de doenças cardiovasculares e diabetes mellitus*, independente da faixa etária.
- Todos os indivíduos portadores de doenças cardiovasculares, independente da faixa etária.
- Indivíduos portadores de doenças cardiovasculares e diabetes mellitus*, pertencentes a uma determinada faixa etária e/ou grupos e situações especiais.
- Indivíduos portadores de doenças cardiovasculares, pertencentes a uma determinada faixa etária.
- Indivíduos portadores de doenças cardiovasculares e diabetes mellitus*, com alta frequência de utilização de consultas, exames e/ou internações.

- Indivíduos portadores de doenças cardiovasculares, com alta frequência de utilização de consultas, exames e/ou internações.

* Diabetes Mellitus é comorbidade frequente na HAS

1.2. Formas de identificação da população alvo

Possíveis formas de identificação da população alvo:

- Realização de exame físico e exames complementares
- Questionário sobre o perfil de saúde/doença e dos fatores de risco
- Faixa etária
- Grupos e situações especiais (gestantes, nutrízes, adolescentes, indivíduos com doenças cardiovasculares etc)
- Perfil de utilização de internação, consultas e exames

1.3. Cobertura

A cobertura deve ser definida de acordo com a população alvo estabelecida pela operadora, sendo importante estabelecer metas progressivas periodicamente. Destaca-se que, para a efetividade das ações e obtenção de resultados positivos na saúde dos beneficiários, recomenda-se que os programas alcancem o maior número de beneficiários possível.

1.4. Sistema de Informação

O sistema de informação utilizado pela operadora poderá ter diversas funcionalidades, que serão de suma importância para o monitoramento e acompanhamento das atividades programadas e dos beneficiários inscritos, podendo, por exemplo:

- Controlar de entrada e saída de inscritos.
- Identificar a frequência de participação dos inscritos nas atividades do programa.
- Emitir sinais de alerta para a busca ativa de beneficiários faltosos.
- Monitorar os resultados obtidos pelos beneficiários inscritos no decorrer do programa.

A operadora poderá utilizar como sistema de informação: software operacional utilizado para registro de informações assistenciais e

administrativas de toda a população para acompanhamento dos beneficiários inscritos no programa; planilha eletrônica, para tabulação dos dados do programa em meio digital, em arquivos do tipo planilhas do Microsoft Excel, Open Office ou compatíveis ou software específico especificamente desenvolvido, ou ainda como módulo do software operacional, para o registro e acompanhamento das informações relativas a programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

1.5. Capacitação dos profissionais

Os profissionais de saúde que farão parte da equipe do programa de promoção e prevenção deverão receber capacitação para o encaminhamento e acompanhamento dos beneficiários, bem como para a realização das atividades programadas e estabelecidas pela operadora.

2. Atividades (BRASIL, 2007; ANS, 2007)

2.1. Indivíduos não doentes com ou sem fatores de risco (obesidade, dislipidemia, inatividade física, tabagismo e consumo excessivo de bebidas alcoólicas):

- ✓ Consulta Médica
- ✓ Consulta de Nutrição
- ✓ Atividades educativas coletivas com equipe multiprofissional, com abordagem sobre os fatores de risco
- ✓ Exames periódicos
 - Glicemia em jejum
 - Colesterol total
 - HDL
 - Triglicerídeos
 - Creatinina
 - Ácido Úrico
 - Potássio
 - Pesquisa de elementos anormais e sedimento na urina (EAS)
 - RX PA e perfil

- ECG
- Teste ergométrico
- Monitorização ambulatorial de pressão arterial (MAPA)

Obs: Os exames e a frequência de sua utilização devem ser avaliados de acordo com a estratificação de risco de cada paciente.

Variáveis e indicadores para monitoramento e avaliação:

- Percentual de beneficiários com Índice de Massa Corporal (IMC) entre 18,9 e 24,9 kg/m²
- Percentual de beneficiários com IMC acima de 25,0 kg/m²
- Percentual de beneficiários inscritos com IMC \geq 25,0 kg/m² que perderam pelo menos 10% de peso em seis meses
- Percentual de beneficiários com dislipidemia
- Percentual de beneficiários com dislipidemia que apresentaram níveis normais de lipídios no sangue no final de três meses
 - Percentual de beneficiários com dislipidemia que apresentaram níveis normais de lipídios no sangue no final de seis meses
- Percentual de beneficiários com dislipidemia que apresentaram níveis normais de lipídios no sangue no final de um ano
- Percentual de beneficiários que não realizam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana
- Percentual de beneficiários que não realizavam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana e passaram a realizar no final de três meses
- Percentual de beneficiários que não realizavam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana e passaram a realizar no final de seis meses
- Percentual de beneficiários que não realizavam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana e passaram a realizar no final de um ano
- Percentual de beneficiários fumantes
- Percentual de beneficiários fumantes que abandonaram o hábito de fumar no final de três meses

- Percentual de beneficiários fumantes que abandonaram o hábito de fumar no final de seis meses
- Percentual de beneficiários fumantes que abandonaram o hábito de fumar no final de um ano

2.2. Indivíduos portadores de HAS

- ✓ Consulta de Clínica Médica
- ✓ Consulta Médica Especializada
- ✓ Consulta de Enfermagem
- ✓ Consulta de Nutrição
- ✓ Atividades educativas coletivas com equipe multiprofissional, com abordagem sobre os fatores de risco e ênfase na mudança do estilo de vida
- ✓ Exames periódicos
 - Glicemia em jejum
 - Colesterol total
 - HDL
 - Triglicerídeos
 - Creatinina
 - Ácido úrico
 - Potássio
 - Pesquisa de elementos anormais e sedimento na urina (EAS)
 - RX PA e perfil
 - ECG
 - Ecocardiograma
 - Teste ergométrico
 - Monitorização ambulatorial de pressão arterial (MAPA)
 - Microalbuminúria
 - Fundoscopia
 - Clearance de creatinina
 - Proteinúria 24 horas
 - TSH
- ✓ Visita domiciliar

✓ Assistência domiciliar

Obs: Os exames e a frequência de sua utilização devem ser avaliados de acordo com a estratificação de risco de cada paciente.

Variáveis e indicadores para monitoramento e avaliação:

- Percentual de beneficiários com Índice de Massa Corporal (IMC) entre 18,9 e 24,9 kg/m²
- Percentual de beneficiários com IMC acima de 25,0 kg/m²
- Percentual de beneficiários inscritos com IMC \geq 25,0 kg/m² que perderam pelo menos 10% de peso em seis meses
- Percentual de beneficiários com dislipidemia
- Percentual de beneficiários com dislipidemia que apresentaram níveis normais de lipídios no sangue no final de três meses
 - Percentual de beneficiários com dislipidemia que apresentaram níveis normais de lipídios no sangue no final de seis meses
 - Percentual de beneficiários com dislipidemia que apresentaram níveis normais de lipídios no sangue no final de um ano
- Percentual de beneficiários que não realizam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana
- Percentual de beneficiários que não realizavam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana e passaram a realizar no final de três meses
- Percentual de beneficiários que não realizavam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana e passaram a realizar no final de seis meses
- Percentual de beneficiários que não realizavam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana e passaram a realizar no final de um ano
- Percentual de beneficiários fumantes
- Percentual de beneficiários fumantes que abandonaram o hábito de fumar no final de três meses

- Percentual de beneficiários fumantes que abandonaram o hábito de fumar no final de seis meses
- Percentual de beneficiários fumantes que abandonaram o hábito de fumar no final de um ano
- Percentual de beneficiários com glicemia de jejum dentro dos parâmetros de normalidade
- Percentual de beneficiários hipertensos com a HAS controlada no final de três meses
- Percentual de beneficiários hipertensos com a HAS controlada no final de seis meses
- Percentual de beneficiários hipertensos com a HAS controlada no final de um ano
- Percentual de beneficiários hipertensos que deram entrada no Pronto socorro no final de três meses
- Percentual de beneficiários hipertensos que deram entrada no Pronto socorro no final de seis meses
- Percentual de beneficiários hipertensos que deram entrada no Pronto socorro no final de um ano

2.3. Indivíduos portadores de DM

- ✓ Consulta de Clínica Médica
- ✓ Consulta Médica Especializada
- ✓ Consulta de Enfermagem
- ✓ Consulta de Nutrição
- ✓ Psicoterapia
- ✓ Atividades educativas coletivas com equipe multiprofissional, com abordagem sobre os fatores de risco e ênfase na mudança do estilo de vida
- ✓ Exames periódicos
 - Glicemia capilar
 - Glicemia em jejum
 - Hemoglobina glicada
 - Colesterol total

- HDL
 - Triglicerídeos
 - Creatinina
 - Ácido úrico
 - Potássio
 - Pesquisa de elementos anormais e sedimento na urina (EAS)
 - RX PA e perfil
 - ECG
 - Teste ergométrico
 - Monitorização ambulatorial de pressão arterial (MAPA)
 - Microalbuminúria
 - Fundoscopia
 - Clearance de creatinina
 - Proteinúria 24 horas
 - TSH
- ✓ Curativo c/ debridamento em pé diabético
 - ✓ Curativo simples
 - ✓ Visita domiciliar
 - ✓ Assistência domiciliar

Obs: Os exames e a frequência de sua utilização devem ser avaliados de acordo com a estratificação de risco de cada paciente.

Variáveis e indicadores para monitoramento e avaliação:

Percentual de beneficiários com Índice de Massa Corporal (IMC) entre 18,9 e 24,9 kg/m²

- Percentual de beneficiários com IMC acima de 25,0 kg/m²
- Percentual de beneficiários inscritos com IMC \geq 25,0 kg/m² que perderam pelo menos 10% de peso em seis meses
- Percentual de beneficiários com dislipidemia
- Percentual de beneficiários com dislipidemia que apresentaram níveis normais de lipídios no sangue no final de três meses

- Percentual de beneficiários com dislipidemia que apresentaram níveis normais de lipídios no sangue no final de seis meses
- Percentual de beneficiários com dislipidemia que apresentaram níveis normais de lipídios no sangue no final de um ano
- Percentual de beneficiários que não realizam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana
- Percentual de beneficiários que não realizavam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana e passaram a realizar no final de três meses
- Percentual de beneficiários que não realizavam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana e passaram a realizar no final de seis meses
- Percentual de beneficiários que não realizavam atividade física, no mínimo, 30 minutos, três vezes por semana e passaram a realizar no final de um ano
- Percentual de beneficiários fumantes
- Percentual de beneficiários fumantes que abandonaram o hábito de fumar no final de três meses
- Percentual de beneficiários fumantes que abandonaram o hábito de fumar no final de seis meses
- Percentual de beneficiários fumantes que abandonaram o hábito de fumar no final de um ano
- Percentual de beneficiários diabéticos com a Pressão arterial dentro dos parâmetros da normalidade
- Percentual de beneficiários diabéticos com a HAS controlada
- Percentual de beneficiários diabéticos com a glicemia de jejum controlada
- Percentual de beneficiários diabéticos com a hemoglobina glicada controlada no final de três meses
- Percentual de beneficiários diabéticos com a hemoglobina glicada controlada no final de seis meses
- Percentual de beneficiários diabéticos com a hemoglobina glicada controlada no final de um ano

- Percentual de beneficiários diabéticos que deram entrada no Pronto socorro no final de três meses
- Percentual de beneficiários diabéticos que deram entrada no Pronto socorro no final de seis meses
- Percentual de beneficiários diabéticos que deram entrada no Pronto socorro no final de um ano
- Percentual de beneficiários diabéticos que evoluíram com nefropatia diabética no final de um ano*
- Percentual de beneficiários diabéticos que evoluíram com retinopatia diabética no final de um ano*

* A evolução deste parâmetro deve ser considerada para avaliação do programa após 4 anos, porém os dados devem ser registrados para o mapeamento.

3. Ações complementares de divulgação e estímulo para adesão do beneficiário ao programa

3.1. Comemoração de datas pontuais

- Principais datas pontuais:
 - Dia Nacional de Combate ao Sedentarismo: 10 de março
 - Dia Mundial da Atividade Física: 6 de abril
 - Dia Mundial da Saúde: 7 de abril
 - Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão: 26 de abril
 - Dia Mundial sem Tabaco: 31 de maio
 - Dia Nacional de Combate ao Fumo: 29 de agosto
 - Dia do Idoso: 27 de setembro
 - Dia Mundial do Coração: último domingo de setembro
 - Dia Mundial da Alimentação: 10 de outubro
 - Dia Mundial de Combate à Obesidade: 11 de outubro
 - Dia Mundial e Nacional do Diabetes: 14 de novembro
- Inserir a prevenção e o controle da obesidade, da hipertensão arterial e do diabetes mellitus em outras datas comemorativas
- Realização de atividades comemorativas

3.2. Informações sobre saúde cardiovascular, com sensibilização sobre os fatores de risco

- Incluir no *site* informações sobre fatores de risco e doenças cardiovasculares, bem como sobre o Programa de Saúde Cardiovascular
- Incluir informações sobre fatores de risco e doenças cardiovasculares no serviço de atendimento ao cliente via telefone
- Elaborar e distribuir material educativo sobre fatores de risco, doenças cardiovasculares e o Programa de Saúde Cardiovascular

Variáveis e Indicadores para monitoramento e avaliação:

- Número de consultas ao sítio da operadora, no *link* relacionado ao Programa de Saúde Cardiovascular (monitoramento mensal)
- Número de ligações ao SAC da operadora para buscar informações sobre o Programa de Saúde Cardiovascular

3.3. Ambientes 100% livres da fumaça do tabaco

Considerando a lei federal 9294/96, que proíbe o fumo em ambientes coletivos fechados; o art. 157 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho - NR 09, que dispõe sobre proteção à saúde do trabalhador, e o art. 8º da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, primeiro tratado internacional de saúde pública negociado por 192 países, sob coordenação da Organização Mundial da Saúde (OMS), ratificada pelo Congresso Nacional Brasileiro em novembro de 2005, os ambientes fechados devem ser 100% livres da fumaça do tabaco.

- Tornar sede e unidades próprias 100% livres da fumaça do tabaco
- Estimular que as unidades credenciadas sejam 100% livres da fumaça do tabaco

Mais informações:

<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=29agosto2008&link=odia.htm>

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9294.htm

Bibliografia Consultada

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2007. 167 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica do Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 14).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 148p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 90 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of cardiovascular risk**. Geneva: WHO, 2007. 86 p.

D) PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL

A saúde bucal deve ser compreendida como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo. Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças bucais constituem um grave problema de saúde coletiva. O Ministério da Saúde concluiu em 2003 o Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira - SB Brasil, a mais ampla e completa pesquisa da área já executada no País. Identificou-se que quase 27% das crianças de 18 a 36 meses e, aproximadamente, 60% das crianças com 5 anos de idade apresentavam pelo menos um dente decíduo com cárie. Os resultados do estudo demonstram um rápido avanço da cárie conforme a idade. A média do índice CPO-D foi de 2,8 nas crianças de 12 anos; 6,2 nos adolescentes; 20,1 nos adultos e 27,8 nos idosos.

O estudo evidenciou que a perda dentária precoce é grave. Mais de 28% dos adultos examinados não possuíam nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada. Dentre os idosos examinados, a média foi de 26 dentes extraídos por indivíduo. Com relação às condições gengivais, menos de 22% da população adulta e menos de 8% dos idosos apresentam gengivas saudáveis.

Determinados fatores de risco, como dieta inadequada e o consumo de álcool ou tabaco, influem no acometimento de variadas patologias, inclusive as de manifestação bucal. Desse modo, as ações de saúde bucal devem ser desempenhadas levando-se em consideração o ciclo de vida e as condições sistêmicas de saúde dos beneficiários. Toda a população deve ser beneficiada por ações de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças em saúde bucal, entretanto, na presença de fatores de risco, o plano preventivo-terapêutico e o acompanhamento periódico devem contemplar as especificidades individuais.

1. Estrutura do programa

Antes de iniciar o programa de promoção da saúde e prevenção de doenças, é de suma relevância planejar sua estrutura, com a determinação da população alvo, das formas de identificação dessa população e das metas de cobertura. Além disso, o sistema de informação participa como um componente fundamental de qualquer programa, por permitir o acompanhamento e o monitoramento das ações desenvolvidas.

1.1. População alvo

A definição da população alvo pode ocorrer de diversas formas, de acordo com os objetivos estabelecidos pelo programa, conforme os exemplos a seguir.

- Toda a população de beneficiários da operadora, para a realização das atividades de prevenção, tratamento e controle.
- Definição de faixa etária específica e/ou grupos e situações especiais para a realização das atividades de prevenção, tratamento e controle.
- Todos os indivíduos com doenças bucais identificadas, independente da faixa etária, para a realização de ações de tratamento e controle de doenças bucais.
- Indivíduos com doenças bucais identificadas pertencentes a uma determinada faixa etária e/ou grupos e situações especiais para a realização de um programa de tratamento e controle de doenças bucais.

1.2. Formas de identificação da população alvo

As possíveis formas de identificação da população alvo são:

- Questionário sobre o perfil de saúde e doença
- Frequência de utilização/ realização de procedimentos
- Faixa etária
- Grupos e situações especiais (gestantes, nutrízes, indivíduos com síndromes/doenças sistêmicas, etc)

1.3. Cobertura

A cobertura deve ser definida de acordo com a população alvo estabelecida pela operadora, sendo importante estabelecer metas progressivas, periodicamente. Destaca-se que, para a efetividade das ações e obtenção de resultados positivos na saúde dos beneficiários, recomenda-se que os programas alcancem o maior número de beneficiários possível.

1.4. Sistema de Informação

O sistema de informação utilizado pela operadora poderá ter diversas funcionalidades, que serão de suma importância para o monitoramento e acompanhamento das atividades programadas e dos beneficiários inscritos, podendo, por exemplo:

- Controlar de entrada e saída de inscritos.
- Identificar a frequência de participação dos inscritos nas atividades do programa.
- Emitir sinais de alerta para a busca ativa de beneficiários faltosos.
- Monitorar os resultados obtidos pelos beneficiários inscritos no decorrer do programa.

A operadora poderá utilizar como sistema de informação: software operacional utilizado para registro de informações assistenciais e administrativas de toda a população para acompanhamento dos beneficiários inscritos no programa; planilha eletrônica, para tabulação dos dados do programa em meio digital, em arquivos do tipo planilhas do Microsoft Excel, Open Office ou compatíveis ou; software específico especificamente desenvolvido, ou módulo do software operacional, para o registro e acompanhamento das informações relativas a programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

1.5. Capacitação dos profissionais

Os profissionais de saúde que farão parte da equipe do programa de promoção e prevenção deverão, obrigatoriamente, receber capacitação específica para a realização das ações de promoção e prevenção em saúde bucal.

2. Atividades, de acordo com a indicação e risco do beneficiário (Fonte: MS; ANS)

- Consulta odontológica inicial para a identificação dos fatores de risco e estabelecimento de plano preventivo-terapêutico
- Consulta odontológica de retorno para reavaliação e controle das condições bucais
- Exame radiográfico (radiografias periapicais; bite-wings)
- Atividade educativa multiprofissional individual/grupo
- Distribuição de escova de dentes, dentifrício fluoretado e fio dental
- Evidenciação de placa bacteriana
- Instrução de Higiene Bucal e Escovação supervisionada individual/grupo
- Profilaxia profissional e polimento coronário
- Aplicação profissional de flúor
- Adequação do meio bucal
- Aplicação de cariostático
- Raspagem supra-gengival
- Selamento oclusal
- Consulta médica
- Consulta com Fonoaudiólogo
- Consulta com Nutricionista

Variáveis e indicadores para monitoramento e avaliação:

- Percentual de inscritos que realizaram ao menos uma consulta odontológica de retorno (Número de beneficiários inscritos que realizaram consulta odontológica de retorno no período de avaliação/ Número de beneficiários inscritos no programa no período de avaliação)

- Percentual de inscritos que receberam Instrução de Higiene Bucal e realizaram Escovação Supervisionada (Número de beneficiários inscritos que receberam Instrução de Higiene Bucal e realizaram Escovação

Supervisionada no período de avaliação/ Número de beneficiários inscritos no programa no período de avaliação)

- Percentual de inscritos que não apresentaram lesões de cárie ativa nem gengivite na consulta odontológica de retorno (Número de beneficiários inscritos que não apresentaram lesões de cárie ativa nem gengivite na consulta odontológica de retorno no período de avaliação/ Número de beneficiários inscritos que realizaram consulta odontológica de retorno no período de avaliação)

Para informações a respeito dos principais agravos em saúde bucal e as respectivas abordagens individuais e coletivas, sugerimos consultar a publicação 'Manual Técnico Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar - 2ª Edição Revisada e Atualizada', da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e a publicação "Cadernos de Atenção Básica – nº 17", do Ministério da Saúde (MS). Disponíveis, respectivamente, em:

[http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Manual%20de%20Promoção%20da%20Saúde final web.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Manual%20de%20Promoção%20da%20Saúde%20final%20web.pdf)

http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd17.pdf

3. Ações complementares de divulgação e estímulo para adesão do beneficiário ao programa

3.1. Comemoração de datas pontuais

- Principais datas pontuais:
 - Dia da Saúde Bucal: 25 de outubro
 - Dia Nacional de Combate ao Câncer: 27 de novembro
- Inserir a saúde bucal em outras datas comemorativas
- Realização de atividades comemorativas
- Elaboração e distribuição de materiais educativos

3.2. Informações sobre saúde bucal, com sensibilização sobre a importância da adequada higiene oral e das conseqüências de hábitos nocivos à saúde bucal

- Incluir no *site* informações sobre saúde bucal
- Incluir informações sobre saúde bucal no serviço de atendimento ao cliente via telefone
- Elaborar e distribuir material educativo sobre saúde bucal para os beneficiários

Variáveis e indicadores para monitoramento e avaliação:

- Número de consultas ao sítio da operadora, no *link* relacionado à saúde bucal (monitoramento mensal)
- Número de ligações ao SAC da operadora para buscar informações sobre saúde bucal

Bibliografia Consultada

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2007.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica - Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica n. 17).

E) PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O balanço institucional das ações realizadas no período de 1998 a 2002, elaborado por Correa e Piola, indica que, nesse período, trabalhou-se na perspectiva de resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção).

Nesse balanço são apontadas ainda várias lacunas como atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecto-contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas.

Neste contexto, a ANS considera relevante a elaboração de programas que abordem as peculiaridades de diferentes fases e estilos de vida das mulheres e tenham como diretrizes:

1. Motivar as mulheres a cuidarem de si, adotarem hábitos e comportamentos saudáveis e melhorarem seus níveis de qualidade de vida e saúde;

2. Ampliar a capacidade das mulheres de tomarem decisões sobre sua saúde, adequadas ao seu modo de vida;
3. Reorganizar o modelo de assistência à mulher pautado na integralidade do cuidado;
4. Ampliar a cobertura e a efetividade das ações de atenção à saúde da mulher.

2. TIPOS DE PROGRAMA

2.1. ESTRUTURA DO PROGRAMA

Antes de iniciar o programa de promoção da saúde e prevenção de doenças, é relevante planejar sua estrutura, com a determinação da população alvo, das formas de identificação dessa população e das metas de cobertura. Além disso, o sistema de informação participa como um componente fundamental de qualquer programa, por permitir o acompanhamento e o monitoramento das ações desenvolvidas.

2.1.1 PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

A estruturação de um programa de promoção da saúde sexual e reprodutiva deve considerar ao menos dois pilares: os conceitos de gênero e de direito sexual e reprodutivo. As questões de gênero referem-se às diferenças construídas socialmente entre os papéis femininos e masculinos e que são determinantes de desequilíbrios e desigualdades no tratamento e oportunidades de mulheres e homens em nossa sociedade. Já o conceito de direito sexual e reprodutivo comporta o direito a ter uma vida sexual segura e satisfatória; o direito a decidir sobre ter ou não filhos e em que ocasião e o direito a ter acesso a serviços de saúde que amparem suas decisões oferecendo ações de cuidado para os aspectos relacionados às questões sexuais e reprodutivas.

a) População-Alvo

Mulheres em idade fértil. O Ministério da Saúde considera idade fértil a faixa etária que varia de 10 a 49 anos. Como esta é uma faixa etária muito ampla, a operadora poderá programar atividades para grupos de mulheres adolescentes e para grupo de mulheres adultas, em separado. Alguns exemplos de definição de população-alvo:

- Todas as mulheres em idade fértil da operadora;
- Sub-grupos de mulheres em idade fértil, exemplo: 10 a 18 anos, 19 a 35 anos, 35 a 49 anos;
- Mulheres com queixas relacionadas à libido;
- Mulheres com dois ou mais filhos que não desejam mais engravidar e/ou mulheres que demandam esterilização cirúrgica;
- Mulheres com histórico de DST;
- Mulheres que vivem com HIV/AIDS;
- Mães adolescentes (ênfase em planejamento familiar);

Gestantes/puérperas. O programa poderá ter ações específicas voltadas para o período gravídico-puerperal, selecionando como população-alvo mulheres que se encontram nesta condição. Alguns exemplos de definição de população-alvo:

- Todas as gestantes e puérperas da operadora;
- Todas as gestantes da operadora;
- Todas as gestantes e puérperas pertencentes a uma determinada faixa etária ou situação especial (ex: adolescentes, baixo risco, auto-risco etc);

b) Formas de Identificação e Captação da População-Alvo:

Mulheres em idade fértil. Busca ativa (prioritariamente) - a partir da definição da população-alvo, utilizar estratégias de identificação e captação tais como: levantamento de mulheres em idade fértil por meio do cadastro de beneficiários da operadora; realização de inquérito epidemiológico; realização de busca ativa - envio de material explicativo para o domicílio da beneficiária, contatos telefônicos; captação por demanda espontânea -

divulgar a existência do programa nos canais de comunicação da operadora e aguardar a inscrição de interessadas. Encaminhamento por prestadores – divulgar o programa entre os prestadores que compõem a rede da operadora e orientá-los a encaminhar mulheres que se enquadram no perfil definido para o programa.

Gestantes/puérperas. Além das estratégias descritas acima, utilizar o perfil de utilização de consultas, exames e internações para identificar as gestantes e puérperas da carteira e utilizar uma das formas de captação listadas.

c) Cobertura

A cobertura deve ser definida de acordo com a população-alvo estabelecida pela operadora, sendo importante estabelecer metas progressivas, periodicamente. Destaca-se que, para a efetividade das ações e obtenção de resultados positivos na saúde das beneficiárias, recomenda-se que os programas alcancem o maior número de beneficiárias possível.

d) Sistema de Informação

O sistema de informação utilizado pela operadora poderá ter diversas funcionalidades, que serão importantes para o monitoramento e acompanhamento das atividades programadas e dos beneficiários inscritos, podendo, por exemplo:

- Controlar a entrada e saída de inscritas.
- Identificar a frequência de participação das inscritas nas atividades do programa.
- Emitir sinais de alerta para a busca ativa de beneficiárias faltosas.
- Monitorar os resultados obtidos pelas beneficiárias inscritas no decorrer do programa.

A operadora poderá utilizar como sistema de informação: software operacional utilizado para registro de informações assistenciais e administrativas de toda a população para acompanhamento dos

beneficiários inscritos no programa; planilha eletrônica, para tabulação dos dados do programa em meio digital, em arquivos do tipo planilhas do Microsoft Excel, Open Office ou compatíveis ou; software específico especificamente desenvolvido, ou módulo do software operacional, para o registro e acompanhamento das informações relativas a programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

e) Capacitação Profissional

Os profissionais de saúde que farão parte da equipe do programa de promoção e prevenção deverão, obrigatoriamente, receber capacitação específica para uso da tecnologia de cuidado adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas às beneficiárias e seu meio social. É fundamental que a equipe composta para atuação no programa possua formação específica em atenção à saúde da mulher, seja capacitada para cuidar de mulheres em sua integralidade, considerando, no contexto do cuidado, não só as questões biológicas, como as epidemiológicas e as de gênero.

f) Atividades

A seguir propomos alguns temas prioritários bem como atividades específicas a ser implementadas conforme as características dos programas. Lembramos que partindo da integralidade como princípio norteador do modelo de assistência à saúde, essas ações podem tanto atravessar como serem atravessadas por programas de diferentes temas prioritários, tais como atenção à saúde do adulto e idoso, atenção à saúde da criança e do adolescente, entre outros.

Mulheres em idade fértil

Temas Sugeridos:

- Direitos sexuais e reprodutivos
- Planejamento familiar
- Métodos anticoncepcionais
- Contracepção de emergência
- Responsabilidades e conseqüências relacionadas à criação de filhos
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Alterações na libido
- Sexualidade
- Autoestima

Ações de Cuidado em saúde

Ações Gerais e Complementares para todos os programas:

- Comemoração de datas pontuais, tais como: Dia Nacional da Mamografia (5 de fevereiro); Dia Internacional da Mulher (8 de março); Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna (28 de maio); Dia Nacional da Amamentação (1 de agosto); Dia Internacional da Doação do Leite Humano (1 de outubro); Dia Mundial da Amamentação (10 de outubro); Dia Internacional de Luta Contra a Violência a Mulher (25 de novembro) e Dia Mundial de Luta Contra a AIDS (1 de dezembro);
- Elaboração de materiais educativos que abordem os temas sugeridos, para orientação de profissionais e beneficiários (elaborar materiais específicos como folder e cartilhas e utilizar os meios de comunicação da operadora, como *site*, boleto bancário etc, para divulgar informações);
- Atendimento ativo e reativo em *call center* para divulgação das ações do programa e fornecimento de informações;
- Ações para Programas que Abordem Temas como: direitos sexuais e reprodutivos; planejamento familiar; métodos anticoncepcionais;

- contracepção de emergência; responsabilidades e conseqüências relacionadas à criação de filhos;
- ❑ Atividade educativa em grupo e com equipe multiprofissional, para apoio terapêutico às decisões relacionadas às questões sobre reprodução e sexualidade;
 - ❑ Exposição das responsabilidades e conseqüências da gravidez não planejada;
 - ❑ Oferecimento de tecnologias de cuidado de saúde reprodutiva tais como métodos anticoncepcionais, tratamento para infertilidade etc, respeitando os limites do contrato;
 - ❑ Consulta de enfermagem;
 - ❑ Consulta médica especializada – ginecologista;

Ações para Programas que Abordem Temas como: prevenção e tratamento de DST/AIDS

- ❑ Consulta de enfermagem;
- ❑ Consulta médica especializada – ginecologista;
- ❑ Realização de teste anti-HIV em pessoas em situação de risco;
- ❑ Aconselhamento pré e pós exame anti-HIV;
- ❑ Orientação sobre uso de preservativo (individual e/ou em grupo)
- ❑ Distribuição de preservativo;

Acompanhamento clínico de portadores do HIV

- ❑ Consulta médica especializada – infectologista;
- ❑ Consulta com psicólogo;
- ❑ Exames laboratoriais para acompanhamento:
 - Hemograma completo
 - Contagem de CD4 e CD8;
 - Carga viral HIC-PCR
 - Colesterol total
 - HDL/LDL
 - Triglicérides
 - Amilase
 - Lipase

- VDRL
- FTA-abs
- PPD
- Citológico de colo uterino
- Grupo de apoio;
- Atividades física e lúdica.

Ações para Programas que Abordem Temas como: alterações da libido; sexualidade e autoestima:

- Consulta de enfermagem;
- Consulta médica especializada – ginecologista;
- Consulta com psicólogo;
- Consulta com nutricionista;
- Terapia sexual;
- Atividade física;
- Atividade em grupo para debater temas relativos a direitos sexuais e reprodutivos, autoimagem, autoestima, cuidados corporais, sexualidade, situações cotidianas que podem interferir com a libido, tais como: estresse no trabalho, planejamento financeiro, organização dos diversos papéis da mulher na vida moderna etc.

Variáveis e Indicadores para Monitoramento e Avaliação

- Proporção de mulheres inscritas no programa que referem já ter tido relações sexuais
- Proporção de mulheres inscritas no programa que já participaram de alguma atividade do programa voltada à orientação sexual
- Proporção de mulheres inscritas no programa que tiveram consulta ginecológica após terem iniciado a vida sexual
- Proporção de mulheres inscritas no programa que referem não utilizar qualquer método contraceptivo
- Proporção de mulheres inscritas no programa que referem não utilizar preservativo nas relações sexuais

- ❑ Proporção de mulheres inscritas no programa que referem ter múltiplos parceiros sexuais (mais de 10 nos últimos 30 dias)
- ❑ Proporção de mulheres inscritas no programa que referem uso de drogas injetáveis
- ❑ Proporção de mulheres inscritas no programa com queixas relacionadas à libido.

Gestantes/puérperas

Temas Sugeridos:

- Transformações desencadeadas pela gravidez
- Fases da gestação e evolução do embrião/feto
- Cuidados corporais durante a gravidez
- Alimentação saudável
- Atividade física
- Sexualidade
- Preparação para o parto
- Cuidados com o recém-nato
- Amamentação
- Recuperação pós-parto
- Planejamento familiar

Ações de Cuidado

- ❑ Consulta médica especializada - ginecologista para gestantes de baixo risco obstétrico
- ❑ Consulta médica especializada - ginecologista para gestantes de alto risco obstétrico
- ❑ Realização de exame de Papanicolau conforme necessidade
- ❑ Atividade educativa em grupo com equipe multidisciplinar sobre os temas propostos acima
- ❑ Preparação para o parto normal
- ❑ Atividade física específica para gestantes
- ❑ Instituir cartão da gestante
- ❑ Instituir plano de parto

- ❑ Consulta com nutricionista
- ❑ Consulta com odontólogo
- ❑ Consulta com enfermeiro
- ❑ Exames laboratoriais:
 - Fator RH/ABO
 - Hematócrito/ Hemoglobina
 - Glicemia
 - VDRL
 - Sorologia para toxoplasmose (IGM)
 - Anti-HIV 1 e Anti-HIV 2
 - Vacina anti-tetânica
- ❑ Visita domiciliar no puerpério com orientação, supervisão e acompanhamento do início do aleitamento materno
- ❑ Aconselhamento sobre planejamento domiciliar e anticoncepção no puerpério

Organizar rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal bem como seus fluxos assistenciais, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contra-referência;

Variáveis e Indicadores para Monitoramento e Avaliação

- ❑ Proporção de gestantes que realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal
- ❑ Proporção de gestantes que participaram de todas as atividades educativas
- ❑ Proporção de gestantes que realizaram todos os exames de pré-natal preconizados
- ❑ Proporção de gestantes que realizaram plano de parto
- ❑ Proporção de gestantes inscritas no programa que tiveram ganho ponderal adequado ao final da gestação
- ❑ Proporção de cesarianas entre as gestantes que participaram do programa

- Proporção de episiotomia entre gestantes inscritas no programa que tiveram parto normal
- Proporção de infecção puerperal entre gestantes inscritas no programa
- Proporção de neonatos, filhos de gestantes inscritas no programa, com APGAR menor que 7 no 5º minuto
- Proporção de prematuros nascidos de gestantes inscritas no programa

2.1.2 PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E DEGENERATIVAS COMUNS EM MULHERES E PROMOÇÃO DO CLIMATÉRIO SAUDÁVEL

a) População-Alvo

Mulheres adultas. Embora as alterações decorrentes do climatério ocorram a partir de 40 a 45 anos e a faixa etária mais exposta ao câncer de mama seja a partir de 50 anos, considera-se que o quanto antes as ações de promoção da saúde da mulher forem empreendidas maior será o impacto na obtenção de resultados satisfatórios. Ademais a faixa etária de maior risco para o câncer de colo é de 25 a 59 anos, e atualmente já se estudam ações para meninas que ainda não iniciaram a atividade sexual, como vacinas, com vistas à prevenção primária da infecção pelo HPV. Deste modo sugere-se que a população-alvo para programas com enfoque em prevenção das doenças crônicas e degenerativas comuns em mulheres e promoção do climatério saudável seja a mais abrangente possível e delimitada a depender do enfoque principal do programa. Destaca-se que os programas também podem ser destinados ao tratamento e controle de mulheres que já tenham diagnóstico de doenças como câncer de mama e colo.

Alguns exemplos de definição de população-alvo:

- Todas as mulheres em idade fértil da operadora – 10 a 49 anos;

- Mulheres com vida sexual ativa, ou na faixa etária de 25 a 59 anos (enfoque prevenção do câncer de colo);
- Mulheres no período do climatério ou menopausa;
- Mulheres acima de 50 anos ou com histórico familiar de câncer de mama;
- Mulheres com diagnóstico de câncer de mama ou câncer de colo;

b) Formas de Identificação e Captação da População-Alvo:

Utilizar as estratégias descritas no item 2.1.2 letra b.

c) Cobertura

Utilizar as estratégias descritas no item 2.1.2 letra c.

d) Sistema de Informação

Utilizar as estratégias descritas no item 2.1.2 letra d.

e) Capacitação Profissional

Utilizar as estratégias descritas no item 2.1.2 letra e.

f) Atividades

A seguir propomos alguns temas prioritários bem como atividades específicas a ser implementadas conforme as características dos programas. Lembramos que partindo da integralidade como princípio norteador do modelo de assistência à saúde, essas ações podem tanto atravessar como serem atravessadas por programas de diferentes temas prioritários, tais como atenção à saúde do adulto e idoso, atenção à saúde da criança e do adolescente, entre outros.

Temas Sugeridos:

- Alimentação saudável
- Atividade física
- Prevenção e detecção precoce de câncer de mama e colo
- Manejo de sintomas comuns na menopausa

- Prevenção da osteoporose
- Sexualidade pós-menopausa
- Autoestima

Ações de Cuidado

- ❑ Atividade educativa em grupo que aborde temas como: alimentação saudável, riscos relacionados ao sedentarismo e ao uso de álcool
- ❑ Atividade física coletiva
- ❑ Consulta com nutricionista
- ❑ Ações voltadas para cessação do hábito de fumar (avaliar integração de atividades com programas anti-tabagismo)
- ❑ Realizar campanha e/ou busca ativa para incentivar realização de exame de Papanicolau para mulheres com vida sexual ativa, na faixa etária de 25 a 59 anos
- ❑ Orientação sobre o uso de preservativo (individual e/ou em grupo)
- ❑ Distribuição de preservativo;
- ❑ Consulta médica especializada – ginecologista
- ❑ Avaliação periódica de qualidade das amostras para exame citopatológico de colo de útero
- ❑ Classificação das amostras para exame citopatológico de colo de útero de acordo com o Sistema Bethesda
- ❑ Realização de histopatológico de colo de útero em amostras alteradas
- ❑ Realização de inquérito para identificação de mulheres e classificação de risco para câncer de acordo com Modelo de Gail
- ❑ Realizar campanha e/ou busca ativa para incentivar realização de mamografia para mulheres de 50 a 69 anos ou para mulheres a partir de 35 anos com risco aumentado para câncer de mama
- ❑ Classificação dos achados mamográficos de acordo com as categorias BI-RADS
- ❑ Consulta médica especializada – ginecologista/mastologista
- ❑ Realização de punção por agulha fina ou biópsia conforme alteração
- ❑ Avaliação de risco para osteoporose

- Atividade educativa em grupo que aborde: prevenção de osteoporose e fratura recorrente, suplementação de cálcio e vitamina D, adaptação as alterações provocadas pela menopausa, autoestima etc.

Variáveis e Indicadores para Monitoramento e Avaliação dos Programas

- Proporção de mulheres acompanhadas ou inscritas no programa que participaram de ao menos uma atividade educativa em grupo
- Proporção de mulheres inscritas no programa com sobrepeso e obesidade
- Proporção de mulheres fumantes inscritas no programa
- Proporção de mulheres inscritas no programa que realizaram 6 ou mais consultas com nutricionista
- Proporção de mulheres acompanhadas ou inscritas no programa que realizaram exame citopatológico de colo de útero
- Proporção de mulheres acompanhadas ou inscritas no programa que tiveram exame citopatológico de colo de útero alterado
- Proporção de mulheres acompanhadas ou inscritas no programa com Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau (SIL de alto grau) que foram submetidas a tratamento
- Proporção de mulheres, na faixa etária de risco, acompanhadas ou inscritas no programa que realizaram mamografia
- Proporção de mulheres acompanhadas ou inscritas no programa que tiveram exame mamográfico com alteração maligna
- Proporção de mulheres acompanhadas ou inscritas no programa que apresentaram alteração maligna no exame mamográfico e que foram submetidas a tratamento
- Proporção de mulheres na menopausa, inscritas no programa, que tiveram fratura após um ano de acompanhamento no programa

3. AÇÕES COMPLEMENTARES

- ❑ Fomentar as discussões, humanizar o acolhimento e estimular as condutas profissionais éticas para abordagem das questões da sexualidade e saúde sexual
- ❑ Estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações relacionadas à sexualidade, planejamento familiar, gestação e parto etc
- ❑ Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes
- ❑ Organizar redes de referência e contra-referência para o diagnóstico tratamento de câncer de colo uterino e de mama

BIBLIOGRAFIA

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2007. 167 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 148p.